

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 16 · Heft 2 · 2009

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

Ethik des Patienten
Ethics of the Patient

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, Zürich)
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, Wien)
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	91	
Aus aktuellem Anlass	93	Jan Stejskal EU-Parlament abgeblitzt: keine Embryonenselektion
	96	Petra Mihály Euthanasie auf dem Vormarsch?
Schwerpunkt	99	Susanne Kummer Postmoderne Anthropologie: Der Verlust des Leibes
	115	Enrique H. Prat Das Autonomieprinzip aus der Perspektive des Patienten
	129	Friedrich Kummer Tugenden des Patienten
	141	Michael Peintinger Die Patientenverfügung
Fall	155	Fälle von „überzogenen Patientenwünschen“
	158	Konrad Brustbauer Kommentar I
	160	Peter Kühn Kommentar II
Nachrichten	163	
Zeitschriftenspiegel	168	
Buchbesprechungen	170	

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: 16. Juni 2009

Ethik ist viel mehr als das bloße Wissen über Gebote und Verbote. Sie ist die Kunst des richtigen Handelns und des Gelingens des Lebens. Eine Kunst, die nicht nur für die Mächtigen und Reichen, sondern auch besonders für die Schwachen, Kranken und Betagten notwendig ist. Wenn man beachtet, dass nach der WHO-Gesundheitsdefinition alle Menschen praktisch immer krank sind (weil nicht auf allen Ebenen ihres Lebens „gesund“) und dass sie selbst nach einer realistisch-ausgewogeneren Definition immer wieder krank werden, ist es wichtig zu klären, worin die Ethik des Patienten besteht.

Das in der hippokratischen Tradition stehende fürsorgliche Ethos des Arztes verpflichtet diesen zur Bereitschaft, die ganze Verantwortung für die Gesundheit des Patienten zu übernehmen. Das Ziel ist klar vorgegeben: heilen, lindern und trösten. In dieser Tradition war die Ethik des Patienten kaum ein Thema.

Die moderne medizinische Ethik stellt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in den Vordergrund und will damit die klassische Maxime „salus aegroti suprema lex“ in „voluntas aegroti suprema lex“ umwandeln. Nicht mehr die Gesundheit, sondern der Wille des Patienten soll im Vordergrund des Arzt-Patient-Verhältnisses stehen. Wenn der Patient in dieser Konstellation Verantwortung übernimmt, braucht er die Kunst des richtigen Entscheidens, die Ethik.

Doch die Bioethik, Rädelsführerin der modernen medizinischen Ethik, beschäftigt sich bis jetzt kaum mit Pflichten und Tugenden des Patienten. Sie verpflichtet den Arzt zum Autonomieprinzip – das Hauptprinzip der Bioethik – und damit zum Respekt des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Das ist natürlich auch richtig so. Aber damit gibt sie nur der einen Seite des Behandlungsvertrags, dem Arzt, konkrete Anleitungen, nicht aber dem Patienten.

Hat aber die hippokratische Ethik die Autonomie zu wenig beachtet? Das *corpus hippocraticum* ist ganz besonders von der Achtung der Menschenwürde geprägt. Die Menschenwürde basiert auf der Freiheit des Menschen und seiner Autonomie, die nichts anderes ist als die Fähigkeit der Person, sich für das Gute

zu entscheiden oder, nach Kant, die Selbstgesetzgebung der Vernunft. Die in der hippokratischen Tradition stehende medizinische Ethik ist eine Ethik von Ärzten für Ärzte. Sie ist eine Ethik der ersten Person, in der sich der Arzt selbst vor der konkreten Situation in der ersten Person die Frage stellt, was er tun soll. Sie ist also auch eine Tugendethik.

Die Bioethik hat sich immer mehr zu einer Ethik von Philosophen und Juristen entwickelt, für Ärzte, die sich die Frage stellen, was *er*, der Arzt, zu tun habe. Sie ist also eine Ethik der dritten Person, die immer mehr die Nähe zur realen Situation verliert. Deshalb ist es im Mainstream der Bioethik in seiner weiteren Entwicklung zu einem überzogenen Verständnis von Autonomie gekommen, zu einer radikalen Autonomie, die denjenigen, mit dem man sie beglückt, ziemlich überfordert. Über das Autonomieprinzip aus der Perspektive des Patienten schreibe ich in dieser Ausgabe von *Imago Hominis*, die dem Thema „Ethik des Patienten“ gewidmet wird, und versuche die in der Verfasstheit des Menschen liegenden Grenzen der Selbstbestimmung zu erläutern. Das Problem der Autonomie in Zusammenhang mit der eigenen Leiblichkeit erläutert Susanne Kummer anhand des gegenwärtigen Körperkults und dem Menschenbild der Postmoderne. Eine Ethik des Patienten muss sich auf eine humane Anthropologie stützen, die den Menschen als Person in seiner leibseelischen Ganzheit neu in den Blick nimmt. Bioethik darf nicht auf die Tugendethik verzichten, wenn sie eine praktische Wissenschaft sein soll, die Handlungsanleitung vermittelt. Friedrich Kummer skizziert deshalb eine Tugendethik für den Patienten. Vor drei Jahren wurde das Patientenverfügungsgesetzes in Österreich eingeführt. Michael Peintinger, der als Experte maßgeblich am Entstehen dieses Gesetzes mitgewirkt hat, zieht eine erste Bilanz, inwiefern durch dieses Gesetz das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gestärkt wurde.

E. H. Prat

Jan Stejskal

EU-Parlament abgeblitzt: keine Embryonenselektion

EU-Parliament Rebuffed: No Embryo Selection

Eine eugenische Monstrosität hätte in der Europäischen Union beinahe Fuß gefasst. Nun ist sie vorerst einmal vom Tisch. Konkret ging es um einen „Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zur Unterstützung von Patienten mit seltenen Krankheiten“. Dieser wurde Ende April 2009 vom Europäischen Parlament mit großer Mehrheit angenommen, obwohl der darin enthaltene Änderungsantrag des Berichterstatters Antonios Trakatellis massives Befremden ausgelöst und zu scharfen Protesten von Wissenschaftlern, Behindertenverbänden und Politikern geführt hatte. Darin empfahl das EU-Parlament im Kampf gegen seltene Krankheiten auch auf eine Embryonenselektion mittels der umstrittenen Präimplantationsdiagnostik (PID) zurückzugreifen und verwendete dabei Diktionen wie „Ausmerzung“ und „Selektion“ zur Förderung von „Gesundheit“.

Bei ihrem Treffen in Luxemburg Mitte Juni 2009 verzichteten die EU-Minister allerdings auf die umstrittene Empfehlung zur Embryonenselektion mit dem Ziel der „Ausmerzung“ seltener Krankheiten. Sie ließen das Thema PID beiseite, in ihrer Empfehlung kommt die zuvor scharf kritisierte Embryonenselektion nicht mehr vor. Der Ministerrat vereinbarte lediglich, im Hinblick auf seltene Krankheiten europaweit enger zusammenzuarbeiten.

Auch wenn der EU-Ministerrat nun vorerst die Reißleine gezogen und dem Parlamentsvorstoß eine Riegel vorgeschoben hat, darf man mit einer Dosis politischen Realismus davon ausgehen, dass das Thema früher oder später wieder aufs Tapet kommen wird. Deshalb lohnt es sich, die Empfehlung des (demokratisch gewählten) EU-Parlaments ein wenig näher unter die Lupe zu nehmen und entsprechende Schlüsse zu ziehen.

Macht Selektion gesünder?

In dem Text des Ausschusses für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit heißt es wörtlich, dass den EU-Mitgliedstaaten nahe gelegt werden soll, „Bemühungen zu unterstützen, um seltene Erbkrankheiten zu verhindern, die schließlich zur Ausmerzung dieser seltenen Krankheiten führen werden“. Dies sollte „durch genetische Beratung der als Überträger der Krankheit fungierenden Eltern und gegebenenfalls und unbeschadet der bestehenden nationalen Rechtsvorschriften und stets auf Freiwilligkeit beruhend – durch die Auswahl gesunder Embryos vor der Implantation“ erfolgen. Nicht nur Kirchen, Behindertenverbände, die Christdemokraten und Grünen im Europäischen Parlament hatten sich gegen diesen Vorschlag gewandt, sondern auch die Europäische Gesellschaft für Humangenetik. Die Wissenschaftler erinnerten an den Eugenik-Wahn der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, bei der man von „lebensunwertem Leben“ sprach. Auf die Unlogik des Vorschlags wies auch die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik hin: Zu meinen, man könne durch Selektion von kranken Menschen gesündere Menschen hervorbringen, sei ein wissenschaftlicher Irrglaube.

Behinderte: Menschen zweiter Klasse?

Die Forderung des EU-Parlaments muss in der Tat als skandalös bezeichnet werden. Erstens wird offensichtlich dadurch nicht nur das Ziel verfehlt, den Betroffenen zu helfen, sondern auch gleichzeitig erklärt, die künftige Existenz solcher Menschen sei nicht erwünscht. Statt therapeutischer Behandlung wird die Vernichtung der Embryonen angestrebt: Die englische Fassung des Änderungs-

vorschlags räumte diesbezüglich jegliche Zweideutigkeiten aus, indem unmissverständlich Ausdrücke wie „Eradication“ und „Selection“ verwendet wurden. Kinder mit Behinderung sollen also nicht geboren werden. Dies steht in eklatantem Widerspruch zur fundamentalen Achtung vor der Würde jedes Menschen, was Behindertenverbände massiv kritisiert haben. Dass solche Forderungen rasch zu Definitionen von „nicht lebenswertem Leben“ führen können, liegt auf der Hand. Menschen mit seltenen Erkrankungen bzw. Behinderung werden hier als Menschen zweiter Klasse betrachtet. Europa entfernt sich mit solchen Vorhaben davon, ein Vorbild für Zivilisation und Menschlichkeit zu sein. Es ist erschreckend, dass dem Gedankengut, welches zuletzt in die Ideologie des Dritten Reiches Eingang fand, auf solche Art und Weise eine demokratische Legitimation verschafft werden sollte.

Zweitens ist der Vorstoß, genetische Beratung und Präimplantationsdiagnose (PID) im Dienst staatlicher Präventionsprogramme einzusetzen, in Bezug auf Genese und Vererbung solcher Krankheiten wissenschaftlich unzureichend fundiert. Bekanntlich sind die Vererbungsvorgänge viel komplexer, um nur durch alleinige Selektion in Betracht der Mutationsvorgänge phänotypisch gesunde Nachkommen zu schaffen. Hinzu kommt, dass nicht alle der seltenen Erkrankungen auch tatsächlich vererbt werden, wovon jedoch die offiziellen Stellen nicht auszugehen scheinen und nicht zwischen seltenen Erkrankungen und genetischen Erbkrankheiten unterscheiden. Eine seltene Krankheit betrifft laut EU-Definition weniger als fünf von 10.000 Menschen. Laut Schätzungen gibt es zwischen 5.000 und 8.000 solcher Krankheiten, wobei viele von ihnen genetischen Ursprungs sind.

Sicherlich: Eine genetische Beratung kann im Einzelfall berechtigt sein. Nimmt sie jedoch die Form einer Routineanwendung an, würde sie große Unsicherheit verursachen, da man in manchen Fällen nur von einer Wahrscheinlichkeit für eine Prädisposition sprechen kann. Zwischen den Zeilen ist klar, worauf der Antrag eigentlich hinaus

wollte. Hier versuchte eine Lobby europaweit den Zugang zur PID zu fordern und ihre Anwendung zu legalisieren. Das Thema wird innerhalb der EU unterschiedlich behandelt. Nach wie vor ist das Ausselektieren von Embryonen im Reagenzglas in Österreich, Deutschland und Irland verboten. Es ist jedoch vorherzusehen, dass auf diese Länder Druck gemacht werden soll, die PID zu legalisieren.

Künstliche Befruchtung als flächendeckendes Präventionsprogramm?

Zu den Lobbyisten für eine Legalisierung der PID gehört die Europäische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Embryologie (ESHRE). Ein Blick auf die dort vorgetragenen Positionen zeigt die Handschrift einer rein utilitaristischen Perspektive. So wird als Pro-Argument auf die psychische Belastung der Elternpaare im Falle der Nichtanwendung der PID verwiesen. Man übergeht dabei bewusst die ethischen Bedenken gegen die PID mit dem Argument, dass diese Embryonen ohnedies mehrheitlich nicht lebensfähig seien. Der Genetiker und Leiter des Bereiches Genetik an einem kommerziell ausgerichteten Wiener „Wunschbaby-Zentrum“, Markus Hengstschläger, vertritt die Ansicht, dass man als ersten Schritt Einzelgenehmigungen für das PID-Verfahren erteilen sollte. Eine Kommission sollte die Gefahr eines uferlosen Einsatzes (etwa PID zur Herstellung von Designerbabys) abwenden. Als Klientel kämen aber nicht nur Eltern in Frage, die unter Verdacht stehen, Träger von genetischen Krankheiten zu sein, sondern jedwedes Paar, bei dem man meint, die Erfolgsrate bei der künstlichen Befruchtung durch dieses Selektionsverfahren steigern zu können.

Wie würde unter solchen Voraussetzungen ein realistisches Zukunftsszenario aussehen? Man würde künftig all jenen Paaren, die genetische Auffälligkeiten aufweisen, eine künstliche Befruchtung mit PID empfehlen. Es wäre auch denkbar, überhaupt allen Frauen ab dem 30. Lebensjahr die IVF mit PID anzuraten, damit sie bei gesteigertem Risiko für Trisomie 21 ein „höchstwahrscheinlich

gesundes“ Kind auf die Welt bringen. So betrachtet wäre die Zahl der Betroffenen durch Empfehlung des Rates noch viel größer und würde ganze Populationskollektive betreffen.

Dr. Jan Stejskal, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
stejskal@imabe.org

Ärzte als Handlanger von Industrie und Staat

Bedenklich wäre außerdem die Entwicklung, die Entscheidung über die Anwendung einer PID an Kommissionen und Gremien zu delegieren. Der Ärzteschaft soll offenbar sukzessiv ihre ethische Verantwortung entzogen werden, um sie so nach und nach nur noch zu Ausführenden von Individualentscheidungen, Firmen- oder Staatsinteressen zu machen (vgl. die neu entflammte eugenische Diskussion). Abgesehen davon ist die PID, sofern sie zur Vernichtung von Embryonen führt, als ethisch verwerflich abzulehnen.

Nicht nur Bioethiker sollen sich in diese Debatte einschalten, sondern vor allem auch Ärzte! Mittlerweile sind sie und ganze Bereiche der Medizin zum festen Bestandteil der bedenklichen „Embryonen- und Gen-Industrie“ geworden. Gerade die Wiedererlangung der eigenen ethischen Verantwortung der Mediziner angesichts dieser Fragen, wäre ein wichtiger Schutz und eine Gegenwehr gegen Projekte der Herstellung von „genetisch einwandfreien“ Kindern oder designten Wunschbabys.

Die Empfehlung des Europäischen Parlaments ist bei der Abstimmung im EU-Ministerrat abgeblitzt. Das ist ein positives Signal. Potentiell birgt sie nämlich die Gefahr, von der Pflicht zur Vermeidung kranker Kinder ein „Recht auf ein gesundes Kind“ zu etablieren. Dass gerade der Umgang mit kranken und behinderten Menschen den Maßstab für die Humanität einer Gesellschaft kennzeichnet, scheint als Gemeingut abhanden gekommen sein. Wenn der Schutz des Embryos als Person in ihrem frühesten Lebensstadium systematisch aufgegeben werden soll, dann müssen wir uns auch fragen, inwiefern die Autonomie der Kranken überhaupt noch geschützt ist. Oder brauchen wir bald auch ein europäisches Grundrecht, krank sein zu dürfen?

Petra Mihály

Euthanasie auf dem Vormarsch?

Palliativmediziner warnen vor „Dammbruch“

Is Euthanasia Coming? Palliative Experts Warn Against a "Slippery Slope"

Mehr Selbstbestimmung für Patienten, mehr Transparenz und Kontrolle, weniger illegale Sterbehilfe: So lauten die Verheißungen, die Vertreter der Euthanasie-Lobby vorbringen, wenn es darum geht, den so genannten „ärztlich assistierten Suizid“ oder das „Töten auf Verlangen“ in einer Gesellschaft salonfähig zu machen. Dazu kommt, dass die westliche Gesellschaft immer älter wird. Die Lebenserwartung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark erhöht, gleichzeitig wird die Zahl der pflegebedürftigen alten Menschen immer größer.

Von 7. bis 10. Mai 2009 fand der 11. Kongress der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin und -pflege (EAPC) statt, diesmal in Wien. Und es tat gut, dass sich führende Mediziner dabei dezidiert gegen Bestrebungen aussprachen, die Problematik der immer höheren Zahl pflegebedürftiger Menschen auf andere Weise zu „lösen“ – nämlich durch Euthanasie. Lukas Radbruch, Präsident der EAPC, warnte gar vor einem „Dammbruch“, sollte die aktive Sterbehilfe legalisiert werden. Medizinisches Töten ohne Einverständnis oder sogar gegen den Willen eines Patienten könnte damit irgendwann akzeptabel werden, betonte er.

Ist diese Sorge unbegründet? Befürworter der Sterbehilfe streichen ja in ihrer Argumentation den „freien Willen“ der Suizidwilligen hervor und betonen, Euthanasie müsse als Akt der Autonomie des Individuums von der Gesellschaft respektiert und von Medizinern unterstützt werden. Doch wie schnell ein „Töten auf Verlangen“ zu einem „Töten ohne Verlangen“ werden kann, zeigte der deutsche Wissenschaftsjournalist Stefan Rehder in seinem neuesten Buch „Die Todesengel. Euthanasie auf dem Vormarsch“ mit erschreckender Deutlichkeit. Zwar werde in Ländern wie Holland oder Belgien von Intel-

lektuellen die „totale Autonomie des Individuums“ gefeiert, doch „so fremdbestimmt waren wir noch nie“, kritisierte Rehder, der am 5. Mai 2009 auf Einladung von IMABE im Wiener Bioethikclub sprach.

Laut einer Regierungsstudie würden in den Niederlanden nur 54 Prozent aller Fälle aktiver Sterbehilfe überhaupt gemeldet. Mehrere anonyme Umfragen unter niederländischen Ärzten hätten überdies ergeben, dass diese in 25 Prozent der Fälle aktive Sterbehilfe an Patienten leisteten, die gar nicht dezidiert darum gebeten hatten. Dies zeigt nach Rehder, dass Mediziner, denen die Rolle des „Sterbehelfers“ zugewiesen wurde, sich bald selbst als Herren über Leben und Tod der Patienten zu sehen beginnen. In der Studie gaben Mediziner an, wegen der ihrer Meinung nach „geringen Lebensqualität“ oder „unerträglicher Leiden“ aus eigenem Entschluss zur Todesspritze greifen zu müssen – ohne Wunsch des Patienten.

Die Gesetzgebung in Belgien aus dem Jahr 2002 habe, so Rehder, einen „perfiden“ Zusatz: Dort müsse der Tod eines Patienten durch die Hand eines Arztes statistisch als „natürlicher Tod“ gezählt werden: „Das wäre ja so, als ob jeder gemeldete Diebstahl im Nachhinein als Einkauf zu gelten habe“, kritisierte der Bioethik-Experte. Dass der käufliche Tod ein gutes Geschäft ist, zeigt die umstrittene Sterbehilfe-Organisation Dignitas in der Schweiz: Für „Todesengel“ muss man rund 6.400 Euro auf den Tisch legen. Transparenz der finanziellen Gebarung des Vereins gibt es bis heute keine.

Der Publizist erinnert in diesem Zusammenhang an ein prophetisches Zitat des Arztes und Freimaurers Christoph Wilhelm Hufeland (1762 – 1836): „[Der Arzt] soll und darf nichts anderes thun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder ein Unglück sey,

ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an. Und maßt er sich an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staat.“

Ideologisch basiert die Sterbehilfe-Bewegung auf der Behauptung, der Suizid – gerne auch „Freitod“ genannt – sei der ultimative freie Akt des Menschen. Rehder zeigt mit Verweis auf die philosophische Tradition jedoch auf, dass nur ein lebendes menschliches Subjekt frei sein kann, und somit die Vernichtung des Subjekts auch zwangsläufig das Ende seiner Freiheit bedeutet.

Die psychologische Forschung der vergangenen Jahrzehnte hat mittlerweile klar herausgestellt, dass Suizidgefährdete gar nicht dem Leben, sondern vielmehr dem Leiden enttrinnen wollen. Diese Erkenntnisse bestätigt auch eine neue österreichische Studie, die auf dem Palliativmedizin-Kongress in Wien präsentiert wurde. Dabei hatten von 778 befragten Palliativpatienten im Wiener Wilhelminenspital nur zwei von sich aus den Wunsch nach Euthanasie geäußert. „Als sie gesehen haben, was Palliativmedizin leistet, verschwand auch dieser Wunsch“, fügte Kongresspräsident Hans-Georg Kress von der Medizinischen Universität Wien hinzu.

Für Palliativmediziner, die sich tagtäglich mit schwerkranken Menschen beschäftigen, ist klar, dass derartige Wünsche in Wahrheit nicht eine Todessehnsucht, sondern einen Hilferuf bedeuten: „Die Frage dieser Patienten ist dann in der Regel ein Hilferuf um Verständnis und der Ausruf ‚Ich will so nicht mehr leben‘ und nicht ‚Ich will nicht mehr leben‘“, unterstrich Radebruch. Dahinter stünden etwa „die Angst, Autonomie zu verlieren oder jemandem zur Last zu fallen, die Angst vor Schmerzen oder die Angst, die eigene Würde zu verlieren. Diesen Ängsten können wir mit guter Palliativbetreuung begegnen“.

Nichtsdestotrotz ist der politische Kampf um die Legalisierung der Euthanasie in Europa bereits voll entbrannt: Während Luxemburg im Dezember 2008 nach den Niederlanden und Belgien die aktive Sterbehilfe gesetzlich zuließ, setzen sich di-

verse Sterbehilfegesellschaften in vielen Ländern mit großem Elan für den „selbstgewählten Tod“ ein. Spektakuläre Einzelfälle, wie zuletzt jene der Komapatientin Eluana Englaro in Italien, werden gezielt medial genutzt, um die Akzeptanz der Euthanasie zu erhöhen – selbst in Fällen, wo, wie bei Englaro, der Patient gar nicht mehr selbst über Leben oder Tod entscheiden kann.

Noch ist es nicht ausgesprochen, aber der Zusammenhang wird zunehmend klarer: Hinter den verführerischen Argumenten eines selbst bestimmten und schmerzfreien Todes stehen auch handfeste Interessen, nämlich ein kostensparendes „sozialverträgliches Frühableben“ von alten und kranken Menschen gesellschaftlich akzeptabel zu machen, damit sie einer immer älter werdenden Gesellschaft mit wenig Nachwuchs nicht zur Last fallen. Die Angst vieler Menschen vor einem „übertechnisierten“ Sterben im unpersönlichen, kalten Ambiente einer Intensivstation und die Tabuisierung von Leiden, Sterben und Tod im Alltag spielten diesen Bestrebungen leider oftmals in die Hände.

Dabei wären solche Sorgen eigentlich unbegründet: Denn dank Palliativmedizin und Hospizbewegung ist ein wirklich menschenwürdiges, „sanftes“ und geborgenes Sterben bereits heute möglich. Wie Rehder unterstreicht, muss sogar das der Weg der Zukunft sein, damit die Euthanasie sich nicht durchsetzen und schrittweise das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern, Medizinern und Patienten vergiften kann. Das Diktum des Wiener Kardinals Franz König hat neue Brisanz gewonnen: „Menschen sollen an der Hand eines anderen Menschen sterben und nicht durch die Hand eines anderen Menschen.“

Referenzen

- 1 Rehder S., *Die Todesengel. Euthanasie auf dem Vormarsch*, Sankt-Ulrich-Verlag, Augsburg (2009)

Dr. Petra Mihály, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, 1030 Wien
postbox@imabe.org

Susanne Kummer

Postmoderne Anthropologie: Der Verlust des Leibes

Post-Modern Anthropology: The Loss of the Body

Zusammenfassung

Menschen stehen in der heutigen Konsumgesellschaft zunehmend unter Druck, ihre Identität einzig über ihren Körper zu konstruieren. Ein perfektes Selbst verlangt in dieser Logik einen perfekten Körper. Dieser pathogene, a-personale Körperkult verschränkt sich mit einem überspannten Autonomiebegriff, wonach der Mensch sich nur dort verwirklicht, wo er sich als autonomes Subjekt seinen Körper „rational“ untertan macht. Autonomie heißt dann, leibliche Erfahrungen oder Begrenzungen zurückzudrängen, sich vom Leib wegzuarbeiten oder ihn überhaupt virtuell aufzulösen. Diese Formen der „Selbstmanipulation“ enden in einer Art Selbstausbeutung und Selbstentfremdung. Eine „humane“ Anthropologie muss den Menschen als Person in seiner leib-seelischen Ganzheit in den Blick nehmen. Insbesondere gilt es dabei, das Modell des „Körpers als Maschine“ zu überwinden und die positive Rolle der Leiblichkeit in der individuellen, sozialen und kulturellen Entfaltung des Menschen neu zu entdecken.

Schlüsselwörter: Leib, Körper, Identität, Subjekt, Anthropologie, Medizin

Abstract

A certain aspect of consumerism keeps people under a constant pressure in defining their identity solely by means of their body. A perfect self, in this logic, demands a perfect body. This pathogenic and impersonal worshipping of the body entangles with an exaggerated sense of autonomy: Self-realization takes only place, when an autonomic individual would “rationally” enslave his/her body. Autonomy, then, means to repress experiences of physical limitations, to make any effort to emancipate from the body or even to do a way with it in a virtual sense. These manifestations of self-manipulation will terminate in self-exploitation and self-alienation. A “humane” anthropology has to envisage a person in her entity of body and soul. The image of the “body as machine” must be overcome; instead, the positive aspects of the body in its individual social and cultural abilities deserve to be re-discovered.

Keywords: Body, Embodiment, Identity, Anthropology, Medicine

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

1. Die verrutschten Koordinaten: Leib-Seele/ Geist-Körper

1.1. Was Tänzer an Descartes nicht mögen

Ungelenkig und verunsichert stehen sie da. Mehr als 200 Schüler aus sozial benachteiligten Stadtvierteln proben im Turnsaal einer Berliner Hauptschule. Sie sollen tanzen. Viele dieser Jugendlichen haben wenig Selbstvertrauen und sind offenbar zur Ansicht gekommen, dass sie gesellschaftlich ganz unten stehen. Zu klassischer Musik getanzt haben sie noch nie, schon gar nicht auf einer Bühne. Zu Beginn der Proben kichern die Mädchen, laufen neben der Freundin her, suchen Sicherheit durch physische Nähe, kleben aneinander und können sich nicht trennen. Unter den Burschen verhalten sich mehrere auffällig. Sie wollen Anführer in der Gruppe sein, durch schlechtes Benehmen oder das ständige Bedürfnis, für die anderen den Clown zu spielen. Bis sie irgendwann merken, dass dieses Verhalten nicht mehr zieht. Soll die Aufführung von Strawinskys „Sacre du Printemps“ zusammen mit den Berliner Philharmonikern unter der Leitung von Sir Simon Rattle gelingen, muss jede Bewegung exakt sein. Das Ich muss eingebracht und zugleich zurückgenommen werden – um des Ganzen willen.

Der britische Choreograf Royston Maldoom bekommt seine jungen Laiendarsteller langsam in den Griff. Schweigen muss man üben, erklärt er ihnen. Nur wer still ist, kann hören und sich einlassen, weil man „beim Tanzen durch den Körper sprechen“ muss. Maldoom, der als Tanzpädagoge weltweit Tanzprojekte dieser Art verwirklicht hat, glaubt an diese Jugendlichen, fordert sie hart, schenkt ihnen Vertrauen. Seine britische Tänzerkollegin wird nach den ersten Probestunden nachdenklich. Sie findet es „beängstigend, Jugendliche zu sehen, die so wenig Körperbeherrschung haben“. Sie hätten keine Kraft und seien sehr ungelinkig. Dabei seien sie noch jung. Je geringer das Selbstbewusstsein, desto mehr werde geschwätzt und gelacht, nur um davon abzulenken, wie schwer es ihnen falle. Dennoch gelingt es den beiden Profi-Tänzern, diese jungen

Menschen zu einer Form von Konzentration und Engagement zu motivieren, von der so mancher Pädagoge nur träumen kann. Das Projekt ist ein großer Erfolg, die Aufführung begeistert das Berliner Publikum. Der Weg dazu ist festgehalten in dem eindrucksvollen Dokumentarfilm „Rhythm is it!“ (D 2004). Maldooms eigentlicher Erfolg ging über den Applaus weit hinaus. Der Tanz hat die Jugendlichen selbst verändert, ihr Verhältnis zu sich selbst.

Beim Tanzen spricht der Leib. Der Leib ist gewissermaßen Ursprache des Menschen. Noch bevor Worte artikuliert und Begriffe erfasst werden, öffnet der Leib als Medium den Zugang zu sich in Form der Selbstgegenwart, zur Anwesenheit des personalen Gegenüber und zur Welt. Das Gleichgewicht zwischen Leib zu sein (Subjekt sein, Selbsterfahrung) und Körper haben (Objekt werden, Fremderfahrung) steht unter Spannung: Diese Spannung positiv in unsere „Ich-Ganzheit“ zu integrieren, ist lebenslange Aufgabe – der konkreten Person in den verschiedenen Phasen ihres Lebens (Jugend, Alter, Krankheit, Gesundheit, Erfahrung der Generativität, Hinfälligkeit usw.). Sie ist aber auch Aufgabe einer Kultur, die eine Sprache des Leibes, ein Annehmen der eigenen Natur und damit die Integrität der Person fördert oder hindert. Auf Dauer ist es zwar nicht unmöglich, aber doch schwer, gegen den vernichtenden oder verächtlichen Blick der Gesellschaft oder unmittelbaren Umgebung ein positives Verhältnis zu sich selbst einzuüben. Der Umgang und die Erfahrung mit dem eigenen Körper qua Leib und damit das Verhältnis zu sich selbst, ist nach Böhme stark zeit- und gesellschaftsbedingt: „Dieser Blick des anderen ist durch Sozialisation und Alltagspraxis tief ins eigene Selbstverhältnis eingelassen.“⁴⁴

Das Verhalten der Jugendlichen im Berliner Tanzprojekt mag exemplarisch zeigen, wo unsere Kultur nach 500 Jahren traditionellem Leib-Seele-Dualismus steht: mitten in einer großen Leib-Verunsicherung. Im Tanzen – im sich bewegen, einander berühren, hochheben, andere stützen, still stehen, Gleichgewicht halten, den Raum in abgestimmter

Bewegung miteinander teilen – gewannen diese Jugendlichen einen Zugang zu sich selbst.

„Das Denken, gegen das sich der Tanz wehrt, ist das cartesianische Denken, das eine Körpermaschine und ein isoliertes Subjekt hervorbringt. Der Tanz ist wahrhaftig der beste Beweis dafür, dass es dieses Denken nicht sein kann“, bringt es Alarcón auf den Punkt.²

1.2. Kritik am „Leib als Maschine“-Modell

Das nach Descartes' Begriff der *res extensa* hergeleitete Konzept des Menschen als „Körpermaschine“ von La Mettrie, der Arzt war, ist uns in unserer technikbeherrschten Zivilisation zutiefst vertraut. Wir haben sie uns „einverleibt“ und durch zahlreiche Maschinen-Metaphern ergänzt: Wenn wir uns erholen, „schalten wir ab“ oder „tanken wir auf“; von jemand, der intelligent, aber emotional unterentwickelt ist, sagen wir, „er hat die Hardware, aber die Software fehlt ihm“; wenn wir uns etwas merken, „speichern“ wir es und bedanken uns für „neue Inputs“ usw. Wir sprechen über uns selbst in der Sprache der Maschine. Das deutsche Wort „Leib“, das dem menschlichen, geistig durchformten (klassisch: Seele = *forma corporis*) Körper, der Person vorbehalten ist, verschwindet aus dem Sprachgebrauch und wird verdrängt durch den „Körper“ oder neudeutsch „Body“.³

Die Auffassung des Leibes als Maschine prägt bis heute unser Selbstverständnis. Sie ist charakterisiert durch den Blick auf den menschlichen Körper als das Fremde (Objekt), als Besitz (mein Körper gehört mir) und durch den Umgang mit ihm unter dem Aspekt der Macht (über den Körper für eigene Ziele verfügen können). Erfolg, Autonomie und Selbstverwirklichung wird gleichgesetzt mit Erlernen, den eigenen Körper zu beherrschen, zu besitzen, ihn sich gefügig zu machen.

Die kurze Betrachtung des Tanzes kann als Ausgangspunkt dienen, diesen instrumentalisierenden Zugang zum eigenen Leib und den traditionellen Leib-Seele-Dualismus in Frage zu stellen. Geist und Körper werden darin als zwei nebeneinander her-

laufende Substanzen (Mensch = Geist, Ich; Leib = Es, animalisch) definiert. Doch der Leib ist nicht einfach ein dreidimensionaler Körper unter anderen Körper. Seine Natur ist nicht „nackte Tatsache“, der nachträglich ein Sinn durch eine Ich-Instanz oder ein autonomes Subjekt aufgepfropft werden muss.

Auch ist der Leib nicht einzig Ausdruck einer „Seele“. Er hat seine Eigengesetzlichkeit, zeigt Widerstand, Grenze, in die man sich einfügen muss, damit Leben gelingt. Die Einheit und Differenz von Leib und Seele ist nicht die von zwei für sich bestehenden Seienden (ontisch), sie liegt auf der Ebene der Seinsprinzipien (ontologisch). Es handelt sich nicht um „Hülle“ und „Füllung“, sondern um die beiden Seinsprinzipien des Menschen, die ihn erst gemeinsam „ganz“ machen. Das personale Selbst ist ein lebendiges, verkörpertes Selbst.

1.3. Keine Selbsterfahrung ohne Leiberfahrung

Das Sich-Einlassen auf sich selbst ist ohne ein Sich-Einlassen auf den Leib, die „Natur, die wir selber sind“⁴, nicht möglich: keine Selbsterfahrung ohne Leiberfahrung, keine Selbstannahme ohne Annahme unserer ganzen Natur – auch in ihrer leiblichen Dimension. Dieser Zugang ist angesichts der vorherrschenden technisch-naturwissenschaftlichen Grundeinstellung der Moderne zum eigenen Körper und dem „anything goes“ der Postmoderne vor besondere Herausforderungen gestellt. Böhme sieht in der Leibpraxis, die in unserer technischen Zivilisation vorherrscht, dass „das Körperhaben als das Natürlichste und Selbstverständlichste erscheint. Dagegen wird Leibsein zur Aufgabe.“⁵

Denken wir an unsere jungen Laientänzer, die die Sprache ihres Leibes neu erlernt haben. Sie haben ihren Körper nicht als Mittel zum Zweck für etwas anderes benutzt. Sie haben ihn auch nicht manipuliert zur Leistungssteigerung, um am Ende ihm gegenüber als Souverän aufzutreten. Sie verzichteten darauf, ihren Erfolg an der Skala von Kraft und Leistung zu messen, wenngleich sie durchaus harte „Körperarbeit“ leisteten und Körperbeherrschung erlernten. Diese waren aber

nicht Selbstzweck. Sie reduzierten ihren Leib nicht darauf, Körper zu sein, noch negierten sie ihn. Sie schwebten ja nicht als denkend-geistige Subjekte über die Bühne. Sie haben *sich selbst* im Tanz in eine Form leiblicher Anwesenheit eingelassen. Leibsein ist nichts Zweites neben uns, nichts Äußerliches. Es ist die Lebensbewegung des Menschen selbst, des ganzen Menschen, der aus sich herausgeht und sich leiblich-seelisch artikuliert: in Regungen, Stimmungen, Charakter, Gefühlen, Bewegungen.⁶ Die Erfahrung des Tanzes erfasste und formte die Jugendlichen in ihrer ganzen Person – geistig und leibhaftig.

Genau diese Sprache des Leibes ist uns vielfach fremd geworden. Das aber heißt: Wir sind uns selbst entfremdet, selbst fremd geworden. Diese Entfremdung ist nicht denkbar ohne das Menschenbild, das die Philosophie der Neuzeit geprägt hat: die Körper-Seele/Geist-Spaltung und die radikale Trennung in eine Innen- und Außenwelt. Der Leib als Referent subjektiver Erfahrung kommt in dieser Tradition nicht vor.

2. Altlasten und Neuzugänge in der Philosophie des Leibes

Im 20. Jahrhundert kam es in der Philosophie zu einer Renaissance der Beschäftigung mit dem Leib. Der Leib ist in der Philosophie auffällig geworden, die Entfremdung des Menschen von seinem Leib qua Natur wurde Thema der so genannten Leibphilosophie. Seit Nietzsche wurde versucht, die philosophische Leibvergessenheit rückgängig zu machen und der Verdrängung leiblicher Erfahrung entgegenzuwirken.⁷ Als eigenständiges Themengebiet gewann der Leib in der Philosophie der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer mehr an Boden. Die „Entdeckung des Leibes“ ist ohne die Arbeiten von Scheler, Sartre, Heidegger und insbesondere Merleau-Ponty nicht denkbar. Die wichtigsten Durchbrüche hat nach Gahlings⁸ die Phänomenologie Husserls erzielt, der die bis heute gültige Unterscheidung von Körper und Leib entfaltete. Als „Pionierin“ der Leibphilosophie nennt Gahlings

Husserls Schülerin Edith Stein, die den Leib ins Zentrum ihrer Philosophie der Einfühlung rückte und deren phänomenologische Analysen für ihre spätere Theorie der geschlechtlichen Differenzierung bis heute von großem Nutzen sind.⁹

Trotz dieses Versuchs eines Paradigmenwechsels, den naturwissenschaftlich-technischen Zugang zum Körper hinter sich zu lassen und die Leiberfahrung ins Zentrum zu rücken, halten sich die philosophischen Altlasten – einmal rationalistisch, einmal materialistisch getarnt – bis heute hartnäckig.

Beide Extrempositionen greifen auf eine lange Tradition von dualistischen und monistischen Theorien über das Verhältnis von Leib und Seele zurück. Der *Rationalismus* bzw. *Idealismus* hat das Ich in den denkenden Geist verlegt und radikal vom Körper getrennt. Der Körper bleibt als lästige Hülle übrig. Der *Materialismus* hat das ganze Ich in den Körper verlegt, vorzugsweise in den Kopf bzw. das Gehirn, das jetzt nur noch Ich-Zustände produziert, die in Wirklichkeit nichts als Illusionen sind. Der Geist wurde zum Gespenst in der Materie.

2.1 Die Spannung: Leib sein und Körper haben

Sehen wir uns die beiden Extrempositionen, die beide auf den Grundfesten eines Leib-Seele-Dualismus stehen, etwas genauer an.

a) Ich bin mein Leib

Dem *idealistischen* Ansatz nach wird der Leib platonisch mit der niedrigen Seinsstufe gleichgesetzt, er ist nur materielles Substrat, Körperlichkeit, Sinnlichkeit und Triebhaftigkeit. Die Seele wird vom Leib unterdrückt (Körper ist Kerker der Seele). Sie wird erst durch ein sich Wegarbeiten von ihm ganz sie selbst, autonom. Der Geist ist das Eigentliche, der mich als absolutes Subjekt setzt, ersetzt auch noch die Realität meines Leibes. Der eigene Körper gehört damit der reinen Außenwelt an, dem materiellen Reich des Determinismus, von dem sich das Ich, das dem geistigen Reich der Freiheit angehört, absondert.

Kritisch lässt sich einwenden, dass gegen dieses Konzept die Erfahrung spricht, dass wir unser Leib selbst sind. Der Leib ist Ausdruck meiner Selbst, kein Zweites neben oder unter mir. Er erst ermöglicht meinen Daseinsvollzug als personales, beziehungsfähiges und -angewiesenes, weltoffenes Wesen. Wer einen Leib sieht, sieht ja nicht etwas, sondern jemanden.¹⁰ Im Leib habe ich es direkt und unmittelbar mit mir selbst bzw. mit jemandem zu tun. Er ist die Gestalt, in der ich bin.

Wir erfahren unseren Leib ja normalerweise als wesenhaftes Medium unseres Existierens¹¹ und gar nicht als Gegen-Stand, als von uns fremdes Objekt. Normalerweise bemerken wir ihn auch nicht, sondern er ist Teil unseres Selbstvollzugs als leibliches Wesen. Aufdringlich und bemerkbar wird der Leib oft erst dann, wenn er diesen Selbstvollzug hindert, begrenzt, bei Unwohlsein oder Krankheit. Dann trete ich zu meinem Leib in Distanz und beschreibe Symptome an ihm, die gleichwohl aber mich als Ganzes betreffen. Insofern bedeutet der Leib Grenze: „Das Leibsein markiert die Grenze des verfügen Könnens.“¹² Er bedeutet Bindung, Verletzlichkeit, Hinfälligkeit, Abhängigkeit, Bedürftigkeit usw. Und er erinnert an die Tatsache, dass man nicht ungestraft über die Eigengesetzlichkeiten des Leibes qua Natur hinweggehen kann.¹³

b) Ich habe einen Körper

Dem *materialistischen* Ansatz nach bin ich nichts anderes als mein Leib, mein Körper ist alles, was ich bin. Es gibt kein „das Ich“, kein reales Subjekt, oder, in der Sprache der Neurobiologie: Nicht ich denke, das Gehirn denkt. Dem wiederum widerspricht die Tatsache, dass wir zu uns selbst in Distanz treten können, unseren Körper „haben“. Mein Körper und ich fallen nicht schlechthin in eins. Ich kann mich zu ihm verhalten. Die simple Tatsache, dass *ich* von *meinem Leib* spreche, verdeutlicht, dass hier nicht ein Leib über sich spricht, sondern die Selbstzuschreibung durch mich erfolgt.¹⁴ Ich bin leiblich eben mehr als nur Leib. Wie ich mich zu meinem Leib verhalte, verhalte ich mich zu mir selbst.¹⁵

Dieses „Haben des Leibes“ ist aber nicht gleichzusetzen mit dem Besitz einer Sache. „Haben“ hat hier einen anderen Sinn. Ich kann meinen Leib ja nicht weglegen, über ihn beliebig verfügen (man denke hier z. B. an den Fall von einem, der sich vorzüglich die Hand abschlägt, um von der Versicherung Geld zu bekommen; da sprechen wir auch nicht bloß von Leib-, sondern von *Selbstverstümmelung*.) Wir *haben* unseren Leib, in dem wir *leiblich* sind.

Die Spannung zwischen beiden Polen – Leib sein und Körper haben – denkerisch, kulturell und individuell durchzuhalten – ist Grundlage für ein gelingendes Leben. Sowohl Idealismus als auch Materialismus stellen sich aus der Verantwortung, diese Aufgabe anzunehmen. Sie kennzeichnen sich durch den Versuch, „den ganzen Leib zu haben, zu besitzen“, entweder in Form einer Totalvergegenständlichung (nichts als Materie) oder als Idee (nichts als Produkt des Geistes). „Die abstrakte Geistmetaphysik des Idealismus und Materialismus (...) sind Komplementärphänomene, sie treiben einander hervor und schlagen ineinander um“¹⁶, wie die Geschichte zeigt: Der „absolute Geist“ Hegels hat Marx und seinem materialistischen Menschenbild den Boden bereitet. Der Materialist meint, auf den Geist verzichten zu können, der Idealist erklärt die Materie für irrelevant. Beide versagen jedoch angesichts der Erfahrung des Menschen, der weder sich noch sein gegenüber als ein Nach- oder Nebeneinander von Körper und Geist erlebt, sondern sich selbst leibhaftig anwesend erfährt.

