

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 17 · Heft 1 · 2010

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

Altern in Würde
Aging in Dignity

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela 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)
Christian Noe (Medizinische Chemie, 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	3	
Aus aktuellem Anlass	6	Johannes Bonelli Akzeptanz der Homöopathie steigt, doch wissenschaftliche Beweise fehlen
Schwerpunkt	9	Wolfgang Kristoferitsch Altern in Würde aus der Sicht alter Menschen
	17	Ingrid Fischer, Brigitte Leicht Die Rolle der Pflege unter Wahrung der Würde im Alter
	25	Clemens Sedmak Autonomien des Alterns
	37	Johannes Bonelli Die Multimorbidität älterer Menschen
	43	Johannes Ruddy Altern im Spannungsfeld zwischen Würde und Ökonomie
	51	Gabriela Eisenring Beihilfe zum Suizid: Entwicklungstendenzen in der Schweiz
Diskussionsbeitrag	59	Enrique H. Prat Abtreibungsdebatte: ein neuer Fokus
	65	Thomas J. Piskernigg Überlegungen zur Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnose
Nachrichten	74	
Zeitschriftenspiegel	77	
Buchbesprechungen	79	

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)
errichtet gemäß Artikel XV 7 des Konkordates vom 5. 6. 1933, BGBl. II Nummer 2/1934 und des CIC, insbesondere Canones 114 und 116 (2) als öffentliche kirchliche Rechtsperson.

Sitz des Instituts:

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Tel: +43-1-715 35 92, Fax: +43-1-715 35 92-4, eMail: postbox@imabe.org

Kuratorium (Vorstand):

Vorsitzender: Bischof DDr. Klaus Küng, Diözesanbischof St. Pölten

Ehrw. Mutter Sr. Gabriela Trenker, Präs. MR Dr. Walter Dorner, Gen.-Dir. Prof. Dr. Josef Kandlhofer,

Univ.-Doz. Dr. Titus Gaudernak, Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Lenzhofer

Direktor:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, Wien

Geschäftsführer:

Prof. Dr. Enrique H. Prat, Wien

Institutszweck:

Zweck des Instituts ist die Verwirklichung von Projekten der Lehre und Forschung auf den Gebieten der Bioethik und der medizinischen Anthropologie.

Herausgeber:

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: BA-CA, 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: 2. März 2010

Diese Ausgabe wird unterstützt von:

- Edwards Lifesciences Austria GmbH
- Verlagshaus der Ärzte
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

„Unser Leben währt 70 Jahre, und wenn es hoch geht 80“, heißt es im Psalm 90, entstanden vor fast 3000 Jahren. Der Psalmist hatte dabei wohl einige vom Schicksal Bevorzugte vor Augen, ohne zu ahnen, dass diese Altersgruppe einst zu einer dominierenden werden könnte: Der medizinische Fortschritt macht es möglich.

Unsere Welt, die sich stolz als die „erste“ bezeichnet, kann in Sachen Krankheitsbekämpfung und Lebensverlängerung tatsächlich auf große Erfolge verweisen. Sie zeigt sich laufend bestrebt, diese auch anderen Teile der Welt zu vermitteln, wo Säuglingssterblichkeit, Kriege und soziales Elend die Lebenserwartung beschränken.

Tatsache ist, dass der Fortschritt zu neuen Problemen geführt hat. Sind wir nicht damit konfrontiert, dass die körperliche, geistige und soziale Abbauphase laufend prolongiert wird? Dass es paradoxerweise dank der medizinischen Eingriffe immer mehr Kranke in unserer Gesellschaft gibt?

Zwar sehen die heute Siebzigjährigen um 10 bis 15 Jahre jünger aus als ihre Eltern im gleichen Alter, und nahezu 93 Prozent der über 75-Jährigen versorgen sich weitgehend selbst. Dennoch kommt für fast jeden irgendwann die Abbauphase (sofern nicht der Tod schneller ist), die zu jenen großen Einschnitten führt, die da sind: körperliche Leiden, Stürze, Vergesslichkeit, Isolation und schließlich Pflegeabhängigkeit.

Diese Entwicklung scheint dem viel gepriesenen Prinzip der Autonomie diametral gegenüber zu stehen, auf der die Praxis der eigenverantwortlichen Tat beruht. Mit dieser erscheint die Würde eng verquickt, jene Basis und Ur-Manifestation der *conditio humana*.

In der gegenwärtigen rasanten Überalterung der Gesellschaft scheint es, dass der hohe Rang der vollen personalen Würde durch die senile Abbauphase gefährdet ist: Aus durchsichtigen markttechnischen Gründen wird die jüngere (erwerbstätige) Population umworben, wobei ein erbarmungsloser Zwang zur Jugendlichkeit propagiert und der grauen amorphen Masse der Senioren („Generation Oldies“) mit Zurückhaltung, Scheu, wenn nicht Spott und Ablehnung begegnet wird. Dies wird auch nicht

gemildert, wenn das Kosmetik-, Bekleidungs- und Fitness-Business einen unrealistisch durchgestylten, faltenlosen Typ von älteren Menschen kreiert, der jedoch in lachhafter Weise mit der Realität kontrastiert.