2.2 Pathogener Leibzugang: Ich und „Nur-Körper“

Die Dissoziation von Leib und Geist ist Produkt einer falschen Anthropologie des Leibes. Das von der Gesellschaft geforderte „beste Selbst“ ist pathogen. Wenn überhaupt etwas wichtig ist, dann die Gesundheit, die Leistungsfähigkeit, das Outfit – nicht aber die Person. So sucht man verzweifelt im Körper das Heil. Oder man bestraft ihn, wenn er es einem verweigert.

a) Der perfekte Nur-Körper

Der konstruierte Nur-Körper muss der perfekte Körper sein, die Figur des „besten Selbst“¹⁷. Der a-personale Körper wird damit hinten herum wieder zum sozialen Körper. Das überfordert den Menschen, wie es etwa in den Erwartungshaltungen von Klienten, die sich ästhetisch-chirurgischen Eingriffen unterwerfen, deutlich wird, die unter Druck stehen, sich (vor allem) über den Körper Anerkennung, Wertschätzung, Geliebt-Sein erkaufen zu müssen. Die Hoffnungen sind enorm, durch „Körperarbeit“ und „Körpertuning“ die Idealvorstellung zu erreichen und daran gekoppelt all das, was einem auf sozialer oder seelischer Ebene versagt geblieben ist. Doch die Hoffnung, dass allein ein Eingriff mit dem Skalpell das Leben verändert, bleibt Utopie;¹⁸ Ernüchterung und Enttäuschung folgen. Am Beispiel der sogenannten „Schönheitschirurgie“ wird dies besonders deutlich. Untersuchungen zeigen, dass Frauen, die sich aus kosmetischen Gründen Brustimplantate einsetzen ließen, ein erhöhtes Selbstmordrisiko haben.¹⁹ Hinter dem Wunsch nach einer Brustvergrößerung steckte häufig ein geringeres Selbstwertgefühl und Depressionen. Die Operation ist dann eine technische (Schein-) Lösung für ein nicht-körperliches Problem. Statt zufrieden über das Resultat des Eingriffs zu sein, wächst die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper – bis hin zu Verzweiflung und Selbstmord.

Die Medien spielen auf diesem Sektor eine große Rolle. Laut einer kanadischen Studie werben Frauen-Hochglanzmagazine für Brustvergrößerungen inmitten von Berichten über Mode und Schlankheitsdiäten als normale Form der Körperpflege.²⁰ Immer wieder sei davon die Rede, dass ästhetische chirurgische Eingriffe als solche positive Auswirkungen auf das Körpergefühl hätten, ohne Berücksichtigung der präoperativen emotionalen Situation der Frauen. Zielgruppe der Artikel waren Frauen im Alter zwischen 19 und 34 Jahren. In den USA ist die Zahl der Schönheitsoperationen im Jahr 2007 um acht Prozent auf 1,5 Millionen Eingriffe angestiegen.

Ein anderes, zunehmend problematisches Feld, ist die steigende Zahl von Freizeitsportlern und Jugendlichen, die regelmäßig zu Doping-Mitteln greifen. Eine Studie unter französischen Jugendlichen ergab, dass von 3.500 über einen Zeitraum von vier Jahren befragten Schülern drei Prozent der 15-Jährigen regelmäßig Dopingmittel konsumierten.²¹ Knapp ein Viertel der befragten Jungsportler greift täglich zu verbotenen Substanzen. Der Zusammenhang zwischen Doping-Gebrauch und psychologischen Faktoren war offensichtlich: Wer dopte, hatte ein tendenziell geringeres Selbstwertgefühl und neigte eher zu Ängsten.

b) Der geschädigte Körper

Die Folgen derartiger Versuche körperlicher Perfektionierung sind nicht mehr zu übersehen; der Körper selbst scheint sich gegen die zunehmenden Zumutungen zu wehren. Gerade bei jungen Frauen kommt es vermehrt zu Selbstschädigungstendenzen wie Essstörungen, Sucht, Medikamentenmissbrauch oder auch Selbstverletzungen. Der Druck der Ansprüche und die verschiedensten Formen von Missbrauch des Leibes machen deutlich, dass Menschen nicht als Körperdinge verletzt sind. Sie selbst sind die Verletzten. Die erschreckende Zunahme von psychiatrischen Krankheitsbildern und Persönlichkeitsstörungen, die in ein selbstverletzendes Verhalten münden, ist dafür ein deutliches Signal: autoaggressives Verhalten bei traumatisierten Menschen, Borderline-Störungen (etwa durch Selbstverletzung durch Schnitte in die Haut, extrem häufiges Duschen eines als „schmutzigen“ empfundenen Körpers aufgrund von sexuellem Missbrauch usw.). Selbstverletzendes Verhalten ist dabei Ausdruck einer verletzten Leiblichkeit: Ein Teil wird geopfert, um das Ganze zu retten, wobei die Motive der gestörten Beziehung zum eigenen Körper komplex sind und sowohl die leibliche, emotionale, kognitive als auch existentielle Ebene betreffen. Primär ist nach Moldzio jedoch die Leiblichkeit gestört.²² Patienten verletzen sich selbst, um „sich selbst zu spüren“, „zu sich zu kommen“, sie haben ein unerträgliches Gefühl von Wut,

Hass, Trauer, Angst und müssen den inneren Druck durch Selbstverletzung lösen. Der Körper wird häufig als nicht zugehörig und von ihrem übrigen Dasein abgespalten angesehen. Oder er wird als Projektionsfläche für alles Negative instrumentalisiert. Der Körper wird zum Objekt, damit kann er nicht mehr als Grundlage für eine gesunde Leiblichkeit dienen. Gestört ist dann nicht nur das Spüren am eigenen Leib mit allen fünf Sinnen, sondern auch die leibliche intersubjektive Kommunikation. Die leiblich-personale Kommunikation greift über das Subjekt hinaus, weshalb Moldzio selbstverletzendes Verhalten auch als Ausdruck einer „pathologischen leiblichen Kommunikation“ definiert. Wenn ein adäquates und förderliches Gegenüber fehlt, sei es im eigenleiblichen Spüren oder in der leiblichen Kommunikation mit einem Partner, wird als *ultima ratio* die eigene Leiblichkeit verletzt.²³

3. Körperkult und Leibvergessenheit

Ein Blick auf die Konsumkultur zeigt an, wo wir heute stehen: Wir erleben simultan eine Körperfixierung *und* Leibvergessenheit, das Verschwinden des Leibhaftigen *und* die laute Inszenierung des Körpers. Der Körper soll ostentativ als Körper präsent sein. Das führt zu einem Paradoxon, das Böhme wie folgt beschreibt: „Man könnte ja glauben, dass die intensive Beschäftigung mit dem Körper und das Bemühen um Schönheit, gute Figur, Fitness, *Leibbewusstsein* zu einem Grundzug gegenwärtigen Lebensgefühls gemacht hätten. Das ist aber nicht der Fall, vielmehr ist die Aufmerksamkeit, die man dem Körper schenkt, ist der Kult um den Körper, geradezu eine Verlängerung und Verstärkung der Leibvergessenheit.“²⁴

Greifen wir drei Bereiche heraus, in denen die Krise des Leibes kulturell und individuell manifest wird: 1. Der Körper ist oberste Sinn-Instanz und soll retten, 2. das Subjekt ist dann es selbst, wenn es schrankenlos autonom handelt, 3. die Medizin hat als Erfüllungsgehilfin der Kundenwünsche zu dienen – wo liegen die Grenzen der Machbarkeit ärztlichen Handelns?

3.1 Der Körper, die rettende Sinn-Instanz

Der Boom zum „gemachten Körper“ ist ein großes Geschäft: Medien, Wellness-Programme, Leistungssport und Life-Style-Medizin vermarkten den Körper und sind dabei, den Sinn des Daseins darauf zu zentrieren, dass man einen optimierten, unverwundbaren, leistungsorientierten Körper vorweisen kann. Körper-Styling dient dabei als primäres Medium der Selbstinszenierung. Aus dem schicksalhaften Körper ist der Körper als Option geworden.²⁵ Man ist nicht mehr nur seines Glückes Schmied, sondern auch seines Körpers Schneider. In der Konsumkultur muss ich meinen Körper gestalten, muss ihn erst zu meinem machen (schön, fit, gesund, usw.). Unvollkommenheiten haben hier keinen Platz. Die Verheißungen pervertieren zur Bedrohung, die Verantwortlichkeiten wachsen: Wer krank, nicht schön genug ist, ist selbst schuld. Die Herstellung des perfekten Körpers ist zudem kostspielig: Die Industrie profitiert von der Fetischisierung eines Ideal-Körpers: Der perfekte Körper ist nämlich unerreichbar. Und gerade die Unerreichbarkeit garantiert immer neuen Konsum. Man muss aber nicht nur Geld investieren, sondern es geht mitunter auf Kosten der ganzen Person. Sie zerbrechen am Ideal des makellos, jugendlich strahlenden, angepassten Konsumkörpers, der als Garant von Selbstfindung und Identität verkauft wird. Der Körper wird zur Sinn-Instanz, die Rettung kommt aus dem Körper.²⁶ Wer ihn hat (den braungebrannten, den gestrafften, den durchtrainierten, den belastungsfähigen Körper), der hat Sinn und Rettung, um durchzustehen, was sonst als ohnehin sinnlos empfunden wird.

Die obsessive Fixierung auf den Körper macht diesen zu einem Objekt des Zugriffs, verwandelt ihn in ein Produkt, in eine Ware. Sie vermittelt dem Subjekt das Gefühl, eine gewisse Kontrolle ausüben zu können. Statt der verheißenen selbstbestimmten, selbstkontrollierten Identität tappt man jedoch in die Falle, sich selbst ständiger Fremdkontrolle zu unterwerfen (Diäten, Stopp-

uhren, Pulsmesser, Kalorienzähler, Schönheitsidealen usw.). Um jemand zu sein, muss man eben diesen Körper haben (im Sinne des Verfügens). Um ihn zu besitzen, sich seiner zu bemächtigen, muss man bereit sein, sich zu opfern. Das ist das Paradox des Körperwahns, in dem es uns letztlich selbst „an den Kragen“ geht. Der Körperkult nimmt dabei quasi-religiöse Züge an. Die neue „Askese“ ist allerdings wenig heiter (während christliche Askese heiter ist – oder eben nicht christlich).²⁷

Der Körperkult ist außerdem seelenlos, wie etwa in der Body-Performance-Kunst. Wo nur noch der Körper und nichts als der Körper „Glück“ verheißt (durch sich aufschneiden, „reparieren“, mit technologischem Zubehör erweitern lassen usw.), weist dies tragische Züge auf. Prothetisch wird der Körper, der in der Cyberwelt ein verschwindendes Element ist, neu konstruiert und darin zur symbolischen Fläche für Identität. Moore spricht in diesem Zusammenhang von einer „tödlichen Umarmung“²⁸ durch einen Körperkult, in der Individuen gefangen sind. In ihrem Wunsch nach Veränderung, nach dem perfekten Körper, der kein natürlicher Körper sein kann, klammern sich Menschen an ihrem Körper als quasi einzigem Identitätsmerkmal fest. Doch Identität ist beim Menschen nie nur leiblich bestimmt, sie transzendiert den Körper immer schon. Dazu hielt Draesner fest: „In einer Zeit, in der das Metaphysische immer flüchtiger wird, wird das greifbar Materielle umso lieber fetischisiert. Und als solches aufgeblasen zu einem pseudo-transzendenten Subjekt.“²⁹ Treibt man dem Leib die Seele aus, bleibt der Körper als letzter Anker des Selbst übrig.³⁰ Er muss dann für alles herhalten, was Sinn gibt, er muss retten. Doch er rettet nicht, auch wenn er gestrafft und gebräunt ist.

3.2 Das schrankenlos autonome Subjekt

Auf der anderen Seite wird suggeriert, dass der Mensch sich nur dort verwirkliche, wo er sich als autonomes Subjekt seinen Leib „rational“ untertan macht. Das Autonomieprinzip besteht darin, den Leib zurückzudrängen, sich von ihm wegzu-

arbeiten oder ihn überhaupt virtuell aufzulösen. Er darf keine Grenzen setzen bei der Konstruktion des autonomen Subjekts, des Individuums, das seine Identität selbst entwirft. Nicht selten endet diese Form der „Selbstmanipulation“ in einer Art Selbstausschüttung. Der Mensch wird taub gegenüber seiner Natur, seinen eigenen grundlegenden leiblichen Bedürfnissen, er „hört nicht auf seinen Körper“ – und auch nicht auf andere oder auf seine Umwelt. Alles hat sich seinen – selbst gesetzten Zwecken – unterzuordnen. Das grenzenlos autonome Subjekt hat seinen Leib nach Böhme nur noch äußerlich. Die Natur darf unter dieser Perspektive keinen Eigensinn oder Eigenwert besitzen – das wäre Begrenzung, Fixierung, Einengung.

Die Euphorie der schier grenzenlosen Manipulierbarkeit des Körpers, die dazu dient, lästige Spuren von Vergänglichkeit, Hinfälligkeit und leiblicher Begrenztheit zum Verschwinden zu bringen, lässt den Leib permanent als Störfaktor erleben. Alles Tun konzentriert sich darauf, das leibliche Eigenleben in den Griff zu bekommen und seine Grenzen zu sprengen – im Geschwindigkeitsrausch, in der Überwindung der Schwerkraft (z. B. Bungee-Jumping), in der kognitiven Leistungssteigerung (Neuro-Enhancement), in dem man Wunsch-Merkmale durch gentechnische Manipulation herstellt, leibliche Spuren der Zeitlichkeit auslöscht und ewige Jugend, Schönheit herstellt anhand digitaler, medial aufdikterter Idealbilder (Schönheits-OP), in dem Kinder nicht als Gabe, sondern als Habe (künstliche Befruchtung) produziert oder negiert (Abtreibung) werden; in der Generativität als Bedrohung der Autonomie empfunden und deshalb technisch bzw. durch Einnahme von Hormonen kontrolliert oder ausgeschaltet wird; in der die Umwandlung in ein anderes Geschlecht als Freiheit gefeiert und als medizinische Dienstleistung eingefordert wird.

Das Ergebnis dieses Anspruchs ist uns geläufig: Wenn wir über unser Maß leben und die Eigengesetzlichkeiten der Natur (in uns und um uns) nicht beachten, fallen diese wie ein Bumerang auf uns selbst zurück. Wir haben inzwischen gelernt, dass

man nicht ungestraft Raubbau an der Natur, die uns umgibt, betreiben darf und sind zu Maßnahmen bereit (Meidung von Luftverschmutzung, Müllproduktion, Regenwaldrodungen, usw.). Doch im Umgang mit der Natur, die wir selber sind, sind die Koordinaten, die einen ganzheitlichen Umgang mit uns selbst ermöglichen, noch verrutscht. Um eine „Ökologie“ des Humanen zu betreiben, die wir als leiblich-geistig verfasste Personen brauchen, muss man die Frage nach dem Humanum selbst stellen. Körperfixierte Gesundheitsprogramme ohne tiefere Anthropologie bringen uns nicht aus der Sackgasse, in die uns der Raubbau am eigenen Leib geführt hat. Hier sind Ethik und Menschenbild gefragt.

Die Reduktion des Leibes auf einen a-personalen „Nur-Körper“ hat schädliche Folgen: Wir sind betroffen auf physiologischer Ebene, in dem sich krankhafte leibliche Symptome zeigen; aber auch auf Gesetzebene in der Missachtung der Menschenwürde und auf kultureller Ebene etwa im Konstrukt der postmodern fließenden Geschlechteridentität.

a) Menschenwürde und die Ehrfurcht vor dem Leib

Für die Frage der Menschenwürde hat dieses Konzept von „Leiblosigkeit“ des Subjekts dramatische Folgen: „Wenn der Leib nicht mehr hinreicht, die Achtung vor dem Menschsein einzufordern, ist jeder von einer Beliebigkeit bedroht, die jeweils ihre Argumente finden wird.“³¹ Der menschliche Leib genügt nicht mehr, damit sein Recht auf Leben gesichert ist. Stattdessen muss der Leib „geistige Eigenschaften“ wie Autonomie als Eigenschaft aufweisen (wie etwa bei Peter Singer), um als Person zu gelten und Würde zu besitzen. Die gefährliche Reduktion des menschlichen Leibes auf einen Nur-Körper, der zur Verfügbung anderer steht, wird hier deutlich. Wenn einige wenige festlegen und bestimmen, wer als menschliches Subjekt Achtung und Würde genießt, ist die Kehrseite klar: dass eine Mehrheit von Personen der Fremdbestimmung und Willkür einer Minderheit ausgeliefert ist. Aus medizinischer Sicht wird das Krankenhaus

oder Pflegeheim damit ein bedrohlicher Ort für die Alten, wie es der Mutterleib jetzt für die Jungen ist. An technischen Entwicklungen wie der Embryonenforschung oder der künstlichen Befruchtung, die die Selektion und Vernichtung menschlichen Lebens für einen abstrakten Gesundheitsbegriff und „höhere Ziele“ mit einschließt, lässt sich unschwer erkennen, welche Gefahren dieses leiblose Würdekonzept in sich birgt.

Deshalb betont Thomas: „Es gibt also keine Wahl: Entweder gibt es eine unverfügbare Würde der Person, dann kommt sie jeder leiblichen Äußerung des Menschen in gleicher Weise zu wie den geistigen Äußerungen, auf deren *Natur* die Würde gründet. Dann ist sie in jedem Wesen zu achten, das uns mit einem menschlichen Leib begegnet – gleich welchen Alters oder welcher Behinderung. (...) Oder wir geben die Idee von der unantastbaren Menschenwürde auf.“³²

b) Gender: Leiblose Geschlechterforschung

Ein anderes, aktuelles Feld akuter Leibvergesenheit liegt im konstruktivistischen Gender-Konzept. Menschliche Person zu sein, heißt, Frau oder Mann zu sein. „Wir sind Frauen, wir sind Männer“; und nicht: „Wir sind Menschen und haben einen Frauenkörper oder einen Männerkörper“. Genau diesem Gedanken verschließt sich der Konstruktivismus. Nichts ist Natur, alles ist Konstrukt. Damit wird Geschlechtlichkeit zu einer durch Sozialisation dem Leib aufgesetzte Eigenschaft, zum bloßen Accessoire, zu einer Rolle, die man an- oder ablegen kann. Das Ziel ist die Konstruktion eines geschlechtslosen Es, das autonom entscheidet, wann es wer oder was sein will. Doch es gibt keinen „abstrakten Leib“, dem später geschlechtliche Merkmale zugewiesen werden. Ja, der leiblich bedingte Geschlechtsunterschied von Mann und Frau ist nie nur ein rein biologisches Faktum. Er hat beim Menschen eine existentielle Bedeutung, die durch Erziehung und Kultur unterstützt oder zerstört werden kann. Die Einheit von Leib und Geist macht die menschliche Person aus, das biologische

Geschlecht ist nicht wählbar. Das setzt voraus, dass man so etwas wie Natur überhaupt akzeptiert. Und daran scheitert die sozialkonstruktivistische Gender-Theorie. In ihr wird die »natürliche« Basis konsequent ausgeblendet.³³

3.3 Machbarkeit und Medizin: Wenn der Leib nicht gut genug ist

In der modernen Medizin hat das Nur-Körper-Konzept des Menschen zunächst einen Schub an Erkenntnissen über den menschlichen Organismus erlaubt. Der Fortschritt der modernen Medizin verdankt sich eben dieser neuzeitlichen Trennung des Körpers vom personalen Selbst. Der menschliche Körper wurde damit auf neue Weise zum Objekt menschlicher Erkenntnis und wissenschaftlichen Interesses. Damit veränderte sich aber auch das Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Krankheit gilt nun als „Fehler“ im „Körpersystem“, als Störfaktor. Die Rolle des Arztes ändert sich. Er wird zu einer Art Mechaniker, dem man sein Gestell zur Reparatur bringt. Krank ist nicht die Person, sondern der Körper. So mutiert Gesundheit zu einem herstellbaren Produkt, und der Körper wird planbar.

Die Schattenseiten dieser Entwicklung haben uns längst eingeholt: Statt Freiheit, wächst der Druck der Machbarkeit. Technik ersetzt Tugend. Der Leib wird instrumentalisiert, er wird zur Folie, um andere Zwecke zu erreichen, der Arzt mutiert zum Erfüllungsgehilfen des Patienten oder Kunden der Wunschmedizin. Diese widerspricht jedoch dem ärztlichen Ethos und der genuinen Aufgabe des Arztes.

Erstens: Auch der Arzt steht vor der Grenze des Verfügens über den Körper des anderen. In der Medizin hat das Verfüg-Können über den Körper seinen legitimen Platz. Denken wir an die Eingriffe, die notwendig sind, um einem kranken Menschen zu helfen, dass er wieder gesund werden kann, etwa durch eine Operation. Dieser Eingriff steht im Dienst der Gesundung eines Menschen, sonst wäre er als Körperverletzung strafbar. Gesundheit ist aber kein vom Menschen gesetzter Zweck, sondern

ein von seiner leiblich-personalen Natur vorgegebener. Sie lässt sich nicht herstellen, höchstens wiederherstellen.

Davon unterscheiden sich Zwecke, die ausschließlich vom Menschen gesetzt und durch Eingriffe in den Leib hergestellt werden (Effizienz, Leistung, Attraktivität, usw.). Der Leib ist nicht gut genug. Die ganze Person muss sich dem unterordnen, wird funktionalisiert auf das Äußere hin, das käuflich, herstellbar ist. Diese Form der „Leibvergessenheit ist jedoch ethisch keineswegs irrelevant, wenn man bedenkt, dass sie eine Form verweigerter Selbstannahme ist.“³⁴ Man macht den perfekten, idealen, wirklichkeitsfernen Körper. Wenn man ihn hat, so das Optimierungsprogramm, dann ist man perfekt, ideal. Wer jedoch solche Optimierungsprogramme propagiert, gibt nach Pöltner zu verstehen, dass er nicht nur sich, sondern auch die anderen für nicht gut genug hält.³⁵

Daraus folgt zweitens, dass es nicht Aufgabe noch Verantwortung des Arztes sein kann, Gesundheit um jeden Preis oder gar das Lebensglück seines Patienten herzustellen, wie Lanzerath bemerkte. Da Gesundheit ein Gut, aber nicht das Gute schlechthin ist, befasst sich der Arzt „mit einem Teilbereich der Gelingensbedingungen, aber nicht mit dem Gelingen selbst, denn dafür trägt jeder eigenständig Verantwortung. Weder der individuelle Lebensentwurf noch das völlige soziale Wohlbefinden können ernsthaft Gegenstand ärztlichen Handelns sein.“³⁶

4. Ausblicke auf eine Wiedergewinnung des Leibes

Seit die technische Entwicklung dem Menschen sozusagen auf den Leib gerückt ist, sind nach Böhme der moralische Umgang des Menschen mit sich selbst wie auch der gesellschaftliche Umgang mit Leib und Leben fraglich geworden. Leibsein versteht sich nicht mehr von selbst, es wird zur Aufgabe. Die positive Wiedergewinnung des eigenen Körpers als Leib (Gerl-Falkovitz³⁷) ist zentral im Reifungsprozess des Individuums, aber auch für die Gemeinschaft, Gesellschaft und Kultur, in die der Einzelne einge-

bettet ist. Wie sich jemand zu seinem Leib verhält, prägt sein Verhältnis zu sich, zu den anderen und zur Welt. Wie sich Gemeinschaft und Gesellschaft zur Leiblichkeit verhalten, ist mitbestimmend für die Selbsterfahrung des Individuums.

Im Folgenden sollen Dimensionen des Leibes skizziert werden, die uns helfen, ihn als das wiederzugewinnen, was er ist: Der Leib ist inkarnierte Identität, die Rolle der Leidenschaften ist positiv, der Leib ist die Bedingung personaler Kommunikation und er ist unmittelbarer Ausdruck unseres sozialen Wesens. Die darin eingeschlossene positive Abhängigkeit von anderen ist ein wichtiger, in der Praxis der Medizin noch zu wenig beachteter Aspekt.

4.1 Leib als inkarnierte Identität

Der Mensch ist als Lebewesen ein „Leib“wesen. Der menschliche Körper ist nicht etwas, sondern er verkörpert jemanden. Freilich kann man auch den Leib zum Objekt machen, die Vergegenständlichung ist manchmal unumgänglich. Doch sie ist nicht die ursprüngliche Erfahrung. Ursprünglich ist der Leib die unmittelbare Gegenwart meiner oder einer Person (oder als Leichnam jemandes, der gewesen ist). Daraus lässt sich schließen: Die Identität des Menschen, sein Selbstsein als Garant der Fortdauer des Individuums, ist weder isoliertes Produkt des Geistes (Konstruktion) noch isoliertes Produkt des Körpers (Gehirn). Die Identität des Menschen, sein Selbstsein, ist personal, leiblich-geistig verfasst.

Viele Begriffe wurden zum Ausdruck des Verhältnisses von Leib und Seele gebraucht: Der Leib sei Ausdruck, Erscheinung, Verwirklichung, Folie, Außenseite der „Innenseite“, genannt Geist, Seele. Guardini definiert das ontologische Verhältnis von Leib und Seele, die die Identität der menschlichen Person konstituieren so: Der Leib sei die „Analogie der Seele“. Guardini greift dafür den Symbolbegriff auf (das eine erscheint als das andere) und folgert: „Das Symbolverhältnis schlechthin ist das von Leib und Seele. Der menschliche Leib ist die Analogie der Seele in der sichtbar-körperlichen Ordnung. Wollte man, was die Seele im Geistigen ist, körperlich-sicht-

bar ausdrücken, dann käme eben der Menschenleib zustande. Das meint letztlich die Formel: *anima forma corporis*. Im Leib übersetzt sich die Seele ins Körperliche als in ihr lebendiges Symbol.“³⁸

Das also meint die klassische Formel: Das Wesen der Seele ist es, Form des Leibes zu sein. Der Mensch ist ein lebendiges oder verkörpertes Selbst.

Als Konstante – in allen Phasen des Lebens – bleibt mein Leib immer der je meinige. Er und ich sind untrennbar: „Mein Leib ist nicht meiner, weil ich ihn mir angeeignet habe, sondern weil ich mir selbst als Leib gegeben bin.“³⁹ Er ist unhintergebar mein Leib, auch wenn ich ihn manipeliere, verkleide, operiere, zur Unkenntlichkeit deformiere. Positiv ermöglicht er meine Identität als Gabe und Auf-gabe.

Die menschliche Identität basiert auf primärer Selbsterschlossenheit: Denn die Erfahrung und das Wissen, dass man man selbst ist, geschieht nicht durch Rückschluss, dass man eben doch nicht jemand anderer ist. Als „lebende Körper“ (Jonas) verfügen wir über Kenntnis von innen her. Zugleich ist das Finden zu sich selbst und aus der eigenen Mitte heraus zu leben, authentisch zu sein, lebenslange Aufgabe, geprägt von der Spannung, Leib zu sein und Subjekt zu sein, von innerem und äußerem Menschen, von Offenheit und Grenze, von Sich-Selbst-Besitzen und Von-Sich-Selbst-Loslassen usw.

Viele Menschen klagen darüber, zu „kopflastig“ zu sein. Sie sind mit ihrer eigenen leiblichen Verfasstheit unvertraut, sprechen dann von „blockiert sein“ oder konzentrieren sich auf ungesunde Weise auf die körperlich-biologische Dimension des Leibes (bei jedem Essen muss betont werden, dass die Kalorienwerte stimmen und es „gesund“ ist, eine Mußestunde muss gerechtfertigt werden, weil man dann „Stress abbaut“ etc.). Doch erst das Von-Sich-Loslassen, dem entsprechen, was der Leib mir als Medium eröffnet, ist Form personaler Offenheit. Es braucht diese positive Selbstvergessenheit, in der ich kraft Leibesvollzug ganz da und darin ich selbst sein kann. Der erstaunliche Nebeneffekt, wenn Leib ganz Medium wird, ist ja, dass er qua Körper nahe-

zu entschwindet, was uns aus den hohen Erfahrungen der Kunst vertraut ist – die Finger, die über die Klaviatur laufen und das Stück zum Klingen bringen; der Körper, der in der Bewegung des Tanzes aufgeht –, aber auch aus alltäglichen Situationen wie etwa die Hand, mit der die Mutter dem Kind zärtlich über das Haar streicht usw. Je tiefer der geistige Ausdruck verleibt wird, desto weniger körperlich ist er. „Das Leibhafte wird immer gerade dann, wenn ein Mensch in besonders charakteristischer und höchster Weise menschlich existiert, auf eine eigentümliche Weise in vollkommene Unbeachtetheit entschwindet... In solch wahrhaft menschlichem Verhalten ist für den Handelnden selbst der Leib qua Leib-Körper überhaupt nicht mehr da.“ (Boss)⁴⁰

4.2. Die positive Rolle der Leidenschaften

Es ist der ganze Mensch, der sich nicht bloß „ausdrückt“, sondern in einer Lebensbewegung aus sich herausgeht, artikuliert, öffnet. Dazu gehören auch Gefühle, Regungen und Stimmungen. Neben dem Loslassen ist das Einbringen eben dieser Faktoren in das menschliche Handeln und Erleben sehr wichtig. Sie liegen mehr auf der sinnhaften Ebene, mit einer deutlich physischen Komponente (zum Beispiel Herzklopfen, rotes Gesicht, kalte Hände usw.), und sind nicht unmittelbar kontrollierbar. Unsere Physis „hat“ uns, wir sind von ihr betroffen und auch auf sie angewiesen, wie sich uns Welt zeigt und öffnet. Der Leib ist so auch Grenze der Autonomie! Wir sind nicht grenzenlos da. Wir sind angewiesene Subjekte, der Körper ist Symbol dieser Gebundenheit, auch des Nicht-Verfügbaren etwa im unmittelbaren Betroffensein durch Schmerz. So gesehen gibt uns der Körper auch in unserer Entwicklung eine Struktur vor, innerhalb derer wir uns als Menschen entfalten können.

Welche Rolle spielen in der Ethik und in ihrer Frage nach dem guten Handeln die leibdominanten Erfahrungen wie Leidenschaft, Gefühle oder Affekte?

Der negative Zugang zur Leiblichkeit hat im

Laufe der Geschichte ein positives Konzept von Leib und damit der Rolle der Leidenschaften für das sittliche Handeln erschwert. Von hartnäckigen neo-platonischen Tendenzen ließen sich streckenweise auch christliche Denker beeinflussen. Die christliche Philosophie des 20. Jahrhunderts versuchte, das genuin christliche Leib- und Menschenverständnis zu rehabilitieren. Dazu zählt: Die Seele ist nur leibbezogen wahrhaft menschlich. Ohne die für das Gute eingesetzte Leidenschaft und das Gefühl kann man daher kein christlich (und damit menschlich) vollkommenes Leben leben,⁴¹ wenn gleich klar ist, dass das nicht automatisch geht, wir auf Widerstand in uns gefasst sein müssen: Zum christlichen Menschenbild gehört die Überzeugung, dass wir es uns etwas kosten lassen müssen, wirklich das zu sein, was wir wesenhaft sind: sich selbst besitzende, freie sittliche Person.⁴²

Für das Gute muss man mit „Leib und Seele“ einstehen, mit ganzer Person. Ohne die positive Kraft der Sinnlichkeit, der Gefühle und Affekte wäre dies nach christlichem Verständnis undenkbar. Pieper kritisiert, dass man in einer Art spiritualistischem Stoizismus praktisch das Moment des Leidenschaftlichen überhaupt, das stets körperlich mitbedingt ist, aus der christlichen Ethik als etwa Fremdes und mit ihr Unvereinbares ausgeschlossen hat. Thomas von Aquin hielt hingegen hellsichtig in seiner Lehre über die Tugenden fest, dass „überhaupt einer, der mit Leidenschaft das Gute tut, mehr zu loben ist als einer, der „nicht ganz“, nicht bis in die Kräfte des sinnlichen Bereiches hinein, für das Gute entflammt ist.“⁴³ Dass dieser Gedanke überrascht, wertet Pieper als Beweis, wie sehr wir, uns selber kaum bewusst, „geneigt sind, das „rein Geistige“ für das eigentlich Menschliche zu halten; und wie sehr andererseits die „Alten“ uns gerade darin Lehrer zu sein vermögen, mit wirklichkeitsbejahendem Sinn das volle schöpfungshafte Wesen von Welt und Mensch zu umfassen“.⁴⁴ Seit Kant ist eine Handlung moralisch gut, wenn sie aus reiner Pflicht getan wird, Leidenschaften seien „Krebsschäden für die reine

praktische Vernunft“⁴⁵. Die christliche Vision ist eine andere: „Nur die Liebe zähmt die Leidenschaften, ohne sie zu zerstören: Der Löwe muss Löwe bleiben und nicht Schaf werden!“⁴⁶

4.3 Personale Kommunikation ist leibgebunden

Nicht nur die eigene Leibverfasstheit, auch die Umwelt ist ein prägender Faktor der personalen Entwicklung. Es gibt Umfeldler, die uns in unserer menschlichen Entwicklung fördern, und solche, die ihr hinderlich sind. Deshalb soll hier noch kurz auf die Rolle des Leibes für die menschliche Kommunikation eingegangen werden im Zusammenhang mit dem Problem der exzessiven Nutzung elektronischer Medien.

Wir sind uns selbst in unserer Leiblichkeit gegeben, der Andere ist uns ebenfalls gegeben, aber er ist zunächst der Fremde, bis wir durch vertieften Umgang, Zeit, Widmung, einander „selbst“ kennenlernen. Die ursprüngliche Erfahrung des Anderen als Mitmensch ist zwar leibhaftig gegeben und vermittelt – dazu gehören Stimme, Hand, Blick, Berührung usw. Wenn wir vom Begegnenden völlig in Anspruch genommen sind, dann schwindet aber auch da, wie schon vorhin dargelegt, das Körperliche und wir begegnen einander. Im liebenden Miteinandersein ist das Problem der Fremdwahrnehmung aufgehoben.⁴⁷

Nun könnte man meinen, dass diese Entkörperlichung auf exemplarisch positive Weise durch den Gebrauch der neuen Medien direkt erreichbar sei. In der virtuellen Kommunikation ist der Leib verschwunden und durch den Bildschirm ersetzt, keine Stimme ist mehr nötig, um Botschaften zu senden, die Handschrift als letzte Spur von Leiblichkeit wird ersetzt durch mechanisches Eintippen von Zeichen. Sind das nicht die besten Voraussetzungen, um schneller zum Kern der Person vorzudringen?

Die Erfahrung zeigt uns ein anderes Bild: „Netzgespenster“, „Problem-Knechte“, „Verstandesruinen“ und „Medien-Zombies“ in plappernder Sprachnot, so beschreibt Botho Strauß die Ober-

flächlichkeit der Informations- und Mediengesellschaft.⁴⁸ Das Surrogat der Kommunikation per Internet wird zur Primärerfahrung menschlicher Kommunikation. Vereinsamte, isolierte Ichlinge sitzen vor dem Computer, tauchen in virtuelle Welten, schließen 200 und mehr virtuelle Freundschaften, ohne je einander begegnet zu sein, und schlüpfen in einem „Second Life“ von einer (auch geschlechtlichen) Identität in die andere. Seelisch und emotional verarmt wissen sie auch nichts mehr mit ihrer eigenen Leiblichkeit anzufangen. Die Erfahrung mit echten Personen wird zweitrangig, ebenso der Umgang mit der realen Welt.

Das hat Konsequenzen für die eigene Identität und Leiberfahrung, der ihr eigentlicher Raum, die „echte“ Wirklichkeit, vorenthalten wird. Zahlreiche Studien befassen sich inzwischen mit diesem Thema. So zeigte eine Untersuchung an exzessiv computerspielenden Kindern, dass ihre Impulskontrolle und Konzentrationsfähigkeit im Unterricht signifikant im Vergleich zu ihren Mitschülern gestört war, ihnen Bewältigungsstrategien bei negativen Gefühlen fehlten und ihre nächtliche Schlafdauer geringer waren.⁴⁹ Der Überschuss an visuellen und akustischen, elektronisch vermittelten Informationen stimuliert die emotionalen und motorischen Sinnesbereiche zu wenig, woraus die Autoren auf erhebliche Risiken für die spontanen und alle Sinne ansprechenden Aneignungsprozesse der sozialen und der natürlichen Umwelt schließen.

Wir brauchen also eine Kommunikation, die der Person gerecht wird, ihr angemessen, menschlich ist. Diese ist gebunden an die Leibhaftigkeit eines personalen Gegenübers – und nicht bloß an den Kontakt mit technischen Dingen oder Körperdingen. Menschliche Kommunikation ermöglicht die positive Annahme unserer Selbst und der anderen, stärkt das Selbstvertrauen und legt Möglichkeiten frei, über sich selbst hinauszuwachsen, offen zu werden für die Umgebung und die anderen. Wäre das eingangs erwähnte Tanzprojekt etwa als virtuelle Performance konzipiert worden, in der kein Kontakt mit der eigenen Leiblichkeit oder jener der anderen

vorgesehen gewesen wäre, oder wären die Tänzer voneinander abgeschirmt nur mit dem Hantieren von Tanzpuppen beschäftigt gewesen, wären diese Erfahrungen nicht möglich geworden: die Erfahrung des Leibes als personale Offenheit und Selbstbesitz. Wo diese Erfahrung fehlt, kann es auch zu keiner tiefen, menschlichen Begegnung kommen.

4.4 Die soziale Dimension des Leibes und das Leitbild der Medizin

Paradoxerweise werden das Leben des Menschen und seine Umgebung weniger menschlich, weniger rational in dem Maß, in dem wir nur auf die Rationalität achten. Hätten wir keinen Leib, würden wir keine grundlegenden Bedürfnisse spüren. Doch die Art, wie wir diese Bedürfnisse fühlen bzw. die Weise, wie wir sie befriedigen, sind nicht einfach materiell oder instinktiv. Beim Menschen sind Essen und Trinken, Ankleiden und Wohnen Tätigkeiten, an denen auch die Vernunft Anteil hat. Unsere Körperlichkeit, unsere Gebrechlichkeit, unsere Verletzlichkeit sind nichts Negatives oder Zweitrangiges. Sie sind Quelle für Kultur und auch Gelegenheit, die notwendigen Gewohnheiten und Tugenden für das tägliche Zusammenleben zu erwerben.⁵⁰ Entspricht dieser Bedürftigkeit des Menschen, als Mit-Mensch zu leben, angenommen zu sein, kein adäquates soziales Umfeld, wird er in die Isolation gedrängt. Das hat Folgen für Leib und Leben, weshalb die Medizin diesem Beziehungsfeld vermehrte Aufmerksamkeit widmet.

So zeigen Untersuchungen, dass ältere Menschen, die sich einsam und verlassen fühlen, mehr als doppelt so häufig an einer Alzheimer-Demenz erkranken wie gesellige Menschen.⁵¹ Die soziale Umgebung wirkt positiv stimulierend: Wie sehr sich ein abstinentes Umfeld auswirkt, wenn Raucher aufhören wollen, zeigte eine weitere Studie.⁵² Demnach hängen Raucher stark von sozialen Netzwerken ab. Wer einen Abstinenzversuch beim Rauchen startet und erfolgreich sein will, sollte zunächst einmal seinen Bekanntenkreis analysieren. So steigen die Entwöhnungserfolge signifikant an, wenn

es jemand im sozialen Umfeld geschafft hatte.

Die Einbettung eines elementaren Bedürfnisses wie Nahrungsaufnahme in den entsprechenden sozialen Kontext (in die Kultur der gemeinsamen Mahlzeit) schützt vor einer Verselbständigung des Leibes als Körper. In einer Langzeitstudie stellte man signifikant weniger Essstörungen bei weiblichen Teenagern fest, wenn diese sich zu fünf oder mehr Mahlzeiten pro Woche gemeinsam mit der Familie getroffen hatten. Regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten in der Familie werden deshalb zu den protektiven Faktoren gezählt, um junge Mädchen vor Essstörungen und übertriebener Sorge um das eigene Gewicht zu bewahren.⁵³ Die soziale Dimension des Menschen, die an seine leibliche Dimension gebunden ist, muss also wieder an Bord geholt werden – auch wenn wir über Krankheit, Lifestyle und Gesundheit sprechen.

5. Schluss

Die leibliche Dimensionen unserer Natur lassen uns ein wichtiges Charakteristikum des Menschlichen erkennen: Wir sind abhängig und brauchen die Fürsorge der anderen. Unsere Autonomie ist relativ: Wir haben Grenzen, was an sich nichts Negatives ist. Die *second wave* des Feminismus und ihre Thesen über *care giving* haben diesen Aspekt neu entdeckt: Der Kontakt mit dem Leiden, die Krankheit und der Schmerz helfen uns, besser zu verstehen, was das Menschliche ist. Oder, mit Worten von Benedikt XVI. in der Enzyklika *Spe salvi*: „Das Maß der Humanität bestimmt sich ganz wesentlich im Verhältnis zum Leid und zum Leidenden.“⁵⁴ Angesichts der genannten Entwicklungen ist klar, dass die Medizin ihr anthropologisches Leitbild des gesunden Körpers/Menschen in Frage stellen muss und sich auf ihr eigentliches Ethos zurückbesinnen muss: dem krank gewordenen Menschen in seiner psycho-physischen Einheit lindernd und helfend beizustehen. Nur ein Menschenbild, das Kranksein und Krankwerden in die grundsätzliche Annahme des Selbstseins miteinschließt, ist human. Krankheit ist nur dann ein Störfall des Systems, wenn

der gesunde, autonome, souveräne Mensch zum Leitbild gemacht wird. Die Medizin ist dazu aufgerufen, ein Menschenbild zu vermitteln, in dem die Abhängigkeit, Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit des Menschen als eigentlich konstitutive Merkmale betrachtet werden.⁵⁵

Referenzen

- 1 Böhme G., *Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht*, Die Graue Edition, Kusterdingen (2003), S. 29
- 2 „Es gibt verschiedene Zugangsweisen zu einer Philosophie des Tanzes, ich glaube aber, dass alle diese philosophischen Richtungen etwas Gemeinsames haben, sie thematisieren jene Bereiche, die Descartes mit seiner radikalen Trennung zwischen Denken und Körper, aus dem Denken ausblendete: das Erleben, Intersubjektivität, Sein in der Welt und Verkörperung vom Geistigen.“ Alarcón M., *Einführung in die Philosophie des Tanzes*, in: Fischer M., Alarcón M. (Hrsg.), *Philosophie des Tanzes: Denkfestival – eine interdisziplinäre Reflexion des Tanzes*, Fördergemeinschaft wissenschaftlicher Publikationen von Frauen e. V., Freiburg/Breisgau (2006), S. 11
- 3 Gahlings U., *Die Wiederentdeckung des Leibes in der Phänomenologie*, *Information Philosophie* 2/2008, S. 36
- 4 Böhme G., *Ethik leiblicher Existenz. Über den moralischen Umgang mit der eigenen Natur*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (2008), S. 119
- 5 Böhme G., siehe Ref. 1, S. 29
- 6 Böhme G., siehe Ref. 4, S. 131
- 7 Böhme G., siehe Ref. 4, S. 119
- 8 Gahlings U., siehe Ref. 3, S. 38 ff.
- 9 vgl. dazu Westerhorstmann K., *Bestimmung und Berufung der Frau nach Edith Stein*, *Imago Hominis* (2006); 13: 123-135
- 10 vgl. Pöltner G., *Grundkurs Medizin-Ethik*, Facultas, Wien (2002), S. 70
- 11 Pöltner G., siehe Ref. 10, S. 74
- 12 Pöltner G., *Sorge um den Leib – Verfügen über den Körper*, *Zschr Med Ethik* (2008); 54: 3-11, S. 7
- 13 vgl. Prat E. H., *Körpervergessenheit: warum sich Männer zu Tode rauchen. Eine kulturkritische Betrachtung*, in: Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, *Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit*, BMSGK, Wien (2004)
- 14 Pöltner G., siehe Ref. 12, S. 7
- 15 vgl. Kummer S., *Gender – Quo vadis?*, in: Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, *Geschlechtertheorie*, BMSG, Wien (2003), S. 67-79
- 16 Wucherer-Huldenfeld K. A., *Vorlesungsskriptum Philosophische Anthropologie II*, Universität Wien, S. 120
- 17 Rittner V., *Krankheit und Gesundheit. Veränderung in der sozialen Wahrnehmung des Körpers*, in: Die Wiederkehr des Körpers, Kamper D., Wulf C. (Hrsg.), Suhrkamp, Frankfurt/Main (1982), S. 41
- 18 Vgl. Piza-Katzer H., Kummer S., *Schönheitschirurgie am ethischen Prüfstand*, *Imago Hominis* (2007); 14: 297-306
- 19 Brisson J., Latulippe L. et al., *Mortality among Canadian Women with Cosmetic Breast Implants*, *Am J Epidemiol* (2006); 164: 334-341
- 20 Polonijo A. N., Carpiano R. M., *Representations of Cosmetic Surgery and Emotional Health in Women's Magazines in Canada*, *Women's Health Issues* (2008); 18: 463-470
- 21 Laure P., Binsinger C., *Doping prevalence among preadolescents athletes. A four-year follow-up*, *Br J Sports Med* (2007); 41: 660-663
- 22 vgl. Moldzio A., *Verletzte Leiblichkeit*, Gesellschaft für Neue Phänomenologie e. V., S. 1-12, http://www.gnp-online.de/fileadmin/media/Moldzio_Leiblichkeit.pdf
- 23 Moldzio A., siehe Ref. 22, S. 10
- 24 Böhme G., siehe Ref. 1, S. 120
- 25 Draesner U., *Das fiktive Alphabet – Spekulationen ins Unsichtbare*, in: Ausfeld-Hafter B. (Hrsg.), *Der hippokratische Eid und die heutige Medizin*, Peter Lang, Frankfurt/Main (2003), S. 59
- 26 Rittner V., siehe Ref. 17, S. 48
- 27 vgl. Lütz M., *Erhebet die Herzen, beuget die Knie. Gesundheit als Religion: Vorsorge, Enthaltensamkeit, Sport – das ist die neue Dreifaltigkeit. Ein Gotteslästerer, der dies bezweifelt*, *Die Zeit*, 17. 04. 2008 Nr. 17, <http://www.zeit.de/2008/17/Gesundheitswahn>
- 28 Moore H. L., *Was ist eigentlich mit Frauen und Männern passiert?*, in: Davis-Sulikowski U., *Körper, Religion, Macht*, Campus, Frankfurt/Main (2001), S. 43
- 29 Draesner U., siehe Ref. 25, S. 68
- 30 vgl. Kummer S., *Das Unbehagen in der Gleichheit. Auswege aus der Gender-Sackgasse*, *Imago Hominis* (2006); 13: 105-122
- 31 Thomas H., *Leiblichkeit: Ehrfurcht vor dem Leib oder Furcht vor der Medizin*, in: Thomas H., *Menschlichkeit in der Medizin*, Busse+Seewald, Herford (1993), S. 86
- 32 Thomas H., siehe Ref. 31, S. 85 f.
- 33 vgl. Kummer S., *Das geschlechtslose Es oder: Zweifel am leibfernen Ideal der Gleichheit als politischem Konstrukt*, in: Gruner P.-H., Kuhla E. (Hrsg.), *Befreiungsbewegung für Männer. Auf dem Weg zur Geschlechterdemokratie. Essays und Analysen*, Psychosozial-Verlag, Gießen (2009), S. 111-133
- 34 Pöltner G., siehe Ref. 12, S. 10

- 35 Pöltner G., siehe Ref. 12, S. 10
- 36 Lanzerath D., *Krankheitsbegriff, Anthropotechnik und die Grenzen ärztlichen Handelns*, in: Maio G., Clausen J., Müller O. (Hrsg.), *Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik*, Alber, Freiburg/Breisgau (2008), S. 157
- 37 Gerl H.-B., *Liebe und Geschlechtlichkeit. Herausforderung an die Einheit der Person*, in: Gerl H.-B., von Koch J. F., von Heereman M., *Person. Ehe. Geschlechtlichkeit. Anthropologische Grundlagen der Ehemoral* (Reihe „Sinn und Sendung“, Band 3), EOS, St. Ottilien (1990), S. 17
- 38 Guardini R., *Liturgie und liturgische Bildung*, Paderborn, Mainz (1992), S. 35
- 39 Böhme G., siehe Ref. 4, S. 160
- 40 Boss M., *Grundriß der Medizin und der Psychologie*, 2. Auflage, Huber, Bern (1975), S. 273, zit. nach Pöltner G., siehe Ref. 10, S. 74
- 41 Christlich vollkommen heißt: das Menschsein in seiner Höchstform als Kind Gottes zum Blühen bringen.
- 42 Pieper J., *Über die Tugenden. Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Maß*, Kösel, München (2004), S. 226
- 43 Pieper J., siehe Ref. 42, S. 240
- 44 Pieper J., siehe Ref. 42, S. 241
- 45 Kant I., *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht* (1798), in: Weischedel W. (Hrsg.), *Werke in 12 Bänden*, Band 12, Frankfurt/Main (1977), S. 395-690, § 81
- 46 Torelló J. B., *Medizin, Krankheit und Sünde*, Arzt und Christ (1965); 1(2): 65-83, S. 69
- 47 vgl. Wucherer-Huldenfeld K. A., siehe Ref. 16, S. 127 ff.
- 48 Strauß B., *Das Partikular*, Carl Hanser, München (2000)
- 49 Grüsser S. M., Thalemann R., Albrecht U., Thalemann C. N., *Exzessive Computernutzung im Kindesalter – Ergebnisse einer psychometrischen Erhebung*, Wiener Klein Wochschr (2005); 117(5-6): 188-195, http://www.infoset.ch/de/Dokumente/2008_04_Computerspielen_online.pdf
- 50 vgl. Chirinos M. P., *Antropologia della dipendenza: il lavoro e la costituzione dell'essere umano*, Acta Philosophica (2007); 16: 195-212
- 51 Wilson R. S. et al., *Loneliness and Risk of Alzheimer Disease*, Arch Gen Psychiatr (2007); 64(2): 234-240
- 52 Christakis N. A. et al., *The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network*, N Engl J Med (2008); 358: 2249-2258
- 53 Neumark-Sztainer D. et al., *Family Meals and Disordered Eating in Adolescents. Longitudinal Findings From Project EAT*, Arch Pediatr Adolesc Med (2008); 162(1): 17-22
- 54 Benedikt XVI., *Enzyklika Spe Salvi*, Vatikan (2007), Nr. 38, http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20071130_spe-salvi_ge.html
- 55 vgl. Maio G., *Medizin und Menschenbild, eine Kritik an-*

thropologischer Leitbilder in der modernen Medizin, in: Maio G., Clausen J., Müller O. (Hrsg.), *Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik*, Karl Alber, Freiburg/Breisgau (2008), S. 226

Enrique H. Prat

Das Autonomieprinzip aus der Perspektive des Patienten

The Principle of Autonomy: The Patient's Perspective

Zusammenfassung

Ist der Autonomiebegriff der Bioethik anthropologisch mit der Verfasstheit des Menschen vereinbar? Aus der Perspektive des Patienten ist die Frage wichtig, inwiefern der Patient autonomiefähig ist, in dem Sinne, dass er vernunftgemäß handeln kann, ohne dabei überfordert zu werden. Der Patient muss bedenken, dass der von ihm einmal geäußerte Wille für den Arzt bindend ist. Oft sind Kranke physisch, psychisch, affektiv und emotional nicht in der Lage, richtige Entscheidungen zu treffen. Ihr Urteilsvermögen ist eingeschränkt. In solchen Situationen kann sich die Autonomie sehr leicht in eine Heteronomie verwandeln. Dem Patienten beizustehen und sie in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen, bis dahin, sie ihnen abzunehmen, ist keinesfalls eine Geringschätzung ihrer Person und Verletzung ihrer Würde, sondern eine fürsorgliche Pflicht der Menschlichkeit. Dafür sind sie in der Regel auch dankbar. Der kluge Patient wird in seine Entscheidungen zwei Personenkreise einbeziehen: das menschlich-familiäre Umfeld sowie Arzt und Pflegepersonal.

Schlüsselwörter: Autonomie, Selbstbestimmung, Patiententypologie, Patientenverfügungen, Arzt-Patient-Verhältnis

Abstract

Is autonomy in bioethics always compatible with the human condition? The question pertains to the patient's ability to practice autonomy in setting reasonable actions without being challenged beyond his/her capacities. The patient has to take in account that his/her will, once stipulated, is binding upon the physician. But sick persons are often unable to decide correctly because of physical, psychic, affective and emotional influences limiting their ability of judgement. In settings like this, autonomy can easily be changed in heteronomy. Yet, constant and gentle assistance to the patient, even to the point of removing the burden of decision-making, is in no way an underestimation of the patient's personal dignity, but rather a due act of humanitarian care, which is usually well appreciated by patients. The prudent patient will try to harmonize his/her decisions with persons from his personal familiar environment, as well as with the medical personnel.

Keywords: Autonomy, Self-determination, Typology of Patients, Doctor-Patient Relationship, Patient's Living Will

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

1 Die Perspektive der Bioethik

Die medizinische Ethik ebenso wie die Bioethik betrachten die medizinischen Handlungen aus der Perspektive des Arztes. Es geht bei ihnen darum, die moralischen Grundsätze zu definieren und zu begründen, die das ärztliche Handeln anleiten sollen. Auch die Arzt-Patient-Beziehung wird von der medizinischen Ethik etwas einseitig betrachtet: Es werden vorwiegend, wenn nicht sogar ausschließlich, die Pflichten und die Rechte des Arztes beleuchtet. Mit den Pflichten des Arztes korrespondieren entsprechende Rechte der Patienten. Die Pflichten der Patienten werden aber nicht thematisiert. Hat vielleicht der Patient gar keine Pflichten?

Das Corpus Hippocraticum und der Hippokratische Eid, die bis zum 20. Jahrhundert unangefochten das medizinische Ethos geprägt haben, hatten eigentlich keinen Anlass, die Pflichten des Patienten zu thematisieren. Der Hippokratische Eid entstand und setzte sich im Bezugsrahmen eines paternalistischen, medizinischen Paradigmas durch. Dankbarkeit und Fügsamkeit waren die Tugenden, die der Patient in der ärztlichen Behandlungsbeziehung einbringen sollte. Nur der Arzt trug die ganze Verantwortung und musste sich um alles kümmern.

Das 20. Jahrhundert verabschiedet sich immer mehr vom Paternalismus in der Medizin, der von einem auf Partnerschaft und Vertrag basierten Modell in der Arzt-Patient-Beziehung abgelöst wird. Der Vormarsch des Autonomieprinzips, welches die Aufklärung entwickelt hat und sie Ärzten und Patienten vermitteln konnte, hat nicht vor den Toren des Gesundheitswesens halt gemacht. Der Arzt wird zum Berater und Vertragspartner des Patienten. Er soll *lege artis* diagnostizieren, informieren, die Entscheidungen des Patienten vorbereiten und sie dann durchführen. Vom Patienten wieder wird erwartet, dass er aktiv mitgestaltet, die Entscheidungen trifft und die letzte Verantwortung übernimmt.

In der modernen medizinischen Ethik werden trotz größerer Auffassungsunterschiede vier anleitende Prinzipien für medizinische Entscheidungen propagiert: Autonomie, Schadensvermeidung,

Fürsorgepflicht und Gerechtigkeit. Der zugrundeliegende ethische Ansatz dieser vier Prinzipien ist der aus den USA stammende und utilitaristisch geprägte Prinzipialismus.¹ Das Neue in der modernen gegenüber der herkömmlichen medizinischen Ethik ist die Akzentuierung des Autonomieprinzips und der utilitaristische Ansatz zur Lösung der Prinzipienkollision. Die drei anderen Prinzipien waren bereits fixer Bestandteil des tradierten ärztlichen Ethos. Aber das Selbstbestimmungsrecht war auch der hippokratischen Ethik nicht fremd, denn sie hat die Achtung der Autonomie als einen Ausdruck des Respekts vor der Würde des Menschen, die sie hochgehalten hat, gesehen.

Die moderne medizinische Ethik, die nun als ein Teil der Bioethik in Erscheinung tritt, betrachtet weiterhin die Arzt-Patient-Beziehung einseitig aus der Perspektive des Arztes und versäumt es, sich mit den Pflichten des Patienten zu beschäftigen. Dies ist erstaunlich, weil man erwarten müsste, dass, wenn man ein Vertragsmodell als das ethisch Zeitgemäße vorlegt, nicht nur die Verpflichtungen des einen Partners, des Arztes, sondern auch die der anderen Vertragsseite, des Patienten, klar thematisiert.

1.1 Würde und Freiheit: Autonomie

Autonom ist, wer frei handelt. In jeder Epoche hat es Denker gegeben, die sich die Freiheit genommen haben, die Freiheit des Menschen zu negieren und als Illusion zu bezeichnen.² Diese absolut kontraintuitive Negation hat sich aber niemals durchgesetzt und wird sich auch nicht durchsetzen können, denn die fundamentale Erfahrung des Sittlichen, die jeder Mensch macht und die seine Würde begründet, setzt auch die Freiheit voraus. Diese Freiheit ist auch eine an die Sittlichkeit gebundene Primärerfahrung. Dass unser Handeln frei ist, bedeutet, dass es sich auf Grund von vernünftigen Urteilen vollzieht.³

Autonomie definiert sich als Selbstgesetzgebung der Vernunft,⁴ schließt jede Handlungswillkür aus und bezeichnet die natürliche Tendenz des Menschen, sich nach jenen Grundnormen zu

richten, die die Vernunft als richtig anerkennt. Autonomie ist also „die Fähigkeit des Menschen, sich selbst zu bestimmen, das sittlich Gesollte und nicht das bloß naturhafte Erstrebte zu tun“⁵. Der Gegensatz zur Autonomie ist die Heteronomie, d. h. gegen die Vernunft zu handeln, entweder bei Fremdbestimmung oder bei Missachtung des richtigen Vernunfturteils. So gesehen begründet die Autonomie das fundamentale Recht auf Selbstbestimmung. Es ist ein Menschenrecht, das in der Arzt-Patient-Beziehung voll – und zwar in beide Richtungen – beachtet werden soll: Der Arzt soll das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung respektieren, und ebenso hat der Patient dieses Recht des Arztes zu respektieren.

1.2 Autonomie des Patienten

Geprägt von einem liberal-individualistischen Menschenbild hat die Bioethik in den 70er-Jahren vor allem in Amerika die Autonomie zum prioritären Prinzip erhoben. Das Autonomieideal wird als die größtmögliche Entscheidungsfreiheit aufgefasst, die ein Individuum allein und ohne Beeinflussung von allen anderen haben kann. Autonomie begründet das Recht auf Selbstbestimmung, das in der Bioethik eher negativ verstanden wird, d. h. nicht so sehr als die Fähigkeit zur selbstbestimmten, vernunftgemäßen Handlung, sondern viel mehr als ein Abwehrrecht gegen das Diktat der anderen, gegen Fremdbestimmung. In den darauffolgenden Jahrzehnten haben sich die Auffassungen von Autonomie immer mehr in Richtung „alleiniger Selbstverfügung und Freiheit von sittlicher Selbstverpflichtung“⁶ entwickelt, bis hin zur „blinden“⁷ Autonomie, verstanden als faktische Selbstbestimmung, als ungehinderter und unbeschränkter Vollzug des Wünschens und Wollens im Wählen.⁸

Es hat nicht lange gedauert, rund 20 Jahre, bis in den 90er-Jahren in der amerikanischen bioethischen Diskussion immer mehr gewichtige Stimmen laut wurden, die meinten, mit der Autonomie zu weit gegangen zu sein.⁹ In Europa hat das Autonomieprinzip erst viel später in den bioethischen

Diskurs Eingang gefunden. Doch auch hier hatte es in der Praxis schon einen vielleicht zu hohen Stellenwert erreicht. Immerhin schrieb 1992 einer der damals führenden Bioethiker des deutschsprachigen Raums, Hans Martin Sass, mit Genugtuung, dass die hippokratische Maxime „aegroti salus suprema lex“ von „aegroti voluntas suprema lex“ abgelöst worden sei.¹⁰

Wie bereits erwähnt wird die Autonomie meist nur aus der Sicht des Arztes betrachtet. Es geht dann um den Schutz des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten: Was darf der Arzt tun und was nicht? Wie soll er den Patienten aufklären, damit dieser sein Autonomierecht wahrnehmen kann? Was muss er vermeiden, damit er nicht ungebührlich dessen Willen beeinflusst? Zu welchen Handlungen ist der Arzt verpflichtet, um den Willen des Patienten zu erfahren, bzw. damit der Patient seinen Willen zum Ausdruck bringen kann? Unter welchen Umständen darf er sich weigern, den Willen des Patienten auszuführen?¹¹

In der Folge soll aus der ungewöhnlichen Perspektive des Patienten die Arzt-Patient-Beziehung betrachtet werden. Die Fragestellung ist: Was bedeutet es für den Patienten in der Praxis, seine Autonomie, d. h. seine Selbstbestimmung in der Arzt-Patient-Beziehung einzubringen? Selbstbestimmung soll wie oben erwähnt aber nicht irgendein beliebiger Willensakt sein, sondern das vom Patienten erkannte „sittlich Gesollte“ zum Ziel haben, denn Autonomie ist die Fähigkeit, das sittlich Gesollte, und nicht das bloß naturhaft Erstrebte (Trieb) zu wollen.

2 Die Perspektive des Patienten

2.1 Die anthropologische Dimensionen des Patienten

Autonomie muss immer auf die Person bezogen werden. Sie ist ein Kennzeichen des personalen Vollzugs. Der Patient ist vor allem „Person“, d. h. ein vernunftbegabtes Individuum mit unermesslicher Würde. Der Patient darf in jeder Beziehung, also auch in der ärztlichen, als Subjekt und niemals

nur als Objekt angesehen und betrachtet werden. Eine Person existiert aber nicht nur als Individuum, sondern auch wesentlich in ihrer Beziehung zum gesellschaftlichen Umfeld. Der Patient ist als Mensch auch wesentlich ein soziales und dialogisches Wesen. Man kann erst „ich“ sagen, wenn es auch ein „Du“ gibt. Ja, unser „Selbst“ schließt den „Anderen“ von Anfang an mit ein.¹²

Der Mensch braucht immer auch ein „Du“, denn anerkannt und geliebt zu werden, gehört zu den primären geistigen Bedürfnissen des Menschen. Der Autonomievollzug ist in der Radikalität der Isolation des Individuums, das sich von seinem Umfeld abschottet, nicht denkbar, denn dies würde wider jede Vernunft sein. Ein Individuum erarbeitet seine Identität gerade in einem immerwährenden Dialog mit seiner Umgebung. Jemand, der in der Illusion lebt, dass sein Umfeld kaum Einfluss auf ihn nimmt, wäre naiv. Ebenso wäre jemand unklug, wenn er sich von niemandem etwas sagen lassen wollte.

Die soziale Dimension des Menschen spielt beim Patienten eine ganz besondere Rolle. Er ist als Hilfsbedürftiger auf die Hilfe anderer angewiesen, und zwar nicht allein auf die des Arztes, sondern auch auf die seines Umfelds. Das bringen Uexküll und Wesiak auf den Punkt: „Unser Gefühl der Autonomie, d. h. des gesunden Verfügungkönnens über die eigenen Kräfte setzt – ohne dass wir es bemerken – das harmonische Ergänzt-werden unserer Leistungen durch die Gegenleistungen der Umgebung voraus.“¹³ Autonomie ist also ein Erleben des eigenen Selbst im Rahmen eines Gefühls der Gemeinsamkeit oder, wie Christian es ausdrückt, eines „Gefühls des Zusammen“¹⁴.

Ist der Autonomiebegriff der Bioethik mit den skizzierten anthropologischen Dimensionen, d. h. mit dem Wesen des Menschlichen vereinbar? Viele meinen, dass eine radikale Autonomie in vielen Fällen den Patienten überfordert. Charles Taylor¹⁵ hat überzeugend dargelegt, dass der Individualismus der Moderne den Menschen zu einer Identitätskrise geführt hat, weil der Mensch vor dem neuen

Anspruch, die Mündigkeit müsse aktiv vollzogen werden, oft gezwungen ist, im Alleingang eine Identität zu erarbeiten, die ihm bis jetzt im Großen und Ganzen durch den sozialen Kontext vermittelt wurde. Die neuen Mündigkeitsforderungen, die Selbstbestimmung, lassen den Menschen vielfach allein auf der Suche nach einer Identität, nach einem Selbst. Auch MacIntyre hat darauf hingewiesen, dass, während in den vormodernen Zeiten die allgemein anerkannten und in der Gesellschaftsstruktur fest verankerten Kategorien und Prinzipien das Profil der individuellen Identität eines jeden Menschen stark bestimmten, wir heute feststellen, „dass das demokratisierte Selbst, das keinen notwendigen sozialen Inhalt und keine notwendige soziale Identität hat, jede Rolle annehmen oder jeden Standpunkt beziehen kann, weil es für sich genommen nichts ist.“¹⁶

2.2 Patiententypologie einer Medizin im Umbruch

Man kann den kranken Patienten darstellen wie man will, er ist und bleibt zunächst ein Hilfesuchender in der Not. Gerade diese Situation von Not und Hilfesuche besitzt Appellcharakter.¹⁷ Die Antwort darauf ist das ärztliche und pflegerische Handeln. Der kranke Patient ist auf den konkreten Arzt und den Pfleger, mit denen er in Beziehung tritt, angewiesen. Die Heilung und die Linderung seiner Not werden vor allem davon abhängen, dass alle anstehenden pflegerischen und medizinischen Entscheidungen fachgerecht im richtigen emotionalen Kontext des Patienten und seines Umfelds dialogisch getroffen werden. Die Zustimmung des Patienten ist die Voraussetzung der Behandlung, aber sie fließt aus diesem dialogischen Prozess als Ergebnis heraus. Der kranke Patient hat nur laienhafte Vorstellungen über Therapieziele: Er will geheilt werden und dabei nicht leiden. Was aber möglich ist, erfährt er vom Arzt. Mit ihm wird sich der Patient über Therapieziele und erträgliche Nebenwirkungen einigen. Noch weniger Ahnung hat der Patient von den Therapiemitteln. Er wird

zwar auch seine Wünsche äußern können, aber im Grunde wird ihn der Arzt darüber aufklären müssen, welche Mittel in der gegebenen Situation am besten und unter größtmöglichem Ausschluss von unerwünschten Nebenwirkungen zum Ziel führen. Wichtig dabei ist, dass der Patient sich als Person angenommen sieht und sich verstanden fühlt. Dann wird er sich dem Arzt als Coach anvertrauen.

Mit dem Wandel der Medizin hat sich aber auch der Begriff „Patient“ enorm geändert. Wo neben Heilung und Linderung auch ohne eigentliche Indikation chirurgische Eingriffe und/oder medikamentöse Behandlungen zu Bewirkung von somatischen und funktionalen Verbesserungen (Enhancement) nach Wunsch betrieben werden, kann nicht mehr nur vom kranken Patienten, sondern muss auch vom mündigen Klienten gesprochen werden. Symmetrisch dazu hat sich das Bild des ärztlichen Berufes und sein Ethos geändert: Der Helfer in der Not – Heiler und Linderer – wird immer mehr zum wunscherfüllenden Dienstleister.¹⁸ Das fürsorgliche Ethos wird weitgehend von einem ökonomischen Vertragsethos abgelöst. Welche Gefahr diese Entwicklung mit sich bringt hat Giovanni Maio auf den Punkt gebracht: „Die Umfunktionalisierung des Patienten zum Kunden bedeutet daher nicht weniger als die Ausblendung des Menschseins im Kunden und die Instrumentalisierung seiner Person zum Zwecke der Gewinnmaximierung.“¹⁹

Der Kranke *muss* in seiner objektiven Not zum Arzt gehen und erwartet sich von ihm Heilung und Linderung durch fachlich kompetente Fürsorge. Der Klient-Patient – unabhängig davon, ob er in der Not ist oder nicht – bestellt beim Arzt ganz bewusst und selbstbestimmt eine konkrete Leistung und erwartet sich von ihm die genaue Ausführung. Das ärztliche, fürsorgliche Ethos verpflichtet den Arzt aber zur Hilfeleistung in der Not. Er muss handeln, er darf sich der Aufgabe nicht entziehen. Beim Klienten wird Fürsorge nicht mehr gefordert und gefragt. Im Gegenteil, es wäre für den Kunden herabwürdigend. Die Asymmetrie der ursprünglichen Arzt-Patient-Beziehung ist durch das Wegfal-

len der Not mindestens zum Teil wettgemacht.

Diese zwei Patiententypen begründen wesentlich unterschiedliche Arzt-Patient-Beziehungen. Es handelt sich aber um Idealtypen, die in der Realität in einer Vielzahl von Mischformen auftreten. Je nach Krankheit, gesundheitlichem Zustand, sozialem Status u. dgl. entstehen Patiententypen mit unterschiedlichen Patienten- und Klienten-Komponenten. Einige Beispiele:²⁰

- a) Bei physisch und psychisch schwer belastenden Krankheiten tritt der Patient in der Ordination oder im Krankenhaus als rein Hilfesuchender und der Arzt als Helfer in der Not auf: Hier ist der erste Typus (kranker Patient) absolut prävalent.
- b) Bei meistens überraschend auftretenden Infektionskrankheiten tritt der Arzt als Heiler und Helfer auf, und der Patient verhält sich vorwiegend nach dem Kranker-Patient-Typus.
- c) Bei chronischen Krankheiten, nach der Akutphase ergibt sich eine geteilte Verantwortung mit Entscheidungspriorität des Patienten. Der Patient beginnt auch Klient zu werden, indem er sich erkundigt, selber Vorschläge macht, eine zweite Meinung einholt usw. Der Arzt wird zum Teil Helfer aber auch zum Teil Partner, Berater, Vermittler und Koordinator.
- d) Bei Krankheiten, die Folgen von gesundheitsschädigendem Verhalten und Konsumgewohnheiten sind, wird der Arzt auch Anbieter von Dienstleistungen und Produkten.
- e) Bei Funktions- oder Merkmalverbesserungswünschen²¹ (Wunscherfüllende Medizin/Enhancement)²² ist die Klient-Komponente dominant, obwohl auch eine Kranken-Komponente vorhanden sein kann, z. B. bei eklatanten Fehlbildungen, aber auch bei körperdysmorphen Störungen.

Die Forderung der medizinischen Ethik an den Arzt, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten, erfordert von ihm, den genauen Patiententypus zu erkennen, damit er sich ihm gegenüber richtig verhält: fürsorglich bis bevormun-

dend, wenn der Patient es selber will und verlangt, oder partnerschaftlich beratend, wenn dies so gewünscht wird. Aber zwischen reiner Bevormundung und reiner Beratung gibt es viele Graustufen.

2.3 Typen von autonomen Entscheidungen

Das Patientenbild im modernen medizinischen Ethos ist das der autonomen Person, die über sich selbst zu bestimmen hat: der mündige Patient also. Das heißt, das Selbstbestimmungsrecht stellt den Patienten de facto vor die Pflicht, über sich selbst zu bestimmen und gegebenenfalls sogar im Voraus eine Patientenverfügung für den Fall einer Entscheidungsunfähigkeit zu unterzeichnen.

Aus der Perspektive des Patienten ist die Frage wichtig, inwiefern der Patient autonomiefähig ist, im Sinne, dass er vernunftgemäß handeln kann, ohne dabei überfordert zu werden. Der Patient muss bedenken, dass der von ihm einmal geäußerte Wille für den Arzt bindend ist, und wenn er falsch entscheidet, d. h. gegen die eigene Vernunft, hat er möglicherweise keine Korrekturmöglichkeiten. Es sei nochmals gesagt: Autonom ist, wer das sittlich Gesollte wählen kann und wählt. Selbstbestimmung ist ein personaler Vollzug, der von der Vernunft (*recta ratio*) ausgeht, die den Willen anleitet. Heteronom oder nicht-autonom ist, wer tun muss, wozu ihn jemand anderer mit Gewalt zwingt, aber auch, wer – aus welchem Grund auch immer – nicht richtig entscheiden kann und trotzdem partout das tun will, was ihm allein einfällt. Oft erkennt der Mensch erst im Nachhinein, dass er unter dem Einfluss von diesem oder jenem gehandelt hat oder nicht im Stande war, dies oder jenes zu berücksichtigen, und eigentlich nicht getan hat, was er wollte – er hat einfach nicht richtig gedacht. In der Regel stehen Kranke unter einem größeren oder kleineren emotionalen Schock und haben geistige und leibliche Schmerzen zu erleiden. In dieser Situation ist ihr Urteilsvermögen eingeschränkt. Ihnen beizustehen und sie in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen bis dahin, sie ihnen abzunehmen, ist keinesfalls eine Geringschätzung ihrer Person und Verletzung

ihrer Würde, sondern eine fürsorgliche Pflicht der Menschlichkeit. Dafür sind sie in der Regel auch dankbar. Meistens möchten Kranke in solchen Situationen keine Entscheidungen selber treffen, und trotzdem werden sie im Spital und in den Ordinationen oft damit konfrontiert, weil die Gesetzgebungen der meisten Länder verlangen, dass sie mündig vor den einzelnen medizinischen Eingriffen zumindest formell ihre Einwilligung erteilen.

Wie kann der Patient sich entscheiden, obwohl er dazu physisch oder psychisch oft kaum in der Lage ist? Vor zehn Jahren habe ich diese Frage im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung behandelt.²³ Damals habe ich sie (*die Frage*) mehr aus der Perspektive des Arztes beleuchten wollen, hier soll die Perspektive des Patienten im Vordergrund stehen. Die konkrete Fragestellung ist: Wie soll sich ein mündiger Bürger im Krankheitsfall verhalten, der gewohnt ist, selbst die Entscheidungen, die er trifft, zu verantworten, aber die Erfahrung hat, dass er manchmal wegen physischer oder psychischer Gebrechlichkeit nicht richtig entscheidet? Das ist eine Frage der aristotelischen Tugend der Klugheit, oft auch Weisheit genannt. Was tut die weise Frau, der weise Mann? Klugheit ist jene moralische Haltung, die Vernunft und Willen in ihrem Zusammenspiel unterstützt.²⁴ Sie wird definiert als das Handeln nach der rechten Vernunft (*recta ratio agibilium*).²⁵ Sie ist auch für den Patienten eine sehr wichtige Tugend, gerade in kritischen Situationen.²⁶

Bekanntlich wird diese Tugend in drei Akten vollzogen: Beratung, Entscheidung, Befehl. Die Beratung ist umso wichtiger, je schwächer die Fähigkeit zur Entscheidung und zum Befehl ist. Deshalb wird sich der kluge Patient in entsprechender Weise bei kompetenten Menschen seines Vertrauens beraten lassen, sodass Entscheidung und Befehl aus diesem Beratungsprozess fast von selbst herausfließen.

In der Beratung des klugen Patienten werden zwei Personenkreise einbezogen: das menschlich familiäre Umfeld sowie Arzt und Pflegepersonal. Wie klug diese Einbindung des Umfeldes ist, haben besonders Uexküll und Wesiak hervorgehoben:

„Die Beziehung eines Patienten zu den Menschen seiner Umgebung, seiner Familie, seines Freundeskreises und seines Berufs sind integrierende Teile seiner Persönlichkeit. Die Qualität seiner Beziehungen entscheidet über sein Befinden und seine Gesundheit... Beziehung erzeugt Gesundheit und ermöglicht Kranken ein Maximum der ihnen noch möglichen Autonomie. Beziehungsstörung macht krank.“²⁷ Hier wird mehr als nur das Faktum angesprochen, dass niemand seine Entscheidungen bewusst oder unbewusst alleine trifft. Die soziale Dimension der Persönlichkeit bringt auch die sittliche Verpflichtung mit sich, in den autonomen Entscheidungen das Umfeld einzubeziehen. Dies gilt für jede Person, Arzt wie Patient, bei jeder Entscheidung. Ganz besonders aber gilt dies, wenn die Willensfähigkeit geschwächt ist. Es entspricht der allgemeinen lebensweltlichen Erfahrung, aber auch der ärztlichen Praxiserfahrung, dass der physisch und/oder psychisch belastete Kranke besonders der Hilfe anderer – Familienangehöriger, Freunde, Pflegepersonal und Ärzte – bedarf, um den erwähnten Rest an faktischer Autonomie realisieren zu können. Es wäre in solchen Situationen töricht von den Geschwächten, sich nicht auf Stärkere stützen zu wollen. Ebenso wäre es unmenschlich, wenn der Stärkere den Schwächeren nicht unterstützte.

Und welche Entscheidung kann bzw. soll der Patient treffen? Man kann unterscheiden zwischen autonomen Entscheidungen oder Wünschen erster Ordnung (das sind konkrete Entscheidungen oder Wünsche im Hinblick auf einzelne Handlungen, z. B. „ich wünsche ein Aspirin“ oder „ich willige in eine Spritze ein“), und autonomen Entscheidungen zweiter und höherer Ordnung (d. h. Festlegungen auf eine allgemeine Verhaltensregel, die die Entscheidungen erster Ordnung determiniert, z. B. „ich tue prinzipiell, was mir dieser Arzt sagt“, „ich befolge die Gebote einer kirchlichen Gemeinschaft“, „diese und diese sind meine Werte“, „meine normativen Überzeugungen sind...“ usw.).²⁸ Während die Entscheidungen erster Ordnung immer dann getroffen werden müssen, wenn die Situ-

ation es verlangt, sind die Entscheidungen höherer Ordnung in der Regel stabile, langfristig getroffene Festlegungen, die zur Identität der Person gehören. D. h., auch wenn der Betroffene nicht bei Bewusstsein ist, können meistens über sein Umfeld solche Festlegungen in Erfahrung gebracht werden.

Der vernünftige Patient – ob Kranker oder Klient – wird die richtige Entscheidung zweiter Ordnung mit Hilfe von vertrauten Personen zu treffen versuchen. Die Entscheidung wird nicht leichtfertig getroffen, denn es könnte um das Überleben gehen. Wenn diese Entscheidung richtig getroffen ist, dann wird sich der Patient viele schwierigere Entscheidungen erster Ordnung ersparen, ohne deswegen fremdbestimmt zu sein. Muss er die Entscheidungen erster Ordnung auch selber treffen? Nach dem Gesetz muss der behandelnde Arzt vom Patienten Entscheidungen erster Ordnung („Darf ich dies tun?“, „Ich würde dies empfehlen, sind Sie damit einverstanden?“), d. h. die Einwilligung oder Zustimmung über die zu verwendenden Mittel, abverlangen. Aber da der Patient kaum Sachwissen hat und sich nicht sicher sein kann, ob er sich gewisse Entscheidungen zutrauen soll, ist es nur vernünftig, darauf mit der Entscheidung zweiter Ordnung zu reagieren, nachdem er sich vergewissert hat, dass der Arzt über seine Zielvorstellungen Bescheid weiß: „Tun Sie, was Sie glauben tun zu müssen.“ Er verzichtet aber nicht auf weitere Informationen. Diese Entscheidungsstruktur ist in jeder vom Vertrauen getragenen asymmetrischen Beziehung zwischen Experten und Hilfesuchenden (beim Rechtsanwalt, Steuerberater, Elektroinstallateur oder Schlosser) grundsätzlich dieselbe. Die Arzt-Patient-Beziehung ist aber an sich unvergleichbar mit jenen anderen. Denn nur in dieser Beziehung vertraut der Hilfesuchende die letzte Grundlage seiner Existenz (sein Leben) den Händen des Arztes an, was sonst bei keiner anderen Beziehung der Fall ist. Davon abgesehen ist die Autonomie des Patienten durch seine Entscheidungen zweiter Ordnung voll gewahrt. Dies bedeutet nicht, dass bei einzelnen Eingriffen auf die Einwilligung verzichtet werden

kann. Das sogenannte Aufklärungs- und Einwilligungsgespräch ist auch deshalb sehr wichtig, weil es jene Kommunikation in Gang hält, die wesentlich zur Erhaltung bzw. Stärkung des Vertrauens beiträgt und durch welche der Arzt Wesentliches von den Entscheidungen zweiter Ordnung des Patienten erfährt (z. B. dass es für diesen wichtiger ist, ein paar Monate länger zu leben als die Erhaltung von Lebensqualität oder umgekehrt).

2.4 Autonomie aus der Perspektive des Patienten

Jeder Mensch erlebt seine Krankheiten individuell anders und reagiert auch auf seine eigene Art und Weise auf den Ausbruch einer akuten Krankheit. Die meisten Patienten haben kein Problem mit dem Selbstbestimmungsrecht. Sie gehen auf Behandlungsverträge ein, ohne sich dessen bewusst zu sein, dass sie einen solchen schließen, sie suchen beim Arzt Hilfe und Führung, sie erzählen ihm die Symptome, die sie für wichtig halten, sie bemühen sich, gut zuzuhören und verhalten sich ruhig, trotz Besorgtheit und Beklemmung, solange sie den Eindruck haben, dass sie gut geführt werden und hoffen können, dass sie das Beste erreichen werden, was in dieser Situation möglich ist. Was der Patient vor allem braucht ist das Gefühl, als Mensch angenommen zu werden, das Verständnis des Arztes und des Pflegepersonals laufend zu spüren, dann aber auch kompetente Führung, d. h. er muss das Gefühl haben, dass er einen verlässlichen Gesundheitscoach hat.

Wie erlebt der Patient seine Autonomie in der Praxis? Versuchen wir, dies ausgehend von zwei ganz einfachen, gewöhnlichen Fällen aus dem medizinischen Alltag zu beschreiben:

Fall 1: In der Ordination

Ein 50-jähriger Mann, der sich im Großen und Ganzen für gesund hält, bekommt am Wochenende Schmerzen im ganzen Bauchraum, die ihn schwer beunruhigen. Er kann nicht mehr gut schlafen und leidet unter ständigem Völlegefühl. Er überlegt

alles Mögliche, auch erfüllt es ihn mit panischer Angst, dass er eine Krebserkrankung haben könnte, zumal in den letzten Monaten zwei Bekannte daran gestorben waren. Am Montag sucht er die Ordination seines Hausarztes auf. Nach kurzer Untersuchung teilt ihm dieser mit, dass er wohl eine Gastritis infolge der Nebenwirkung eines Medikamentes habe, das er schon längere Zeit einnehme. Jenes Medikament wird vorerst abgesetzt und ein neues gegen Gastritis verschrieben. Er wird angewiesen, sich innerhalb von 48 Stunden wieder zu melden, wenn die Beschwerden nicht schlagartig verschwinden. In diesem Fall müsse weiter untersucht werden. Tatsächlich tritt die erhoffte Besserung nicht ein, und der Hausarzt überweist ihn zum Internisten. Dieser veranlasst eine Gastroskopie, bei welcher eine ausgeprägte Gastritis und ein Zwölffingerdarmgeschwür festgestellt werden. Eine sofort eingeleitete Therapie führt nach einigen Wochen zur Beschwerdefreiheit.

Fall 2: Im Krankenhaus

Eine 45-jährige Patientin bekommt zunehmend Schmerzen im Knie, die ihr zunächst die Sportausübung unmöglich machen, dann aber – während eines Auslandsurlaubs – so stark werden, dass sie sich wegen der Schmerzen nur schwer hinkend fortbewegen kann. Der Orthopäde diagnostiziert an Hand der relevanten Befunde eine Meniskusruptur und stellt die Operationsindikation. Nach einem Aufklärungsgespräch mit dem Chirurgen über Art und Umstände des Eingriffs, einem Gespräch mit einer Krankenpflegeperson, sowie nach Ausfüllen und Unterschreiben diverser Aufklärungs- und Einwilligungsformulare erfolgt ein Gespräch mit dem Anästhesisten. Dieser stellt eine Vollnarkose und eine Spinalanästhesie zur Auswahl und erklärt die Risiken, Vor- und Nachteile beider Methoden. Dann bittet er um eine Entscheidung. Die Patientin möchte gerne wissen, was er, der Anästhesist, und der Chirurg empfehlen würden, doch möchten diese sie in ihrer Entscheidung nicht beeinflussen. Das irritiert die Patientin, zumal sie sich in diesen Fra-

gen – trotz der stattgehabten Erklärungen – nicht kompetent genug fühlt. Schließlich entscheidet sie sich „aus dem Bauch heraus“ für die Spinalanästhesie. Die Operation verläuft problemlos und zur vollen Zufriedenheit der Patientin. Dennoch bleibt ihr in Erinnerung, sich überfordert gefühlt zu haben. Es wäre ihr lieber gewesen, wenn ihr der Operateur die Entscheidung über die Art der Anästhesie abgenommen hätte.

Man kann nicht alle medizinischen Fälle auf diese zwei reduzieren, aber sie illustrieren, dass in den meisten Fällen der Patient gerne die Gesundheitsstrukturen, die die Gesellschaft, der er angehört, geschaffen hat, in Anspruch nimmt, dass er die Asymmetrie der Beziehung zum Arzt und noch mehr zum Gesundheitssystem akzeptiert und daher bereit ist, mit einem Arzt ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Das alles will er, ohne dafür formell einen Willensakt kundtun zu müssen. Selbstverständlich bedeutet das nicht, dass er sonst auf die Selbstbestimmung als ein Abwehrrecht verzichtet. Das Recht schützt gegen ungewollte Einmischung. Dafür kann er vorsorgen, wenn er ganz bewusst die Entscheidung zweiter Ordnung getroffen hat, mit einem Arzt seiner Wahl ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Darauf kommt es wahrscheinlich in 99 Prozent der Fälle im medizinischen Alltag an.

Bei Fall 1 fragt man sich, ob der Patient eine andere Entscheidung hätte treffen können, abgesehen davon, zu einem Arzt zu gehen, und, wenn das nicht sein Hausarzt ist, mit ihm ein Vertrauensverhältnis aufzubauen? Das notwendige, gegenseitige Vertrauen kann in der Regel bei normalen kommunikativen Fähigkeiten von Arzt und Patient sehr rasch entstehen. Es geht einfach darum, dass der behandelnde Arzt den Patient übernimmt, mit ihm das Therapieziel ausmacht und ihm das Gefühl vermittelt, richtig „gecoacht“ zu werden. Der Patient kann natürlich jederzeit die Diagnose in Frage stellen, sich der Therapie verweigern, eine andere Vorgangsweise vorschlagen usw. Alle diese Maßnahmen können manchmal berechtigt sein. Der

kluge Patient kann aber nur hoffen, dass es nicht dazu kommt, weil die Entscheidungen, die dann von ihm verlangt werden, in der Regel seine Kompetenz übersteigen würden und keine optimale Behandlung erwarten ließen.

Im Fall 2 läuft alles genauso wie bei Fall 1, aber es kommt hinzu, dass die Patientin einige Aufklärungs- und Zustimmungsbogen vor der Operation unterschreiben musste. Dies ist allerdings ein rein formaler Akt zur Absicherung des Arztes und des Krankenhausträgers. Natürlich sind die Bögen eine Hilfe für den Arzt, der sich so manche Erklärungen erspart, die auch der „mündige“ Patient nicht so genau hören will. Ob mit dieser Art Aufklärung ein *informed consent* in Sinne der modernen Ethik erreicht ist, wird in der Literatur und auch in der Praxis angezweifelt. Was die Patientin dieses Falles noch mehr stört, ist, über die Anästhesieart entscheiden zu müssen. Da hilft es sicher wenig zu hören, dass bei der einen Methode in 2 Prozent der Fälle mit Komplikationen zu rechnen ist und bei den anderen nur in 1,5 Prozent, aber die erstere insgesamt angenehmer sei. Die Patientin hätte lieber gehabt, dass sich der Chirurg und der Anästhesist auf eine Methode geeinigt und ihr eine Empfehlung abgegeben hätten, der sie mit Sicherheit auch zugestimmt hätte.