Kann da von „Würde“ und „Respekt“ die Rede sein? Gehen diese Termini nicht mit dem schnellen oder bereits fortgeschrittenen Abbau verloren?

Hier liegt klar die Herausforderung: Der Mensch als Person geht niemals selbst seiner Würde verlustig, vielmehr liegt die Gefahr in der Umgebung – und nur allzu oft beim Betroffenen selbst! –, der alternden, leidenden, behinderten etc. Person ihre Würde abzusprechen.

Diese Problematik hat uns zur Wahl des Schwerpunktthemas für das vorliegende Heft bewegt.

Der Neurologe Wolfgang Kristoferitsch (Vorstand der Neurologischen Abteilung des SMZ-Ost-Donauspitals in Wien) geht *in medias res*: Nach einer grundsätzlichen Erörterung zum empirisch-phänomenologischen Begriff der „Würde“ legt er dar, dass sich das Selbstwertgefühl eines alten, auch leicht dementen Patienten direkt proportional am Grad seiner Unabhängigkeit im Alltag orientiert.

Ganz nahe am alten und kranken Menschen stehen die Pflegetherpersonen. Zwei erfahrene Repräsentantinnen, Ingrid Fischer und Brigitte Leicht (SMZ-Ost Wien), erläutern in ihrem Beitrag, auf welche Weisen der Würde ihrer alten Schützlinge Rechnung getragen werden kann, wissenschaftlich fundiert, verbunden mit warmherziger Sorge.

Unter „gutem Altern“ versteht man in unserer Kultur meist eine Form des Älterwerdens, die in möglichst vielen Bereichen möglichst lange möglichst viel an Autonomie erhalten lässt. Dass das alleine nicht genügt, macht der Philosoph und Theologe Clemens Sedmak (Universität Salzburg/King's College London) klar. Der Begriff der „Autonomie“ muss daher überdacht werden. Im Alter kann man sie nicht an der Zahl verfügbarer Wahloptionen festmachen - diese sind in dieser Lebensphase naturgemäß reduziert. Dafür spielen Bindungen für die eigene Identität eine umso größere Rolle. Gerade im Alter, so Sedmak, zeige sich Autonomie eher im Sinne von „Selbsthaftigkeit“ als von „Unabhängigkeit“.

Der Internist und klinische Pharmakologe Johannes Bonelli (Direktor IMABE, Wien) weist in seinem Beitrag auf die Multimorbidität älterer Menschen hin, die zu einer mitunter gefährlichen medikamentösen Polypragmasie führe, welche die Tendenz zum „Aufschaukeln“ in sich trage und selten korrigiert werde.

Für Johannes Ruddy (Hauptverband der Sozialversicherungsträger) muss auf die begrenzte Verfügbarkeit der finanziellen Ressourcen geachtet werden, mittels derer auch ein Altern in Würde gesichert werden könne. Hier ist eine gesamtgesellschaftliche Solidarität einzufordern, die für Rationalisierungen offen ist und Rationierungen abwehrt.

Die Schweizer Juristin Gabriele Eisenring erläutert die jüngsten Entwicklungen der organisierten Sterbehilfe in der Schweiz. Beihilfe zum Suizid ist Beihilfe zum Töten. Und keine Gesellschaft darf das Recht beanspruchen, bestimmte Tötungen für rechtmäßig zu erklären. Palliativmedizin und Hospizbewegungen machen ein wirklich „menschenwürdiges Sterben“ möglich.

F. Kummer

Johannes Bonelli

Akzeptanz der Homöopathie steigt, doch wissenschaftliche Beweise fehlen

Acceptance of Homeopathy Rises but the Scientific Evidence is Missing

In den „Allensbacher Berichten“ 14/2009 des Instituts für Demoskopie Allensbach werden die Ergebnisse einer Befragung präsentiert, wonach heute mehr als die Hälfte (57%) der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland wenigstens einmal ein homöopathisches Mittel eingenommen hat. 1970 hat hingegen nur jeder 4. Westdeutsche schon einmal selbst Homöopathika genommen. Hauptgrund für die Beliebtheit homöopathischer Präparate sei die geringe Nebenwirkungsrate bzw. deren gute Verträglichkeit. Nach Meinung der Konsumenten hätten homöopathische Präparate in erster Linie bei Erkältungen und leichter Grippe (60%), Magen- und Darmbeschwerden, Kopfschmerzen sowie Schlaflosigkeit geholfen. Eine Verschreibung durch den Arzt oder Heilpraktiker hält nur eine Minderheit für notwendig (26%).