Zusammenfassend: Was die Patienten der oben in 2.2 beschriebenen Patiententypen a) und b) wollen, ist, richtig betreut zu werden. Sie sind sich völlig der Asymmetrie ihrer Beziehungen zum Arzt bewusst und sind bereit, alles von ihm anzunehmen, solange dieser um ihr Vertrauen bemüht ist. Anders verhält es sich beim anderen Patiententyp. Beim chronischen Patienten (c) können verschiedene Faktoren das Vertrauensverhältnis stören: Internet, Gesundheitsseiten von Zeitungen, Ratschläge von anderen Patienten usw. Der Patient hat leichte, allerdings meistens sachlich nicht richtige Vergleichsmöglichkeiten seiner Therapie und begehrt vielleicht eine andere Behandlung. Auf einer anderen Ebene muss man die Einholung einer *second opinion* sehen, die sicherlich in vielen Fällen klug

ist und mit der Zustimmung des behandelnden Arztes erfolgen kann.

3 Grenzen der Patientenautonomie aus der Perspektive des Patienten

3.1 Die Grenze zwischen Autonomie und Heteronomie

Das positive Recht gibt dem selbstbestimmungsfähigen Patienten das Recht, eine medizinische Maßnahme zu verweigern, auch wenn das Unterlassen der Maßnahme fachwissenschaftlicher Vernunft, ärztlichem Berufsethos und dem individuellen Gewissen des Arztes widerspricht. Es stimmt, was Birnbacher und Dabrock behaupten: „Weder die Gewissensfreiheit noch das Berufsethos des Arztes oder wissenschaftliche Erkenntnisse können einen Eingriff in die Selbstbestimmung des Patienten rechtfertigen.“²⁹ Dies gilt auch dann, wenn die Verweigerung direkt zum Sterben führen würde. Der Patient weiß sich auch dann geschützt: Der Arzt kann nichts gegen seinen Willen tun. Damit wird aber keineswegs die Sittlichkeit der Verweigerung gesetzlich sanktioniert. Die juristische und die ethische Ebene stehen miteinander in Beziehung, haben aber unterschiedliche Rationalität.

Was kann mit der neuen Maxime „voluntas aegroti suprema lex“ („der Wille des Patienten ist höchstes Recht“) gemeint sein? Kann der Patient alles verlangen? Dies ist eine Forderung an den Arzt, die bedeuten muss, dass er nicht ohne Zustimmung des Patienten behandeln kann, nicht aber, dass er alles, was sich der Patient wünscht, auch tun muss. Auch der Arzt hat ein Selbstbestimmungsrecht, das er geltend machen kann. Sein Ethos wird prinzipiell nichts rechtfertigen, was gesundheitsschädlich ist. Mit Ausnahme von Notfällen muss auch der Arzt nicht auf einen Behandlungsvertrag eingehen. Das heißt, die Maxime „voluntas aegroti suprema lex“ stellt dem Patienten keinen Blankoscheck aus, sondern setzt dem ärztlichen Handeln eine Grenze.

Wo liegen nun die Grenzen der Autonomie aus der Perspektive des Patienten? Gleich wie bei jedem Menschen: Autonomie definiert sich als Selbstge-

setzung der Vernunft³⁰ und schließt, wie oben (vgl. 1.1) erwähnt wurde, jede Handlungswillkür aus. Somit ist jeder Mensch und daher auch der Patient vor die ethische Forderung gestellt, nach dem zu suchen, was die Vernunft als richtig erkennt. Diese stellt die Grenze der Autonomie dar, sodass über diese Grenze hinaus der Mensch nicht mehr von sich behaupten kann, er sei autonom, sondern er wäre dann heteronom. Denn wer Unvernünftiges tut, tut es nur, weil er nicht erkennt, dass er sich im Irrtum befindet – sonst würde er es nicht wollen. Darin liegt seine Heteronomie. Das erste ethische Prinzip *tue Gutes und vermeide Böses* gilt zuerst für jeden selbst. Nicht alles, was dem Menschen einfallen kann, muss schon per se vernünftig und gut sein. Es geht darum, zwischen dem Guten dem Scheine nach und dem objektiv Guten zu unterscheiden. Dazu braucht der Patient auch die sittlichen Tugenden. Sie sind das Tor zur wirklichen Autonomie. Wer nach den Tugenden handelt, bleibt immer autonom und wird nicht heteronom.³¹

Weiters ist sich der kluge Patient dessen bewusst, dass er in eine Situation kommen kann, in der er vielleicht seinen Willen äußert, dennoch physisch und psychisch nicht in der Lage ist, wirklich etwas zu wollen, geschweige denn, eine autonome Entscheidung zu treffen. Das heißt, seine Äußerungen könnten zwar formell als bindender Patientenwille gewertet werden, aber trotzdem nicht autonom sein, denn sie wären weder seine wirklich gewollten Entscheidungen noch vernünftig, weil sie in einem emotionalen und geistigen Zustand getroffen werden, der nicht geeignet ist, um lebenswichtige Entscheidungen vernünftig zu treffen. Wer schützt dann den Patienten sozusagen vor sich selbst? Das Gesetz sicher nicht, auch der Arzt nicht. Der Patient ist nicht dement, und kein Arzt wird sich trauen, eine Unzurechnungsfähigkeit zu bescheinigen. Der kluge Patient müsste sich für diese Situation jemanden – in der Regel aus seinem unmittelbaren familiären Umfeld – anvertrauen können, und mit bestimmten Personen aus diesem Umfeld jede Willensäußerung abstimmen und

sogar bereit sein, ihrem Rat gegen seinen Willen zu folgen, solange die Situation andauert. Der kluge Patient wird sogar schriftlich dokumentieren, wenn er im Krankheitsfall als Mitentscheider haben will.

Es ist bedauerlich, dass in unserer individualistischen und atomisierten Gesellschaft immer mehr kranke Menschen niemanden haben, dem sie sich wirklich anvertrauen können, und dass die Familie immer weniger die ureigenste Funktion erfüllt, ihren alten und kranken Mitgliedern in schweren Situationen so beizustehen, dass sie ihnen viele Entscheidungen abnimmt und so Schutz und Geborgenheit spendet. Man muss aber klar sehen, dass es in der Frage zum gut funktionierenden Familienverband keine gleichwertigen Alternativen gibt, zumal die Familie die Autonomie des Patienten am besten sicherstellen kann.

3.2 Selbstbestimmungen als Vorausbestimmung?

Die schriftlichen Patientenverfügungen werden von den Befürwortern eines radikalen Autonomiebegriffes als ein geeignetes Instrument der Selbstbestimmung für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit gesehen. Die Dokumentation der antizipierten Entscheidung dient aber in erster Linie zur Absicherung der Ärzte. Es ist mühsam, nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu suchen, wenn sich dieser nicht mehr äußern kann. Eine Vorausklärung spart den Ärzten diese Mühe und ist überdies prinzipiell unanfechtbar. Juristen befürworten sie, viele Ärzte aber, die die Interessen der Patienten vertreten, sehen hierin große Probleme, obwohl sie eigentlich die ersten sind, die einen Vorteil daraus ziehen.

Hier scheiden sich die Wege von Recht und Ethik. Eine nach dem Gesetz eingerichtete Patientenverfügung soll verbindlich sein. Es ist nicht daran zu zweifeln, dass sie den Willen des Patienten zum Zeitpunkt ihrer Errichtung darstellt. Aus anthropologischer und ethischer Sicht relativiert sich aber die Verbindlichkeit einer Vorausverfügung zu einem späteren Zeitpunkt, weil bei deren Einrich-

tung die Unmittelbarkeit der Entscheidungssituation und damit dem Patienten zwangsläufig ganz wichtige Informationen zu seiner Entscheidung fehlen. Wie oft wurden Ärzte und Pflegepersonal von der Leichtigkeit überrascht, mit der ein Patient beim Eintreten des Ernstfalls seine oft wiederholten Wünsche krass revidiert! Wie anders klingen dann die Worte der Patientenaufklärung, und wie schnell ändert sich die Stimmungs- und Einsichtslage! Auch konnte eine repräsentative Befragung von Patienten, Gesunden, Ärzten und Pflegepersonal in Deutschland bestätigen, wie unterschiedlich die Entscheidungslage je nach Grad der Betroffenheit ist.³² Eine zentrale Frage scheint nämlich nicht so leicht zu beantworten zu sein: Kann eine auf Angst vor Leid oder auf Leiderfahrung gegründete Patientenverfügung wirklich selbstbestimmt sein? Was, wenn Leid subjektiv unabwendbar scheint, objektiv aber abwendbar wäre, weil durch schlechte Schmerztherapie, mangelnde Pflege oder soziale Isolation verursacht?³³

Befürworter des radikalen Autonomiebegriffs sind der Auffassung, dass diese Fragen nur im Rahmen des tradierten Paradigmas der ärztlichen Fürsorge aufgeworfen werden, und antworten darauf, dass die Autonomie nicht hinterfragt werden kann, ohne sie schon zu negieren. Selbstbestimmung wird immer situationsbedingt vollzogen.³⁴ Für jemanden, der sich nicht äußern kann, aber eine Vorausbestimmung hat, gilt eben diese. Rechtlich stimmt das sicher, die Frage ist aber, ob dies anthropologisch und daher auch ethisch stimmen muss. Nicht selten wird die Bestimmung einer Patientenverfügung geändert, wenn der Ernstfall eintritt, sofern man dazu in der Lage ist. Es wäre autonomietheoretisch auch berechtigt, die Frage zu stellen, welche Willensäußerung mehr wiegen sollte: Die in der Patientenverfügung enthaltene, die prinzipiell nüchtern und ohne die emotionale Nähe zum gefürchteten Ereignis getroffen wurde, oder jene unmittelbar im Angesicht des Ernstfalls.

Allein die Tatsache der nicht abschließenden Beantwortbarkeit dieser Frage, untermauert die

These Sahms, dass die Autonomie theoretisch und empirisch eine imperfekte sei.³⁵ Theoretisch: Die Fähigkeit zur Antizipation einer intentionalen Handlung muss deshalb in Frage gestellt werden, weil sich die Interessenslage der Menschen laufend und vor allem beim Auftreten von lebenswichtigen Ereignissen ändert. Empirisch: Klare Grenzen der Fähigkeit zur Antizipation werden von der genannten empirischen Studie von Sahn aufgezeigt, welche weiter unten kommentiert wird.³⁶

Eine Patientenverfügung kann sehr nützlich zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten sein, wenn es keine anderen sicheren Daten gibt. Jedoch darf sie als Vollzug einer imperfekten Autonomie nicht als der ideale Weg zur Ermittlung des Willens für diesen Fall angesehen werden. Wie oben ausgeführt wurde, ist der natürliche Vollzug der Selbstbestimmung einer, der im Rahmen einer Beziehung mit dem Umfeld des Patienten, das ihn nicht nur medizinisch, sondern auch emotional schützt und begleitet, erfolgt. Die Untersuchung von Sahn ergab, dass „die Mehrheit der Befragten in allen Gruppen [...] sich für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit auf Grund akuter Erkrankung [wünscht], dass Angehörige zusammen mit Ärzten für sie stellvertretend entscheiden (71 Prozent der Tumorpatienten, 76 Prozent der Pflegenden und 84 Prozent der Ärzte)“. Eine Beteiligung von Richtern, Laien oder anderen nicht dem Kreis der Angehörigen zuzurechnenden Personen wird mehrheitlich abgelehnt.³⁷

Diese und andere Studien bestätigen empirisch, was theoretisch – anthropologisch und ethisch – naheliegend ist: Die große Mehrheit der Menschen wünscht sich eine in die Beziehung mit Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal eingebettete Selbstbestimmung. Patientenverfügungen wären somit nicht die Lösung erster Wahl, vielleicht noch am ehesten für den sozial isolierten Patienten. Denn diesem fehlen so wesentliche Elemente der Entscheidungsfindung, wie ein emotional schützendes und Geborgenheit spendendes Umfeld. Es ist auch naheliegend, dass vor allem solche Pati-

enten dazu neigen, lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Was erwartet sie sonst? Man könnte eine solche Entscheidung auch als einen Hilferuf um soziale Hilfestellung interpretieren, doch wäre dies weniger leicht zu implementieren als die Rücknahme von lebensverlängernden Maßnahmen. Wer fühlt sich von einem solchen Appell angesprochen, wenn das passende Umfeld dazu fehlt? So ein Appell würde Ärzte und Pflegepersonal überfordern.

Schlussfolgerung

Es ist nichts dagegen einzuwenden, dass die moderne medizinische Ethik den Respekt der Autonomie des Patienten stärker unterstreicht als das früher der Fall war. Der Respekt der Autonomie verlangt aber die Berücksichtigung der Perspektive des Patienten, andernfalls könnte der Patient leicht überfordert werden.

1. Die Arzt-Patient-Beziehung ist mehr als eine Zweier-Beziehung. Der Arzt steht stellvertretend für die Pflegepersonen, und beim Patienten muss man auch sein soziales Umfeld berücksichtigen. Der Patient ist am besten beraten, wenn er sich einem familiären Umfeld anvertrauen kann. Für diesen Patienten wird es ein Gebot der Klugheit sein, bei seinen Entscheidungen – besonders bei den lebensverändernden – auch dieses Umfeld einzubinden und in manchen Fällen ihnen sogar die Letztentscheidung zu überlassen.

2. Der Patient muss immer versuchen, vor allem die Entscheidungen zweiter Ordnung rechtzeitig und richtig zu treffen. Der kluge Patient wird sich auch bemühen, mit dem Arzt ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, d. h. er wird in erster Linie die Entscheidungen zweiter Ordnung treffen, die Entscheidungen erster Ordnung hingegen dem Arzt überlassen. Dabei muss der Patient auch jederzeit eingreifen können und das Gefühl haben, dass dieses Eingreifen nicht nur respektiert, sondern auch willkommen ist.

3. Patientenverfügungen können vor allem für jene Patienten nützlich sein, die sozial isoliert sind und kein Vertrauensverhältnis zu einem Arzt ha-

ben bzw. fürchten, dass sie in der Isolation ernsthaft krank werden.

Referenzen

- 1 Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of Biomedical ethics*, 4. Auflage, Oxford University Press, Oxford (1994)
- 2 In jüngster Zeit hat das Experiment von Benjamin Libet einige Neurowissenschaftler veranlasst die Willensfreiheit in Frage zu stellen. Das Buch Geyer C. (Hrsg.), *Hirnforschung und Willensfreiheit* bringt einen Nachweis dieser Debatte mit Diskussionsbeiträgen von B. Libet, W. Singer, G. Roth, O. Höffe, E. Schockenhoff u. a.
- 3 Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 53
- 4 Kant I., *Reflexionen zur Metaphysik*, Nr. 6070, Akad. Ausgabe 18, 443
- 5 Pöltner G., *Autonomie des Patienten – Ethik der Fürsorge*, *Imago Hominis* (1998); 5: 253-259; hier: S. 254
- 6 Pöltner G., siehe Ref. 5, S. 255
- 7 Juza L., *Aufklärung, Vertrauen und Wohlwollen in einer Medizin der Person*, *Imago Hominis* (1998); 5: 261-273; hier: S. 263
- 8 Diese Auffassungen haben G. Pöltner und L. Juza in *Imago Hominis* 4/1998 sehr treffend und ausführlich kritisiert. Vgl. Ref. 5 und 7
- 9 Callahan D., *Can the Moral Commons Survive Autonomy*, *Hastings Center Report* (1996); 26(6): 41-47; hier: S. 41
Childress J. F., *The Place of Autonomie in Bioethics*, *Hastings Center Report* (1990), 20(1): 12-17; hier: S. 12
- 10 Sass H. M., *Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten*, *Medizinethische Materialien* 78, Zentrum für medizinische Ethik, Bochum (1992), S. 3
- 11 1998 erschien eine Ausgabe von *Imago Hominis*, die diesem Thema gewidmet war und in dem ich all diese Fragen behandelt habe. Vgl. Prat E. H., *Autonomie in der Arzt-Patienten-Beziehung*, *Imago Hominis* (1998); 5: 241-251
Vgl. auch Pöltner G., siehe Ref. 5, und Juza L., siehe Ref. 7
- 12 Buber M., *Das dialogische Prinzip*, 7. Ausgabe, Lambert Schneider, Heidelberg (1994), S. 32.
Vgl. auch Säuglingsforschung Stern D. N., *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York (1985)
- 13 Uexküll T. V., Wesiak W., *Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell*, in Uexküll T. V. et al., *Psychosomatische Medizin*, Urban und Schwarzenberg, München (1996), S. 44 ff.
- 14 Christian P., *Anthropologische Medizin*, Springer, Heidelberg (1989)
- 15 Taylor C., *The malaise of the modernity*, in: Taylor C., *Sources of the self*, Harvard University Press, Harvard (1989), S. 52-64; Deutsche Übersetzung: Taylor C., *Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität*, Suhrkamp, Frankfurt (1994)
Ursprünge des neuzeitlichen Selbst, in: Michalski K. et al. (Hrsg.), *Identität im Wandel*, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart (1995), S. 14
- 16 MacIntyre A., *After Virtue*, University of Notre Dame Press, Notre Dame (1981), Kap. 3; Deutsche Übersetzung: MacIntyre A., *Der Verlust der Tugend*, Campus, Frankfurt (1987), S. 52, vgl. auch S. 169 ff.
- 17 Pöltner G., *Grundkurs Medizin Ethik*, Facultas Verlag, Wien (2001), S. 89
- 18 Maio G., *Medizin im Umbruch. Ethisch-anthropologische Grundfragen zu den Paradigmen der modernen Medizin*, *Zschr med Ethik* (2007); 53(3): 229-254; hier: S. 236
- 19 Maio G., siehe Ref. 18, S. 240
- 20 Inspiriert in http://aok.pt.e.hu/docs/dsg/studium/psychologie/Einfuehrung_Med_Psychol_u_Soziol.pdf
- 21 Gesang B., „Enhancement“ zwischen Selbstbetrug und Selbstverwirklichung, *Ethik Med* (2006); 18: 10-26
- 22 Kettner M., *Wunscherfüllende Medizin zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit*, *Ethik Med* (2006); 18: 81-91
- 23 Prat E. H., siehe Ref. 11
- 24 Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1142b und 1143a
- 25 v. Aquin T., *Summa theologica*, I-II, 56, 2 ob. 3, *Expositio in decem libros ethicorum Aritoteles ad Nichomacum*, nn 1916, 1445
v. Aquin T., *De Virtute* q.un. a. 7
- 26 Kummer F., *Tugenden des Patienten*, *Imago Hominis* (2009); 16: 129-139
- 27 Uexküll T. V., Wesiak W., siehe Ref. 13, S. 46 und 47
- 28 Beauchamp T. L., Childress J. F., siehe Ref. 1, S. 122
- 29 Birnbacher D., Dabrock P., *Wie sollten Ärzte mit Patientenverfügungen umgehen? Ein Vorschlag aus interdisziplinärer Sicht*, *Ethik Med* (2007); 19: 139-147; hier: S. 147
- 30 Kant I., *Reflexionen zur Metaphysik*, Nr. 6070 Akad. Ausgabe 18, 443
- 31 Prat E. H., siehe Ref. 11
Vgl. auch Kummer F., siehe Ref. 26
- 32 Sahn S., *Sterbebegleitung und Patientenverfügung*, Campus, Frankfurt/Main (2006), S. 95-176
Sahn S. W., Will R., Hommel G., *What are cancer patients' preferences about treatment at the end of life? A comparison with healthy people and medical staff*, *Support Care Cancer* (2005); 13: 206-214
- 33 Beckmann R., *Vorschläge zur Regelung von Patientenverfügungen in Deutschland*, *Imago Hominis* (2004); 11: 168-172

- 34 Birnbacher D., Dabrock P., siehe Ref. 29
- 35 Sahm S., *Imperfekte Autonomie und die Grenzen des Instruments Patientenverfügungen*, *Ethik Med* (2005); 51: 265-275
- 36 Sahm S. W., Will R., Hommel G., siehe Ref. 32
- 37 Sahm S., siehe Ref. 32, S. 185

Friedrich Kummer

Tugenden des Patienten

The Virtues of the Patient

Zusammenfassung

Jeder Mensch gerät irgendwann in die Abhängigkeit des Krankseins. Dieser Beitrag geht der Frage nach, inwieweit sich dies auf das Tugendstreben auswirken kann. Es wird deutlich, dass moralische Intentionen, zu denen Tugenden befähigen, in der Krankheit anders gewichtet werden. So zeigt sich, dass die Einschränkungen des Kranken durch ein sensibel begleitetes Tugendstreben teilweise kompensiert werden können. Die Klugheit nimmt traditionsgemäß eine führende und zwischen allen anderen Tugenden integrierende Stellung ein, gefolgt von der Tapferkeit in der Konfrontation mit dem Unvermeidlichen. Der Mangel an Tugenden wie Ungerechtigkeit, Maßlosigkeit, Unaufrichtigkeit und eigennützige Begehrlichkeit dürfen von der Gesellschaft auch bei kranken Menschen aufgezeigt und behutsam korrigiert werden. Die vielfältigen Bezüge der Tugenden des Patienten zu jenen des Arztes werden herausgestellt. Eine ethische Kompetenz des Patienten wird skizziert.

Schlüsselwörter: Patiententugenden, ethische Kompetenz von Patienten, Kardinaltugenden, Vertrauen

Abstract

There is a high likelihood for everybody to fall sick. This article deals with the question of the impact of illness on one's striving for virtue. It can be shown that moral intentions, which enable one to adopt virtues, are weighted differently in case of disease. It appears that although the scope of personal freedom is limited, it can be enhanced by gently accompanied striving for virtues. Prudence is the traditional leader of and integrator between virtues, followed by fortitude in confrontation with the inevitable. A patient's obvious lack of virtues: being unjust, immoderate, imprudent and showing grossly exaggerated demands can be even sought to be cautiously corrected by society. The basis of ethical competence for the patient is outlined corresponding to that of the physician.

Keywords: Patient's Virtues, Disease, Ethical Competence of Patients, Cardinal Virtues, Trust

Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
fkummer@imabe.org

Warum eine Patientenethik?

Ethik ist die Lehre vom richtigen Handeln. Jede menschliche Handlung hat verschiedene Dimensionen, die von Fall zu Fall verschieden gewichtet werden, wie die technische, ökonomische, auch die karitative und religiöse. Die ethische Dimension ist aber nicht eine unter vielen, sondern jene, die alle anderen Dimensionen integriert. Dies soll weiter unten an Hand der ethischen Kompetenz gezeigt werden.

Auch der Patient, der um seine Heilung bemüht ist, ist ein Handelnder, und zwar basierend auf dem unschätzbaren Wert seiner Würde, aus welcher seine Eigenverantwortlichkeit und sein Selbstbestimmungsrecht erwachsen, die immer respektiert werden müssen.

Definition von Gesundheit und Krankheit

Diese Definition hat eine wechselvolle Geschichte, beginnend mit der WHO-Definition von Gesundheit von 1947, nach welcher dieselbe „ein Zustand sei des vollständigen physischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens und nicht allein das Freisein von Krankheit und Behinderung“. Dieser als utopisch betrachtete Idealzustand konnte unmöglich die Norm bilden, an der sich der Einzelne mit einem „Menschenrecht auf Gesundheit“ orientieren kann. Aber auch die Definition von Krankheit ist nicht einfach, schon gar nicht als reziproke Gesundheit. Tatsächlich scheint eine gewissenhafte Formulierung von „Was ist Krankheit?“ immer unbefriedigend zu bleiben. So widmet S. Sahn diesem Thema in einem rezenten Artikel drei sehr gediegene Druckseiten, um zu dem Schluss zu kommen, dass „jeder Fall anders“ sei.¹ Dies erinnert an den Spruch des österreichischen Satirikers Johann Nestroy: „Es gibt so viele Krankheiten, aber nur eine G'sundheit.“

Fritz Hartmann hat zur Definition von Gesundheit beigetragen, wobei er sich der Denkweise einer Tugendethik bedient: „Gelingendes bedingtes Gesundsein: Gesund ist ein Mensch, der mit oder ohne (...) Mängel (...) alleine oder mit Hilfe ande-

rer (Menschen) Gleichgewichte (...) findet, die ihm eine (...) Entfaltung seiner Anlagen (...) und Erreichung von Lebenszielen ermöglichen, sodass er sagen kann: Mein Leib, mein Leben, meine Krankheit, mein Sterben.“²

Die dem Patienten spezifische Struktur des Handelns

Der mit Krankheit und Leiden behaftete Mensch hebt sich von seinen gesünderen Mitbürgern ab: Er ist gezwungen, sich in erster Linie mit sich selbst zu beschäftigen, über seine Nöte und deren weitere Entwicklung nachzudenken und – im Normalfall – viel und mit vielen darüber zu sprechen. Er möchte seine Sorgen und Beklemmungen mit jemandem teilen, wobei zunehmend die Suche nach Hilfe mitschwingt. Sein „emotionaler Haushalt“ ist in Unordnung gekommen, seine freie Entscheidungsfähigkeit ist relativiert. Zumal es aber nicht genügt, wie der Frosch vor der Schlange in schreckhafter Untätigkeit zu verharren, muss diesem Zustand die Aktion folgen.

Was der Mensch als Patient sucht, ist, Hilfe, Heilung oder lediglich Linderung, mindestens aber Tröstung zu erreichen. Das ist das Ziel der Handlung. Der Patient kann dazu gewisse Präferenzen zum Ausdruck bringen, aber die medizinische Handlung lässt dazu wenig Spielraum, denn Heilung und Linderung werden sowohl vom Menschenbild wie auch von der Medizin selbst klar definiert. Der Patient muss aber im Stande sein anzugeben, was er dafür in Kauf nehmen will bzw. was er nicht bereit ist zu tolerieren. Diese Aussage ist ein Teil der Verständigung mit dem Arzt und wird eine Rolle bei der Auswahl der Mittel spielen.

Welche sind die Mittel zum Ziel? Hier kommen die Präferenzen des Patienten noch mehr zum Tragen. Zu allererst sind Experten zu suchen und zu finden, mit ihnen in einen Dialog zu treten und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Dann wird der Patient versuchen, bei der Festlegung des weiteren Vorgehens diese seine Präferenzen geltend zu machen, und wird schließlich in hohem Maße an der conse-

quenten Umsetzung des Planes interessiert sein.

Wir können daher – zusammenfassend – von einem Prozess in mehreren Stufen sprechen:

a) Festlegung des Zieles, b) Bekanntgabe der Präferenzen, c) Festlegung der Mittel und d) Umsetzung des Therapieplanes. Gleichzeitig hat der Patient Rechte und Pflichten, aus welchen sich ganz konkrete – tugendhafte! – Haltungen ergeben.

Patient und Arzt – eine Interaktion

Eine Asymmetrie in der Arzt-Patient-Beziehung ist immer gegeben. Der Patient sucht Hilfe, der Arzt weiß, was er tun kann, er ist ja der Helfer. Das ärztliche Ethos ist allemal ein Fürsorgeethos. Der Arzt muss die Bereitschaft haben zu helfen, moralisch gesehen darf er die Hilfe nicht verweigern. Doch muss er sich ständig vor Augen halten, dass sein Gegenüber ein Mensch ist, dessen Würde und daher auch dessen Autonomie respektiert werden muss. Andererseits muss sich der Patient darüber im Klaren sein, dass seine auf vernünftigen Grundsätzen beruhende Selbstbestimmung nicht ohne den Arzt vollzogen werden kann. In der Regel wird er wohl auch dem Rat des Ärzteteams zustimmen wollen, und zwar gänzlich freiwillig und ohne zu *müssen*. Darin bestünde dann eine vernünftige Selbstbestimmung.

Das rechte Handeln des Patienten besteht also zunächst darin, einen Arzt auszuwählen, dem er sein Vertrauen schenken kann, wobei der Dialog offen bleiben und von beiden gesucht werden muss. Die Mitwirkung des Patienten erschöpft sich dabei keineswegs in der Pünktlichkeit z. B. der Tabletteneinnahme, sondern schließt die Rückmeldung über unerwünschte/unerwartete Nebenwirkungen, aufkommende Zweifel am Therapieziel und Vertrauenskrisen ein. Letztere können die Eigenverantwortlichkeit des Patienten soweit herausfordern, dass ein Arztwechsel zur moralischen Pflicht zu werden scheint.

Der Arzt wieder richtet sein Handeln dem Patienten gegenüber nach „competence and compassion“ aus.³ Diese steht gewissermaßen einer „com-

petence in passion“ des Patienten gegenüber, wohl zu unterscheiden von einer „passiveness“. Der Patient hat zwar wenig Möglichkeiten, die vom Arzt gestellte Diagnose zu hinterfragen (allenfalls durch Einholung einer Zweitmeinung), doch ist die Partizipation bei der Erstellung des Therapieplanes ein zentrales Strukturmerkmal der patientenspezifischen Handlung.

Hier spielt das im Konsens definierte Therapieziel eine große Rolle: Wird eine kurative Therapie angepeilt, müssen so manche Härten (Nebenwirkungen, temporäre Einbußen an Lebensqualität etc.) er- und abgewogen werden. Wenn eine Heilung nicht möglich ist, werden – wie bei chronischen Leiden – die lindernden (palliierenden) Maßnahmen überwiegen (Schmerz-, Physio-, Verhaltenstherapie, supplementärer Sauerstoff etc.).

Wenn Patient und Arzt sich auf ein bestimmtes Vorgehen einigen konnten, ist die weitere Mitwirkung des Patienten dabei nicht optional, sondern geradezu Pflicht.⁴

Heute mutet es befremdlich an, dass die Wichtigkeit des Dialogs zwischen Arzt und Patient selbst bei Hippokrates nicht Allgemeingut war. Dies bedauert in der Spätantike ein Rufus von Ephesos⁵ (100 n. Chr.) und bekennt sich zu einem dialogischen Handeln in der Medizin.⁶ Zwar scheint es, dass das alte, reine Fürsorgemodell, das bei Hippokrates vorrangige Bedeutung hat, schrittweise durch die Modelle des Vertrags und der Partnerschaft entwertet wird.⁷ Es ist aber zweifelhaft, ob deswegen die hippokratische Fürsorge entwertet werden muss, nur weil sie nicht immer mit einem „Informed Consent“ (als „Vorstufe der Autonomie des Patienten“) aufwarten kann.⁸ Freilich hat die wachsende Autonomie des Patienten zur Transformation des paternalistischen in ein Experten-Klienten-Verhältnis geführt: Aus „salus aegroti...“ droht ein „voluntas aegroti suprema lex“ zu werden. Damit rückt aber die Eigenverantwortlichkeit und mit ihr die Bereitschaft zur Übernahme eines Risikos näher zum Patienten und verwickelt ihn auch in ethisch relevante Entscheidungen, die ihn unter Umstän-

den überfordern. Patient und Arzt handeln daher beide gut, wenn sie dem „informed consent“ große Bedeutung beimessen. Daraus folgert natürlich, dass es ein „informed refusal“ geben darf, wenn die Partnerschaftlichkeit nicht unvollständig bleiben soll.⁹ Solange der Arzt jene Fürsorge seinem Patienten gegenüber praktiziert, zu welcher ihn der hippokratische Eid verpflichtet, ist es auch am Patienten, diese im Vertrauen auf die Kompetenz, das Ethos und das Prinzip des „beneficere“ anzunehmen. Es kann vorkommen, dass kritische Patienten sich zu einer „gnädigen“ Annahme des ärztlichen Rates bequemen, die aber eine (neue) Distanz im Dialog mit dem Arzt schaffen kann.

Die Quadriga der Kardinaltugenden für Patienten

Das operative Vermögen des Menschen besteht aus der praktischen Vernunft, dem Willen, dem sinnlichen Begehren und dem Mut. Diese entsprechen jenen schon in vorplatonischer Zeit konzipierten, dann im „Symposion“ ausformulierten sogenannten Kardinaltugenden:¹⁰ Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Mäßigung.

Nach der klassischen Tugendethik vervollkommen die Tugenden das operative Vermögen des Menschen. Sie sind Fertigkeiten im Handeln und konstituieren eine zweite Natur des Menschen, gewissermaßen eine Prädisposition, das Gute mit Freude auszuführen. Die Tugenden sind damit eine Sicherung für die Handlungsqualität, wobei eine Handlung nur dann gut (tugendhaft) ist, wenn sie mit allen für die Handlung relevanten Tugenden konform geht; denn die moralischen Tugenden bilden eine Einheit.¹¹

Die Besonderheit des Tugendstrebens beim Patienten liegt ganz offensichtlich in dessen Begrenztheit, die Lust an der Praxis der Tugenden voll ausschöpfen zu können. Das Wollen zum Ziel ist behindert, das für den Kranken in der Gesundheit und damit in der Erfüllung seiner moralischen Herausforderungen besteht: Mensch, werde, was du bist (Johannes Paul II.).

Krankheit und die Tugend der Klugheit

Dennoch kann – insbesondere bei langer Krankheit – ein Meistern des Schicksals sogar zu einer höheren Form des gelungenen Lebens beitragen.¹² Die *Klugheit* erscheint als die Königin der Kardinaltugenden, weil sie zugleich das Binde- und Optimierungsmittel für die anderen darstellt. Nach Thomas von Aquin verbindet sie intellektuelle, moralische und übernatürliche Tugenden und setzt Beratungsfähigkeit, eigene Meinungsbildung und letztlich die gute Tat selbst voraus.

Es stellt für den Patienten ein Gebot der Klugheit dar,¹³ sich einen Arzt zu wählen und zu diesem ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Klugheit setzt Beratung voraus. Bei der Wahl des Arztes tut der Patient gut daran, sich von sachkundigen Personen seines familiären und freundschaftlichen Umfeldes beraten zu lassen. Schließlich muss der Patient dem Arzt seine Existenz anvertrauen, und dies kann nicht leichtfertig geschehen. Der Rat von vertrauten Personen – Verwandten und Freunden – ist als Brückenfunktion sehr hilfreich für den Aufbau einer tragfähigen Vertrauensbasis.

Der kluge Patient wird sich also nicht nur auf das ärztliche und pflegerische Umfeld verlassen, sondern sich auch auf sein privates Umfeld stützen. Zumeist wird der Patient physisch oder psychisch im Stande sein, volle Entscheidungen zu treffen. Aber nur zu oft muss er getragen werden, ohne seine Autonomie aufzugeben. Da müssen Personen aus dem privaten Umfeld dieses Patienten einspringen, um ihm bei Entscheidungen beizustehen, was in keiner Weise eine Missachtung seiner Autonomie bedeutet. Der kluge Mensch berücksichtigt gewissermaßen den Ernstfall, wenn seine Entscheidungsfähigkeit geschmälert ist.

Die Klugheit, auf die Situation des Patienten gemünzt, basiert also auf der Fähigkeit, eine Information anzunehmen und im Dialog mit dem familiären und medizinischen Umfeld zu einem eigenen Standpunkt zu finden. Dieser Vorgang mündet im *informed consent* in die Zustimmung zu einer ärztlichen Handlung oder führt zur Reflexion, die

einen Dissens und ein *informed refusal* zur Folge hat. Diese Art des Zugangs ermöglicht die autonome Entscheidung, die vom Arzt nach Art des liebenden Elternteils weiter begleitet werden wird: Der alte Paternalismus ist einem „Parentismus“ gewichen. Es konnte unter anderem gezeigt werden, dass bei einer solchen partizipierenden Entscheidung das bessere Wissen um die verschiedenen Aspekte der Krankheit zu einer Optimierung der Umsetzung der Behandlung selbst (*adherence*) und sehr wahrscheinlich zu besseren Behandlungserfolgen führt.¹⁴

Die Klugheit wird auch dazu helfen, den guten vom schlechten Ratgeber zu unterscheiden. Der Patient bittet um Rat, und er bekommt ihn auch – so oder so. Wieder ist es die Klugheit, die ihn zum Vertrauen auf den guten Ratgeber führt und schlechte, inkompetente Ratgeber ausschließt. So ist z. B. davor zu warnen, ohne Rücksprache mit einem kompetenten Berater auf Hinweise aus dem Internet zu vertrauen.

Die Tugend der Klugheit wird – wie wir weiter unten sehen werden – ihrer Rolle als „Bindeglied der Tugenden“ (*connexio virtutum*) gerade dann gerecht, wenn ihre Praxis durch Unbelehrbarkeit, Begehrlichkeit, Vorurteile oder vorschnelle Entschlüsse und Misstrauen gefährdet wird.

Krankheit und die Tugend der Gerechtigkeit

Wer selbst nicht krank werden will, kann dies durch Schadensvermeidung versuchen, die meist wohlfeil zu haben ist: Gesund leben ist zumindest billiger als ungesund, wenigstens statistisch-epidemiologisch. Wenn Krankheit teurer ist als Gesundheit: Handelt also jener tugendhaft-gerecht, der die Behandlungskosten zu vermeiden hilft? Diese Überlegung veranlasst so manche Gesundheitspolitiker zu der Empfehlung, denjenigen Patienten, die vorangegangene regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen nachweisen können, gewisse Vorteile einzuräumen (Bevorzugung bei Terminwahl und Art der Unterbringung im Spital etc.). Besteht hierin nur ein Akt der Propaganda oder hat sich der nunmehr krank Gewordene damit tatsächlich etwas verdient?

Die Patiententugend der Gerechtigkeit spielt auch bei der Autonomie eine Rolle. Sie ermöglicht den gegenseitigen Respekt zwischen dem informierten Patienten und dem partnerschaftlichen Arzt und begegnet der Gefahr von neuen, anderen Asymmetrien im Sinne eines Patientendiktates über den Arzt. Hier wird der gerechte Patient die Informationen, Schlussfolgerungen und Vorschläge des Arztes als benevolent zu empfinden trachten, auch wenn er sie aus subjektiver Sicht zunächst hinterfragt hatte.

Der gerechte Patient bewahrt sich eine objektive Sicht für die Limitierungen seiner Betreuer. Er wird ihnen Zeichen der Überforderung nicht übel nehmen, Unpünktlichkeiten oder Versorgungsmängel nicht lange nachtragen und – aufgrund kluger, emotionsfreier Abwägung – seine Kritik an offensichtlichen Qualitätsmängeln ohne Polemik an der richtigen Stelle deponieren.

Bei der Tugend der Gerechtigkeit ist wie immer der soziale Aspekt besonders beim Spitalsaufenthalt ein integrierender Bestandteil. Sie verträgt sich daher nicht mit der gedankenlosen Belästigung von anderen Kranken und deren Besucher durch taktloses Verhalten und das Aufzwingen von Eigenbedürfnissen (Lüftung, Temperatur, Einstellung des TV-Apparates etc.). Im positiven Sinn gilt jener Patient als gerecht, der für die Anliegen und Probleme von noch schwerer Leidenden eintritt, notfalls in deren Sinn den ärztlichen oder Pflegedienst alarmiert oder nur einer Klaghaftheit nicht gleich aus dem Wege geht. Auch hier wird die Querverbindung zur Klugheit (Abwägung von möglichen Handlungen) sichtbar.

Gerecht handeln auch jene Personen, die selbst noch bei voller Gesundheit die Eigenverantwortlichkeit dem Sozialstaat gegenüber im Auge behalten, wenn es um Fragen der Verteilung von Ressourcen geht. Dazu kann der durchschnittliche Bürger – wenn auch nur indirekt – seinen Teil beitragen, indem er sich der Diskussion um die hohen Kosten gewisser Diagnose- und Therapieverfahren nicht entzieht (Magnetresonanz, Nierensteinertrüm-

merung, Gelenksendoprothesen etc.). Bei einem selbst Betroffenen muss noch Raum für Erörterung der strengen Indikationsstellung und der Möglichkeit von Alternativen bleiben. Das beste Verfahren muss tatsächlich nicht immer das teuerste sein, und Rationalisierung (Qualitätssteigerung bei gleichen Kosten) ist alle Mal der Rationierung (Beschränkung des Umfangs der Anwendung) vorzuziehen.¹⁵ Hier kommen die Prinzipien der Verantwortung ins Spiel, die in der Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bestehen (Leitlinie der historischen Bismarckschen Reform).¹⁶ Es gilt, die Eigenverantwortung gegenüber dem Menschenbild eines unmündigen Versicherten zu stärken (Eigeninitiative bei Primärprävention!). Subsidiarität bedeutet, dass der Staat Aufgaben und Kosten nur dann übernimmt, wenn der Einzelne überfordert ist. Das Solidarprinzip empfiehlt Beiträge zur Sozialversicherung, die je nach wirtschaftlichem Leistungsvermögen gestaffelt sind.

Der soziale Aspekt der Gerechtigkeit tritt schließlich in solch kleinen Beweisen der Umsicht und des Taktes zu Tage, wenn auch der „leichte Patient“ bei einem grippalen Infekt trachtet, die Umgebung zu schonen (Händewaschen, Gesichtsmaske, Kontakt mit Kindern und Geschwächten vermeiden etc.).

Der tugendhaft-tapfere Patient

Keine andere Tugend ist so eng mit dem Patientendasein assoziiert wie die Tapferkeit (Synonym: Starkmut, Mut, Stärke) und wird als „Gesolltes“ schon den Kindern abverlangt (von der Versorgung des aufgeschlagenen Knies bis zum Zahnarzt). Sie ist nicht einfach mit Mut (Courage), eher mit „anhaltendem Mut“ definiert.¹⁷

Die Tugend der Tapferkeit hat zwei „Stoßrichtungen“, den Angriff (*aggredi*) und das Standhalten (*resistere*). Tugendhaft wäre danach (beim Angriff) die zur Kühnheit gemilderte Verwegenheit und (beim Standhalten) die zu Gelassenheit aufgewertete Resignation. Das jeweilige Optimum ist daher kein „Mittelmaß“ zwischen Extremen, sondern das

Maximum der jeweiligen Tugend. Dieses hängt zur Gänze von dem Maß an Klugheit ab, mit dem die jeweilige Tugend verbunden ist.¹⁸

Auch ist die Unterscheidung in physische und moralische Tapferkeit für einen Patienten von Relevanz, vielleicht gerade weil sie ihm so oft gleichzeitig abgefordert werden.

Die physische Tapferkeit betrifft die Konfrontation mit körperlichen Leiden, die bereits vorhanden sind (Schmerzen, Atemnot und viele andere Symptome) oder der zu erwartenden Unannehmlichkeiten (vor einem geplanten Eingriff etc.). Hier wird evident, dass vor der Tapferkeit die Furcht kommt: Ohne etwas oder sich vor etwas zu fürchten, gibt es keine Tapferkeit. Die Furcht setzt voraus, dass ein übermächtiger Gegner droht (schwere Operation, unsichere Prognose *ad vitam*), dem man u. U. lange standhalten muss, was – laut Thomas von Aquin – schwerer ist, als mutig „auf ein steiles Ziel“ loszugehen.¹⁹ Nach Josef Pieper „gehört es zu den fundamentalen Gegebenheiten dieser (...)Welt, daß die äußerste Kraft des Guten in der Ohnmacht sich erweist“²⁰. Es gehört zu dieser Art der „tapferen Furcht“, dass sie das Problem so gut wie möglich rationell zu erfassen trachtet (Information, Aufbau von Sicherheiten, partizipative Entscheidung – sofern noch die Wahlmöglichkeit zwischen Alternativen im Vorgehen besteht). Hier kommt die „Furcht“ der „Ehrfurcht“ vor dem Unausweichlichen nahe und eröffnet Wege zur Gelassenheit und zum Vertrauen in die Kompetenz der Therapeuten.

Von der Furcht hebt sich deutlich die Angst ab. Wenn sie schon nicht als Symptom der Neurose schlechthin (Sigmund Freud) aufgefasst wird, so eignet ihr doch, dass sie die -oft genug nur vermeintliche – Bedrohung nicht auslotet und stattdessen Fluchtendenzen Raum gibt, bevor das Ausmaß der Gefährdung (der drohenden Unbill etc.) geklärt ist. Sicher ist auch dem Hypochonder eine Tapferkeit im Ertragen seiner Probleme nicht abzusprechen, doch fällt es intuitiv schwer, ihm den Mangel an der *docilitas* –Belehrbarkeit als einer Komponente der Tugend der Klugheit – einfach nachzusehen.

Die moralische Tapferkeit hat dagegen mit Standfestigkeit, Geduld, Treue, Wahrhaftigkeit und vor allem Vertrauen zu tun, z. B. wenn der Behandlungserfolg sich verzögert oder gar ausbleibt. Eine solche Haltung muss, wenn sie den Anspruch auf „tugendhaft“ erhebt, von einer Haltung der blinden Ergebenheit abgrenzbar sein. In weniger gravierenden Fällen kann das tapfere Einbekenntnis von liebgewordenen (schlechten) Gewohnheiten (Essgewohnheiten, Zigaretten- und Alkoholkonsum, Einzelheiten des Lebensstils) mindestens als „tugendverdächtig“ angesehen werden, bis zu dem Punkt, wo der Patient dem Arzt wichtige Informationen rückhaltlos anvertraut, wie strittige Selbstmedikationen (Missbrauch von Psychopharmaka, Hypnotika, Laxantien, Appetitzüglern), oder – noch viel gravierender und als „Schwäche“ schlechthin unannehmbar – Infektionskrankheiten (AIDS, Tuberkulose, Hepatitis B und C etc.), wenn ein Risiko der Übertragung besteht. Es liegt auf der Hand, dass hier das Eingeständnis meldungspflichtiger Infektionen soziale „Nachteile“ für den Betroffenen zeitigen kann (Anzeigepflicht, Isolierung, Verlust des Arbeitsplatzes, gesetzlich vorgeschriebene Zwangstherapie etc.). Jene Tapferkeit, mit der der Patient ohne Rücksicht auf persönliche Verluste seine dunklen Seiten offenlegt, ist immerhin lobenswert, wengleich dieser Aspekt der Wahrhaftigkeit bereits einer normativ-moralischen Wertung unterliegt.

Maßhalten, auch eine Tugend des Patienten?

Nach Plato ist das rechte Maß eine Selbstkontrolle, die uns darin unterstützt, alle Herausforderungen des Lebens zu meistern.²¹ Wenn aber Tugenden quasi wie eine zweite Natur den Menschen konstituieren und geneigt machen, das Gute zu tun – und das noch mit Freude! –, dann wirkt Maßhalten für die leidende Kreatur fast wie Hohn. Nun kann keine Tugend einfach eingefordert werden. Was die Mäßigung betrifft, so steht sie einer a priori-Position der Stärke, dem Verfügungsrecht und der Freiheit zur Nutzung von Genüssen gegenüber und bewährt sich, wenn

eben diese eingeschränkt wird. Tatsächlich kann die Akzeptanz einer Limitierung in somatischer und psychischer Hinsicht Anlass zu einer neuen, auf einem höheren Niveau liegenden Sinnfindung im Leben führen. Nicht von ungefähr spricht man vom „Über-sich-selbst-Hinauswachsen“.

Bringt uns die Frage weiter, worin ein Kranker unmäßig sein kann? Dies kann bereits der Fall sein, wenn Spitalspatienten oder Angehörige aus den Medien (Zeitung, Fernsehen) von noch unausgereiften Heilmethoden erfahren oder sich eine Überinformation aneignen, die sie aus dem Internet beziehen.²² Man ging in den USA so weit, diese „digitale Inklusion“ als wichtiges gesellschaftliches Ziel von lebenswichtiger Bedeutung herauszustreichen („national goal“, US Department of Commerce, XV). Daraus können unmäßige Forderungen nach aufwändigen und klinisch nicht indizierten Techniken resultieren. Dies wird besonders dann problematisch, wenn in der Endphase eines Kranken ohne Bedachtnahme auf den mutmaßlichen Willen des Kranken und entgegen der ärztlichen Meinung von den Angehörigen (bei bestehender Sachwalterschaft mitunter von Gerichten) lebensverlängernde, über die Palliation weit hinausgehende Maßnahmen eingefordert werden (Intensivstation, Beatmung, Dialyse etc.). Die bloße Verfügbarkeit solcher Techniken im Schwerpunkt- und Universitätsklinikum kann zweifellos einer solchen Maßlosigkeit Vorschub leisten. Hier erweist sich einmal mehr, dass die Klugheit in der Abwägung gefordert ist, wenn auf Seiten des Patienten oder seiner Angehörigen von einer Tugend des Maßes wenig zu spüren ist. Wenn schon den Ärzten übel angekreidet wird, dass sie gerne Dinge tun, weil sie stolz sind, darüber verfügen zu können, so darf es auch einen analogen Vorwurf an die Adresse der Patienten und Angehörigen geben, die darauf Ansprüche zu haben glauben.

Wenn das Leiden groß und das Schicksal drückend wird, neigt der Mensch zum Hadern – mit dem Schicksal, der Vorsehung, mit Gott. Doch heißt es schon bei Hiob, er habe mit Gott gehadert,

der ihm aber bezeugte, er habe dennoch „recht geredet“²³. Zweifellos ist auch Heroismus nichts Gessolltes. Ein Sich-Ergeben in das Unausweichliche zeigt die Verbindung mit Klugheit und Tapferkeit auf. Nun ist eine hochgradige Asymmetrie der Ausgangsebene zwischen dem Kranken (wie auch des besorgten Angehörigen) und den Betreuern im Sinne eines Ausnahmezustandes gegeben, der mit den üblichen gesellschaftlichen Umgangsformen nicht gemeistert werden kann. Prinzipiell muss das Behandlungsteam gewärtig sein, dass es vom Patienten oder seinen Angehörigen bewusst oder unbewusst durch übertriebene Forderungen in die Enge getrieben werden kann. In der überwiegenden Zahl der Fälle aber registrieren Ärzte und Pflegepersonen die wachsende intuitive Klugheit, welche den Patienten und seine Angehörigen zur vertrauensvollen Annahme einer kompetenten Fürsorge sowie der vielfachen Einschränkungen befähigt, die eine Krankheit zum Tode mit sich bringt.

Weniger dramatisch, aber zahlenmäßig bedeutsam ist das Maßhalten der Menschen in der primärpräventiven Lebensführung. Hier ist – wie weiter oben erwähnt – gleichermaßen die Klugheit gefordert, damit das richtige Maß gehalten werden kann: Auch Diät, Gewichtskontrolle und Sport können auf unkluge Weise zu Schaden führen, wenngleich der ebenso unkluge Gebrauch von Genussmitteln, die Gewichtszunahme und Vermeidung von Bewegung die gravierendsten Formen der Maßlosigkeit sind. „Medium est optimum“ lehrt uns Aristoteles und meint damit nicht die Mittelmäßigkeit, sondern eben die Ausgewogenheit zwischen den (gut gemeinten) Extremen, die – unter Ausnützung des freien Entschlusses – von der Klugheit erreicht werden kann.

Wenn sich ein Patient fragt, ob nicht vielleicht noch eine andere, bessere, neuere Therapie verfügbar wäre, die seinem Arzt möglicherweise nicht bekannt ist, muss er an die Einholung einer zweiten Meinung denken, bevor er der Versuchung der Neugierde erliegt und auf gut Glück herumfragt und sich an der Meinung von Nicht-Kompetenten,

Scharlatanen und Besserwissern orientiert. Die Einholung einer echten *second opinion* ist – wiederum – ein Akt der Klugheit: Der zu befragende Arzt muss auch in den Augen des bisherigen „Arztes der Vertrauens“ eine anerkannte Kapazität sein; die lückenlose Einsicht in die vorliegenden Befunde muss ebenso gewährleistet sein wie die wechselseitige Kontaktnahme unter den Ärzten.

Enhancement

Wenn an sich gesunde Menschen aufgrund eines übersteigerten Bedürfnisses nach körperlicher Schönheit (oder was sich gemessen an gängigen Modellen als solche versteht) oder nach höheren kognitiven Fähigkeiten einer Behandlung unterziehen wollen, die das an sich „Normale“ noch verbessern soll (Optimierung), spricht man auch von Enhancement.²⁴ Dieses Bestreben hat viele Gesichter und Quellen. Letztere reichen von der kritiklosen Annahme von fragwürdigen kosmetischen Normen bis zur neurotischen Dysmorphophobie. Hier ist festzuhalten, dass fundierte medizinische Indikationen wie Missbildungen und rekonstruktiv-chirurgische Eingriffe bei entstehenden Narben nach Unfällen oder Verbrennungen außer Streit stehen.²⁵ Die Zahl und die vielfältige Art dieser Bestrebungen muss wohl mit dem Terminus „Begehrlichkeit“ umschrieben werden, ein Zerrbild der Mäßigung. Diese wäre wiederzugewinnen, wenn eine entsprechende Aufklärung angenommen wird (*consilium*), die fehlgeleitete Bedürfnisse als solche erkennen lässt (*iudicium*) und zur Abstandnahme umgemünzt werden kann (*imperium*). Hiermit soll angedeutet werden, dass die Tugend der Klugheit (siehe oben) unabdingbar mit der Wiedererlangung anderer Tugenden (hier der Mäßigung) verbunden ist.

Realistischer Weise ist es wohl utopisch zu erwarten, dass eine Frau ihren Entschluss ändert, wenn sie zur Fettabsaugung, Brustplastik, zu aufwändiger Korrektur von Gesichtsfalten oder aber zur präimplantativen Geschlechtsselektion eines IVF-Fötus entschlossen ist. Zu einer freudig gelebten Tugend des Verzichts wird man hier wohl

nicht gelangen können. Dann ist es Sache verantwortungsvoller Ärzte, die Gefahrenquellen einer reinen Begehrlichkeit gegenüber tiefergreifenden Ursachen persönlicher Lebensumstände der Patientin anzusprechen und ihr das „Konsilium“ anzubieten, welches auch die behutsame Verweigerung einschließen darf.

Die ethische Kompetenz des Patienten

Für den Arzt wurden bereits notwendige ethische Kompetenzen formuliert²⁶, basierend auf der Verbindung von fachlicher, organisatorischer, kommunikativer und ökonomischer Kompetenz. Analog dazu kann eine ethische Kompetenz des Patienten auf dessen Verantwortungsethik (partizipatorische Kompetenz), sozialer Kompetenz, kooperativer (Aufrichtigkeit, Compliance) und schließlich Präventionskompetenz (Lebensstil) gegründet sein (Abb. 1).

Die Dimensionen der ethischen Kompetenz beim Patienten können mit der Tugend der Klugheit unschwer verbunden werden: Partizipation setzt die Information und deren Verarbeitung voraus, welche wieder für den Lebens-Gesundheitsplan wichtige Entscheidungen zu treffen ermöglicht, die nicht nur für den Einzelnen von zentraler Bedeutung sind (gesund bleiben, gesund werden, sich mit dem chronischen Defektzustand arrangieren), sondern unweigerlich eine soziale Dimension aufweisen (Solidargemeinschaft). Letztere Forderung tritt uns leider meist durch ihr Zerrbild gegenüber, wenn der Suchtkranke (Zigaretten, Al-

kohol etc.) andere Personen seines engeren oder weiteren Umfelds gefährdet (Passivrauch, Verführung zum Genussmittelmissbrauch). Selbst bei der Prävention drohen Gefahren, wenn sie – wie schon erwähnt – unklug betrieben wird, d. h. wenn die rechte Mitte zwischen Übereifer und Zögerlichkeit nicht gefunden wird (unsachgemäße Trainingsmethoden, falsche Diätvorstellungen, Überbetonung der Präventivmedikation gegenüber einer Änderung des Lebensstils).

Die kooperative Kompetenz (auch als Patienten-Compliance oder Adherence an eine Therapie bekannt) wird vom Arzt am Patienten besonders hoch geschätzt. Nachweislich werden kaum alle verordneten Tabletten geschluckt, was unter Umständen mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden sein soll.²⁷ Gründe dafür sind neben der Unterschätzung des Risikos ein mangelndes Problemerkennen, die Entschuldigung mit jahrelang „ungestraftem“ Verhalten und das Dilemma der oft komplexen Maßnahmen,²⁸ wie Zigaretten- und Alkoholenwöhnung, Diätumstellung, Ausdauertraining (und womöglich alles gleichzeitig). Hier können sich die Kompetenz der Dialogbereitschaft des Arztes mit der aufrichtigen Kooperationsbereitschaft des Patienten treffen, um individuell praktikable Kompromisse auszuarbeiten (im weniger radikalen Sinne von „eins nach dem anderen“ oder dergleichen).

Das Geschäft mit dem Risiko

Die Verantwortungsethik und die Tugend des Maßhaltens werden herausgefordert, wenn normale Lebensprozesse (z. B. Glatzenbildung), milde Symptome (Reizdarm) und gewisse Risikobefunde (Blutdruck, Cholesterin, Knochendichte etc.) hochgespielt und als bereits manifeste und lebensbedrohliche Krankheit definiert werden. Solch ein Prozess wird neuerdings mit „disease mongering“ (Hausieren mit Krankheiten) umschrieben. Durch die Weckung von Zukunftsängsten wird auf eine jahrzehntelange, teure medikamentöse Therapie gepocht, welche eher der Pharmaindustrie als den

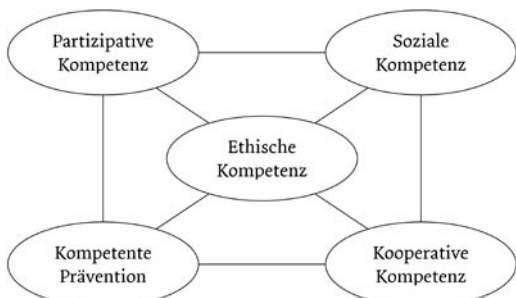


Abb. 1: Ethische Kompetenz des Patienten

Patienten selbst von Nutzen ist.²⁹ Der epidemiologisch registrierbare Nutzen verschiedener solcher Verfahren erscheint zwar durch die Evidence-Based Medicine abgesichert, doch kann die individuelle klinische Relevanz für den Patienten selbst auf der Strecke bleiben.³⁰ Das Problem für den Patienten beginnt also dort, wo seine aus diversen Quellen gewonnenen Informationen (Medien, Internet) von seinem Arzt in Frage gestellt werden. Nun ist die Kompetenz zum Dialog „auf Augenhöhe“ unabdingbar, ein Appell, der an beide Partner gerichtet ist. Es kann nun an der Verantwortung des Arztes liegen, im Sinne eines „passiven Paternalismus“ mit guter Begründung von übertriebenen medikamentösen Präventionsmaßnahmen abzuraten, zumal erwiesen ist, dass eine Änderung des Lebensstils (Gewichtsreduktion, Bewegung, Zigarettenabstinenz) einen vielfach höheren Nutzeffekt zu erzielen vermag.

Der „schwierige“ gegenüber dem „idealen“ Patienten

In aller Regel stehen bei schwierigen Patienten nicht selten ein Konflikt mit dem Gesundheitssystem an sich und/oder ein Kommunikationsproblem im Vordergrund. Der schwierige Patient bedeutet für den Arzt Stress.³¹ Die Konfrontation zwischen Arzt und Patient scheint das Problem häufig sogar zu verschlechtern (Abwärtsspirale), wenn nicht durch eine ausgesuchte Ortswahl für das Gespräch, Ungestörtheit, Zeitwahl etc. ein optimales Milieu geschaffen wird. Der schwierige Patient wurde von J. F. Groves³² als Typ des Anklammerers, des Unverschämt-Fordernden, des Hilfeablehners und des Selbstdestruktiven klassifiziert (Mischformen nicht ausgeschlossen). Es kann für den Arzt (oft eine ganze Gruppe von Ärzten) eine Herausforderung ersten Ranges bedeuten, in vielen Gesprächen eine Dialogbasis aufzubauen, mittels derer die Umkrüstung des Gemütes des Patienten für die Akzeptanz (*consilium*) aufgeweicht werden kann.

Der für den Arzt ideale Patient scheint in allem das Gegenteil des schwierigen zu sein,³³ er strotzt

und leuchtet quasi von allen Tugenden – oder nur scheinbar, weil nur aus der Sicht des Arztes beurteilt? Es kann durchaus offen bleiben, ob ein solches Idealbild nur als utopischer oder Goldstandard gelten darf, um den Ärzten bewusst zu machen, Patiententugenden nicht einfach für selbstverständlich zu nehmen, sondern sie dankbar zu würdigen.

Der Autor ist Prof. Dr. E. H. Prat für wertvolle Hinweise und Ergänzungen zu größtem Dank verpflichtet!

Referenzen

- 1 Sahn S., *Der moderne Patient und seine Ansprüche an die Medizin*, *Imago Hominis* (2008); 15: 303-311
- 2 Hartmann F., *Kranke als Gehilfen ihrer Ärzte*, *Medizinische Materialien* 145, Zentrum für medizinische Ethik, Bochum (2003), S. 32
- 3 Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, Oxford (1993), S. 79-91
- 4 Dies geht so weit, das bei mangelnder Kooperation oder notorischer non-compliance des Patienten der Arzt berechtigt ist, den Behandlungsvertrag einseitig aufzukündigen (Marzi L. M., Vortrag bei der Österreichischen Gesellschaft für Medizinrecht, Linz, Dezember 2008).
- 5 zitiert nach Spitzky K. H., *Dämon und Hoffnung*, Hasel Verlag, Wien (1993)
- 6 Weitere Fakten zur historischen Entwicklung siehe von Engelhardt D., *Von den Tugenden des Patienten*, *Imago Hominis* (2000); 7: 115-124, S. 117
- 7 Pöltner G., *Grundkurs Medizinethik*, Facultas, Wien (2002)
- 8 Sass H. M., *Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten*, *Medizinethische Materialien* 78, Zentrum für medizinische Ethik, Bochum (1992)
- 9 Pellegrino E. D., Thomas D. C., siehe Ref. 3
- 10 Pieper J., *Über die Tugenden. Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Maß*, Kösel Verlag, München (2004)
- 11 Prat E. H., *Kardinaltugenden und Kultivierung des Gewissens*, *Imago Hominis* (2001); 8: 265-272
- 12 siehe Pöltner G., Ref. 7
- 13 Prat E. H., *Das Autonomieprinzip aus der Perspektive des Patienten*, *Imago Hominis* (2009); 16: 115-128
- 14 zitiert nach Loh A. et al., *Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Defekte der partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews*, *Dt. Ärzteblatt* (2007); 104: A1483

- 15 Schöne-Seifert B. et al. (Hrsg.), *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*, Mentis, Paderborn (2006)
- 16 Fuchs C., *Allokation der Mittel im Gesundheitswesen*, Medizinische Materialien 94, Zentrum für medizinische Ethik, Bochum (1994)
- 17 Pellegrino E. D., Thomasma D. C., siehe Ref. 3, S. 109
- 18 Pieper J., *Tapferkeit*, in: Pieper J., siehe Ref. 10, S. 175
Jahn O., *Tapferkeit als ärztliche Tugend*, *Imago Hominis* (2001); 8: 291-295
- 19 v. Aquin T., *Summa theologica*, II-II, q.123, a.6
- 20 Pieper J., *Vom Sinn der Tapferkeit*, Kösel, München (1963), S. 54 f.
- 21 Plato, *Phaedo* 68
- 22 Schröder P., *Vom Sprechzimmer ins Internet*, Medizinische Materialien 137, Zentrum für medizinische Ethik, Bochum (2002)
- 23 Hiob 42, 9
- 24 Sandel M. J., *Plädoyer gegen die Perfektion*, Berlin University Press, Berlin (2008)
- 25 *Imago Hominis* 4/2007 mit dem Schwerpunkt „Das Spiel mit dem schönen Körper“
- 26 siehe Prat E. H., *Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen: Begründung des Zusammenhangs*, *Imago Hominis* (2000); 7: 199-211
- 27 Rasmussen J. N., Chong H., Alter D. A., *Relationship between Adherence to Evidence-based Pharma-Therapy and Long-term Mortality After Acute Myocardial Infarction*, *JAMA* (2007); 297: 177-186
- 28 Kulzer B., *Das Arzt-Patienten-Gespräch in der Inneren Medizin*, in: Langer T., Schnell M. W., *Arzt-Patient-/Patient-Arzt-Gespräch*, Hans Marseille Verlag, München (2009)
- 29 Friebel H., Krause D., Lohman G., Meyer F. T., *Verantwortungsethik*, *Medizinethische Materialien* 155, Zentrum für medizinische Ethik, Bochum (2004), S. 37 ff.
- 30 siehe auch *Imago Hominis* 4/2004 mit dem Schwerpunkt „Sinnorientierte Medizin“
- 31 siehe auch Schwantes U., *Der schwierige Patient*, in: Langer T., Schnell M. W., siehe Ref. 28, S. 153-162
- 32 Groves J. F., *Taking Care of the Hateful Patient*, *N Engl J Med* (1978); 298: 893-887
- 33 siehe auch Geisler L., *Arzt und Patient, Begegnung im Gespräch*, PMI-Verlag, Frankfurt/Main (2002)

Michael Peintinger

Die Patientenverfügung

Standortbestimmung drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes

The Living Will: Where Do We Stand Three Years After the Law's Passage?

Zusammenfassung

Drei Jahre nach Beschlussfassung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) erscheint es sinnvoll, dieses Instrument zur Sicherung der Selbstbestimmung auf seine Vorteile, Probleme und Korrekturmöglichkeiten zu überprüfen. Nimmt man an grundlegenden medizinethischen Aspekten Maß, zeigt es sich, dass sich zahlreiche Bedenken im Alltag als berechtigt erwiesen. Bei absoluter Befürwortung der Patientenverfügung wird etwa auf die nur vermeintliche Sicherheit einer verbindlichen PV, ihre erheblichen Kosten und die Gefahr ihrer schleichenden Inkongruenz sowie die unter ihrem Bedeutungswert gehandelte beachtliche PV im Hinblick auf die darin deutliche authentische Willensbildung verwiesen. Desgleichen bedarf es dringlich eines (derzeit in der Wr. Ärztekammer in Vorbereitung befindlichen) Konzepts, ÄrztInnen für erforderliche Aufklärungsgespräche und Interpretationsvorgänge auszubilden. Forderungen für die Novellierung und ein kurzer Blick auf die Situation in Deutschland runden das Bild ab.

Schlüsselwörter: Patientenverfügung, Evaluationsphase, Novellierung

Abstract

After more than three years since commencement of the law on regulating an advance directive (patient's will, PW), a first re-evaluation of this instrument of securing autonomy is due in terms of its advantages, shortcomings and possibility of amendment. From a view of medicine-ethical aspects, several concerns arising from every-day practice seem to have a real basis. Even a strong supporter of the PW will question the certainty of a "binding" PW, recognize its considerable costliness and danger of incongruency. On the other hand, a so-called "noteworthy" PW – i. e., one with certain technical or verbal flaws – shouldn't be underestimated, but still respected as an expression of a clear and authentic will. Furthermore, a concept is urgently needed for the training of physicians concerning informational conversation and the process of interpretation of a PW. The paper is concluded with suggestions for future amendments and a review of the situation in Germany.

Keywords: Advance Directive, Evaluation, Amendments

Univ.-Lektor OA Dr. Michael Peintinger
Krankenanstalt Göttlicher Heiland
Dornbacherstraße 20-28, A-1170 Wien
Michael.Peintinger@meduniwien.ac.at

Vor mehr als drei Jahren wurde am 1. März 2006 das Patientenverfügungsgesetz (PatVG) vom österreichischen Parlament beschlossen und ist am 1. Juni des selben Jahres in Kraft getreten.

Die zugleich beschlossene dreijährige Evaluierungsphase, um in einer Novellierung entsprechende Nachjustierungen vornehmen zu können, hat sich nun ihrem Ende genähert. Dementsprechend scheint es auch aus medizinethischer Sicht ein guter Zeitpunkt, eine Standortbestimmung vorzunehmen. Welche Vorteile und Nachteile wurden auf der Basis des derzeit gültigen Gesetzestextes vermutet oder prognostiziert? Welche dieser Aspekte wurden im konkreten Alltag bestätigt, welche Befürchtungen erwiesen sich als zu pessimistisch? Ja schließlich: Wie sehr hat dieses Instrument der Selbstbestimmung des Patienten¹ überhaupt Eingang in den medizinischen Alltag gefunden?

Die Bewertung soll dabei ihren Ausgangspunkt von jenen grundlegenden medizinethischen Aspekten nehmen, welche schon bisher durchaus als kritische Kommentare zum Text zu verstehen waren, nun aber im Lichte der (immer noch geringfügigen) Erfahrungen auf ihre Berechtigung untersucht werden sollen.

Mit dem PatVG sollte ein weiterer Beitrag geleistet werden, die in vielfacher Hinsicht bereits bis dahin geförderte und mittlerweile doch einigermaßen unbestritten als notwendig erachtete Selbstbestimmung des Menschen im Gesundheitsbereich selbst dann abzusichern, wenn die Kommunikations- oder Kognitionsfähigkeit krankheitsbedingt verloren gegangen ist.²

Am Stellenwert der Selbstbestimmung entzündeten sich auch heute noch, ungeachtet aller grundsätzlichen Zustimmung, mitunter heftige Diskussionen über die Berechtigung des Kranken, auf seiner individuellen Lebensgestaltung zu beharren. Subtilere Gegenargumente basieren auf der Vermutung, dass eine autonome Entscheidung in gewissen Lebenssituationen überhaupt nur ein theoretisches, virtuelles Konstrukt darstellen könne, das vornehmlich von Theoretikern gefordert

werde, die nicht die Erfahrung des medizinischen Alltags besäßen.

Dem ist allerdings – und ebenso mit alltagsgesättigter Erfahrung – entgegenzuhalten, dass ganz grundsätzlich in *jedem* ambitionierten Arzt-Patient-Gespräch die Frage nach dem individuellen Wohl des Menschen eine Antwort erfordert, die über den wissenschaftlichen Erfahrungshorizont der Medizin hinausreicht und die selbstbestimmte Lebensgestaltung zum Inhalt hat.

Schon im gewohnten Alltag wird ja die Frage nach Beginn und Ende der medizinischen Therapie nicht allein durch den medizinischen Sachverstand und die bloße Möglichkeit naturwissenschaftlich-pragmatischen Handelns geregelt. Sie erfolgt – nach Orientierung am medizinisch Machbaren und Sinnvollen – auf der Basis von Verhaltensregeln und Normen, welche in Recht und Moral verwurzelt sind. Gesellschaftliche Werthaltungen, Glaubensüberzeugungen, moralisches Grundverständnis, aber auch Konsenshaltungen innerhalb einer multimoralen und multiethnischen Gesellschaft üben dabei beispielsweise einen erheblichen Einfluss auf sie aus. Deshalb muss der Arzt letztlich auch jene Entscheidungen des Patienten zur Kenntnis nehmen, die ihm aufgrund seiner eigenen Wertorientierung als unvernünftig erscheinen. Zweifellos wird es seinem Fürsorgegebotsgebot entsprechen, wenn er die unterschiedlichen Sinnfassungen – weder in zermürbender noch in bevormundender Weise – hinterfragt und die Logik kausaler therapeutischer Möglichkeiten vor Augen stellt; letztlich aber sind ihm bei andauernd ablehnender Haltung des Patienten die Hände gebunden, da er sonst gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verstoßen würde, das grundsätzlich eine absolute Behandlungsgrenze bildet.³ Nicht der Arzt hat ein Recht zu behandeln, sondern der Patient hat ein Recht, behandelt zu werden.

Im Hinblick auf einzelne Probleme der Erstellung, des Umgangs und der Anwendung der Patientenverfügung, auf die schon in dieser Zeitschrift Bezug genommen wurde,⁴ sei an dieser Stelle auch

auf den durchaus komplexen Werdegang des Gesetzes verwiesen, das – abweichend von ursprünglichen Konzepten – nach einem wohl zu kurzen gesellschaftspolitischen Diskurs⁵ beschlossen wurde. Dieser Werdegang kann zugleich als eine der Ursachen für Probleme im alltäglichen Umgang angesehen werden. So steht – bei absoluter Befürwortung von Patientenverfügungen seitens des Autors – ebenso eindeutig fest, dass es sich bei dem in Österreich gewählten Gesetzesweg angesichts zahlreicher problematischer Details derzeit wohl nur um eine erste Stufe der Implementierung des Instruments in den Alltag handeln kann. Insofern ist, wie auch am Schluss näher ausgeführt, zu hoffen, dass die Ergebnisse der Evaluation zu einer notwendigen Novellierung des Gesetzes führen werden.

Das Instrument Patientenverfügung

Von ethischen Gesichtspunkten ausgehend, stellt sich die Patientenverfügung als (schriftliche) Erklärung dar, die dazu dienen soll, einen im Voraus geplanten und nun möglicherweise zu Ende gehenden Lebensentwurf selbst dann weiter gestalten zu können, wenn Kommunikations- oder Kognitionsfähigkeit verloren gegangen sind.

Diese positive Sichtweise verhindert, dass die Verfügung nicht als bloße „Abwehr- und Kampfmaßnahme eines widerständigen Patienten“ angesehen wird, die auf dem Misstrauen gegenüber verbissenem therapeutischem Übereifer oder der Angst vor einem erschwerten, verlängerten Sterben beruht. Das erlaubt den zukünftigen Interpreten damit einen weniger defensiven, weniger misstrauischen Zugang zum Instrument, und fördert damit deren Bereitschaft, sich im Zuge der Auslegung näher und kreativer an den Patientenwillen heranzutasten.

Verbindliche und Beachtliche Verfügung

Der Gesetzgeber hat zwischen einer verbindlichen und einer beachtlichen Patientenverfügung (PV) unterschieden.

Eine Verfügung gilt als verbindlich, wenn neben einem zulässigen Inhalt (§ 4) und einer ordnungs-

gemäßen ärztlichen Aufklärung mit ausreichender Folgenabschätzung (§ 5) auch formale Vorschriften eingehalten wurden (§ 6). Die Errichtung darf dabei maximal fünf Jahre (bzw. nicht länger als eine von der verfassenden Person selbst festgelegte kürzere Frist, § 7) zurückliegen. Ebenso dürfen sich in der Zwischenzeit keine wesentlich neuen Gesichtspunkte therapeutischen Handelns durch medizinische Fortschritte ergeben haben.

Sowohl die Unterscheidung zwischen verbindlicher und beachtlicher PV als auch die Befassung mit Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundigem Mitarbeiter der Patientenvertretungen sowie die daraus erwachsenden Kosten wurden und werden weiterhin häufig kritisch bewertet, und es wird in diesem Zusammenhang von „hohen formalen Hürden“ gesprochen.⁶

Bezugnehmend auf die – aus Sicht des Autors und im Einklang mit den Alltagserfahrungen – durchaus zu Recht bestehende Kritik hinsichtlich der unterschiedlichen Graduierungen „verbindlich“ vs. „beachtlich“ müssen kritische Adnota zur Bedeutung der Verbindlichkeit und zu den formalen und finanziellen Erfordernissen angeführt werden, welche auch nach zweijähriger Erfahrung keineswegs an Gültigkeit verloren haben.

Grundsätzliche Bedeutung der Verbindlichkeit

Jene Argumente, die zumeist für eine Verbindlichkeit ins Treffen geführt werden, beziehen sich auf ein dadurch klar abgelegtes Bekenntnis zur Tragweite der Entscheidungen durch den Verfasser, auf den Schutz vor Voreiligkeit sowie die dadurch empfundene Sicherheit, dass die Ärzte den Inhalt auch zu respektieren haben. Letzteren wiederum scheint die Sicherheit geboten, dass keine strafrechtlichen oder zivilrechtlichen Folgen drohen sollten, sofern sie ihrer Sorgfaltspflicht nachkommen und sie auf Grundlage der naturwissenschaftlichen Gegebenheiten die in der Verfügung beschriebenen Handlungsablehnungen befolgen. In formaler Hinsicht wird oft kritisch von einer „rechtlichen Überregulierung“ gesprochen, die Inkongruenz im Vergleich

zur formlosen aktuellen Ablehnungsmöglichkeit von therapeutischen Handlungen aufgezeigt und generell deren Bedeutung für eine „durchschnittliche“ PV infrage gestellt.⁷

Ethisch gesehen suggeriert eine verbindliche PV allerdings letztlich *mehr* Sicherheit als tatsächlich gegeben erscheint. Denn das Hauptgewicht der Verfügung liegt weiterhin einerseits auf der konkreten *inhaltlichen* Ausgestaltung, andererseits auf der qualitätvollen Interpretation, in der die Kongruenz zwischen der vorherbeschriebenen Situation, an welche eine konkrete Behandlungsablehnung geknüpft ist, mit der aktuell vorgefundenen bewertet wird.

Für den Patienten ist damit die „Sicherheit“ weniger von den formalen Kriterien abhängig als von einer sorgfältigen inhaltlichen Ausgestaltung und einer ebenso genauen, dem Willen des Patienten tatsächlich nahe kommenden Interpretation.

Die Verbindlichkeit einer Verfügung kann sich auch noch in einer anderen Hinsicht als „Pferdefuß“ erweisen. Wenn nämlich das strenge Regelungsregime für eine verbindliche PV als Signal dafür zu sehen ist, dass bei „nur geringsten Zweifeln“ seitens der Ärzte Vertreter des Patienten beizuziehen oder die Bestellung eines Sachwalters anzuregen seien,⁸ werden die Interpretierenden generell eher geneigt sein, Zweifel wahrzunehmen und aus Schutzinteressen eine Relativierung der Verbindlichkeit anzustreben.

Dementsprechend problematisch nimmt sich daher der gelegentliche Jubel aus, wonach eine verbindliche – und teuer erworbene – PV dazu angetan sei, die Ängste des Patienten, bzw. das Unsicherheitsgefühl des Interpreten schon per se zu beherrschen.

Verbindlichkeit – finanzielle Erfordernisse

Schon aufgrund dieser eben getroffenen Einschätzung nimmt sich die an sich schon kritisch beurteilte Frage der Kosten bei der Errichtung einer verbindlichen PV noch problematischer aus. Hinsichtlich der finanziellen Belastungen lässt sich zudem – auch weiterhin – kritisch anmerken,

dass Zweifel bestehen, ob seitens des Gesetzgebers tatsächlich ausreichend dafür gesorgt wurde, dass dieses Selbstbestimmungsinstrument auch sozial Bedürftigen zugänglich ist. Denn wie die Erfahrung zeigt, kann – entgegen mancher den Ankündigungen – auch seitens der Patientenanwaltschaften keineswegs von einer österreichweiten und generellen kostenlosen Dienstleistung gesprochen werden.

Desgleichen stellt auch die Honorierung des ärztlichen Aufklärungsgespräches mangels Rückvergütung durch die Sozialversicherungen ein ungelöstes Problem dar. Wenn allerdings diese wertorientierten, reflexionsreichen und anspruchsvollen Aufklärungsgespräche sowohl für die aktuellen Entscheidungsszenarien und für die bestehende Arzt-Patient-Beziehung als auch für gegenwärtige und zukünftige Therapieschritte von Bedeutung sind, sollte längerfristig daran gedacht werden, diesem Gespräch seinen therapeutischen Stellenwert zuzuerkennen und seitens der Sozialversicherungen zu honorieren. Davon unbeeinflusst wird innerhalb der Ärztekammer dafür Sorge getragen werden müssen, dass dieser herausfordernde Aufklärungsprozess zur Errichtung einer PV gut eingeübt und kompetent angeboten werden kann.

Problem der schleichenden Inkongruenz des Willens bei verbindlicher Patientenverfügung

Im Hinblick auf die rechtlichen Regelungen einer verbindlichen Verfügung lässt sich zudem ein bislang kaum beachtetes, ethisch jedoch durchaus relevantes Problem identifizieren. Es entzündet sich an dem Umstand, dass der Verfasser, bedingt durch äußere Vorkommnisse, zunächst gewisse, vielleicht bloß marginale Differenzen zwischen seinen Vorstellungen und seinem bereits schriftlich niedergelegten und teuer beurkundeten Willen in seiner verbindlichen PV wahrnimmt. Selbst wenn er in den nächsten Monaten einige Formulierungen oder Behandlungsablehnungen als tatsächlich nicht mehr so zutreffend empfindet, wird er nicht gleich von neuem mit der formalen Prozedur zur Korrektur seiner Verfügung beginnen, einerseits

des Zeitaufwandes wegen, andererseits, weil dadurch ja auch neuerlich finanzielle Kosten anfallen würden. Vielmehr wird er wohl dazu neigen, aus ökonomischen Gründen erst einmal abzuwarten und einige Änderungsvorstellungen zu „sammeln“, bis deren Summe den neuerlichen Weg zu Arzt und Rechtsanwalt rechtfertigen würde. Auf diese Weise könnten im Laufe der Zeit erhebliche Inkongruenzen zwischen verbindlicher PV und dem tatsächlichen Willen auftreten. Verliert nun der Patient seine Einsichts- und/oder Urteilsfähigkeit in dieser eventuell bereits länger andauernden „Latenzphase“, wäre seine – aufgeschobener Weise unveränderte – Verfügung anzuwenden, obschon nunmehr bereits beträchtliche Differenzen zwischen seinem aktuellen und dem schriftlich niedergelegten Willen bestehen könnten, diese also tatsächlich nicht mehr dem aktuellen Willen entspricht.

Die beachtliche Patientenverfügung

Der Umstand, dass aus juristischer Sicht eine PV dann als „beachtlich“ anzusehen ist, wenn sie *Mängel* hinsichtlich der in §§ 4-7 geforderten Bedingungen aufweist, mag allzu leicht zur Auffassung verführen, dass von einem „Dokument zweiter Klasse“ gesprochen wird oder die Verfügung gar als „Trostpreis“ für all jene qualifiziert wird, die an den formalen Hürden scheiterten. Setzen sich diese Einschätzungen nämlich fest, ist zu befürchten, dass eine Verfügung, die bereits vorab als Mängelwesen betrachtet wird, auch im Alltag als weniger bedeutsam angesehen wird, was sich in der Qualität der Interpretation niederschlagen kann. In der Folge soll eine der möglichen ethischen Begründungen geboten werden, weshalb eine beachtliche PV nicht nur zu „beachten“, sondern ebenfalls als authentische Willensäußerung wahrzunehmen ist. Sie beruht dabei auf Überlegungen zum bisherigen Handlungsmaßstab bei kommunikations- oder kognitionsunfähigen Patienten, dem so genannten „mutmaßlichen Willen“.

Denn dieser, zumeist durch Befragung von Angehörigen und Bekannten erhoben, weist bei nähe-

rer Betrachtung selbst erhebliche Unsicherheiten auf. Es kann nämlich keineswegs garantiert werden, dass Aussagen Dritter tatsächlich den Willen der Person repräsentieren. So können z. B. Schuldgefühle oder Verlustängste Angehörige dazu verleiten, eine ihnen bekannte Behandlungsablehnung nicht in der tatsächlichen Unbedingtheit wiederzugeben. Umgekehrt können Belastungen, beispielsweise im Hinblick auf Pflege und Versorgung, als Motiv für eine verstärkte Darstellung von möglicherweise nur dahingesprochene Aussagen über die Unerträglichkeit des Lebens und einer daraus resultierenden Einstellung von therapeutischen Optionen dienen. Es bedarf also letztlich auch einer „Meta-Interpretation“ der Aussage, damit authentische Willensäußerungen von individuellen emotional geprägten Fremddarstellungen unterschieden werden können. Noch deutlicher lässt sich dies zeigen, wenn man bedenkt, dass Behandlungsentscheidungen öfters überhaupt nur mit allgemeinen Wertvorstellungen verbunden werden können, weil beispielsweise bei sozial völlig isolierten alten Menschen keine Information hinsichtlich des mutmaßlichen Willens erhoben werden kann. Im Gegensatz zu diesen beiden Entscheidungsmaßstäben erweist sich eine beachtliche PV letztlich als hoch authentische Willenskundgebung. Dabei muss auch bedacht werden, dass jeder Verfügung in der Regel ein durchaus anspruchsvoller Reflexionsprozess vorausgeht und dass die sprachliche Gestaltung und Niederschrift einer Verfügung, auch im Wissen um die daraus resultierende Selbstbindung für niemanden einen einfachen Prozess darstellt. All dies sollte als gewichtige Argumentation dafür gelten, eine „bloß“ beachtliche PV als ebenso handlungsleitend anzusehen und daraus die moralische Verpflichtung abzuleiten, diesen authentischen Willen „verbindlich“ im Sinne von „verpflichtend“ zu befolgen, selbst wenn dieser nicht alle formalen Absicherungen aufzuweisen hat.⁹ Der Charme, den eine beachtliche Verfügung im Gegensatz zur verbindlichen besitzt, liegt dabei genau in jenem Umstand geborgen, dass die oben beschriebene Inkon-

gruenz-Problematik vermieden werden kann. Der Verfasser hat ja tatsächlich die Möglichkeit, täglich und in einfacher Weise seine Verfügung zu revidieren und Ergänzungen vorzunehmen.

Die derzeitige Hauptproblematik der „beachtlichen“ PV lässt sich somit in der *Bewertung der Beachtlichkeit durch die Interpreten* identifizieren. Denn der an sich ungenaue Begriff der „Beachtlichkeit“ erscheint untrennbar mit der wertorientierten Haltung des Interpreten verbunden. Er stellt jedoch – im Sinne einer „Beliebigkeit“ – keineswegs einen Freibrief für ein Ermessen des Arztes aus. Wer „beachtlich“ höchstens im Sinne von „zur Kenntnis nehmen“ versteht, wird wohl schon vor aller Interpretation pragmatisch davon ausgehen, dass Notwendigkeiten, Sachzwänge und sinnvolles Handeln vorrangig die Handlungsentscheidung bestimmen, die in der Folge dann höchstens durch die Willensäußerung des Patienten geringfügig nachjustiert wird.

Ethische Conclusio zu „Verbindlich“ vs. „Beachtlich“

Die genannten Probleme im Umfeld einer verbindlichen PV und die argumentierbare Authentizität einer beachtlichen Verfügung sollten daher Ansporn sein, diese Zweiteilung künftig zu überdenken und jedenfalls einen grundsätzlich positiven Zugang zur Interpretation des Dokuments anzustreben. Dies sollte auch von der Erkenntnis begleitet sein, dass der Patient das Vertrauen in den ehrlichen Interpreten setzt, der dem Willen des Patienten bei größtmöglicher Sorgfalt der Auslegung den Vorrang vor allen normativen und formalen Gesichtspunkten und ohne bloßes Maßnehmen an der eigenen Sicherheit einräumt.

Der Inhalt

Gemäß § 4 müssen Behandlungsablehnungen entweder konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Zusammenhang hervorgehen.

Der Umstand, dass in einer PV nur *Behandlungsablehnungen* Verbindlichkeit beanspruchen

können, entspricht der schon bisher verfassungsmäßig geschützten Autonomie im Sinne eines Schutzrechts, das sowohl dem Verfasser als auch dem Interpreten zusteht. Es ist daher irreführend, wenn immer noch Formulierungshilfen zur Errichtung von Patientenverfügungen angeboten werden, die zahlreiche Wunschformulierungen aufweisen.¹⁰

Als äußerst positiv ist dabei der Umstand zu bewerten, dass der Patientenwille auch aus dem *Gesamtzusammenhang* erschlossen werden darf.

Um diesen Willen aus einer „Gesamtsituation“ abzuleiten, bedarf es jedoch der Hilfe des Patienten, der nicht bloß wortkarg einige Ablehnungen formuliert, sondern diese auch zu begründen weiß. Mit jeder wertorientierten Begründung verdichtet sich das Bild, das der Betreffende von seinem zu Ende gehenden Leben entworfen hatte und welches ein wesentlicher Bestandteil der „Gesamtsituation“ ist. Je umfassender die Begründungen, desto gewichtiger können sie in einer Zusammenschau von Situation und Willen herangezogen werden und umso leichter wird es für den Interpreten, selbst dann dem Willen des Patienten gemäß zu handeln, wenn sich deutliche Inkongruenzen zwischen vorherbeschriebener Situation und aktuell vorgefundenem Zustandsbild zeigen. Dass dies in Spannung zu juristischen Meinungen steht, die im Zweifel deshalb eine Behandlung empfehlen, weil „weniger passieren könne“, sei nicht verschwiegen. Die Erarbeitung von Begründungen wird damit zum Kernpunkt des in § 5 geforderten ärztlichen Aufklärungsgespräches.

Zu den vor und nach der Gesetzeswerdung besonders diskutierten Aspekte des Inhalts zählt besonders die Frage nach der Verbindung zwischen PV und Sterbehilfe.