Die Homöopathie wurde bereits um 1800 von Samuel Hahnemann begründet. Die Grundelemente seines Denkens wurden in erster Linie von religiösen Ideen des Vitalismus geprägt. Danach haben Arzneimittel eine geistige Kraft, die durch „Verschüttelung“ freigesetzt und auf das flüssige Medium übertragen werden kann.¹ Der esoterische Hintergrund solcher Theorien ist ziemlich offensichtlich. Hahnemann lehnte Methoden der Naturwissenschaften weitgehend ab. Diese Einstellung hat sich auch bei den heutigen Befürwortern der Homöopathie nicht wesentlich geändert.² Auch heute akzeptieren die meisten Homöopathen nicht, dass die Homöopathie nach den Methoden der konventionellen Wissenschaften untersucht und kritisiert wird, denn Homöopathie hat ein eigenes Wissenschaftsverständnis.³ Dem Vergleich mit standardisierten, klinischer Überprüfungsverfahren kann (und will?) sie nicht standhalten.

Erst kürzlich konnte anhand einer Metaanalyse aus 110 Studien gezeigt werden, dass die unter der Homöopathie zu beobachtenden Effekte bestenfalls als Placebowirkungen einzustufen sind.⁴ Dieses Erkenntnis wird wohl auch durch die vorliegende Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach unterstützt, wenn man bedenkt, dass die stärksten Effekte bei selbstlimitierenden Virusinfekten (Erkältung, leichte Grippe) oder bei typisch psychosomatischen Erkrankungen (Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit) beobachtet wurden. Befragt wurde anscheinend ein Querschnitt durch die Bevölkerung ab dem 16. Lebensjahr. Man fragt sich, welchen Sinn solche Befragungen haben sollen, wenn sie derart ungezielt konzipiert sind. Viel interessanter und auch problematischer wären jene Patienten, die ernstlich krank sind und dennoch ausschließlich vom Homöopathen behandelt werden. In den Umfrageergebnissen klingt freilich auch eine gewisse Skepsis der Bevölkerung gegenüber den modernen Arzneimitteln der Schulmedizin und deren Nebenwirkungen an. Solche Vorbehalte sind durchaus ernst zu nehmen, wenn man bedenkt, dass in der Schulmedizin immer häufiger Medikamente mit erheblichen Nebenwirkungen verschrieben werden. Man denke z. B. an die zunehmend rigorose Anwendung von Chemotherapeutika in der adjuvanten Therapie von Karzinompatienten.

Wissenschaftliche Studien zum Wirkungsmechanismus von Placebo sind jedoch rar, wenngleich gerade in kontrollierten Doppelblindstudien die beachtliche Wirksamkeit von Placebo eindrucksvoll belegt wird. Aber auch ohne Studien weiß jeder Arzt aus eigener Erfahrung, dass die Persönlichkeit des Arztes, die Art und Weise, wie er mit seinen

Patienten umgeht und insbesondere die Zeit, die er ihm widmet einen erheblichen Einfluss auf den Heilerfolg hat. Erstaunlich ist daher die Tatsache, dass offensichtlich 74% der Patienten es nicht für notwendig erachten, dass homöopathische Mittel vom Arzt oder Heilpraktiker verschrieben werden sollten. Dies widerspricht eigentlich der gängigen Meinung, wonach der Erfolg der Homöopathie zu einem Großteil durch den größeren Zeitaufwand und die erhöhte Zuwendung der Homöopathen erklärbar ist (was für die zitierte Studie nur begrenzt gilt, zumal weitgehend gesunde Patienten befragt wurden). Möglicherweise spielt aber doch auch die Faszination eines vermeintlichen „Zaubertranks“ (bekanntlich ein alter Traum der Menschheit und aller Alchimisten) beim Placeboeffekt eine größere Rolle, als gemeinhin angenommen wird. Wenn aber der Placebo-Effekt offensichtlich eine unterstützende Wirkung auf die Wirksamkeit vieler Heilmethoden hat, so wäre es sicher wünschenswert, wenn sich die Ärzteschaft mit diesem Phänomen eingehender wissenschaftlich auseinandersetzen würde, um den Placebo-Effekt einerseits gezielt und optimal einzusetzen,⁵ um aber auch andererseits dessen Missbrauch bei paramedizinischen Praktiken hintanzuhalten.

Hitzenberger G., *Contra Homöopathie, Imago Hominis* (2006); 13: 244-245

- 5 Finniss D. G. et al., *Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects*, *Lancet* (2010); 375: 686-695

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
bonelli@imabe.org

Referenzen

- 1 Frass M., Wulkersberger B., Friehs H., *Pro Homöopathie: Was unterscheidet Homöopathie von Placebo?*, *Imago Hominis* (2006); 13: 240-243
Hahnemann S., Schmidt J. M., Kaiser D. (Hrsg.), *Gesammelte kleine Schriften*, Haug Verlag, Heidelberg (2001), S. 723
- 2 Pilar C., *Religionsäquivalente in der Medizin am Beispiel der Homöopathie*, *Imago Hominis* (2006); 13: 213-228
- 3 vgl. Gypser K.-H., *Homöopathie - Grundlagen und Praxis*, Verlag C. H. Beck, München (1998), S. 26 f
Dellmour F., *Naturwissenschaft versus Homöopathie? Die Bedeutung von Denkrahmen und Modell für die Wissenschaft*, in: König P. (Hrsg.), *Durch Ähnliches heilen*, S. 178
- 4 Shang A. et al., *Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy*, *Lancet* (2005); 366: 726-732