Zur Besänftigung einer Angst vor strafrechtlich relevantem Handeln muss dabei auf die genaue Unterscheidung der verschiedenen Formen der Sterbehilfe Bezug genommen werden. Die aktive, direkte und freiwillige Sterbehilfe verfolgt unter Einsatz eines Mittels (= aktiv) die Intention, dass der Patient im Endeffekt tot sei (= direkt). Der Patient muss unbeeinflusst dazu seine Zustimmung

gegeben haben (= freiwillig). Als passive Sterbehilfe hingegen wird jene Form verstanden, welche durch Unterlassung einer Handlung (= passiv) den Tod des Patienten entweder bewusst intendiert (= direkt) oder lediglich „in Kauf nimmt“ (= indirekt).

Da gemäß gesetzlicher Regelung der Mensch in seiner Verfügung ja nur Behandlungsablehnungen festlegen kann, und das Gesetz keine Möglichkeit von Wünschen vorsieht, lässt sich mit Hilfe einer PV österreichischen Zuschnitts eine gesetzlich verbotene *aktive direkte* Sterbehilfe logisch keineswegs erzwingen.

Hinsichtlich einer passiven Sterbehilfe muss bedacht werden, dass das Unterlassen einer Handlung aufgrund einer Behandlungsablehnung ja gerade auf den eigentlichen Grundcharakter und die Intention einer PV verweist. Dass dieses Unterlassen den Tod zur Folge haben kann, wird Gegenstand der richtigen Folgeabschätzung des Patienten sein und in der ärztlichen Aufklärung thematisiert werden müssen.

Wer jedoch in diesem durch eine Verfügung hervorgerufenen Umstand eine Bedrohung vermutet, übersieht, dass dies auch im gewöhnlichen medizinischen Alltag durchaus typisch und gebräuchlich ist. Der Patient hat ja auch aktuell das Recht, eine Behandlung abzulehnen, selbst wenn dies dem Arzt „unvernünftig“ erscheint und unabhängig von den möglicherweise tödlichen Konsequenzen. Sofern der Patient keinem Irrtum unterliegt, was aus der klaren und richtigen Einschätzung der Konsequenzen abzuleiten ist, und sofern er in seiner Entscheidung frei und ungenötigt ist, verhindert seine Ablehnung jedes ärztliche Handeln, selbst wenn dadurch der Tod herbeigeführt oder beschleunigt würde. Weder ergibt sich daher durch die gesetzlich ermöglichte PV eine neue Situation, noch müssen erst neue Maßstäbe für ein Handeln gefunden werden, da diese ja bereits bestehen und im Alltag angewendet werden. Wer das zu verhindern trachten möchte, setzt sich dem Verdacht aus, neuerlich eine „Behandlungspflicht“ oder gar eine „Zwangsbehandlung“ anzustreben. Zugleich wür-

de der Wille des Patienten (aktuell oder im Rahmen der Patientenverfügung) neuerlich dem Ermessen des Arztes unterworfen: Die Respektierung von Behandlungsablehnungen wäre dann nur insoweit berücksichtigungswürdig, als nicht die Gefahr bestünde, dass dadurch das Leben gefährdet würde. Wer solches intendiert, führt jede (deshalb noch keineswegs überdehnte!) Selbstbestimmung und damit auch das Instrument der PV ad absurdum.

Parallel zu den Bedenken hinsichtlich der passiven Sterbehilfe wird meist in ähnlicher Weise auch vor der Gefahr von vermehrten suizidalen Handlungen durch die Einführung der PV gewarnt. Doch auch diesbezüglich muss auf die Analogie zur aktuellen Situation bei wachen und entscheidungsfähigen Patienten verwiesen werden. Die Behandlungsbegrenzung durch die Selbstbestimmung des Patienten gilt ja unabhängig davon, welchen Motiven zufolge der Patient seine Entscheidung trifft. Hingegen nämlich die Respektierung seiner Entscheidung von der Art des Motivs ab, wäre dem Therapeuten auf diese Weise letztlich neuerlich die durch nichts gerechtfertigte Kompetenz zuerkannt, die Motive zu bewerten. Die Selbstbestimmung des Patienten wäre in geradezu unzulässiger Weise relativiert. Überdies wäre auch die Rechtssicherheit hinsichtlich des explizit bestehenden Persönlichkeitsrechts auf freie Lebensgestaltung, wozu sich auch Gesundheitsentscheidungen zählen lassen, nicht mehr gegeben. Es wird daher aus guten Gründen geraten sein, fürsorglich nach den Motiven der Entscheidung zu fahnden. Jedoch kann der Patient keineswegs zu einem „Offenbarungseid“ gezwungen werden. Wenn aber diese Problematik schon aktuell besteht, kann es sich keineswegs um eine zusätzliche, durch das neue Instrument der Selbstbestimmung hervorgerufene Gefahr handeln.¹¹

Aufklärung durch den Arzt

Im Zuge der Errichtung einer verbindlichen PV hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass die betreffende Person sich einem ärztlichen Aufklärungsgespräch zu unterziehen habe (§ 5).

Über den gesetzlichen Auftrag hinausgehend jedoch findet sich im Wesen der Selbstbestimmung¹² auch die zentrale ethische Begründung, weshalb eine PV ohne eine ärztliche Aufklärung zu meist bruchstückhaft, ja mitunter überhaupt nur „dem Anschein nach autonom“ ist, weil wesentliche Erkenntnisschritte unreflektiert bleiben oder die Freiheit der Entscheidung Mängel aufweist.

Somit werden im Zuge der ärztlichen Aufklärung zwei unterschiedliche Handlungsbereiche verknüpft. Zum einen die Information des Patienten und die Möglichkeit zur gemeinsamen Wertreflexion.¹³ Zum anderen die ärztliche Einschätzung des Patienten hinsichtlich der Einsichts- und Urteilsfähigkeit, seiner Folgenabschätzung, seines ernsthaften Willens und der fehlenden Nötigung.

So gesehen kann das aktuelle Gespräch als Modell für ein Aufklärungsgespräch „in die Zukunft hin“ verstanden werden, dessen Entscheidungen nur nicht unmittelbar in der dabei beschlossenen Therapie münden und dessen Ausgangspunkt keine „therapeutischen Notwendigkeiten“, sondern die Präferenzen des Patienten darstellen. Dabei ist aus ethischer Sicht noch nicht ausreichend er-messen, dass sich im Gespräch ein bedeutender Spannungsbogen des Patientenvertrauens zwischen dem aktuell aufklärenden Arzt und den zukünftigen ärztlichen Interpreten aufbaut. Dies – und nicht bloß die pragmatische Sicht, wonach klare Formulierungen eine allfällige Verwendung erleichtern – sollte auch moralischer Ansporn sein, Aufklärungsgespräche sorgfältig, behutsam und dennoch in aller Klarheit und mit Respekt vor der aufscheinenden Wertorientierung zu führen.¹⁴

Die zahlreichen Vorteile und der - angestrebte - qualitativ hochwertige Beratungsprozess mit seinen eben genannten Auswirkungen auf die alltägliche Arzt-Patient-Beziehung relativieren damit die gelegentlich geäußerte Kritik von einem „unzumutbaren Aufklärungszwang“¹⁵, der bereits wenige Tage nach dem Gesetzesbeschluss im Österreichischen Parlament im Deutschen Feuilleton gegeißelt wurde, oder den sarkastischen Hinweis

auf das vom Gesetzgeber der Ärzteschaft zusätzlich ermöglichte Geschäftsfeld.¹⁶

Neue Fürsorglichkeit des Arztes und des therapeutischen Teams

Unter Berücksichtigung aller genannten Aspekte, die eine PV erst zu einem authentischen Instrument der Selbstbestimmung werden lassen, das in äußerst sensiblen Lebensphasen zum Einsatz kommt, ist daher auch ein hoher Anspruch an eine qualitativ hochwertige Fürsorglichkeit aller im Gesundheitsbereich Beteiligten zu setzen.¹⁷

Diese beginnt mit der auf der grundsätzlichen positiven Haltung zur PV beruhenden Bereitschaft, eine für Verfügungen spezifisch notwendige Gestaltung des Aufklärungsprozesses zu erlernen, einzuüben und anzuwenden, in dem naturwissenschaftliches Fachwissen, Ängste und Folgeeinschätzungen qualifiziert thematisiert werden, wie auch begründete Ablehnungen aufgrund der je individuellen Wertorientierung erarbeitet werden. Diese Fürsorglichkeit setzt sich fort in einer aufgeschlossenen Haltung gegenüber den zu interpretierenden Verfügungen, die als Ausdruck eines Menschen, der über sein zu Ende gehendes Leben intensiv nachgedacht hat, verstanden werden sollen.

Schließlich sollte auch der fürsorgliche Akt eines strukturell und menschlich gepflegten Feedbacks von jenen Kollegen nicht unterschätzt werden, die schon Erfahrungen mit Interpretationen jener Verfügungen sammeln konnten, welche den eigenen Aufklärungsgesprächen entstammten.

Zusätzliche ethische Aspekte zum Thema Patientenverfügung

1. Reichweitenbegrenzung und Abfassung durch gesunde Menschen

Die bereits oben genannte „Reichweitenbegrenzung“ wurde unter anderem damit begründet, dass es für einen gesunden Menschen schwer sei, sich zukünftige Situationen vorzustellen, woraus die Gefahr erwachse, dass Patientenverfügungen von Gesunden mehr als Akt einer Lebenswerteinschät-

zung dienen könnten. Wenn die PV jedoch als ein Instrument der selbstbestimmten Gestaltung des eigenen Lebens verstanden wird, kann die Berechtigung dazu, die auf der – keineswegs deshalb schon überschätzten – Autonomie basiert, nicht von etwaigen Diagnosen abhängig gemacht werden.

Es ist zweifellos einsichtig, dass die Verfügung, die von einem gesunden Menschen verfasst wird, in wesentlichen Teilbereichen wohl immer weniger konkret sein muss, als dies beispielsweise bei einem langjährig an einer chronischen Erkrankung leidenden Patienten der Fall ist. Andererseits scheint dem Menschen jedoch von diesen Kritikern kaum die generelle Fähigkeit abgesprochen zu werden, weitreichende Entscheidungen für eine grundsätzlich ungewisse Zukunft zu treffen.

Näher hin betrachtet lässt sich auch die Behauptung wagen, dass gleichsam niemand – auch nicht der Arzt abseits seiner medizinischen Kenntnisse und therapeutischen Erfahrungen – *persönliche* Erfahrungen über das *Erleben* solcher Zustandsbilder besitzt, ein Faktum, das auch bei aktuellen Alltagsentscheidungen zweifellos bedacht werden muss. Es handelt sich dabei wohl um ein wesentliches, jedoch nicht ausreichendes Argument, um die Möglichkeit einer bleibenden Willensbildung einzuschränken. Zusätzlich lässt sich diese Sorge durchaus mit dem Hinweis relativieren, dass ja niemand zur Errichtung einer Verfügung gezwungen wird. Zudem hat der Patient auch die Möglichkeit, gewisse Situationen oder Unwägbarkeiten in seiner Verfügung auszuschließen oder etwa für spezielle Szenarien die Expertise des dann behandelnden Arztes über die eigene, vorab verfasste Willenskundgebung zu stellen.

Zur Erläuterung der Sinnhaftigkeit, dass auch gesunde Menschen eine Verfügung errichten, sollte zudem auch bedacht werden, dass die Freiheit von äußerer und innerer Nötigung eine der drei Säulen darstellt, welche einer Entscheidung erst tatsächlich die Qualität der Selbstbestimmtheit verleiht. Diese Freiheit ist wohl zweifellos in größerem Maß vorhanden, wenn durch das Fehlen der Dramatik

einer Erkrankung oder Belastung durch Leiden eine noch nötigungsfreiere und gelassener Reflexion gewährleistet ist. Dies bestätigen indirekt alle Kritiker, die davon ausgehen, dass ein „abstrakter Autonomiebegriff“ als Ansatzpunkt für selbstbestimmte Entscheidungen die besondere Hilfs- und Schutzbedürftigkeit von Schwerkranken und Sterbenden nicht wahrnehme, was im Umkehrschluss ja geradezu ein Argument für eine frühzeitige Abfassung einer PV darstellt.

Weiters darf nicht übersehen werden, dass jede Konstruktion, die eine Reichweitenbegrenzung in die Gültigkeit einer PV einbeziehen möchte, letztlich auch eine Unzahl weiterer Fragen wie etwa jene nach den Krankheitsbildern und –zuständen, in denen eine PV abgefasst werden „dürfe“, aufwerfen. Man denke z. B. an die Möglichkeit, dass ein an amyotropher Lateralsklerose erkrankter Mensch im frühen Stadium wohl zwar theoretisch die späten Erkrankungszustände begreifen wird, jedoch in diesem Fall ebenfalls bloß optional entscheiden können wird, – so wie dies jeder andere Mensch etwa im Hinblick auf mögliche Folgen von Verkehrsunfällen erwägt. Würde man ihm aber im Sinne einer sehr rigid-engen Auslegung der „Reichweitenbegrenzung“ die Möglichkeit zur Abfassung erst in einem späten Stadium der Erkrankung zuerkennen, wäre wieder der Grad der bestehenden Nötigung wesentlich höher und damit die Qualität der selbstbestimmten Entscheidung herabgesetzt.

Nicht zuletzt muss, im Einklang mit den alltäglichen Erfahrungen im medizinischen Alltag natürlich auch davon ausgegangen werden, dass insbesondere zahlreiche ältere Menschen an einer Vielzahl von Einzelerkrankungen leiden, deren Summe erst ein Zustandsbild ergibt, das entweder aus medizinischer oder individueller Sicht eine weitere Behandlung als wenig anstrebenswert erscheinen lässt.

2. Ethische Relevanz der fehlenden „Gewaltentrennung bei der Interpretation“

Auf einen möglicherweise ethisch relevanten Umstand, der mit der Interpretation bzw. mit je-

nem Arzt, der diese vornimmt, zusammenhängt, soll noch hingewiesen werden. So kann sich die Situation ergeben, dass derselbe Arzt, der die Diagnose einer Kommunikations- oder Kognitionsunfähigkeit stellt, zugleich derjenige ist, der die PV interpretiert und danach sein therapeutisches Handeln ausrichtet. Dies kann zweifellos zu Interessenskonflikten führen. Beispielsweise könnte ein Arzt, der eine Therapie durchführen will, jedoch zugleich Bescheid weiß, dass eine Verfügung mit einer entsprechenden Ablehnung vorliegt, noch bemüht sein, in einer sehr weiten Sichtweise Reste einer „Kommunikationsfähigkeit“ zu diagnostizieren, damit er nicht auf die Verfügung zurückgreifen muss. Weiters ist im Zusammenhang mit der Notfallsregelung (§ 12) denkbar, dass der Arzt im Wissen um einen Verfügungsinhalt einen Therapiebeginn als lebensnotwendig deklariert, damit er auf diese Weise zunächst seiner Interpretationspflicht entgeht und durch Schaffung von Fakten einer Ablehnung zuvorkommt. Schließlich wäre auch denkbar, dass es, ungeachtet einer bestehenden und verbindlichen Behandlungsablehnung, durch eine sehr spezielle Auslegung der Verfügung doch gelänge, die eigenen Therapievorstellungen mit dem Patientenwillen zu vereinen.

Es wäre daher aus ethischer Sicht sinnvoll, für die Diagnose des Zustands, der den Griff zur Verfügung erfordert, sowie für die Interpretation ein „Mehr-Augen-Prinzip“ zu etablieren. Längerfristig jedoch sollte die bereits jetzt mancherorts genutzte Vorgehensweise geübt werden, insbesondere die Interpretation innerhalb des gesamten therapeutischen Teams gemeinsam vorzunehmen.

3. „Künstliche Ernährung“ – PEG-Sonde

Insbesondere in den vergangenen Jahren war die Frage der PV in Verbindung mit der Möglichkeit, die künstliche Ernährung abzulehnen, Gegenstand häufiger Diskussionen.¹⁸ In Anlehnung an Kopetzki darf derzeit als weitgehend unbestritten gelten, dass jede Sondenernährung durch die PEG-Sonde einschließlich der Nahrungszufuhr in die liegende

Sonde zu diesen „medizinischen“ und daher nach PatVG ablehnungsmöglichen Maßnahmen gehört. Ebenso unbestritten sei zwar, dass die „normale“ Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit keine medizinische Maßnahme sei und daher vom PatVG nicht erfasst werden könne, „dass aber dieser eingeschränkte Anwendungsbereich des PatVG nicht den Umkehrschluss zulasse, die Grundversorgung mit Nahrung und Flüssigkeit könne überhaupt nicht wirksam verweigert werden“.¹⁹

Es steht zu hoffen, dass sich nach diesen Klarstellungen die weithin überhitzte und oft auch moralisch überfrachtete Diskussion zu dieser Thematik entspannt und damit dieses zusätzliche aber unnötige moralische Gewicht von der PV genommen werden kann.

4. Auswahl möglicher weiterer Probleme

Gegenwärtig beginnen sich am Horizont Probleme abzuzeichnen, deren Folgen im Rahmen der Gesetzeswerdung nicht thematisiert wurden und erst im Zuge der Anwendung ins Blickfeld geraten sind. Einige davon sollen hier in gebotener Kürze angedeutet werden.

So lassen sich etwa aus Versicherungs-Kreisen Stimmen vernehmen, die beispielsweise eine „zu frühe Auszahlung einer Lebensversicherung“ durch die korrekte Anwendung einer verbindlichen PV mit logischer Todesfolge monieren.

Weiters seien die mit der PV neuerlich aufkeimenden Diskussionen rund um die Glaubensgruppe der Zeugen Jehovas genannt, die derzeit zwei besondere Aspekte aufzeigen. Zum einen handelt es sich darum, dass auch jüngere Mitglieder der Glaubensgemeinschaft, die bislang unter dem Thema des Kindeswohles einen höheren staatlichen Schutz genossen, eine rechtsgültige Behandlungsablehnung formulieren können. Zum anderen muss etwa den Verantwortlichen von Krankenanstalten vermehrt bewusst werden, dass auch die Ablehnung der Aufnahme eines Mitglieds der Glaubensgruppe die Sanktionen nach § 15 des PatVG nach sich ziehen wird.

Noch nicht in ihrer Tragweite abzuschätzen scheint auch die Frage, welche Mechanismen verhindern könnten, dass jede verbindliche oder beachtliche PV durch Aussagen Dritter, die von aktuelleren Willensbekundungen des Patienten berichten, in ihrer Wirkung „ausgehelt“ werden könnte.

Schließlich darf auch nicht der Aufmerksamkeit entgehen, dass das Instrument – ungeachtet aller präventiven rechtlichen Regelungen – als subtiles Steuerungselement für kostensparende Therapien angesehen werden kann. Diese Problematik darf weder mit Panik noch mit Blauäugigkeit behandelt werden, sollte jedoch in ausreichend breitem gesellschaftspolitischen Rahmen diskutiert werden.

Kurze Anmerkungen zur Situation in Deutschland

Der Diskussionsprozess in Deutschland verlief und verläuft nicht nur deutlich länger, sondern auch wesentlich fundierter und unter Einbindung zahlreicher gesellschaftsrelevanter Gruppen.²⁰

Dies ist allerdings vor dem Hintergrund zu sehen, dass ein an sich bereits bestehendes und allseits als befriedigend eingeschätztes Betreuungsvollmachten-Konzept (ähnlich der in Österreich 2007 erfolgten gesetzlich geregelten Vorsorgevollmacht) existiert und die gesetzliche Implementierung einer isolierten PV auch weniger dringlich erscheint, ungeachtet des Umstands, dass derzeit in der Bundesrepublik mehr als zweihundert verschiedene Formulare zirkulieren.

In den Diskussionen und zahlreichen Publikationen werden insbesondere eine lange Zeit verworfene, mittlerweile aber von einigen Gruppen wieder neu angedachte Verbindlichkeit und natürlich auch die „Reichweitenbegrenzung“²¹ äußerst kontrovers diskutiert. Zugleich fehlt es nicht an Appellen, in Analogie zur Möglichkeit einer formlosen aktuellen Behandlungsablehnung auf formale Hürden weitgehend zu verzichten. Dementsprechend herrscht auch große Übereinstimmung dahingehend vor, dass die Gültigkeit einer PV kei-

nesfalls von einer fachlichen – also sowohl juristischen wie ärztlichen – Beratung abhängen dürfe. Die Argumentationen zielen dabei vorwiegend auf den Umstand ab, dass jeder Mensch sein Recht auf einen Aufklärungsverzicht habe.

Was sich allerdings – im Gegensatz zur österreichischen Gesetzgebung – in der Themenbehandlung in Deutschland als Vorteil darstellt, ist die große Zahl gerichtlicher Erkenntnisse, die sich mit der Frage des mutmaßlichen Willens, konkret nachweisbaren Aussagen des nunmehr kommunikationsunfähigen Patienten bis hin zu problematischen Stellvertreterentscheidungen befassen. Selbst wenn im Spannungsbogen zwischen dem sog. „Kemptener Urteil“ bis zum Fall „Peter K.“, mitunter durchaus einander widersprechende Begründungen aufgezeigt werden konnten, finden sich doch zahlreiche Argumentationsansätze, die eine umfassende Basis für die engagierte gesellschaftspolitische Diskussion bildeten. Schließlich lässt sich vermuten, dass einige Erkenntnisse dieser umfassenden Diskussion auch dem Novellierungsprozess in Österreich wertvolle Impulse geben werden.

Ausblick

In Zusammenfassung des Dargelegten lassen sich die Notwendigkeiten für die Zukunft aus ethischer Sicht mit folgenden fünf Stichworten festlegen:

Information

Zweifellos ist es immer noch notwendig, ausreichende Informationen über dieses neue Instrument der Selbstbestimmung des Menschen zu geben. Dies bezieht sich sowohl auf das Medizinstudium, als auch in besonderer Weise auf alle bereits im Berufsalltag stehende Mediziner und Angehörige weiterer Gesundheitsberufe. Darüber hinaus jedoch sollte auch das nach wie vor bestehende Informationsdefizit der grundsätzlich interessierten Bevölkerung dringend behoben werden, wozu besonders der Bildungsbereich zu zählen ist.²²

Animation

Auf Basis der ausreichend gegebenen Informationen sollte die erwachsene Bevölkerung auch dazu ermuntert werden, versuchsweise mit der Errichtung einer „provisorischen“ Verfügung zu beginnen. In Workshops können dabei sowohl das Bewusstsein der je eigenen Werthaltung als auch die Darstellung von konkreten und typischen Szenarien, sowie möglichen Formulierungen behandelt und eingeübt werden. Spezielle Fortbildungsangebote für Mediziner und Angehörige von Gesundheitsberufen sollten weiters die Interpretation mit Probebeispielen thematisieren.

Reflexion

Schließlich sollte auch dazu ermuntert werden, dass schon heute, anlässlich der – zumeist beachtlichen – Verfügungen, welche im aktuellen medizinischen Alltag vorgefunden werden können, seitens der Interpreten ein Feedback an jenen Arzt gegeben wird, der das Aufklärungsgespräch geführt hat.

Hinweise auf hilfreiche oder schwer interpretierbare Formulierungen sowie die entsprechenden Erläuterungen des ehemaligen Aufklärers trügen auf diese Weise dazu bei, dass sich die Qualität zukünftiger Aufklärungsgespräche und Interpretationsprozesse erhöhen wird.

Evaluation

Wesentliche Themen und Arbeitsbereiche, die im Hinblick auf Verbesserungen erfasst werden sollten und sich keineswegs in der vom Gesetzgeber in Auftrag gegebenen Evaluationsarbeit erschöpfen können, beziehen sich erstens auf die Frage nach der Anwendung der Verfügung. Dabei sollten insbesondere die Orte (Ursachen für Häufungen bzw. Seltenheiten von Verfügungen in manchen Institutionen?), die Zeitpunkte (z. B. zu späte Einbeziehung?), aber auch die Art und Weise der Berücksichtigung sowie die unterschiedlichen Handhabungen zwischen verbindlichen und beachtlichen Verfügungen erhoben werden.

Zweitens sollte die Frage, ob ein Feedback zwischen Interpreten und bei der Errichtung behilflichen Kollegen besteht, etwa als fixer Bestandteil einer abschließenden Kommunikation zwischen Krankenhaus und behandelndem Arzt, ausgelotet werden.

Drittens schließlich sollten der Verlauf und die Qualität der Aufklärungsgespräche evaluiert werden. In diesem Zusammenhang werden sich auch finanzielle und strukturelle Folgen als bedeutsam erweisen.

Schließlich sollten, viertens, alle „formalen Hürden“ auf ihre Sinnhaftigkeit, Praktikabilität und Notwendigkeit geprüft werden.

Fünftens sollte in eine Evaluation auch die Frage einfließen, inwieweit die dringend gebotene Information der Bevölkerung qualitätsvoll erfolgt und welche Wirkungen sie, beispielsweise bezogen auf die Zahl von Verfügungen, zeitigt.

Sechstens schließlich, sollte auch der Umgang der Gesellschaft und der Medien mit diesem sensiblen Thema einer Prüfung unterzogen werden. Einseitige Berichte, welche die Problematik entweder banalisieren oder dämonisieren, und somit verhindern, dass das Wesen dieser Entscheidungshilfe deutlich wird, sollten dabei ebenso kritisch betrachtet werden wie tendenziöse Versuche, das Instrument für spezielle Wertorientierungen zu vereinnahmen.

Novellierung

Aus der Fülle der kritischen Aspekte, die beschrieben wurden, sollten nach Ansicht des Autors bereits jetzt einige konkrete Ansätze zur Novellierung des PatVG nach der dreijährigen Evaluationsphase erfolgen. Dazu zählen insbesondere:

1. Die Gleichstellung von verbindlicher und beachtlicher PV nach Maßgabe des Inhalts.
2. Die Schaffung der Möglichkeit, dass die PV nach Ermessen des Patienten überall mit einem *tatsächlich kostenlosen* Rechtsakt errichtet werden kann, sofern der Patient diese zusätzliche Sicherheit *für sich* als nötig erachtet. Der

Rechtsakt sollte dabei jedoch lediglich einer Bestätigung der Authentizität des Verfassers dienen. Im Übrigen sollte die Bestätigung durch den beratenden Arzt als Nachweis der Authentizität dienen können.

3. Die Strukturierung einer Kommunikation zwischen den Interpreten und den bei der Abfassung und Aufklärung behilflichen Kollegen zur Förderung der Qualität zukünftiger Verfügungen und zukünftiger Interpretationen.
4. Die Korrektur der Begleitumstände im Bezug auf den jederzeit möglichen Widerruf. Im Hinblick auf die Alltagspraktikabilität sollte – in Anlehnung an Schauer – besser von einem „Mindestmaß an Einsichtsfähigkeit“ gesprochen werden, da sonst bei jeder noch so unreflektierten Handlung die Unsicherheit hinsichtlich der Deutung erwartet werden muss.²³
5. Die längerfristige Zusammenführung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Durch die Benennung einer Vertrauensperson könnte einer qualitätvollen Verfügung der Makel des „statischen Instruments“ genommen werden. Der eingesetzte Kommunikator der Vorstellungen des Patienten würde so als Bindeglied der beiden therapeutischen Partner fungieren.

Die Patientenverfügung stellt zweifellos hohe Ansprüche an alle Beteiligten. An die Verfasser, welche sich ihrer Wertorientierung vermehrt bewusst werden müssen und die sprachliche Gestaltung in möglicherweise mehrfachen Versionen einer klaren Interpretation zugänglich machen; an die Ärzteschaft für eine neue und qualitativ hochwertige Fürsorglichkeit, welche der Sicherung der Selbstbestimmung des Patienten in allen Lebenslagen von einer sorgfältigen Aufklärung bis zur Phase eines zu Ende gehenden Lebens mit Kommunikationsdefiziten dient; an die Gesellschaft, sowohl hinsichtlich eines umfassenden Bildungsangebots für alle Alterstufen als auch ihrer Pflicht, den freien Umgang mit dem Selbstbestimmungsinstrument zu gewährleisten und durch qualifizierte Rechtsprechung zu bestätigen sowie gesundheitspoliti-

sche Akzente wie etwa die Gesprächshonorierung zu setzen, welche die Wichtigkeit der Verfügung generell unterstreichen.

Zugleich darf nicht übersehen werden, dass die Probleme rund um ein zu Ende gehendes Leben nicht auf eine wie immer normierte PV reduzierbar sind. Daher müssen seitens der Gesellschaft der Beantwortung von Fragen, die der Thematik Patientenverfügung deutlich vorgelagert sind – wie etwa der Umgang mit dem Sterben und die Bewältigung der damit komplexen, intellektuell wie emotional herausfordernden Situationen für Patient, Arzt, Pflegeberufe, Angehörige, einschließlich der dafür notwendigen Kommunikationsmöglichkeiten –, besonderes Augenmerk geschenkt werden.

Es ist durchaus zu erwarten, dass sich nach anfänglichem Zögern auf allen Seiten allmählich die Erfahrung und damit die Erkenntnis durchsetzen werden, dass eine sorgfältig verfasste Verfügung tatsächlich hilfreich zur Lösung von Problemen beitragen kann, die bislang zahlreiche therapeutische Situationen geprägt haben. Dies wird das Motiv dafür sein, dass seitens der Ärzteschaft weitere kreative Anstrengungen unternommen werden, damit abseits aller naturwissenschaftlichen Großleistungen auch durch die Förderung der Autonomie von Patienten in schwierigen Lebensphasen ein Maximum an Heilsamkeit gewährleistet werden kann.

Referenzen

- 1 Geschlechtsspezifische Termini sind aus Gründen der leichteren Lesbarkeit nur einfach angeführt. Das jeweils andere Geschlecht ist dabei stets mitgemeint!
- 2 vgl. Kopetzki C., *Das Patientenverfügungsgesetz im System der Rechtsordnung*, in: Körtner U. H. J., Kopetzki C., Kletecka-Pulker M., *Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte*, Springer, Wien (2008), S. 127 f.
- 3 vgl. § 8 Abs. 3 KaKuG, § 110 StGB, eigenmächtige Heilbehandlung!
- 4 Memmer M., *Patientenverfügungs-Gesetz am 1. Juni 2006 in Kraft getreten*, *Imago Hominis* (2006); 13: 179-182
Prat E. H., *Das Österreichische Patientenverfügungsgesetz aus ethischer Sicht*, *Imago Hominis* (2006); 13: 179-185
- 5 Vgl. dazu auch kritisch: Bernat E., *Nicht verbindlich - und*

- dennoch beachtlich, in Körtner U. et al., siehe Ref. 2, S. 45
- 6 vgl. etwa Tolmein O., *Im Sinne des Gesetzes: Der österreichische Weg*, FAZ, 20. April 2006
 - 7 Vgl. Bernat E., siehe Ref. 5
 - 8 Barth P., *Ärztliche Behandlungsentscheidung und Recht*, in: Körtner U. H. J., Kopetzki C., Kletecka-Pulker M., siehe Ref.2, S. 120
 - 9 Vgl. dazu auch Bernat E., siehe Ref. 5, S. 73
 - 10 Die Kritik zielt dabei keineswegs z.B. auf den „Wunsch nach Schmerztherapie“, die sich auch ohne Hinweis in der Verfügung als selbstverständliche medizinische Basisleistung verstehen sollte!
 - 11 Andere Rechtsordnungen sehen sehr wohl Einschränkungen der Patientenautonomie bei vitaler Indikation vor: z. B. Spanien, Türkei Israel. Liberalere Umgänge etwa in den Niederlanden, der Schweiz oder Belgien. Vgl. dazu kritisch Körtner U. et al., siehe Ref. 2, S. 27
 - 12 „Eine selbstbestimmte Entscheidung beruht auf den eigenen Wertvorstellungen und/oder dem Glauben der Person, basiert auf adäquaten Informationen, welche auch verstanden – im Sinne von reflektiert – werden müssen und ist frei von innerer und äußerer Nötigung“: vgl. Peintinger M., *Ethische Grundfragen in der Medizin*, Fakultas, Wien (2008), S. 85
 - 13 vgl. Peintinger M., *Therapeutische Partnerschaft*, Springer, Wien (2003), S. 352 ff.
 - 14 Vgl. dazu May A. et al., *Standards für die Beratung zu Patientenverfügungen*, *Ethik Med* (2005); 20: 332-336
 - 15 vgl. Tolmein O., siehe Ref. 6
 - 16 Bernat E., siehe Ref. 5, S. 45
 - 17 vgl. May A. T., Charbonnier R. (Hrsg.), *Patientenverfügungen. Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge*, Lit, Münster (2005), S. 62
 - 18 Vgl. Gillen E., *Wie Ethik Moral voranbringt: Beiträge zu Moral und Ethik in Medizin und Pflege*, Lit, Münster (2006), S. 174
 - 19 Kopetzki C., siehe Ref. 2, S. 146
 - 20 vgl. auch Beckmann, *Vorschläge zur Regelung von Patientenverfügungen*, *Imago Hominis* (2004); 11: 168 ff.
 - 21 Ebenso kritisch: Borasio G. D., *Selbstbestimmung im Dialog. Die Beratung über Patientenverfügungen als Ausdruck ärztlicher Fürsorge*, in: Meier C. et al., *Patientenverfügung: Ausdruck der Selbstbestimmung – Auftrag zu Fürsorge*, Kohlhammer, Stuttgart (2005), S. 44 f.
 - 22 Initiativen des Autors für diesbezügliche Schulprojekte stießen allerdings bislang auf überraschenden Widerstand seitens des Bildungsministeriums!
 - 23 Vgl. Bernat E., *Planungssicherheit am Lebensende? (Teil I)*, *EF-Z* (2006); 1: 45

Fälle von „überzogenen Patientenwünschen“

Cases of "Exorbitant Patients' Demands"

Einleitung

Patienten sind Menschen in einer besonderen Lebenssituation, in der sie zur Auseinandersetzung mit eigenem Leiden herausgefordert sind. In dieses wird in aller Regel der Arzt als erste allgemeine Anlaufstelle zur Problembewältigung involviert. Dabei gehen Patienten und Ärzte einen Behandlungsvertrag ein, der beide Teile zur Mitwirkung an der Erreichung des Behandlungszieles verpflichtet.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient hat eine historische Entwicklung durchgemacht. An die Stelle einer Asymmetrie zugunsten des Arztes (Paternalismus) ist eine – theoretisch – ausgewogene Partnerschaft (Patientenautonomie, informed consent) getreten. Einerseits wurden in der Deklaration von Helsinki 1964 vom Weltärztebund die menschenrechtskonformen Ansprüche der Patienten formuliert, andererseits wurden in den vergangenen 20 Jahren für die Ärzte in vielen Bereichen Richtlinien zur Ausführung ihres Berufes (gute medizinische Praxis, „Good Medical Practice“, GMP) entwickelt.

Seither waren und sind es ausschließlich die Ärzte, die für tatsächliche oder vermeintliche Verletzungen des Behandlungsvertrages immer wieder – und auch vor Gericht – zur Verantwortung gezogen werden. Die Patienten werden in ihren Rechten sachkundig und erfolgreich durch die Einrichtung des Patientenanwalts oder Spitalsombudsmanns unterstützt. Diese Institutionen haben die Rolle eines außergerichtlichen Mediators im Interesse der Patienten, die Ärzte können für sich das Schiedsgericht der Standesvertretung (Ärztekammer) anrufen.

Im Folgenden werden nun spezielle Fälle aufgegriffen, in denen Spitalsärzte durch konkrete Aktionen von Patienten und deren Angehörigen belastet werden, wobei letztere die ihnen zukommenden Rechte möglicherweise fehleinschätzen.

Fall 1

Eine 56-Jährige, seit 5 Monaten nierentransplantierte Frau entwickelt einen hochfieberhaften Zustand und wendet sich an die Nierenambulanz der Universitätsklinik. Dort wird eine Abstoßung weitgehend ausgeschlossen und ein unspezifischer Infekt angenommen. Wegen Bettenknappheit wird auf eine ambulante Behandlung entschieden.

Die weiteren medizinischen Fakten: Wegen ausbleibender Besserung Aufnahme in einem Peripheriespital, antibiotische Therapie, enger fachlicher Kontakt mit der Nierenklinik. Nach Ausschluss einer Pneumonie bzw. einer anderen schwerwiegenden infektiösen Genese des Fiebers wird die Patientin nach einigen Tagen doch von der Universitätsklinik übernommen. Die Enddiagnose bei Entlassung von der Klinik ist eine Fieberreaktion auf die laufende Immuntherapie (mit Rapamune).

Der Gatte der Patientin hatte ständigen Kontakt mit allen involvierten Ärzten (Ambulanzen, der Klinik, Ärzten des Peripheriespitals etc.). Die Hausärztin (eine enge Vertrauensperson der Patientin seit 8 Jahren) hatte die Patientin – im Konsens mit dem Ehemann – unter dem Hinweis „allgemeine Klasse“ in das Spital eingewiesen. Damit wollte sich dann aber der Gatte wegen angeblicher Infektionsgefahr durch Mitpatientinnen nicht zufrieden geben und ersuchte um eine Verlegung auf ein Sonderklassezimmer gegen entsprechende Aufzahlung. Nach der Transferierung seiner Frau auf die Universitätsklinik wandte er sich mit geharnischten Vorwürfen an den Patientenanwalt, dass seine Frau im Peripheriespital nicht automatisch in einem Sonderklasse (2-Bett-)Zimmer aufgenommen worden und die Transferierung an die Universitätsklinik nur durch seine Initiative zustande gekommen sei.

Die dem Patientenanwalt zugegangene Erwidern des Spitals, die auf Grund der komplexen Vorwürfe einen erheblichen Aufwand erforderte, stellt

richtig, dass innerhalb der 3 Tage im Spital laufend Kontakte mit der Universitätsklinik gepflogen wurden, zumal eine objektive und subjektive Besserung verzeichnet wurde, eine Ansteckungsgefahr durch Mitpatientinnen nicht gedroht habe und die Transferierung wegen Bettenmangels auch nicht hätte früher erfolgen können. Die Überstellung sei schließlich im guten Glauben des ungetrübten Konsenses erfolgt.

Danach sind keine weiteren Reaktionen von Seiten des Gatten der Patientin dokumentiert.

Fall 2

Eine 76-jährige Patientin wird wegen wässriger Durchfälle und allgemeiner Schwäche stationär im Spital aufgenommen. 10 Jahre davor war eine Kolon-Teilresektion wegen eines Karzinoms erfolgt. Ferner besteht bei Aufnahme eine senile Demenz, diffuse Muskelschmerzen mit Schwäche in den Oberarmen, eine chronische Coxitis links bei Zustand nach Endoprothese der Hüfte rechts, sowie Zeichen der Multimorbidität mit Hypertonie, Nephrosklerose und Anämie. Es besteht ein häufiger Konsum von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) wegen der Schmerzen in den Armen und in der linken Hüfte.

Bei der Koloskopie zeigten sich kleine Ulcera mit entzündlichen Schleimhautdysplasien, die dem unkontrollierten NSAR-Gebrach zugeschrieben werden. Wegen der Muskelsymptomatik und den erhöhten Entzündungsparametern bestand auch der Verdacht auf eine Polymyalgia rheumatica. Unter einer auf die Minimaldosis titrierten Prednisolontherapie verschwanden die Diarrhoen und besserten sich auch prompt die Schmerzen in den Muskeln und der Hüfte. Die Patientin kann selbst essen und ist mit Krücken gehfähig, braucht aber Unterstützung bei der Toilette und anderen täglichen Verrichtungen.

Die vorgeschlagene Entlassung nach etwa 3 Wochen des Aufenthaltes wird von den Angehörigen kategorisch abgelehnt. Die Gründe sind vage (der Gatte sei selbst krank, die Kinder hätten keine Zeit),

Heimhilfen (vom Spital über den zuständigen Sozialstützpunkt organisiert) werden ebenfalls abgelehnt. Vielmehr wird das Spital „an seine Aufgabe erinnert“, kranke Leute ohne Zeitbegrenzung stationär weiterzubehandeln. Ein Antrag auf Asylisierung wird von den Angehörigen nicht unterschrieben (Angst vor Entzug des Pflegegeldes?). Nach zähen Verhandlungen, bei denen von den Angehörigen immer wieder mit dem Patientenanwalt gedroht wird, und die sich über 3 Wochen ziehen, erfolgt schließlich doch die Überstellung in ein Pflegeheim.

Fall 3

Ein 63-jähriger Diplomingenieur hatte in den Jahren 2002 und 2004 eine Hüftgelenks-Endoprothese erhalten. Bei der präoperativen Blutuntersuchung war 2002 im routinemäßigen Screening auf Syphilis ein grenzwertig erhöhter TPHA-Test erhoben worden. Zur Sicherung der Verdachtsdiagnose (stattgehabte luetische Infektion?) wurden vom Labor die entsprechenden Zusatzuntersuchungen (Bestimmung von IgM-Antikörpern und VDRL-Test) als unbedingt notwendig empfohlen. Dies unterblieb zwar, doch wurde diese Empfehlung im Arztbrief an den Hausarzt weitergereicht, wovon aber der Patient keine Kenntnis erhielt. Bei der nächsten Aufnahme (2004) wurde der niederschwellige Screeningbefund wieder erhoben, seine Konstanz über 2 Jahre – nach Rücksprache mit dem Labor – nunmehr als Zeichen von „falsch positiv“ und als „ignorierbar“ gewertet. Auch von diesem Sachverhalt erfuhr der Patient nichts.

2005 beantragte der Patient einen Behindertenausweis, für welchen er die beiden Entlassungsbriefe (2002 und 2004) vorzulegen hatte. Nach Anforderung und Lektüre derselben musste er nach seinem laienhaften Verständnis den Eindruck gewinnen, dass bei ihm der Verdacht auf eine luetische Infektion festgestellt, diesem aber nicht weiter nachgegangen worden war. Dies rief nun bei ihm und seiner Gattin große Bestürzung hervor, zumal die letztere inzwischen eine Nierentransplantation erhalten hatte und unter immunsuppressiver Thera-

pie stand. Das Ehepaar fühlte sich dadurch in einen psychischen Ausnahmezustand versetzt, zumal sich der Patient keinerlei Möglichkeit einer derartigen Infektion bewusst war. Selbstverständlich vermied nun das Ehepaar solange jeden sexuellen Kontakt, bis endlich die längst fällige Laboruntersuchung den Beweis lieferte, dass nie eine luetische Infektion bestanden hatte. Diese Periode der psychisch-emotionalen Belastung hatte immerhin 2 bis 3 Monate bestanden.

Seither kämpft der Patient um eine Abgeltung für seine erlittene Unbill. Der Anwalt des Krankenhauses und der Leiter der orthopädischen Abteilung verwiesen etwas lapidar auf die (ohnehin erfolgte) Empfehlung im Arztbrief, und darauf, dass auch aus der empfohlenen Erhebung der Zusatzbefunde eine nervliche Belastung des Patienten resultiert hätte, wenn auch wohl von kürzerer Dauer. Eine Entschädigungspflicht könne aus dem Sachverhalt nicht abgeleitet werden. Schließlich wurde die Schiedsstelle der Ärztekammer angerufen, vor welcher das Krankenhaus sein Fehlverhalten einsah und eine Summe von EURO 5.000 zur Abgeltung anbot. Damit gab sich das Ehepaar nicht zufrieden, da es sich die 6- bis 8-fache Summe erwartet hatte, und beschloss, das Krankenhaus auf diese Summe zu klagen.

Fragestellungen

1. Kann der Kooperationswille von Patienten und Angehörigen reglementiert werden (Verhaltenskodex für Patienten)?
2. Sind Patienten und Angehörige moralisch verpflichtet, nicht abgesprochene Eigeninitiativen den Ärzten bekanntzugeben?
3. Ist es sinnvoll, wenn sich die Betreuer (Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter) präventiv an den Patientenanwalt/Spitalsombudsmann wenden, wenn sie sich seitens der Patienten oder Angehörigen unter Druck gesetzt fühlen?
4. Ist eine „bipolare“ Anlaufstelle (Ombudsmann für Patienten *und* Ärzte) denkbar?

Konrad Brustbauer

Kommentar I

Comment I

Vorweg darf ich erwähnen, dass (nach dem letzten veröffentlichten Jahresbericht) die WPPA (= Wiener Pflege-, Patientinnen und Patienten-anwaltschaft) jährlich mit über 11.000 Anliegen kontaktiert wurde, wovon weit über 2000 zu einer umfangreicheren aktenmäßigen Bearbeitung führten, fast 1000 konnten schließlich durch entsprechende Auskunft aufgeklärt werden, in annähernd 400 Fällen konnte eine Organisationshilfestellung geleistet werden, von über 700 Beschwerden waren etwa 10% voll und knapp 13% zum Teil berechtigt, der Rest dieser „reinen“ Beschwerden war nicht berechtigt oder wurde schon vor Erledigung zurückgezogen.

Mehr als 350 Beschwerden betrafen den intramuralen Bereich, wovon nur 26 berechtigt und knapp über 200 nicht berechtigt waren, 55 waren zum Teil berechtigt, der Rest wurde zurückgezogen.

Aus dem Patientenentschädigungsfonds wurden für 138 Fälle insgesamt mehr als 1,2 Millionen Euro ausbezahlt, die meisten Fälle betrafen schwerwiegende Komplikationen bei denen eine Haftung des Rechtsträgers kaum oder nur schwer zu erlangen war, der Freiwillige Wiener Härtefond hat für ähnlich gelagerte 29 (Sozial-)Fälle insgesamt 236.000 Euro ausgeschüttet. Ferner konnte unter Vermittlung der WPPA fast 1 Million Euro durch Versicherung bzw. Rechtsträger der Krankenanstalten an Betroffene ausbezahlt werden. In all diesen Fällen kam es somit nicht zu einem gerichtlichen Prozess. Dies zeigt, dass die Arbeit der WPPA letztlich sehr oft zur Kalmierung anfänglich widerstreitender Standpunkte und auch zur Verhinderung umfangreicher Zivilprozesse auf Grund vermeintlicher oder wirklicher Ansprüche von geschädigten Patienten beiträgt.

Zu den geschilderten drei Fällen:

Fall 1

Die vom Spital schließlich erteilte umfassende Auskunft an die Patienten-anwaltschaft (= PA) hat sicher eine weitere juristische, allenfalls zivilgerichtliche Auseinandersetzung mit dem Patienten bzw. seiner Gattin verhindert und solcherart auch das Spital davon entlastet. Der Aufwand des Spitals für die Auskunft hat sich damit sicher gelohnt.

Unerwähnt blieb bei der Schilderung des Falls aber, warum dem Angehörigen nicht direkt die Antwort gegeben wurde, sondern sie erst über die PA erreicht werden konnte.

Fall 2

Ähnlich gelagerte Fälle sind auch der WPPA bekannt, Ursache ist ein Kommunikationsmangel, der rasch durch entsprechende Informationen der WPPA und vor allem auch des FSW (Fonds Soziales Wien) über mögliche Hilfen behoben wird. Ein funktionierendes Entlassungsmanagement (PIK) kann und wird viele Ängste, Ablehnungen und Unsicherheiten beseitigen helfen.

Der Ausdruck, dass mit dem PA „gedroht“ wird, erscheint unverständlich, weil der/die PA doch keine Person ist, deren Einschreiten „Furcht und Unruhe“ verbreiten, sondern vielmehr Spannungen, Missverständnisse, Kommunikationsmängel zwischen Krankenhauspersonal und Patienten und ihren Angehörigen beseitigen helfen soll.

Soweit aber medizinisches oder Pflegepersonal heute noch eine Fehlvorstellung von den Aufgaben und der Person des/der PA hat, sollte von allen Seiten immer wieder versucht werden, diese zu beseitigen. Dass dies auch schon zumindest teilweise geschehen ist, zeigt, dass wiederholt und immer mehr auch Ärzte und Pflegepersonen in ihnen ausweglos erscheinenden Gesprächen, die Patienten

oder ihre Angehörigen an die WPPA verweisen.

Prof. Dr. Konrad Brustbauer, Patientenanwalt
 Schönbrunner Straße 108, A-1050 Wien
 post@wpa.wien.gv.at

Fall 3

Ausgehend von der letztlich vom Krankenhaus beschriebenen Einsicht in das Fehlverhalten vor der Schiedsstelle der Ärztekammer und der Tatsache, dass sich damit der Beschwerdeführer nicht abgefunden hat, stellt sich nur die Frage, warum nicht (auch) die zuständige PA befasst wurde, vielleicht hätte dies doch einen Prozess vermieden. Es wäre den Versuch wert gewesen.

Zu den aufgeworfenen vier Fragen:

- 1) Der *Wille* zur Kooperation von Patienten und Angehörigen kann wohl kaum reglementiert werden. Ein Kodex des gebotenen Verhaltens von Patienten und Angehörigen würde, ohne einen solchen Kodex zugleich auch für Ärzte zu erlassen, Schiefelage zum Nachteil der Patienten und deren Angehörigen bedeuten.
- 2) Auf Grund des Behandlungsvertrages zwischen Arzt und Patient ergibt sich sicher auch für den Patienten die Obliegenheit, seinem Vertragspartner all jene Umstände bekanntzugeben, die dieses Vertragsverhältnis betreffen oder beeinflussen können.
- 3) Aus dem im Gesetz umschriebenen Aufgabenbereich können sich schon derzeit Spitalsangehörige mit ihren Anliegen an die WPPA wenden. Sie tun dies auch aktuell, wenn entweder im Spitalsbereich vermeintliche Fehler geschehen sind oder aber mit Patienten oder deren Angehörigen eine Auseinandersetzung besteht, eskaliert oder zu eskalieren droht. Dies geschieht üblicherweise in Form einer „Vorinformation“, wodurch die WPPA bei Erscheinen eines diesbezüglichen Beschwerdeführers auch schon von Spitalsseite informiert ist. Die Fälle sind bisher nicht allzu häufig, es folgen auch nicht immer tatsächlich Beschwerden nach.
- 4) Die WPPA ist bereits eine „bipolare“ Anlaufstelle, in Gesundheits- und Fragen der Pflege.

Peter Kühn

Kommentar II

Comment II

Bei den Kommentaren zu den drei vorgelegten Fällen werde ich aus der Sicht meiner bisherigen Tätigkeit in der Patientenadvokatur zunächst herausarbeiten versuchen, ob tatsächlich Unzukömmlichkeiten vorliegen, die Grund für eine Beschwerde sein könnten.

Fall 1:

Wenn jemand relativ kurz nach einer Nierentransplantation plötzlich mit hohem Fieber erkrankt ist, ist meiner Meinung nach selbst nach „weitgehendem“ Ausschluss einer Abstoßungsreaktion der Zustand weiterhin unklar und besorgniserregend. Hier eine ambulante Versorgung zu empfehlen scheint mir daher äußerst bedenklich – und war ja auch nicht erfolgreich. Mit einigem guten Willen und persönlichem Einsatz wäre es sicher möglich gewesen, die Patientin zumindest vorübergehend in einem anderen Bereich des AKH unterzubringen.

Dass Patientin (und Angehöriger) bei hochfieberhaftem Infekt (unter Einnahme von Immunsuppressiva!) Angst vor einer Superinfektion haben, ist verständlich und spricht nur dafür, dass es sich hier um gut informierte Patienten handelt. Wenn man tatsächlich sicher gewesen ist, dass keine Ansteckungsgefahr droht, hätte man das dem Gatten bei seinem „ständigen Kontakt mit allen involvierten Ärzten“ ja auch mehrfach vermitteln können und nicht erst in der Erwiderung an den Patientenanwalt zur Sprache bringen müssen.

Wenn der Gatte außerdem wirklich laufend Kontakt mit allen Ärzten hielt, ist es ja durchaus möglich, dass er parallel zum Peripheriespital auch von sich aus die Univ.-Klinik zu einer Übernahme der Patientin drängte, sodass er letztlich den Eindruck haben konnte, die Transferierung sei nur auf seine Initiative zustande gekommen.

Der Hauptfehler liegt meiner Meinung nach in der primären (Nicht-)Versorgung der Patientin durch die Univ.-Klinik, alles andere sind Kommunikationsprobleme, wie sie leider nur allzu oft vorkommen.

Fall 2:

Dass geriatrische Patienten nach den verschiedensten Krankheiten länger für die Genesung brauchen, wissen alle leidgeprüften Spitalsärzte. Für derartige Fälle sind die Abteilungen für Akutgeriatrie bzw. Remo-Stationen, die man in vielen Krankenhäusern von OÖ zur Verfügung hat, ein wahrer Segen. Schon lange vor der Verlegung aus der Akutstation sollte man aber mit der Familie in ein Gespräch über die Weiterversorgung eintreten. Im Rahmen dieser wiederholten Kontakte kann dann leicht auch angesprochen werden, dass es diese vermeintliche „Aufgabe des Spitals zur unbegrenzten Weiterbehandlung“ in Wirklichkeit nicht gibt. Ich gebe aber zu, dass die Uneinsichtigkeit von Angehörigen einen oft zur Verzweiflung bringen kann.

Hier könnte man tatsächlich überlegen, den Angehörigen von alten, multimorbiden Patienten (bei denen mit langer Rekonvaleszenz zu rechnen ist) bei den ersten Besuchskontakten ein Formblatt vorzulegen, in welchem auf die zu erwartende Notwendigkeit einer Weiterversorgung nach Spitalsentlassung hingewiesen wird. Für diesen Fall sollten dort verschiedene Varianten zur Auswahl stehen (Versorgung durch die Familie/Organisation von Heimhilfen/Pflegeheim etc.). Durch ihre Unterschrift müssten die Angehörigen dann einer dieser Optionen ihre Zustimmung geben.

Fall 3:

Es war sicher eine Nachlässigkeit, dass man den Patienten (63 Jahre alt und frisch vermählt!) nicht

über diesen grenzwertigen TPHA-Test informierte. Wenn man aber hier argumentiert, dass dieser Test für eine Orthopädische Abteilung ziemlich irrelevant ist, dann muss man dem entgegenhalten, dass die dortigen Ärzte ja wohl einen Grund gehabt haben müssen, diesen Wert überhaupt zu bestimmen. Wenn dann das Ergebnis – wie eben hier – nicht eindeutig ist, dann sollte man sich doch die Zeit nehmen, die klärenden Tests durchzuführen oder den Patienten darüber zu informieren, dass weitere Tests erforderlich sind, und nicht nur die Wiederholung der Untersuchung im Arztbrief zu empfehlen, wohl wissend, wie genau diese Berichte oft von den Hausärzten gelesen werden. Als dann der unvorbereitete Patient durch Zufall mit diesem Wert konfrontiert wurde, war das für ihn und seine eben angetraute (kürzlich nierentransplantierte!) Gattin zunächst ein Schock und eine Zeit voll verständlicher Ungewissheit und Angst, bis – eigentlich durch Eigeninitiative der Gattin – der Verdacht letztlich ausgeräumt werden konnte.

Wenn aber das Eingeständnis des Fehlverhaltens und ein Angebot zur finanziellen Abgeltung des Unbills nicht ausreicht, die manchmal grenzenlose Begehrlichkeit zu befriedigen, dann muss man solchen Personen wohl zugestehen, dass sie ihr (Un-)Glück auf dem Rechtsweg suchen.

Nun zur Beantwortung der 4 vorgelegten Fragen:

Frage 1:

Nein! Nicht noch ein Kodex oder noch eine Sammlung von Guidelines! Noch dazu, wo man sich nicht vorstellen kann, wer sie wann und wo lesen soll.

Kooperation heißt Zusammenarbeit: Wenn ich also einen Patienten zur Betreuung/Behandlung übernehme, muss ich regelmäßig den „Stand der Dinge“ mit ihm besprechen und ihn gegebenenfalls um Mitarbeit ersuchen bzw. ihn um Verständnis bitten, wenn der Verlauf nicht den Erwartungen entspricht. (Wenn eine Kommunikation mit dem Patienten - vorübergehend - nicht möglich ist,

sind die nächsten Angehörigen meine Ansprechpartner.) Genau dieser laufende Informationsaustausch unterbleibt leider sehr häufig – welcher bettenführende Arzt steht denn wirklich während der Besuchszeit auf der Station zur Verfügung? Kooperation im Verhältnis Arzt/Patient kann meiner Meinung nach nicht dekretiert werden, sondern muss im Rahmen laufender Kontakte langsam wachsen.

Und auch für das „Abschlussgespräch“ (was war eigentlich die letztliche Diagnose? Wo lagen die Schwierigkeiten? Worauf ist in Zukunft zu achten? etc.) bleibt im modernen hektischen Spitalsbetrieb meist keine Zeit. Dass unsere „Kunden“ sich dann gelegentlich ihre eigenen, laienhaften Gedanken machen und dort und da Fehler vermuten, ist eben leider oft die Folge.

Frage 2:

Wie soll denn das umgesetzt werden? „Nicht abgesprochen“ heißt ja eben, dass die behandelnden Ärzte zunächst nichts davon wissen. Wenn schließlich diese „Eigeninitiative“ zum Tragen kommen soll, dann wird sie ja wohl den Ärzten bekannt gegeben werden müssen – und dann ist es in der Regel wohl weise, dem Wunsch (z. B. nach Verlegung in ein anderes Krankenhaus) Folge zu leisten.

Frage 3:

Nein. Wollte man das nämlich einführen, müssten die Ärzte von sich aus präventiv eine genaue Sachverhaltsdarstellung unter Beischließung aller Unterlagen und Dokumente aus der Krankengeschichte an den Patientenanwalt schicken – eine mühselige Arbeit, die sie sich besser dafür aufsparen sollten, wenn Patient/Angehörige sich tatsächlich mit einer Beschwerde an die Patientenanwaltschaft wenden. Denn ich denke, dass in einem Teil der Fälle, die „Druck machen“, die Verdächtigungen/Anschuldigungen in einem klärenden Gespräch ausgeräumt werden können.

Frage 4:

An sich existiert diese Stelle ja bereits in Form

der Schiedsstelle der Ärztekammer, bei der sich Ärzte und Beschwerdeführer unterstützt durch die jeweiligen Rechtsvertreter gegenüber sitzen. Allerdings wird sie bisher ausschließlich aufgrund einer Beschwerde von Patientenseite tätig, meist nach Durchlaufen der Patientenanwaltschaft. Auch die Patientenanwaltschaft hat ja zum Teil eine derartige Funktion: Zumindest verbringe ich oft Stunden im Gespräch mit Patienten oder Angehörigen, um ihnen nach dem Studium aller Unterlagen klarzumachen, wie manche Komplikationen zustande kommen und dass ihre Verdächtigungen nicht der Realität entsprechen.

Ich denke nicht, dass bei dem Vorschlag der Frage 4 daran gedacht ist, dass sich Ärzte über einen einzelnen, unangenehmen Patienten irgendwo beschweren können sollen. Nach meinen Erfahrungen an der Patientenvertretung des Landes OÖ, wo wir nur in rund 0,05% aller stationär behandelten Fälle mit Beschwerden konfrontiert sind, muss man wohl die Frage aufwerfen, ob sich eine derartige Beschwerdeführung durch die Ärzte lohnen würde. Haben wir nicht Besseres zu tun?

Univ.-Prof. Dr. Peter Kühn
Pfarrgasse 6, A-4020 Linz
Peter.Kuehn@aon.at

Stammzellen: Durchbruch auf dem Gebiet der Rückprogrammierung gelungen

Einer deutsch-amerikanischen Forschergruppe ist ein Durchbruch in der Stammzelltechnik gelungen. Sie haben aus einfachen Körperzellen multipotente Stammzellen ganz ohne Retroviren und ohne gentechnische Modifikationen am Erbgut erzeugt. Diese Methode scheint sicher, um das Krebsrisiko für den Fall eines medizinischen Einsatzes der Zellen zu umgehen. Das Team unter Leitung von Sheng Ding vom *Scripps Research Institute* in Kalifornien beschreibt, dass die Forscher lediglich einige Eiweiße (Proteine) zu jenen aus dem Bindegewebe von Mäusen stammenden Zellen hinzufügen mussten, um sie in eine Art embryonale Stammzellen zurückzuprogrammieren. Tatsächlich stellten die Proteine die Lebensuhr der Zellen zurück. Die auf diese Weise gewonnenen sogenannten PiPS-Zellen (protein-induced pluripotent stem cells) sollen alle Merkmale der Pluripotenz aufweisen, wozu auch die Fähigkeit gehört, sich in die drei grundlegenden embryonalen Strukturen, aus denen später alle Organe und Gewebe hervorgehen, zu entwickeln. Die Bildung der PiPS ist nach Angaben der Autoren, zu denen auch Hans Schöler vom *Max-Planck-Institut für molekulare Biomedizin* in Münster gehört, innerhalb weniger Tage möglich. Sie scheint damit nicht nur sicherer, sondern möglicherweise auch wirtschaftlicher als die bisherigen Methoden zu sein. Ob sich aus den PiPS wieder verschiedene Arten adulter Zellen ausdifferenzieren lassen, bleibt abzuwarten. Der nächste Schritt dürfte darin bestehen, die Ergebnisse an menschlichen Fibroblasten zu reproduzieren. Die Methode der PiPS-Zellen ist ethisch unbedenklich, da dafür keine Embryonen zerstört werden müssen.

Cell Stem Cell (2009), doi:10.1016/j.stem.2009.04.005
Dt. Ärzteblatt online, 24. April 2009

Medien: Gesundheitsinformationen aus dem Internet können verunsichern

Im Internet werden immer mehr Informationen und Dienstleistungen rund um die Gesundheit angeboten. Verbrauchern stehen völlig neue Wege zur Beschaffung von Medikamenten oder Testergebnissen offen. Doch das ist nicht immer positiv. In den vergangenen Jahren hat eine ständig wachsende Zahl von Menschen beispielsweise die Dienste von Laboren in Anspruch genommen, die DNA-Tests durchführen. Darauf hat nun der *Nuffield Council on Bioethics* hingewiesen. Das Expertengremium setzt sich mit der ethischen Seite der Online-Gesundheitsdienste und -dienstleistungen auseinander und arbeitet an einem umfassenden Report zu diesem The-

ma. Ermittelt werden sollen sowohl die Erfahrungen der Patienten als auch der privaten Unternehmen, die diese Dienstleistungen anbieten.

Die Online-Verkäufe von Medikamenten sowie Angebote von privaten DNA-Tests und Scans steigen an. Das unabhängige Kollegium erklärte, dass solche Veränderungen die Patienten einem Risiko aussetzen oder zu unnötiger Beunruhigung führen können. Seine Sprecher fordern eine stärkere Regulierung und haben eine entsprechende Diskussion in Gang gesetzt. Man dürfe die Verbraucher nicht mit Internet-Angeboten allein lassen. So sollte den Menschen unter anderem näher gebracht werden, welche Untersuchungen tatsächlich sinnvoll sind und welche bei ihnen zu einem Gefühl falscher Sicherheit führen oder gar völlig unangemessen sind.

Als ein Negativbeispiel führen die Experten private Firmen an, die Verbrauchern die Möglichkeit zur Früherkennung von Tumoren durch bildgebende Verfahren wie MRT und CT anbieten. Ohne medizinische Indikation setzen sich Kunden bei solchen Untersuchungen unnötig einer Strahlenbelastung aus. Abgesehen davon, dass der Sinn dieser Untersuchungen nicht immer klar ist, könnte es in Zukunft Probleme mit den daraus gewonnenen Daten geben. Je mehr Gesundheitsdaten von Verbrauchern im Internet oder bei Unternehmen in Umlauf sind, desto größer sei die Gefahr für Missbrauch.

Focus online, 21. April 2009

http://www.nuffieldbioethics.org/go/ourwork/personalised-healthcare/page_968.html

Public Health: Selbstmord ist die zehnthäufigste Todesursache

Die Zahlen sind erschreckend: Selbstmord ist die zehnthäufigste Todesursache. Jährlich sterben schätzungsweise eine Million Menschen durch Suizid, das entspricht 1,5 Prozent der weltweiten Todesfälle. Die Dunkelziffer dürfte höher liegen. An der Spitze liegt China: Dort ereignen sich mehr als 30 Prozent der weltweiten Suizide, sie machen 3,6 Prozent aller Todesfälle des Landes aus. Ein erhebliches Problem stellt der Selbstmord auch in den früheren Teilrepubliken der Sowjetunion und in Entwicklungsländern dar.

Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die das Suizidrisiko anheben – darunter männliches Geschlecht, frühere Selbstverletzungen, psychiatrische Störungen und/oder Alkohol-/Medikamentenmissbrauch, körperliche Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit, Selbstmorddarstellungen in den Medien und Rauchen. Keith Hawton vom *Centre for Suicide Research/Universität Oxford* und Kees van Heeringen von der *Unit for Suicide*

Research/Universitätskrankenhaus Gent besprechen diese Tendenzen und fordern verstärkte Entwicklung von präventiven Maßnahmen.

Unter den Berufsständen haben Ärzte (insbesondere Frauen) und Krankenschwestern ein merklich erhöhtes Suizid-Risiko. Stress ab Beginn des Medizinstudiums und das gehäufte Vorkommen von Depressionen sind Mitursachen. Alkohol und Medikamentenmissbrauch ist hier weiter verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung, besonders bei Psychiatern, Notfallmedizinern und Anästhesisten. Bei Ärzten enden Suizidversuche deutlich häufiger tödlich als in der Allgemeinbevölkerung.

Als wesentlicher Faktor für Selbsttötungen gelten psychische Probleme. Bei etwa 90 Prozent der Menschen, die sich selbst töten, geht man von einer Art psychischer Erkrankung aus. Depressionen erhöhen das Risiko um das 15- bis 20-Fache, etwa vier Prozent der an Depressionen Erkrankten sterben durch Suizid. Angesichts dieser Zahlen ist es gefährlich, von „Selbstbestimmtheit“ bei Todeswunsch zu sprechen. Alkoholmissbrauch, Mager sucht, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und die körperdysmorphe Störung (KDS) erhöhen allesamt das Suizidrisiko. Gerade das letzte Beispiel erklärt zum Teil, warum die Selbstmordrate bei Frauen nach brustvergrößernden Operationen zunimmt. Hinweise zeigen, dass auch Medien oder Internet-Informationen, die über suizidales Verhalten berichten oder dieses darstellen, Selbstmordverhalten und Selbstverletzungen beeinflussen können, so die Autoren.

Die *Lancet*-Autoren analysieren Präventionsmöglichkeiten, blenden dabei aber wesentliche Risikofaktoren aus. Die hohen Selbstmordraten sind auch eine Folge der Entsolidarisierung, Fragmentierung und der Atomisierungstendenzen in der Gesellschaft quer durch alle Strukturen, leider auch ganz besonders in den Familien. Eine wirksame Prävention müsste diese Mängel und Strategien miteinbeziehen.

Lancet (2009); 373: 1372-1381

Pharmaindustrie: Konzern bezahlte Pseudo-Wissenschaftsmagazin für eigene Zwecke

Die Abhängigkeit der renommierten Wissenschaftsverlage von der Pharmaindustrie ist ein bekanntes Ärgernis. Der Pharmakonzern Merck hat nun neues Öl ins Feuer gegossen. Merck soll den renommierten Wissenschaftsverlag Elsevier (u. a. *The Lancet*) dafür bezahlt haben, ein Magazin namens *Australasian Journal of Bone and Joint Medicine* mit gefakten Peer-Reviews zu veröffentlichen. Tatsächlich ist bzw. war das *AJBJM* (die letzte Ausgabe erschien im Jahr 2003) aber eine gut getarnte Wer-

bepostille, die nur einem Zweck diene: Medikamente des Pharmakonzerns Merck & Co. positiv darzustellen. Erreicht wurde das mit einem Mix aus konzernfreundlichen Versatzstücken der Fachliteratur – der Abdruck bereits anderswo publizierter Studien mit entsprechenden Resultaten, „Reviews“, also „Übersichtsartikel“, die lediglich zwei (passende) Quellen zitieren, und bislang unpubliziertes, aber genehmes Forschungsmaterial, das keine Chance gehabt hätte, in einem Journal mit Qualitätskontrolle veröffentlicht zu werden.

Merck bezahlte Elsevier für die Herausgabe dieser Zeitschrift, deren Artikel weder in Medline noch im Web auffindbar sind. Zweck dieses Manövers soll gewesen sein, dass man Ärzten PR-Informationen vorlegte, in denen man auf dort veröffentlichte günstige Studien verwies und mit dem Verlagsnamen deren Richtigkeit suggerierte. Bislang wurde von Elsevier bestätigt, dass der Verlag von Merck für die Herstellung des Journals bezahlt wurde; über die konkrete Summe hält man sich aber bedeckt. Ein Unternehmenssprecher gestand gegenüber *The Scientist* auch, dass die Optik nicht gerade ideal sei: „Ich wünschte, hier hätte es eine deutlichere Auskunft darüber gegeben, dass es sich um ein gesponserteres Journal handelt.“

bioethics.net, 1. Mai 2009

Österreich: Kardinal fordert verfassungsmäßiges Verbot von „Tötung auf Verlangen“

Die Ex-Politikerin Heide Schmidt (60) plädierte für eine politische „Sterbehilfe-Debatte“ in Österreich. Es herrsche „eindeutig Änderungsbedarf“, sagte Schmidt in einem *Standard*-Interview. Ihre Zielrichtung: Es brauche neue „gesetzliche Grundlagen“ für einen „Freiraum für die Umsetzung des eigenen Willens“ (Straffreiheit bei Euthanasie). Eine Evaluation der „Erfahrungen aus anderen Ländern“ solle dazu führen, eine „passende Lösung für Österreich zu finden“, so Schmidt. Voraussetzung für diese „Lösung“ sei, dass man sich von den Ansichten der katholischen Kirche distanzieren. Die Juristin Schmidt gründete im Jahr 1993 das *Liberal Forum*. Sterbehilfe war eines der zentralen Themen der Liberalen.

Die Beneluxstaaten und die Schweiz haben die derzeit liberalste Gesetzgebung in Europa: Im März 2009 wurde die aktive Sterbehilfe nach den Niederlanden und Belgien auch in Luxemburg straffrei gestellt. Ein Arzt wird nicht straf- oder zivilrechtlich verfolgt, wenn er aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zur Selbsttötung leistet – auch nicht bei Minderjährigen, Neugeborenen oder psychisch Kranken. In der Schweiz will die umstrittene Sterbehilfe-Organisation Dignitas einer kerngesunden

Frau Suizidhilfe leisten, die ihrem krebserkrankten Partner in den Tod folgen will.

In Österreich stehen – wie auch im überwiegenden Teil der anderen EU-Staaten – die aktive Sterbehilfe und Hilfe beim Selbstmord unter Strafe. Österreich habe die Chance, „europaweit Vorarbeit zu leisten“, betonte Kardinal Christoph Schönborn und plädierte für eine Verankerung eines „Verbotes der Tötung auf Verlangen in der Verfassung“. Im Jahr 2001 hatten sich alle im Parlament vertretenen Parteien gegen aktive Sterbehilfe, sogenannte Euthanasie und Tötung auf Verlangen ausgesprochen. Schönborn forderte die österreichische Politik auf, ihrem Ja zur palliativen Sterbebegleitung Taten folgen zu lassen. Ein Auf- und Ausbauplan für Hospize müsse her, die Finanzierung müsse garantiert sein.

Standard online, 9. April 2009

Basler Zeitung online, 3. April 2009

Salzburger Nachrichten, 10. April 2009

USA: Gewissensvorbehalt für medizinisches Personal soll eingeschränkt werden

Das Gesetz zum Schutz der Gewissensfreiheit von Ärzten, Pharmazeuten und Gesundheitsfürsorgern ist in Europa geltendes und gutes Recht. In den USA will Präsident Barack Obama dagegen eine kürzlich erst eingeführte *Health and Human Services*-Richtlinie wieder abschaffen. Sie sieht die Möglichkeit vor, sich aus Gewissensgründen weigern zu können, an der Durchführung von Abtreibungen teilzunehmen. Die Richtlinie scheint Obamas Liberalisierungsvorhaben in Fragen der Bioethik ein Dorn im Auge zu sein. Kritiker sprechen von einer drohenden Form von Despotismus, wenn im Gesundheitswesen Beschäftigte gezwungen wären, sich gegen ihr Gewissen an einer Abtreibung oder etwa an Programmen zur Geburtenkontrolle beteiligen zu müssen.

In der Debatte stellt sich das *New England Journal of Medicine* auf die Seite Obamas. Julie Cantor, Juristin an der *University of California Los Angeles* (UCLA), fordert in einem aggressiven Editorial die Abschaffung des Gewissensvorbehalts bei Ärzten bezüglich Abtreibung und Kontrazeptiva. Statt der „Gewissenskriecherei“ in der Bush-Ära müsse ein „selbstloser Professionalismus“ in der medizinischen Praxis wiederhergestellt und „Eigeninteressen hintangestellt“ werden, so Cantor, die vormals als Beraterin der Pro-Abtreibung-NGO *International Planned Parenthood Federation* tätig war. Nicht jedes Verhalten sei akzeptabel, dem Patienten dürfe man nicht die „Bürde des ärztlichen Gewissens“ aufbinden.

Ärzte hätten sich immerhin freiwillig ihren Job aus-

gesucht. Als „Türsteher“ zur Medizin hätten sie und im Gesundheitsberuf Tätige die Pflicht, sich beizeiten Betätigungsfelder zu suchen, wo sie nicht in Wissenskonflikte geraten. Bundesgesetze mögen Spielraum schaffen für die Rechte des Gewissens. Wer aber im Gesundheitssystem mit Patienten zu tun habe, sollte das „Mäntelchen des Gewissens“ flugs abwerfen, wenn es die Bedürfnisse des Patienten verlangten. Cantors Schlussfolgerung entbehrt nicht der Ironie: Wenn jeder nach seinem Gewissen handelte, käme es zur reinen Anarchie. Ob das auch für jene beiden US-Anästhesisten gilt, die sich 2006 weigerten, am Vollzug einer Todesstrafe mitzuwirken?

N Engl J Med (2009); 360: 1484-1485

Public Health: Moderne Medizin macht ältere Menschen zu Patienten

Die moderne Medizin macht aus Senioren, die sich eigentlich ganz gut fühlen, Patienten. Diese Kritik äußert Michael Oliver, emeritierter Kardiologe der *University of Edinburgh*, in einem Kommentar im *British Medical Journal*. „Es sieht so aus, als ob in den westlichen Ländern alle Leute über 75 als Patienten eingestuft würden“, kritisiert Oliver. Ihnen werden Medikamente für hohen Blutdruck, Diabetes oder hohes Cholesterin verschrieben, ohne die Folgen für die Betroffenen zu bedenken. Bestimmte Vorsorgebehandlungen können bei alten Menschen nämlich unangebracht oder sogar gefährlich sein. Hausärzte würden sich oft von Statistiken beeindrucken lassen, die von Risikoreduktionen von bis zu 35 Prozent sprechen, differenzieren aber nicht, dass diese oft nur an ein bis zwei Prozent der Probandengruppe bemessen werden. Es wird nicht berücksichtigt, dass es eine Rolle spielt, wie viele Patienten behandelt werden müssen, um das relative oder absolute Risiko zu vermindern. So müssen z. B. 75 Patienten mit leichtem Hochdruck jahrelang behandelt werden, um nur einen Schlaganfall in der Gruppe zu vermeiden, wobei 74 lebenslang an eine unnütze Behandlung gebunden sind. Diese übermäßige Diagnostizierung und Behandlung führt Oliver auf Naivität der Ärzte, übereifriges Befolgen von Richtlinien, hohe Bürokratie im Gesundheitswesen und Druck der Pharmaindustrie zurück. „Eine bürokratische Forderung nach Dokumentation kann zu Überdiagnose, Überbehandlung und unnötiger Verunsicherung führen“, warnt Oliver. Die Medizin solle den tatsächlichen Nutzen der Behandlung von Risikosymptomen bei Menschen über 75 Jahren sorgfältiger und individueller prüfen als bisher.

Br Med J (2009); 338: b873

Transplantationsmedizin: Keine Spenderleber für Alkoholiker?

Neue Debatte in Großbritannien über die Rationierung von Gesundheitsleistungen. Auslöser sind Äußerungen des Vorsitzenden des Ethikausschusses der *British Medical Association*, Tony Calland, der aufgrund aktueller Zahlen anregte, Lebertransplantationen nur solchen Patienten anzubieten, die nicht übermäßig viel Alkohol trinken. Patientenverbände laufen Sturm. Grundsätzlich hätten „alle Patienten ein Recht auf medizinische Behandlung“, so ein Sprecher der *Patients Association*. Großbritannien zählt in Europa zu den Ländern mit den größten Alkoholproblemen. Jede vierte Spenderleber in Großbritannien wird Gewohnheitstrinkern transplantiert. Diese Zahl hat die Tageszeitung *The Observer* vorgestellt. Damit wurde ein landesweiter Streit ausgelöst, wer ein Spenderorgan erhalten soll und wer nicht.

Wie aus aktuellen Zahlen des Londoner Gesundheitsministeriums hervor geht, stieg die Zahl der Lebertransplantationen für Alkohol trinkende Patienten in den vergangenen zehn Jahren um 60 Prozent. Zugleich warten immer mehr britische Patienten auf eine Spenderleber. Zwischen März 2007 und März 2008 wurden im staatlichen britischen Gesundheitsdienst (*National Health Service*) laut Gesundheitsministerium 623 Lebern transplantiert. 151 dieser Spenderorgane gingen an Patienten, deren Alkoholkonsum von den behandelnden Ärzten als „gefährlich“ eingestuft wurde. Damit gingen rund 23 Prozent der Transplantationen an Patienten mit Alkoholproblemen. Vor einigen Jahren lag dieser Prozentsatz laut Calland noch bei 14 Prozent. Britische Ärzte hätten „sehr wohl das Recht und die Pflicht“, zu überlegen, welche Patienten eine Spenderleber erhalten sollten und welche nicht. „Ärzte haben das Recht, Patienten für eine Transplantation abzulehnen, wenn sie nicht bereit oder fähig sind, mit dem Trinken aufzuhören.“ Dies sei nicht nur ethisch, sondern auch rein medizinisch gerechtfertigt.

Dt. Ärzteblatt online, 25. Februar 2009

Pharmaindustrie: Firmen droht Klagewelle wegen Medikamentenhaftung

Die Obersten Richter der USA bestätigten die Entscheidung einer Jury im US-Bundesstaat Vermont, die den Pharmakonzern Wyeth zur Zahlung von fast sieben Millionen Dollar (5,6 Millionen Euro) Schadenersatz an eine Musikerin verurteilte. Der an Migräne leidenden Frau musste nach einer durch den behandelnden Arzt verschuldeten Fehlanwendung des Medikaments Phenorgan® (Promethazin) ein Oberarm amputiert werden.

Beim Versuch, das Antibrechmittel direkt in eine Armvene zu injizieren, gelangte der Wirkstoff in eine Arterie, worauf die Musikerin einen Wundbrand erlitt.

Wyeth hatte eine Haftung abgelehnt und unter anderem damit argumentiert, dass die *Food and Drug Administration* (FDA) das Präparat zugelassen habe. Diese Begründung wies das Gericht in Washington zurück: Die Behörde habe nicht die Kapazitäten, um 11.000 Medikamente auf dem US-Markt vollständig zu überwachen. Die Hersteller seien in der Pflicht, auf neue Risiken nach der Markteinführung zu reagieren. Wyeth, so die Richter, hätte sehr wohl bei der Zulassungsbehörde auf schärfere Warnhinweise dringen können; die FDA hätte sich dem sicher nicht widersetzt. Schließlich sei es wegen Fehlanwendungen des Arzneimittels schon zu mehreren Amputationen gekommen. Die Arzneimittelindustrie fürchtet nun, dass es bei der FDA zu einer Antragsflut für immer drastischere Warnhinweise kommt, die vielleicht vor Schadensersatzansprüchen schützen, aber Ärzte und Patienten verunsichern könnten.

Über den konkreten Fall hinaus standen nicht zum ersten Mal die Rolle der FDA und ihre Reformbedürftigkeit zur Debatte. Berichte über eine erstaunlich industriefreundliche Haltung der FDA waren in den letzten Jahrzehnten nicht unüblich. Unter Beschuss geraten ist unter anderem die Praxis der sogenannten „revolving door“: Beamte der Zulassungsbehörden beginnen ihre Karrieren in einer Pharmafirma, wechseln dann zur FDA und bekommen einige Jahre später wiederum eine hohe Stellung in der Pharmaindustrie. Bei Marktrücknahme schädlicher Medikamente hat die FDA nicht selten spät reagiert.

Dt. Ärztezeitung online, 6. März 2009

Public Health: Europas Herzpatienten ändern ihren ungesunden Lebensstil nicht

Herzinfarkt, Bypass oder ein Stent sollten für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) eigentlich ein Motiv sein, ihren Lebensstil zu ändern. Eine Querschnittsstudie zeigt jedoch, dass die meisten Patienten das nicht schaffen.

Die *European Society of Cardiology* hat in den letzten 12 Jahren dreimal (1995-96, 1999-2000 und 2006-2007) Patienten aus mehreren europäischen Ländern befragt, deren Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt ein Jahr zurücklag. Alle Umfragen ergaben, dass es vielen Patienten während dieser Zeit nicht gelang, die modifizierten Risikofaktoren, die für das koronare Ereignis verantwortlich waren, abzustellen. Im Gegenteil: Das Risikoverhalten hatte meist zugenommen.

Die niederschmetternden Ergebnisse: Der Anteil der

Rauchenden unter den Patienten nach einer Herzattacke veränderte sich kaum. In der ersten Befragung waren es 20,3 Prozent gewesen, in der zweiten dann 21,2 und in der dritten 18,2 Prozent. Bei den Frauen unter 50 stieg der Raucheranteil an, wie Kornelia Kotseva vom Londoner *National Heart and Lung Institute* mitteilt. Auch Fett-sucht als Risikofaktor für weitere Herzprobleme wurde deutlich häufiger: Waren 1995/96 noch 25 Prozent der Patienten fettleibig, so waren es 12 Jahre später bereits 38 Prozent. Der Anteil der Diabetiker stieg von 17,4 auf 28 Prozent an. Außerdem wiesen etwa 60 Prozent auch noch rund ein Jahr nach den akuten Herzproblemen zu hohe Blutdruckwerte auf.

Die Motivation zu mehr körperlicher Bewegung ist nicht bei allen Patienten vorhanden: 40 Prozent blieben ihren alten Gewohnheiten treu. Ein Drittel sagte, dass sie regelmäßig Sport treiben würden, um fit zu bleiben. Insgesamt zeige die Studie, wie schwierig es für die Menschen sei, ihre Verhaltensweisen sogar angesichts einer lebensbedrohenden Erkrankung zu ändern. Medikamentöse Behandlungen reichen nicht aus, sie müssen mit professionellen Eingriffen in die Lebensführung kombiniert werden, schlussfolgern die Autoren. Die *Lancet*-Editorialisten Mette Brekke und Bjørn Gjelsvik von der *Universität Oslo* halten letztendlich politisches Handeln für notwendig, um die negativen Entwicklungen, Fettleibigkeit und inaktive Freizeitbeschäftigungen zu verändern. Dies umfasse den Kampf gegen die Fastfood- und Zuckerindustrie bis hin zur Einrichtung sicherer Radwege und die Einführung gesunder Schulmahlzeiten.

Lancet (2009); 373: 929-940

Abtreibung: Männer berichten über Wut und Schmerz nach Abort ihres Kindes

Die Gefühle des Kindsvaters nach einer Abtreibung gehört noch heute in der weiten Öffentlichkeit zu den Tabuthemen. In der deutschen Wochenzeitung *Die Zeit* sprechen zehn betroffene Männer unter dem Titel „Wir haben abgetrieben“ über das Erlebnis der Abtreibung ihres Kindes, über Wut, Schmerz und Unsicherheit. Die Männer, die bereit waren, über ihre Erlebnisse reden, wollen das Tabu brechen und Aufmerksamkeit für ihre Sicht der Dinge gewinnen. Denn oftmals bleibt vielen Vätern nach einer Abtreibung nur die Sprachlosigkeit. „Männer reden zwar darüber, als ob es sie nichts angehe, und sie wissen auch wenig“, sagt der deutsche Männerpsychologe Wolfgang Neumann, „aber innerlich sind sie stärker beteiligt, als sie gewöhnlich glauben. Selbst hinter einer emotionslosen Fassade steckt oft

viel Wut über die eigene Ohnmacht. Und da sind auch Enttäuschung und Trauer über den Verlust.“ „Anders als Frauen sind Männer auf eine ungewollte Schwangerschaft meist nicht vorbereitet“, schildert die Psychologin Helgard Roeder. Sie hatte Anfang der 90er-Jahre selbst eine Studie mit Paaren zum Thema Abtreibung durchgeführt. Männer „reden untereinander nicht über solche Erfahrungen. Die Frauen bekommen oft gar nicht mit, wie es den Männern geht.“ Nach Roeders Untersuchungen hatte nur ein Zehntel der Männer der Frau zu einer Abtreibung geraten, die allermeisten waren einem Kind gegenüber nicht prinzipiell ablehnend gewesen. Sie fühlten sich jedoch in dieser Situation alleingelassen und orientierungslos. Nach der erfolgten Abtreibung berichteten sie über Ängste, Unruhe und Schlaflosigkeit. Wie Frauen spüren auch Männer die Enttäuschung und Trauer über den Verlust eines Kindes, sagt Psychologe Neumann.

Die Zeit online, 12. Februar 2009

Anthropotes

Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien.

Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch

Anno XXIII, n. 2 – 2007

Articoli:

Pierpaolo Donati: Perché "la" famiglia? Le risposte della sociologia relazionale;

Carl Albert Anderson: Building a Culture of Life Out the Ruins of Divorce and Abortion;

Il Young Park: Life & Family in Korean Traditional Culture Understanding of Life viewed by the Folk Belief in Samshin-Maternity Goddess;

Anibal Fornari: Generatividad: copertenencia entre familia y sujeto historico;

José Granados: Mary and the truth about life;

M. Vittorina Marini: La maternità di Maria come evento antropologico in Hans Urs von Balthasar;

John McDermott: Charles Curran's Moral Theory: Foundational Sexual Ethics.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

16. Jahrgang, Heft 1, 2009

Ferdinand Kerschner, Bernhard Raschauer: Editorial;

Lyane Sautner: Umweltstrafrecht – eine Zwischenbilanz;

Helwig Brunner, Elisabeth Hödl: Vogelschutz an Verkehrswegen – Methodenkritik an der Erstellung von Gutachten;

Georg Fürnsinn: Erfahrungen mit der Elektroaltgeräte-Verordnung; Dieter Altenburger: Die Parteistellung von Bürgerinitiativen.

16. Jahrgang, Heft 2, 2009

Ferdinand Kerschner, Bernhard Raschauer: Editorial;

Evelyn Wolfslehner: Die neue Abfallbilanzverordnung;

Christian Baumgartner: Die Judikatur des umweltsenates 2004 – 2008 (Teil 1).

Medicina e Morale

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch 2009/1

Articoli:

V. Daloiso, A. G. Spagnolo: Nanotecnologie: La riflessione etica in alcuni paesi europei;

M. Casini, E. Traisci, F. Persano: Orientamenti giurisprudenziali in tema di volonta attuale del paziente prima del parere del comitato nazionale per la bioetica del 24 ottobre 2008;

C. Sartea, S. Anzilotti: Il parere del comitato nazionale per la bioetica su rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario;

R. Guerra López: El personalismo en el magisterio de Juan Pablo II.

Elementos para valorar la trascendencia de la comprensión personalista en la renovación del pensamiento cristiano contemporáneo.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

17. Jahrgang Heft 1, 2009

Leitartikel:

Lothar Schäfer, Diogo Valadas Ponte, Sisir Roy: Quantenwirklichkeit und Weltethos. Zur Begründung der Ethik in der Ordnung des Kosmos; Hans-Jürgen Fischbeck: Es gibt, Gott sei Dank, Chaos.