Wolfgang Kristoferitsch

Altern in Würde aus der Sicht alter Menschen

Aging in Dignity – The Perspective of Older People

Zusammenfassung

Abgesehen von theologischen und philosophischen Konzepten zum Begriff Würde besteht die Möglichkeit, mit empirisch-phänomenologischen Untersuchungen Würde zu beschreiben, auch unter Berücksichtigung der Sicht von Betroffenen. Die vorliegende Übersicht versucht bisherige empirische Arbeiten zum Thema „Würde und Alter“ zusammenzufassen. Würde ist mehrheitlich als „Menschenwürde“ definiert. Alte, pflegebedürftige, auch leicht demente Personen beurteilen ihre Würde nach dem Grad und der Art ihrer Unabhängigkeit im Alltag. Es wird u. a. gezeigt, dass diese Personen als selbst Betroffene zur Formulierung von Leitlinien zur Ethik in der Betreuung herangezogen werden können. Nach Gallagher et al. scheinen für die Betroffenen vier Bereiche von vorrangiger Bedeutung zu sein: Fragen der Intimpflege, das Verhalten der BetreuerInnen, die Pflegekultur („Stil“ der Anstalt) und Autonomie, sowie Maßnahmen mit inhärenter Gefährdung der Würde.

Schlüsselwörter: Definitionen von Würde, Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit, Autonomie, Verletzung der Würde

Abstract

We reviewed empirical studies relating to dignity and older people. The aim of the review was to show a concept of dignity, that is not primarily based on theological or philosophical considerations but on the older and affected people's view. The majority of older people defines dignity as "Menschenwürde". For older people in need of care or with mild dementia autonomy and control of their situation is of central importance in maintaining dignity. Guidelines on ethics of the care of older people can be inductively derived from the voices of the affected. According to Gallagher et al. privacy in care, appropriate staff attitudes and behaviour, culture of care and autonomy are of great importance for the promotion of dignity.

Keywords: Concept of Dignity, Nursing, Autonomy, Violation of Dignity

Prim. Univ.-Doz. Dr. Wolfgang Kristoferitsch
Vorstand der Neurologischen Abteilung mit
Department für Akutgeriatrie
Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Donauespital
Langobardenstraße 122, A-1220 Wien
Wolfgang.Kristoferitsch@wienkav.at

Einleitung

Würde kann zunächst als ein Wesensmerkmal des Menschen gesehen werden. Aus christlicher Sicht ist dieses Wesensmerkmal gottgegeben und beruht auf dessen Gottebenbildlichkeit. Würde ist untrennbar mit dem Menschen, unabhängig von seinen Lebensumständen und Verhalten, verbunden. Mit der Aufklärung setzte die Entwicklung einer säkularen Ethik ein, die zunächst überwiegend von der Philosophie Immanuel Kants geprägt wurde. Kant leitet die Würde des Menschen aus seiner Vernunft und seiner Fähigkeit zur vernünftigen (sittlichen) Selbstbestimmung ab und sieht sie als einen „inneren“ Wert an. Beiden Denkrichtungen ist gemeinsam, dass Menschenwürde als Seinsqualität einen Eigenwert besitzt, der nicht der Zustimmung anderer bedarf. Diese Position wurde von anderen säkularen Denkrichtungen nicht in dieser Absolutheit übernommen, die teilweise die Begriffe Würde und Autonomie synonym verwenden und aus dem Verlust der Autonomie auch den Verlust der Würde ableiten. Von manchen Utilitaristen wird Würde nur noch dem Menschen als Person, der seiner selbst mächtig ist, zuerkannt und mit bestimmten Eigenschaften wie Bewusstsein und Interessensfähigkeit verknüpft.

Ein anderer Zugang besteht darin, Würde nicht als Wesensmerkmal des Menschen, sondern als Gestaltungsauftrag, der durch das Individuum und die Gesellschaft zu verwirklichen ist, zu sehen. Demzufolge lässt sich nach Wegfall der traditionellen Metaphysik die Idee der Würde nur noch auf Gesichtspunkten gründen, die ihren Ausgangspunkt bei der menschlichen Bedürftigkeit und Verletzlichkeit haben. Neben dem Gestaltungsauftrag nimmt Würde in dieser Konzeption auch eine Schutzfunktion an.¹

Unter den Würdekonzepten der letzten Zeit haben die Überlegungen von Nordenfelt eine größere Bedeutung erlangt.² Nordenfelt hat vier Dimensionen von Würde konzipiert: zunächst die für alle Menschen gleich geltende und allen Menschen inhärente unveränderbare „Menschenwürde“ (die in seinen auf Englisch publizierten Arbeiten auch mit

diesem deutschen Begriff bezeichnet werden), weiters drei Dimensionen von Würde, die veränderlich sein können: die Würde des Verdienstes als Folge von Rang und Verdiensten, die Würde der moralischen Gestalt als Ergebnis der moralischen Leistungen eines Menschen und die Würde der Identität, die an die Integrität des Körpers gebunden ist und auch vom Selbstbild und der Anerkennung einer Person abhängt.³ Andere Kategorisierungen, die nicht wesentlich von diesem Konzept abweichen, sprechen von „Menschenwürde“ und „sozialer Würde“, „intrinsischer“ und „extrinsischer“ Würde⁴ oder von „absoluter“ und „relationaler“ Würde.⁶

Der Begriff Würde ist wegen seiner Unschärfe je nach ideologischer Sicht unterschiedlich gebraucht oder auch missbraucht worden. Dies war vor allem in den Grenzbereichen menschlichen Lebens, dem Lebensanfang und Lebensende, der Fall. Es überrascht daher nicht, dass Menschenwürde sowohl von Befürwortern als auch Gegnern der Euthanasie als Argument für ihren jeweiligen Standpunkt verwendet wurde. Die Unschärfe, mit der der Begriff Würde in medizinethischen Diskussionen eingesetzt wird, seine „inflationäre“ Verwendung und sein Missbrauch als Transportmittel eigener Wünsche oder gesellschaftlicher Trends, haben bereits dazu geführt, dass dieser Begriff von manchen Medizinethikern gemieden und als „nutzloses Konzept“ gänzlich abgelehnt und durch „Respekt vor der Autonomie des Menschen“ ersetzt wurde.⁷ Dies ist auch nicht Ziel führend, da Respekt letztlich als Mittel zur Erhaltung von Würde dient.⁸

Im Folgenden soll zunächst versucht werden, Würde nicht auf religiösen oder philosophischen Überlegungen basierend, sondern mit Hilfe der Literatur über empirisch gewonnene Daten zu beschreiben; also aus der Sichtweise der Betroffenen, nämlich älterer Menschen, die sich in Krankenhäusern und Betreuungsinstitutionen befinden, und älterer Menschen mit Demenz.

Würde aus dem Blickwinkel der Betroffenen

Die folgende Übersicht basiert auf Resultaten

empirischer Untersuchungen aus der medizinischen Literatur. Die Arbeiten wurden aus einer „Medline“-Suche nach in den letzten zehn Jahren erschienen Publikationen unter Verwendung der Stichwörter „older age and dignity, elderly and dignity, dementia and dignity, Alzheimer and dignity“ ausgewählt sowie aus in diesen Arbeiten zitierter Literatur. Die vorliegende Übersicht erfüllt nicht die Ansprüche eines „systematischen Reviews“. Die Interviewtechniken waren wie zu erwarten nicht einheitlich, und die Auswertung erfolgte nach unterschiedlichen Methoden. Häufig wurde als wissenschaftliche Methode die gegenstandsverankerte Theoriebildung (Grounded Theory) verwendet.

a) Der „Dignity in Care“-Bericht

Als Folge einer Häufung von Medienberichten über Diskriminierung älterer Menschen, Pflegedefizite und Würdelosigkeit in Spitälern und Pflegeinstitutionen in Großbritannien wurde 2006 vom britischen Gesundheitsministerium eine Befragung von 400 Personen zu ihren Vorstellungen und Erfahrungen von Würde in Pflegesituationen durchgeführt.⁹ Unter den Befragten befanden sich Patienten, Angehörige von Patienten und Personen aus dem Bereich von Medizin und Pflege. Genauere demographische Angaben zu den Befragten wurden nicht veröffentlicht. Trotzdem lässt die Befragung auf die Meinung eines Bevölkerungsquerschnittes zu Würde und würdevollem Umgang mit Patienten schließen. Der Bericht hebt zehn Hauptprobleme hervor, die mit einzelnen Stichwörtern und wenigen Patientenaussagen charakterisiert werden:

1. Klarstellung, was Würde bedeutet
2. Beschwerdemöglichkeiten
3. Behandlung als individuelle Personen
4. Intimsphäre
5. Hilfe bei Nahrungsaufnahme
6. Zugang zu Sanitäräumen
7. Gesprächskultur und Tonfall
8. Bewahrung eines angemessenen Äußeren
9. Beschäftigung und Sinnfindung
10. Rechtsbeistand

Eine Klarstellung, was Würde bedeutet, war den Initiatoren der Befragung auf Grund der Vielfalt der Antworten nicht möglich gewesen. Zu einer Definition des Begriffes Würde wurde daher nicht weiter Stellung genommen. Die zahlreichen Antworten ergaben allerdings wichtige Informationen, mit deren Hilfe eine Hebung der Standards von würdevoller Pflege älterer Menschen in Angriff genommen wurde. Ähnliche oder idente Problemkreise werden sich auch in den im Folgenden beschriebenen empirischen Untersuchungen regelmäßig wiederfinden.