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch

17. Jahrgang, Heft 2, 2009

Christian Kopetzki: Editorial; Beiträge:

Clemens Kaupa: PatientInnenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung;

Erwin Bernat, Sabrina Gaberc: Die

Regelung des Stellvertreters in Gesundheitsangelegenheiten und der Patientenverfügung im Recht der Republik Slowenien;

Peter Steiner: Das sog. „Öffentlichkeitsrecht“ im Krankenanstaltenrecht.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch Band 21, Heft 1, 2009

Marianne Rabe: Editorial;

Alena M. Buyx: Anreize in der postmortalen Organspende: Belohnte Spendebereitschaft;

Ralf J. Jox, Mirjam Krebs, Jürgen Bickhardt, Karlo Heßdörfer, Susanne Roller, Gian Domenico Borasio:

Verbindlichkeit der Patientenverfügung im Urteil ihrer Verfasser;

Uwe Fahr: Die Dokumentation

Klinischer Ethikberatung.

Acta Medica Catholica Helvetica

Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz

11. Jahrgang, Heft Nr. 1/2009 (April 2009)

Danziger Erklärung 2008;

MV Uznach 2009: Bericht des Präsidenten;

MV Uznach 2009: Protokoll;

Daniel Röthlisberger: Wunschkind – um jeden Preis? Eine ethische Bewertung der Präimplantationsdiagnostik;

Benoît Beuselincq: Un psychiatre déporté témoigne. Viktor Frankl et la

logothérapie: un sense pour la vie?;

Ermano Pavesi: Konzepte der Krankheit in der Antike und die

Christliche Wende;

Ermano Pavesi: Albert Hofmann e il problema della droga;

Peter Ryser: Kommentar im Rahmen der Vernehmlassung betr. Richtlinienentwurf SAMW „Erstellen von

Patientenverfügungen und Umsetzung im medizinischen Alltag“;

Ernest Truffer: L'euthanasie ou la

„Médecine Putzfrau“;
Daniel Beutler: AGEAS-Medienmitteilung zur Stammzellenforschung.

Persona y Bioética

Universität de la Sabana
Trimestrale Zeitschrift in Spanisch
Volume 12 No. 2 (31), 2008
Editorial: Gilberto A., Gamboa B.: El fin justifica los medios: el retorno de la tiranía;
Artículos:
Antonio Pardo: Sobre el acto humano: aproximación y propuesta;
Ramón Córdoba-Palacio: Génesis y esencia de la medicina;
Miguel Ayala-Fuentes: Relativismo y dogmatismo. Causas y consecuencias;
Graziela Moreto, Daniela B. Bariani, Thais Raquel Pinheiro, Rogelio Altisent, Pablo González-Blasco: Una nueva metodología docente en Bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de medicina en Brasil;
Elizabeth Gómez-Londoño: El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética;
Luis Fernando Giraldo-Cadavid: Muerte, eutanasia y cuidados paliativos.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch
55/2, 2009
Abhandlungen:
Josef N. Neumann: Religion und Krankenbehandlung – eine medizinhistorisch-kulturanthropologische Verhältnisbestimmung;
Klaus Baumann: Religiöser Glaube, persönliche Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen und Fragen im interdisziplinären Feld von Theologie und Religionswissenschaft, Medizin und Psychotherapie;
Eckhard Frick: Spiritual Care – ein neues Fachgebiet der Medizin;
Walter Bruchhausen: Medizin und

Religion in Afrika. Heilungssuche in verschiedenen Traditionen;
Axel W. Bauer: Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende: Die Patientenverfügung als Patentlösung?.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch
XLII/1, 2009
Estudios:
Alexander Broadie: Francis Hutcheson, Adam Smith y el estoicismo de la Ilustración Escocesa;
María Elton. La racionalidad práctica en Hutcheson;
Christopher Berry: Hume y la inflexibilidad de la justicia: comercio y expectativas;
Knud Haakonsen: La estructura de la teoría política de Hume;
Leonidas Montes: La influencia de Newton en Adam Smith;
Juan Carlos Suárez Villegas: La simpatía como concepto moral;
María A Carrasco: Adam Smith y el relativismo.

Lücken im Lebensschutz. Humane Vorkernstadien und Präimplantationsdiagnostik aus der Sicht der Christlichen Gesellschaftslehre

Mareike Klekamp
 Schöningh Verlag, Paderborn 2008
 317 Seiten
 ISBN 978-3-506-76432-4

Humane Vorkernstadien werden in Deutschland im Zuge der Polkörperdiagnostik zu Tausenden biopsiert, diagnostiziert, kryokonserviert oder verworfen. Der Mensch soll jedoch bereits im Vorkernstadium, also in jener Phase der Befruchtung, in der der männliche Samen zwar in das weibliche Ei eingedrungen ist, die Kernverschmelzung jedoch noch nicht stattgefunden hat, geschützt werden. Dafür plädiert Mareike Klekamp im vorliegenden Werk, das im Sommersemester 2006 als Dissertation von der Universität Osnabrück angenommen wurde. Denn: „Vor dem Eindringen des Spermiums in die Eizelle ist nichts, danach alles Menschliche möglich.“

In Deutschland besteht derzeit das Ende 1990 erlassene und Anfang 1991 in Kraft getretene Deutsche Embryonenschutzgesetz (ESchG) zum Schutz menschlichen Lebens „vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an“. Es gilt als das strengste weltweit. Während die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) 2006 erneut die Legalisierung der embryonalen Stammzellforschung forderte und manche – allen voran Reproduktionsmediziner – für eine Lockerung des ESchG eintreten, weist Klekamp in der vorliegenden Arbeit auf, dass auch der Embryonenschutz des ESchG Lücken hat: Zwischen dem Eindringen der Samen- in die Eizelle und dem Abschluss der Verschmelzung ihrer Kerne vergehen im Regelfall 18 bis 20 Stunden. In diesem Stadium liegt das neue Genom bereits fest, die weiblichen Eizellen gelten jedoch noch nicht als Embryo, weil die Befruchtung noch nicht abgeschlossen ist. Da der Schutz des ESchG erst mit dem Zeitpunkt der Kernverschmelzung beginnt, ist es rechtlich möglich, in dieser Phase des Vorkernstadiums die in Deutschland seit dem Jahr 2004 praktizierte Pol-

körperdiagnostik einzusetzen. Ziel der Polkörperdiagnostik ist es, Vorkernstadien auf genetische Abweichungen zu untersuchen und zu selektieren. In dieser Form – schreibt Klekamp – findet die vom ESchG verbotene Präimplantationsdiagnostik dennoch statt.

Sie zeigt auf, dass die Polkörperdiagnostik bislang weder gesetzlich noch standesrechtlich geregelt ist und arbeitet die Gründe heraus, die für eine Ausweitung des Schutzes auf das Vorkernstadium sprechen: Das Vorkernstadium „ist ein sich selbst organisierendes Lebewesen. Aus einer entwicklungsfähigen Eizelle, in die ein befruchtungsfähiges Spermium eingedrungen ist, kann sich nur ein Mensch entwickeln. Vor dem Eindringen des Spermiums ist nichts, danach alles Menschliche möglich.“ Unter anderem führt sie die sogenannten SKIP-Argumente (Spezies-, Kontinuitäts-, Identitäts- und Potentialitätsargument) ins Treffen, mit denen gewöhnlich der moralische Status des Embryos begründet wird: Vorkernstadien gehörten zur Menschengattung (Speziesargument). Der erwachsene Mensch lasse sich hinsichtlich der Kontinuität und Identität seiner Entwicklung auf das Vorkernstadium zurückverfolgen. Nicht erst der Embryo, sondern auch Vorkernstadien besäßen die reale Potenzialität eines neuen Lebewesens (Potentialitätsargument).

Ausgehend von der Problematik der humanen Vorkernstadien behandelt die Autorin – eine Schülerin des Osnabrücker Sozialethikers Manfred Spieker, der auch das Geleitwort zu diesem Buch geschrieben hat – in umfassender Weise den ganzen Komplex der Zeugung im Labor. Der erste Teil des Buches beinhaltet naturwissenschaftliche Fakten und gesellschaftspolitische Entwicklungen. Klekamp beschreibt hier unter anderem detailliert die verschiedenen Methoden der künstlichen Befruchtung sowie die dazu erforderliche Eizellenspende. Umfassend legt sie die Entwicklungen, Ziele und Techniken sowie das Vorkommen der PID und PND (Pränataldiagnose) in Deutschland dar und streift rechtswissenschaftliche Aussagen zur Menschenwürde.

Im zweiten Teil des Buches erörtert die Autorin die mit der künstlichen Befruchtung und der Selektion von Embryonen und Vorkernstadien einhergehenden sozialetischen Probleme. Besonders in den Blick geraten dabei die hohen Hürden, welche von Mutter und Kind bei einer Zeugung im Labor überwunden werden müssen, damit diese auch in eine Geburt münden kann, die Funktion des Vaters, die Rolle des Arztes sowie die Haltung der Katholischen Kirche. Überzeugend legt sie dar, dass die PND mit der PID „nicht vergleichbar“ ist, und auch nicht bloß „die PND antizipiert“: Vielmehr zielt die PID von vornherein auf die Selektion ab. Die Frau, von der die Eizellen stammen, ist nicht schwanger. Es besteht daher kein Schwangerschaftskonflikt und das Paar hat Handlungsalternativen.

Klekamps Schilderungen der IVF aus den Sichtweisen der Mutter, des Kindes und des Vaters vermitteln in gelungener Weise eine subjektive Einsicht in die Vorgänge. Sie verdeutlichen, wie die Mutter und das Kind die Hauptlasten zu tragen haben und thematisiert die psychischen und sozialen Schwierigkeiten, die (zu) vielen negativen Begleiterscheinungen – wie vor allem der „Erfolgsdruck“ auf allen Beteiligten – und die meist geringen Erfolgsaussichten. Vor allem wird deutlich, wie „Elternschaft immer mehr zum Planungsprojekt, zum Gegenstand vieler Bemühungen und Optimierungsversuche“ und „Schwangerschaft zu einem geplanten, kontrollierten und überwachten Zustand“ wird.

Sie rückt auch die Rolle des Arztes ins Blickfeld, der im Zuge der zunehmenden Ökonomisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses immer mehr zum Erfüllungsgehilfen der Eltern wird: Der Patient wird zum Kunden und der Embryo zum Produkt. Weiters geht sie auf das Dilemma des Arztes zwischen zwei Patienten – der Mutter und dem Kind – und die Problematik haftungsrechtlicher Klagen ein.

Neben den naturwissenschaftlichen und sozialetischen Schwerpunkten bezieht die Autorin auch zahlreiche Entwicklungen und Probleme im Umfeld der künstlichen Befruchtung in ihre Arbeit

mit ein. Diese Fingerzeige machen das Werk zu einem bemerkenswerten Überblick über die Problematik der Zeugung im Labor.

Der Leser findet Studien und Fakten zum Stand der Wissenschaft und zu den mit den jeweiligen Eingriffen verbundenen Risiken und Erfolgsquoten, jedoch genauso philosophische Standpunkte zur Frage nach dem Lebensbeginn; er bekommt Einblick in die damit zusammenhängende Diskussion um Totipotenz, jedoch genauso in Auswirkungen von sozialversicherungsrechtlichen Regelungen und in Aspekte wie „Fortpflanzungstourismus“. Unverblümt stellt die Autorin etwa auch wirtschaftlichen Interessen und Kostenrechnungen im Zusammenhang mit der Entstehung des Lebens sowie die ökonomische Bedeutung der IVF und PND dar.

Schließlich kommt Klekamp zu dem zwingenden Schluss, künstliche Zeugung degradiere den Menschen zu einem Objekt. Jede Präimplantationsdiagnostik, ganz gleich ob sie nun an Embryonen oder – wie im Falle der Polkörperdiagnostik – an Vorkernstadien vorgenommen wird, sei mit „der Tötung von Menschen“ verbunden. Eher knapp werden die Haltungen der katholischen Moraltheologie zu Ehe und Familie, Abtreibung und PID dargestellt. Für die – in Deutschland gesetzlich nicht verbotene – Polkörperdiagnostik wünscht sich die Autorin eine vertiefte theologische Beschäftigung. Kirchliche Lehrdokumente, wie die Instruktion *Donum Vitae* (1987), verurteilen jegliche Form der eugenische Selektion, wobei in *Donum Vitae* vom Schutz der Zygote, der befruchteten menschlichen Eizelle die Rede ist. Dass das Vorkernstadium implizit mitgemeint ist, entspricht der inneren Logik des kirchlichen Standpunktes, sollte aber nach Meinung der Autorin noch ausdrücklicher aufgegriffen werden.

Sie richtet einen Appell an den Staat, dessen wichtigste Aufgabe der Lebensschutz sei, die Aufnahme der menschlichen Vorkernstadien unter das Schutzdach der Menschenwürde zu ermöglichen und stellt Kriterien vor, an denen sich die

Politik orientieren könne. Auch die Polkörperdiagnostik sei durch nichts zu rechtfertigen: „In einer Kultur des Lebens hat die Präimplantationsdiagnostik keinen Platz!“

M. Schörghuber

Das kooperative Gen: Abschied vom Darwinismus

Joachim Bauer

Hoffmann & Campe Verlag, Hamburg 2008

224 Seiten

ISBN 978-3-455-50085-4

Gleich eine Bemerkung vorab: Dieses Buch sollte, um den vom Autor, einem renommierten zweifach habilitierten (Innere Medizin und Psychiatrie) deutschen Psychosomatiker intendierten Gedanken folgen zu können, ohne größere Pausen gelesen werden. Es spannt einen sehr weiten Bogen; der Verfasser hat sich viel vorgenommen – vielleicht ein wenig zu viel.

Zwar handelt es sich um kein regelrechtes Fachbuch (trotz ausführlicher Bibliografie), und es ist flüssig geschrieben, die Grundbegriffe der Genetik werden gut erklärt, aber der stringente rote Faden ist zeitweise dünn. Man könnte das Buch als ein Kompendium moderner Einsichten der Genetik und Neurobiologie für den gebildeten Laien lesen oder als Plädoyer für eine friedliche Entwicklung der Art „Mensch“ mit langem Prolog.

Besonders in den Schlusskapiteln nimmt der Autor weniger „Abschied vom Darwinismus“ (Charles Darwin wird eine wohlwollende Kurzbiografie mit psychologischen Einsichten gewidmet); vielmehr wendet er sich gegen überhand nehmende populärwissenschaftliche, sozialdarwinistische Lesarten, namentlich von Richard Dawkins, dessen oftmals aufgelegtes „egoistisches Gen“ die Namensgebung für das vorliegende Buch inspiriert haben dürfte.

Wie einst Darwin unter dem Eindruck frühkapitalistischer Theorien von Thomas Malthus ökonomische Konzepte auf die Biologie übertrug (die Evolutionstheorie also nicht in der Biologie wurzelt, sondern die Marktordnung des Frühka-

pitalismus auf die Biosphäre als Hypothese für die „Entwicklung der Arten“ übertragen wurde), wurde dies erst von Konrad Lorenz, später etwa Richard Dawkins in der Neurobiologie wiederholt. Demnach sei der Mensch eine „Überlebensmaschine“ zur optimalen und maximalen Verbreitung ihn steuernder Gene, auch die Beziehungen zwischen Mann und Frau, Eltern und Kindern folgten bioökonomischem Kalkül, Bindungsbedürfnisse und altruistisches Verhalten seien lediglich sekundäre Produkte gegen einen gemeinsamen Feind gerichteter Aggressionen.

Der Autor beschreibt derlei Gedankengut als intellektuell schlichte Legitimationsversuche der weltweit herrschenden Wirtschaftsordnung (dass diese gerade eben gehörig ins Wanken geraten ist, verleiht dem Buch unerwartete Aktualität) und legt ganz andere Forschungsergebnisse über die menschliche Neurobiologie vor.

Bauer zeigt, aufbauend auf seinen Arbeiten zu den „Spiegelneuronen“, dass es beim Menschen – mittels biochemisch und mit bildgebender Verfahren nachweisbar – durch kooperatives Verhalten in den Motivationszentren des Gehirns zur Ausschüttung von Neurotransmittern kommt, die das Verhalten bahnen und der Mensch somit einen neurobiologisch verankerten Sinn für soziale Fairness besitze.

Offenbar, so Bauer, habe schon Charles Darwin selbst in seinen Spätschriften die Rolle der Liebe und des Suchens nach altruistischem Glück höher veranschlagt, sie jedoch, um sein zentrales Dogma des „war of nature“ nicht in Frage stellen zu müssen, als untergeordnete Phänomene definiert.

In den Schlusskapiteln überzeugt das Buch am meisten. Am Anfang, gleichermaßen im Hauptteil des Buches, verfolgt Bauer das Prinzip der „Koordination“ auf der genetischen Ebene. Er will zeigen, dass das menschliche Genom, fernab von bloß alles dominierendem, purem Zufall, über kreatives Potential verfügt.

Im Erbgut aller Arten wurden „genetische Werkzeuge“ nachgewiesen (transposable elements), die in der Lage sind, das eigene Erbgut

umzubauen. Dies findet statt, wenn Lebewesen bzw. ihre Zellen durch schwere ökologische Veränderungen vital bedroht sind. Die Art des Umbaus erfolge nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern in systematischer Weise, mit dem Ziel, Komplexität zu gewinnen. Daher müsse mindestens für einen Großteil des Genoms ein zentrales Prinzip Darwins aufgegeben werden, das da lautet: Neue Arten entstehen auf der Basis rein zufälliger Veränderungen mit nachfolgender Selektion.

Bauer stellt die tragenden Säulen einer „neuen Theorie“ zur Weiterentwicklung der Konzepte Darwins vor: Demnach verlaufe die Entwicklung neuer Spezies nicht ausschließlich nach dem Zufallsprinzip und langsam-linear, sondern nach den Prinzipien „Kooperativität, Kommunikation und Kreativität“. Beispiele werden vorgestellt; etwa, dass im Genom gewisse Bereiche vor Mutation weitgehend geschützt werden, in anderen die Rate hoch sein darf.

Warum es nicht dem Zufall geschuldet sein kann, gewissermaßen eine Ebene höher angesiedelt als zuvor, dass gerade derart agierende Genome sich evolutiv durchsetzen, kann der Autor für den Rezensenten freilich nicht ganz schlüssig begründen.

In jedem Fall bleibt die Erkenntnis Darwins, dass alles Leben aus einer evolutionären Entwicklung hervorgegangen und durch einen gemeinsamen Stammbaum verbunden sei, aufrecht. Alle anderen Hypothesen, vom Kreationismus bis zum Intelligent Design, werden in Fußnoten abgewiesen.

Zum brisanten Thema der Beziehung zwischen der Biologie und den Geisteswissenschaften, namentlich auch der Theologie, äußert sich der Autor kurz. Hier vertritt er den bekannten Grundsatz einer „friedlichen Koexistenz“ unter Wahrung der jeweiligen Zuständigkeiten und Nicht in Frage Stellers der Paradigmen des anderen. In einer Zeit, wo Autoren wie Dawkins mit Büchern reüssieren, in denen sie als Naturwissenschaftler auf dem Boden eines Vulgärdarwinismus den Beweis antreten wollen, dass „Gott zu 99% nicht existiert“, muss man mit so einer Feststellung wohl schon zufrieden sein.

Insgesamt ein dem Mainstream gegenwärtiger Publikationen zum Thema zuwiderlaufendes Buch, das sich dennoch oder gerade deshalb offenbar gut verkauft. In den neurobiologischen Passagen überzeugend und spannend zu lesen, in den genetischen solide, aber mit Lücken in der Beweisführung. In Summe kann die Anschaffung empfohlen werden.

K. Usar

Plädoyer gegen die Perfektion. Ethik im Zeitalter der genetischen Technik

(mit einem Vorwort von Jürgen Habermas)

Michael J. Sandel

Berlin University Press, 2008

175 Seiten

ISBN 978-3-940432-14-8

Der Harvard-Professor M. J. Sandel legt hier ein bemerkenswertes Büchlein vor, das sich dem hochaktuellen Thema des „enhancement“ und dessen ethischer Implikationen widmet.

Gleich vorweg: Die nunmehr auf deutsch vorliegende Fassung hat dem Original (*A case against perfection*, Harvard 2007) voraus, dass sie ein ausführliches Vorwort von Jürgen Habermas aufweisen kann, welches – ganz nach dessen Art – freundlich und weise die Hauptanliegen des Buchautors aufgreift und „darum wirbt, die Argumente zur Kenntnis zu nehmen“, ohne „in die Diskussion einzugreifen“.

„Enhancement“ bedeutet eine Steigerung über das Normale hinaus, basierend auf einer Freiheit, die auch das Abnormale für sich wählen dürfe. Im Allgemeinen aber geht es um die Verbesserung der durchschnittlichen Fähigkeiten (kognitive Talente, körperliche Ausdauer etc.) und in zweiter Linie um die Elimination eines Defektes, und dies alles möglichst nachhaltig, allenfalls sogar übergreifend auf die nächste Generation.

Die Mittel, die dafür zur Verfügung stehen, sind vielfältig und gehen von körperlichem Training, unter Umständen unterstützt durch Drogen, über Operationen, genetische Manipulation in Verbindung mit Partnerwahl und In-vitro-Fertilisation (IVF) bis zur Erstellung eines Klons seiner selbst.

Diese nach wie vor oft spekulativen Bestrebungen werden gebremst durch die Realität, dass alle jene Maßnahmen letztlich keine Erfolgsgarantie mit sich führen. Das hindert nicht, dass sich mit einigen dieser erwähnten Methoden bereits lukrative Geschäfte machen lassen (Zeitungsinserate für Eizellspenden, Samenbanken, etc.).

Ein Phänomen scheint hier zugrunde zu liegen, dass nämlich der wissenschaftliche Fortschritt so schnell unterwegs ist, dass ihm die Moral des humanen Selbstverständnisses nicht folgen kann. Jegliche Manipulation, die noch dazu die Nachkommen mit „verbessern“ soll, verletzt die Autonomie, weil sie deren Einverständnis nicht voraussetzen kann. Hier agieren Leute, die das Schicksalhafte der natürlichen Entwicklung ignorieren, die Letztverantwortung aber selbst nicht tragen können.

Die Fragen nach der Moral der Natur scheinen den Geruch der Theologie zu haben, sodass sich die Philosophen aus der Thematik üblicherweise herauszuhalten pflegen.

Eines der ersten Kapitel ist dem Genetic Engineering gewidmet, bei welchem Muskeln (für den Sport), das Gedächtnis (z. B. zum Sprachenlernen) und andere Fähigkeiten durch genetische Manipulation verbessert werden sollen. Was dem entgegensteht, ist der Nachteil für die Konkurrenten im Sport und die Ungleichheit in den Voraussetzungen, wenn es um die Anwendung von kognitiven Fähigkeiten gehen soll. Als Beispiele werden angeführt: die strittige Indikation für die Verabreichung von Wachstumshormonen (zur Erreichung einer gewissen Körpergröße), also ein Fall von kosmetischer Endokrinologie, wie sie auch bei der Verabreichung von Hormonen besteht, die die Zahl der roten Blutkörperchen steigern können, ohne dass sich der Sportler einem aufwändigen Trainingsprogramm in 2.500 m Seehöhe unterziehen muss (train high, compete low). Die Diskussion bleibt offen, ob die Intensität eines heroischen Trainings, verbunden mit der Begabung zum Durchhalten und mit gewissen wenig eingreifenden technischen Unterstützungen so weit entfernt ist von hormoneller,

chirurgischer oder invasiver technischer „Transformation“.

Ein wichtiges Kapitel ist dem Problem „Kind nach Design, Eltern als Designer“ gewidmet. Das Kind wird nicht mehr als das Geschenk für die Eltern empfunden, sondern zum Objekt spezieller Pläne, die jene mit diesem haben. Hier wird ein Impuls zur Machtausübung geortet, der der Annahme des Lebens als Geschenk (mit seinen Talenten und Limitierungen) entgegensteht. Die Offenheit zum Unbeeinflussbaren ist hier längst verloren gegangen. Auch hier kommt es bald zur Vermischung der Grenzen zwischen Enhancement und indizierter Therapie (Bekämpfung von Kleinwuchs, Zahnregulierung etc.). Die elterliche Liebe muss auf ihre zwei wichtigen Aspekte hingewiesen werden, nämlich die akzeptierende und die transformierende Liebe, die gemeinsam das Beste des Kindes und die Entwicklung seiner Talente zum Ziel haben. Ein falscher elterlicher Ehrgeiz ist aber praktisch endemisch. Dafür werden plakative Beispiele aus den USA zitiert, wie diese Form der kindlichen Beeinflussung von den Eltern gar nicht mehr selbst getragen wird (Hyperparenting), sondern an dafür etablierte Institutionen inklusive saftigen Honoraren abgegeben wird (Hebung der Leistung schon im Kindergarten, allenfalls unterstützt durch Medikamente, schließlich Intensivkurse zur Erreichung eines Testergebnisses, das zum Besuch arrivierter Colleges berechtigt).

Der Autor warnt zu Recht davor, dass der Leistungsdruck von Eltern auf Kinder in seiner unglaublichen Vielfalt weitgehend gesellschaftlich akzeptiert ist, wenn gewisse Talente bei den Kindern vorhanden sind, aus denen die Eltern aber dann Wunderkinder machen wollen.

Ein Kapitel über die Eugenik – früher und jetzt – gibt einen guten Abriss über die historische Entwicklung von Charles B. Davenport (im Kielwasser von Charles Darwin), welche auf eine große Zahl von sehr umfangreichen Programmen zur Ausschaltung von minderem Erbgut hinweist, unterstützt unter anderem durch Rockefeller und The-

odore Roosevelt. Noch 1907 gibt es in Indiana ein Gesetz zur Zwangssterilisation, um die Weitergabe von Genen Geisteskranker, Krimineller und Vermittler („paupers“) zu unterbinden. Da braucht das Dritte Reich mit seinen eugenischen Programmen gar nicht mehr herhalten, wenn die vor wenigen Jahren erfolgten Äußerungen des Nobelpreisträgers J. Watson zitiert werden, der 2003 für die Sterilisation von „Dummen“ eingetreten ist.

Der Autor setzt sich mit den neuen Strömungen einer liberalen Eugenik kritisch auseinander, bei der eine genetische Selektion auf individueller Basis angeboten wird, und nicht mehr – wie früher – auf großzügige gesellschaftliche Veränderungen abzielt. Sie gibt vor, den allgemeinen Standard von natürlichen Fähigkeiten bewahren zu wollen und der Verbreitung von schweren Defekten vorzubeugen. Sandel zitiert Habermas und seine Argumente gegen ein Embryo-Screening und eine damit verbundene liberale Eugenik, wobei er, Habermas, nicht erst auf spirituelle oder theologische Bezüge in seiner Argumentation zurückgreifen muss. Hier stimmt er mit John Rawls überein: Wenn Religion abhanden kommt, muss die Gesellschaft für die Entwicklung des individuellen-guten Lebens den nötigen Freiraum schaffen.

Bio-Engineering hat zum Ziel, die menschliche Natur der „Welt“ anzupassen, anstatt – besser – die Welt für die individuellen Erfordernisse gefügig zu machen, sie für die eigenen Schwächen „gastlicher“ zu gestalten.

So weit kann man dem Autor in seinen Argumenten durchaus folgen. Vieles wird in der wunderbaren anglo-amerikanischen Lockerheit präsentiert, bei der die kleine Sensation einer Kasuistik und der Humor nicht zu kurz kommen.

Etwas enttäuschend ist der „Epilog“, den der Autor der Stammzelldebatte widmet. Hier argumentiert er nicht mehr ganz zeitgemäß zugunsten der verbrauchenden embryonalen Stammzellenforschung, ohne die rezenten Entwicklungen auf dem Gebiet der adulten oder induzierten pluripotenten (ipS) Stammzellen auch nur zu erwähnen. Dafür zi-

tiert er in extenso das Veto von Präsident Bush gegen die Forschung an embryonalen Stammzellen, wobei diese als (bei der IVF) „eingespart“ bzw. „übriggeblieben“ bezeichnet werden sollen. Der Autor stößt sich an der Doppelzüngigkeit dieser Verfügung, in der Präsident Bush davor zurückscheut, in Blastozysten die Grundlage der menschlichen Person zu sehen, daher auch die Vertilgung derselben nicht ausdrücklich verbietet, wenngleich das Forschen mit ihnen nicht mehr staatlich gestützt werden solle, etwa nach dem Prinzip „don't fund, don't ban“. Getragen von „Mitleid“ mit über einer halben Million tiefgefrorener Embryonen propagiert jedoch Sandel selbst die Freigabe zur Forschung an und aus diesen. Für ihn sei die IVF mit einer Erfolgsrate von etwa 1/3 wesentlich „kreativer“ als die Natur, in der eine Vielzahl von befruchteten Eizellen verloren gingen. Es mutet befremdlich an, dass ein Philosoph und Ethiker vom Range M. J. Sandels den Unterschied zwischen natürlichem Tod und jenem, der durch menschliche Intention und Handeln herbeigeführt wird, nicht sehen will. Was den Beginn des Menschseins betrifft, so läuft sein Kompromissvorschlag auf die Einforderung der Ehrfurcht (respect) vor dem „aufkeimenden menschlichen Leben“ hinaus, dem er zwar den Personstatus abspricht, aber immerhin „Potenzialität“ zugesteht. Die Möglichkeit einer (fassbaren) Fort-Entwicklung rangiert für ihn höher als die Möglichkeit einer Vor-Entwicklung, die mit etwas läppischen Argumenten abgetan wird (soll etwa jeder abgegangenen Zygote, die die Nidation verpasst hat, mit einem Begräbnisritus gedacht werden?). Hier drückt sich der Autor um die Feststellung, dass wir nicht urteilen können, wo wir nichts wissen – ein klarer Fall von „in dubio pro persona“.

So legt man ein höchst informatives, ausgezeichnet geschriebenes kleines Buch zu einem großen Thema letztlich doch mit einem schalen Geschmack aus der Hand und ist versucht, an die Adresse des Autors zu sagen: „Michael Sandel, you could do better than that!“

F. Kummer

Der Beratungsprozess in der Pränatalen Diagnostik

Denise C. Hürlimann, Ruth Baumann-Hölzle, Hansjakob Müller (Hrsg.)

Peter Lang Verlag, Bern 2008

276 Seiten

ISBN 978-3-03911-699-7

Die Herausgeber haben 16 Beiträge von 20 Autorinnen und Autoren herausgebracht, die sich praxisnah mit dem Beratungsprozess in der Pränataldiagnostik beschäftigen. Dabei stellt sich heraus, dass die Autoren zwar um Reflexion bemüht sind, ethische Grundsatzfragen aber tunlichst vermieden werden.

Das Buch ist in drei Hauptteile gegliedert: 1. Möglichkeiten und Grenzen der pränatalen Diagnostik (PND, in einer kritischen Übersicht); 2. praktische Maßnahmen zur Verbesserung des Beratungsprozesses, und schließlich 3. grundsätzliche Erwägungen zur PND.

Ein Blick auf die grundsätzlichen Erwägungen: Das 3. Kapitel, das rund 80 Seiten umfasst, bietet aus der Feder erfahrener Leute eine Reihe von klug formulierten und klaren Aussagen über das Problem der Akzeptanz bzw. Vermeidung von Leiden, die Rolle der Gesellschaft und deren Entsolidarisierung, die einen trivialen Hemmfaktor für das Leben mit Einschränkungen bildet. Der reformierte Pfarrer J. Spielmann (Bülach-Zürich) diskutiert die Problematik eines in der Gesellschaft verwurzelten „Leidensvermeidungsprinzips“, das Eltern zunehmend einem sozialen Druck zur Abtreibung potentiell behinderter Kinder aussetzt („Kinder, die es nicht geben darf“). Sehr anschaulich werden auch die praktischen Implikationen für die Risikokommunikation von Seiten der Ärzte dargestellt, die sich oft höchst unbedarften Frauen gegenüber sehen (C. Keller und N. Siegrist).

Den ersten – und mit 100 Seiten umfangreichsten – Teil des Buches nimmt naturgemäß die Beschreibung, Evaluierung und teilweise kontroverielle Diskussion der verschiedenen Methoden der PND ein, woraus sich die kritische Überprüfung

des Beratungsvorgangs zwingend ableitet. Dies geschieht, wie S. Braga erwähnt, vor dem Hintergrund einer Formulierung der Schweizer Akademie für medizinische Wissenschaften (November 2007), die bezüglich der PND von einer „präventiven Maßnahme“ zur „Verhinderung“ der Trisomie 21 spricht, sodass bereits ein normativer Druck in Richtung selektive Abtreibung von Menschen mit Down-Syndrom zu spüren ist.

Roland Zimmermann listet die invasiven und nicht-invasiven Verfahren der PND auf und diskutiert sie im Hinblick auf das Missbildungsrisiko des Fötus, aber auch hinsichtlich der möglicherweise fatalen Folgen eines invasiven diagnostischen Eingriffs, wobei der Mutter bewusst gemacht werden muss, dass dabei ein „fälschlich normales“ Baby der Entscheidung zum Abort zum Opfer fallen kann – ein interessantes und verdienstvolles Unterfangen.

Die Frankfurter Moralthologin Hille Haker behandelt das Schlüsselkapitel über die ethischen Dimensionen der PND mit Behutsamkeit und betont zu Recht, wie wichtig eine sachlich und ethisch fundierte Beratung für die enge persönliche Begleitung der Mutter (des Paares) ist, wobei eine strikte „Werteneutralität“ nicht durchgehalten werden könne: Persönliche Standpunkte der Betroffenen sind in völlig neuen Situationen wie der eines auffälligen PND-Befundes noch nicht ausgereift und profitieren von der Offenlegung professioneller Werte und Normen durch den Berater. Nur zu oft konkurrieren diese wieder mit dem Problem der sozialen Akzeptanz: Die Entscheidung, ein allenfalls behindertes Kind zu bekommen, wird neuerdings als sozial unverantwortlich eingestuft. Hinzu kommt der Zeitdruck, gegeben durch das Fortschreiten der Schwangerschaft, welcher die Probleme für die Schwangere verschärft.

Haker ist daran gelegen festzuhalten, dass PND *nicht* eine Vorstufe für die Abtreibung sei, sondern eine der Grundlagen für die Begleitung und ethische Beratung in der „Güterabwägung“ auf sehr liberaler Basis bildet, wenn der Gedanke an eine Abtreibung bereits ausgesprochen ist: Die sozialen

Rahmenbedingungen sind dabei ebenso wichtig wie eine Anleitung zur Orientierung in der „reproduktiven Autonomie“, die den Eltern aber nicht allein aufgebürdet werden dürfe.

Ruth Baumann-Hölzle stellt zunächst die Rahmenbedingungen für selbstbestimmte Entscheidungen vor. Damit verbindet sie ein Modell für die strukturierte Entscheidungsfindung. All diese Bemühungen sind wohl oder übel an eine optimale Information der Schwangeren gebunden, wobei die Gynäkologen ihrerseits das komplexe Abhängigkeitsverhältnis ihrer Patientinnen berücksichtigen müssen.

Die Juristen P. Forster und P. Périnat vom Schweizerischen Bundesamt, beide erfahren in der Problematik in der PND, erörtern die gegebenen rechtlichen Grundlagen (Gesetz zur Regelung der genetischen Untersuchungen am Menschen, GUMG) und gehen auf die Theorien der Omission Bias (Wie groß ist der Schaden durch Nichtbehandlung?) gegenüber den Protected Values ein (hier: Schutz der Ungeborenen), die in der PND Bedeutung gewinnen sollten.

Hansjakob Müller, der als einer der Pioniere der Medizinethik in der Schweiz gilt und Mitherausgeber dieses Buches, erläutert die „Disclosure Dilemmas“: Sollen/müssen immer alle – auch strittigen – Resultate der Schwangeren mitgeteilt werden? Kann ein Wissensvorsprung des Beraters so beschaffen sein, dass er aus Datenschutzgründen nicht mitgeteilt werden darf? In gut gewählten Fallbeispielen wird dargelegt, wie aus noch unsicheren Zwischenbefunden eine Verängstigung und allenfalls vorschnelle Konsequenz resultieren können, die bei genauerer Betrachtung und nach weiteren Untersuchungen sich als verzichtbar herausstellen. Hier ist man auf der Suche nach verlässlichen Richtlinien in ethischen wie in rechtlichen Belangen, wozu sich der Autor bei den „bioethischen Prinzipien“ utilitaristischer Prägung von Beauchamp und Childress bedient (Autonomie, beneficere, non malificere, Gerechtigkeit).

Im zweiten Teil des Buches gehen die Beiträge zunächst auf Zitate der Erfahrungen ein, welche die

Berater im Interview mit betroffenen Schwangeren gemacht hatten, die teils vor, teils nach durchgeführter PND über ihre Befindlichkeit, ihre Überlegungen, Argumente und Zweifel befragt worden waren (Denise C. Hürlimann). Dabei wird (wieder) aufgezeigt, dass die individuelle Psychodynamik und genuin-ethische Einstellung der Frauen selbst das „Ergebnis“ (Entscheidung für eine PND? wenn ja, auch zur Abtreibung?) beeinflusst. Die Interviewer hingegen beschränken sich in der Formulierung der Fragen tunlichst auf technische, allenfalls psychologische Faktoren, sodass die hier gewählten Kasuistiken den ethischen Aspekt eigentlich schuldig bleiben (Einstellung zum Grundsatz des Schutzes jeden ungeborenen Lebens, Begriffe der Person des Fötus etc.). Vielmehr scheinen die interviewten Frauen von ihren Ärzten/BetreuerInnen in diesen Fragen ziemlich allein gelassen worden zu sein.

Eine Gruppe von GynäkologInnen formuliert Anregungen anhand von konkreten Beispielen für die Gesprächsführung zur Evaluierung der individuellen Perspektiven der betroffenen Frauen, wieder mit Rückgriff auf Beauchamp und Childress (s. o.). Die Autoren tragen (als Einzige in diesem Buch) etwas sehr Positives zur Entscheidungsfindung bei, wenn sie auf die Problematik (Irrtumswahrscheinlichkeit) der Umsetzung von Befundstatistiken auf die eigene Situation eingehen. Sie versäumen auch nicht aufzuzeigen, welche privaten und öffentlichen Hilfestellungen in Anspruch genommen werden können, wenn das Kind mit Behinderungen geboren wird.

Die Forderung nach Qualitätssicherung der PND-Methoden (Ultraschall, Hormonlabor, sog. Ersttrimester-Test) wird unterstrichen. Hier wird eine Vertiefung der Durchführung und Interpretation der Testergebnisse anhand von strukturierten Kursen vorgeschlagen. Besonders heikel ist die Frage des Schwangerschaftsabbruchs zu einem Zeitpunkt, wenn eine extrauterine Lebensfähigkeit des Kindes bereits gegeben ist: Wie ist der Fetozid „zu regeln“ (intrauterine Tötung vor der Abtreibung)? Hier sei – so die Meinung des Ethikers Marckmann

(Tübingen) und des Ultraschallspezialisten Meyer-Wittkopf (Bern) – der Wunsch der Schwangeren das leitende Prinzip. Dabei darf aber einem Tötungswunsch nur entsprochen werden, wenn kein Konflikt mit dem Schweizer Strafrecht (Art. 118 bis 121) besteht (erweiterte medizinische Indikation, Gefahr für das Wohlergehen der Mutter), womit sich die beiden auf einen rechtspositivistischen Standpunkt zurückziehen.

Als leitendes Prinzip schlagen die Autoren die Fürsorgeverpflichtung (FV) vor, die mit dem Grad der Schwere der zu erwartenden Behinderung abnehme, wodurch die Berechtigung eines Fetozids steige. Eine wesentliche Rolle billigen sie der vermutlich schweren psychischen Belastung der Mutter eines behinderten Kindes zu. Sie gehen so weit, eine konsensstiftende Diskussion über ihren Vorschlag zu fordern. Der Leser ist dabei nicht wenig erstaunt, dass ein Ethikprofessor die Gefühle der Mutter zu einem vorrangigen Maßstab des Fetozids eines an sich lebensfähigen Fötus erhebt, wobei er sich auf die permissiven Formulierungen des Strafrechts (s. o.) bezieht.

Der eingangs bereits angesprochene, mit grundsätzlichen Fragen befasste Teil 3 enthält außerdem den konstruktiven Beitrag von D. C. Hürimann (Mitherausgeberin dieses Buches) zur Evaluation des Beratungsprozesses in der PND. Dabei legt sie den empirischen Teil ihrer Dissertation vor, welche einen Leitfaden zur Schulung von Ärzten zum Thema hat. Dieser wurde getestet, indem er einer Interventions- und einer Kontrollgruppe von Ärzten angeboten wurde. Die unterschiedlich ausgeprägten Resultate betreffen die Straffung des Beratungs- und Entscheidungsprozesses, sowie Fragen zur Entscheidungssicherheit. Durch die Untersuchung sei der Beratung an sich mehr Gewicht verliehen worden. Trotz der nur spärlichen Objektivierbarkeit sei damit der Bedarf an einer guten Beratung im Allgemeinen unterstrichen worden.

Das Buch dokumentiert die konstruktiven Bemühungen, die pränatale Diagnostik in ihrer komplexen Problematik zu umreißen und eine

Menge praktischer Anhaltspunkte für Methodik, Beratung, Individualisierung, Begleitung und Qualitätssicherung zu bieten. Es könnte eine wertvolle Unterstützung für Gynäkologen, Psychologen und andere an der pränatalen Diagnostik interessierte Personen sein, wenn die Autoren u.a. auf die ethische Problematik der Personalität des Embryos ebenso ausführlich eingegangen wären, wie auf die medizinischen und psychologischen Fakten. Die positiven Aspekte, die das Leben mit einem behinderten Kind mit sich bringen kann, werden quasi nur am Rand erwähnt. Es ist wohl zu befürchten, dass der in mehreren Beiträgen geäußerte Wunsch nach konsensbasierten Richtlinien zu einem ähnlich ethisch anfechtbaren Resultat führt.

F. Kummer

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 Schriftgröße) 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

1. General Remarks

Submission of an article for publication implies the transfer of the comprehensive copyright from the author to IMABE as publisher, including the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

By establishing manuscripts, the following guidelines should be respected:

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF). The manuscript may not exceed 15 pages when printed (reference list included).

2. Formation of Manuscripts

First page:

1. Title
2. Names of all authors
3. Contact address
4. Abstract in English (max. 1000 characters including whitespace characters) and max. 3 – 5 keywords
5. Zusammenfassung in German translation of the abstract (can be provided by the editor).

Pages should carry consecutive numbers, including those of the reference list. Acknowledgements should be placed between end of text and references. For citation of references the automated footnotes of the file format

should be used. Tables and figures should be placed adjacent to the corresponding text. All illustrations need to be in print quality with a minimum font size of 2 mm. The author will receive 3 copies of the published issue. Other reprints can be ordered at the expense of the author.

3. References

Articles from journals are cited in the following manner:

1. All Authors, or first author plus “et al.”, followed by initials of first name in capital letters.
2. Title
3. Journal in standardized abbreviation (Index Medicus)
4. Year in parentheses followed by semicolon
5. Volume followed by colon
6. Initial and final page

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

Citation of monographs and books:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Publishing company
4. Locations of publishing company
5. Year in parentheses
6. Indication of pages (from – until)

Example: 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)

2009: Nr. 1: Grenzen der Sozialmedizin, Nr. 2: Familie und Krankheit

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 16 · Heft 3/2009

Schwerpunkt: Sucht und Alkohol

Editorial	91	
Actual Topics	93	Jan Stejskal EU-Parliament Rebuffed: No Embryo Selection
	96	Petra Mihály Is Euthanasia Coming?
Focus	99	Susanne Kummer Postmodern Anthropology: The Loss of the Body
	115	Enrique H. Prat The Principle of Autonomy: The Patient's Perspective
	129	Friedrich Kummer The Virtues of the Patient
	141	Michael Peintinger The Living Will: Where Do We Stand Three Years After the Law's Passage?
Case Study	155	Cases of "Exorbitant Patients' Demands"
	158	Konrad Brustbauer Comment I
	160	Peter Kühn Comment II
News	163	
Journal Review	168	
Book Reviews	170	