b) Würde aus der Sicht älterer Menschen

Woolhead und Mitarbeiter haben die Vorstellungen, was Würde sei, anhand von Interviews von 72 älteren Menschen untersucht.¹⁰ Der überwiegende Anteil (84%) der Betroffenen hat zu Hause oder bei Angehörigen gelebt. Die Ergebnisse spiegeln daher die allgemeine Sichtweise älterer Menschen und nicht die einer speziellen Gruppe (Patienten im Krankenhaus oder Pflegeheim, Patienten mit Demenz etc.) wider. Die Daten zeigen, dass für ältere Menschen die Bewahrung von Würde ein Anliegen von besonderer Bedeutung darstellt. Aus den Interviews geht hervor, dass Würde in drei Kategorien konzeptualisiert wurde: 1. Würde in Zusammenhang mit Identität (Selbstachtung, Selbstwert, Rechtschaffenheit, Vertrauen). 2. Würde in Bezug auf Menschenrechte (Gleichheit, Anspruch auf Menschenrechte) und 3. Würde als Autonomie (Unabhängigkeit, Selbstbestimmung, Wahlfreiheit). Die Würde wird nach Ansicht der Befragten durch den Verlust der Privatsphäre, durch schlechte Kommunikation und durch eine generelle Nichtbeachtung der Bedürfnisse verletzt. Es bestand eine große Sorge, durch den Verlust der Autonomie den Angehörigen oder der Gesellschaft zur Last zu fallen. Beispiele, in denen Würde bedroht waren, wurden weit häufiger genannt als solche, in denen Würde unterstützt und gefördert wurde.

Ähnliche Ergebnisse ließen sich aus Interviews mit 12 älteren schwedischen Ehepaaren ableiten,

die nach ihren Vorstellungen zur eigenen Altersbetreuung befragt wurden.¹¹ Auch hier waren die Bewahrung der Eigenständigkeit und der Wunsch nach einer würdevollen Behandlung und Pflege das Hauptanliegen. Immer wieder klang die Befürchtung durch, bei Pflegebedürftigkeit nicht mehr als eigenständige Person gesehen zu werden, verlassen zu werden und als „Niemand“ ohne sinnvolle Beziehungen zu enden.

Jacelon und Mitarbeiter haben aus ihren auf Interviews alter Menschen und einer Literaturübersicht gestützten Untersuchung den Begriff Würde folgendermaßen definiert: Würde ist ein dem Menschen inhärentes Charakteristikum, es kann subjektiv als Attribut des Selbst wahrgenommen werden, und es manifestiert sich in einem Verhalten, das Respekt vor sich selbst und vor den anderen zeigt.¹²

c) Würde aus der Sicht älterer Menschen in Krankenhaus- oder Langzeitbetreuung

In Interviews von 22 englischen Patienten mit einem Alter von 73 und 83 Jahren, die zu Hause, kurz nach ihrer Entlassung aus einer Spitalsbehandlung, erfolgt sind, wurde die Bewahrung der Unabhängigkeit als eine der wichtigsten Faktoren zur Aufrechterhaltung von Würde angesehen.¹³ Als weitere Faktoren wurden genannt: Schutz der Intimsphäre, Sauberkeit, Respekt vor dem alten Menschen, einfühlsame und ausreichende Kommunikation. Bei mehreren Untersuchten wurde auch Angst vor einem Verlust von Selbstständigkeit und Autonomie im Falle einer Demenz geäußert.

Selbstständigkeit und Autonomie als Bestandteil der Würde sowie Verlust von Würde durch Nichtbeachtung, durch Probleme in der Konversation und durch Fehlen der Intimsphäre ziehen sich wie ein roter Faden auch durch frühere, auf Interviews basierende Untersuchungen an älteren Menschen.¹⁴ Erschreckend sind Hinweise, dass ältere Menschen aus Furcht vor Vergeltungsmassnahmen von Beschwerden Abstand nehmen.¹⁵ Eine in mehreren europäischen Staaten durchgeführte Untersuchung an 392 älteren Heimbewohnern und an 424

Pflegepersonen hat aufgezeigt, wie sehr der Kommunikationsstil Würde gefährden, aber auch zur Würde beitragen kann.¹⁶ Eine angemessene Anrede, Zuhören, Anbieten von Wahlmöglichkeiten, eine respektvolle Sprache, die Höflichkeit und Privatsphäre berücksichtigt, vermittelten älteren Menschen Selbstwert und Würde. Obwohl sich die Pflegepersonen des Wertes einer guten Kommunikationspraxis bewusst waren, wurde diese doch häufig nicht angewendet. Zeit- und Personalmangel, überbordende Bürokratie und mangelnde Aufmerksamkeit wurden als Hinderungsgrund angegeben.

Auch aus dem deutschen Sprachraum liegen Daten vor. So wurde der Stellenwert von Würde an 20 Bewohnern von 15 Pflegeheimen im Raum Dortmund und München analysiert, wobei die Vorstellungen zu einem würdevollen Lebensende den Schwerpunkt der Interviews darstellten.¹⁷ Die Befragten benötigten in einer vierstelligen Skala einen Pflegeaufwand von 0 bis 3 (4 = höchster Pflegeaufwand) und hatten keine Demenz. Aus den Interviews hatte die Autorin Antworten unterschieden, die sich auf eine „intrapersonale“, also in der Person selbst ruhenden Würde von einer solchen, die sich auf eine „relationale“, sich aus sozialen Bezügen ergebenden Würde ableiten. Die intrapersonale Würde wurde von den Bewohnern häufig als von Gott verliehen angesehen, entsprach also einem christlichen Würdebegriff. Eine auf eine säkulare Ethik aufbauende Interpretation konnte aus den Interviews nicht abgeleitet werden. Dies werde sich nach Ansicht der Autorin in der kommenden Generation älterer Menschen ändern. Die relationale Würde basierte überwiegend auf sozialen Netzwerken, die bei Heiminsassen oft nicht mehr vorhanden sind. Krankheiten, die mit einem Angewiesensein auf Pflege einhergehen, wurden für die größte Bedrohung der Würde gehalten. Diese Ansicht basierte auf der Vorstellung, dass die Pflege, die nach Verlust der Selbstständigkeit notwendig werde, mangelhaft sei. Daraus leitete sich die Vorstellung ab, dass ein würdevoller Tod ein „zeitgerechter“ Tod sei, der noch vor Verlust von Selbst-

ständigkeit und Autonomie erhofft wird und auch ein bewusstes „Abschiednehmen unter nahestehenden Personen“ gewährleistet. Der Wunsch den Zeitpunkt des Todes aktiv zu beeinflussen wurde allerdings nicht geäußert. „Anderen nicht zur Last fallen“ war ein Wunsch, der vieles in sich vereinte. Einzelaspekte wie „Würde bis zuletzt bewahren“, „aktiv bleiben bis zuletzt“, „den eigenen Willen respektieren und Sterben zulassen“, „schmerzfrei bleiben“ waren darin inkludiert.

d) Würde aus der Sicht von Menschen mit Demenz

In der medizinischen Literatur finden sich kaum Arbeiten über Würde aus der Sicht von Patienten mit Demenz. Dies ist verständlich, da Patienten mit fortgeschrittener Demenz nicht im Stande sind, sich zu diesem Thema zu äußern. Doch besitzt vieles, das von älteren, nicht dementen Menschen in Betreuungsinstitutionen zur Würde geäußert wurde, auch für ältere Menschen mit Demenz Gültigkeit, da sie aus eigenem Erleben mit den Problemen der an Demenz erkrankter Mitbewohner vertraut waren. Eine der wenigen Untersuchungen, die auf Interviews von Patienten mit früher Alzheimer-Demenz basiert, hatte zum Ziel, aufzuzeigen, wie Erkrankte und deren Angehörige Entscheidungen, die aus ethischer Sicht belastend waren, beschreiben.¹⁸ Sowohl die Anerkennung der Würde als ein mit dem Menschsein verbundenes Wesensmerkmal wie auch die Aufrechterhaltung von Identität und Autonomie sind von Patienten und Angehörigen bevorzugt thematisiert worden.

Wenn auch nicht direkt auf Interviews basierend, waren Alzheimer-Patienten bei der Erstellung von „Leitlinien zur Ethik der Betreuung von Menschen mit Alzheimer’scher Erkrankung“ wesentlich beteiligt.¹⁹ Diese Leitlinien wurden von einem multiprofessionellen Team, bestehend aus Patienten mit milder Demenz, deren Angehörigen, Personen aus dem Pflegebereich, Ärzten, Ethikern und Juristen, erstellt. Die Basis zu diesen Leitlinien lag aber zuallererst in einer aufmerksamen Be-

obachtung und Berücksichtigung der Meinungen von Patienten und Angehörigen. Daraus wurden induktiv allgemeine Leitlinien erarbeitet. Aus diesen Leitlinien kann daher ebenfalls, wenn auch nur indirekt, auf die Sicht der Patienten zu Aspekten der Würde rückgeschlossen werden.

Diskussion

Im Folgenden wird der Begriff „Menschenwürde“ im Sinne Nordenfelt’s als ein für alle Menschen gleich geltendes und allen Menschen inhärentes unveränderbares Wesensmerkmal gebraucht werden,²⁰ während andere Dimensionen von Würde verkürzt als Würde der Identität bezeichnet werden.

Ein Großteil der in medizinischen Fachjournalen publizierten empirischen Untersuchungen zur Würde im Alter stammt aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum. Möglicherweise treffen nicht alle daraus gezogenen Analysen auch für unser Land zu. Dies wird eine ausführliche empirische Untersuchung über „Würde und Autonomie im Kontext geriatrischer Krankenpflege“, die in Österreich derzeit in Ausarbeitung steht, klären.²¹

Versucht man aus empirischen Untersuchungen die Fülle der Meinungen Betroffener zusammenzufassen, so steht zunächst einmal die Sorge um die Aufrechterhaltung der Würde im Vordergrund. Es ist der Verlust von Identität und Autonomie unter den Bedingungen von Betreuungsinstitutionen, der zunächst als Bedrohung der Würde gesehen wird. Die Studien zeigen, wie dies auch Gallagher und Mitarbeiter analysiert haben, vier Bereiche, die für die Betroffenen allergrößte Bedeutung besitzen.²²

1. Umfeld der Pflege (Verletzungen der Intimsphäre, mangelhafte Waschräume und Toiletten, Zimmer ohne Geschlechtertrennung, Vernachlässigung der Einrichtung).
2. Verhalten und Einstellung der Betreuungspersonen (Intoleranz, Ungeduld, Bevormundung, Mangel an Respekt).
3. Pflegekultur (Werte und „Stil“ der Abteilung, Beachtung der Patientenautonomie und Men-

schenwürde, Berücksichtigung kultureller Unterschiede).

4. Spezifische Pflegeaktivitäten, die Würde gefährden können (Ernähren, Ankleiden, Baden, Toilettengang, etc.).

Jeder dieser vier Bereiche wird von den Betroffenen zunächst als Bedrohung der Würde der Identität gesehen, die häufig mit dem Verlust der Autonomie einhergeht. („... and you can't look after yourself, all your private things. You can't go on your own, I just pray it never happens to me, I just could not tolerate it.“²³; „...und das ist für mich ein Grauen, dass ich unter Umständen von morgens bis abends und von abends bis morgens im Bett liegen muss und darauf angewiesen bin, dass jeder Handgriff, der zu meiner Betreuung und Pflege notwendig ist, von einem fremden Menschen gemacht werden muss. Dass ich das alles nicht mehr alleine kann, das ist für mich ein Schrecken. Und ich sage ganz ehrlich, ... wenn ich bete, bete ich auch darum, dass mir das erspart bleibt.“²⁴; „Ja, ja, das ist schlimm, gell. Wenn du den Verstand nicht mehr hast, dann ist man bald nichts mehr wert, gell.“²⁵). Alle vier Bereiche besitzen auch Aspekte der dem Menschen inhärenten „Menschenwürde“. Wenn wir die Benutzer einer Einrichtung als Personen ernst nehmen, werden wir ihre „Menschenwürde“ achten und uns bemühen, die Räumlichkeiten in gutem Zustand zu halten, während Zimmer ohne Geschlechtertrennung eine Verletzung der Identität darstellen. Alte Menschen mit ihren Vornamen oder Kosewörtern anzureden, kann je nach Blickwinkel eine Verletzung der „Menschenwürde“ und eine Verletzung der Würde der Identität sein etc. Von den Betroffenen selbst wurden die Aspekte der allen in gleicher Weise inhärenten „Menschenwürde“ seltener verbalisiert („Dignity is about respect not just ensuring physical dignity. It is about listening patients and valuing them“²⁶; „All people have dignity because they are individuals and a special creation. It is unique to people.“²⁷; „... dass der Mensch trotz seines Alters beachtet wird. Dass man ihn schätzt. Dass man ihn nicht, weil er alt

ist, in die Ecke stellt, weil er nicht mehr kann oder weil es nicht mehr geht. ... Die Würde, die ist eines der höchsten Güter, die der Mensch hat, möchte ich sagen.“²⁸ Ob die Einstellung „Menschenwürde“ auf einer religiösen oder auf einer säkularen Sicht ruht, geht nur aus wenigen Aussagen der Betroffenen hervor. In den Daten einer Untersuchung aus Deutschland basiert „Menschenwürde“ allerdings mehrheitlich auf dem theologisch begründeten Argument der Gottebenbildlichkeit, wonach jedem Menschen Würde zukommt.²⁹ Daher können Menschen diese Würde auch nicht verlieren, wie im folgenden Zitat hervorgehoben wird: „Als Christ ist meine Würde in Jesus begründet. Die kann mir niemand nehmen, diese Würde, auch wenn er noch so, wenn er noch so böse ist, kann mir keiner nehmen, nicht?“³⁰ Diese Einstellung verleiht der „Menschenwürde“ eine Unantastbarkeit im Gegensatz zur verletzlichen und verlierbaren Würde der Identität. Sie bietet dem Betroffenen somit in allen Situationen eine Schutzzone, aus der heraus er allen Verletzungen der Menschenrechte widerstehen kann. Diese Sicht ist in ihrer Absolutheit nur durch einen theologischen Deutungshorizont verstehbar.

Analysen von Berichten Betroffener ermöglichen eine auf Empirie basierende und induktive Entwicklung des Konzeptes Würde. Anders als bei einem theoretischen und deduktiven Zugang steht das aufmerksame Anhören von Berichten Betroffener am Beginn der Konzeptentwicklung. Die Ergebnisse des induktiv empirisch gefundenen Würdekonzeptes lassen sich gut in theoretische Konzepte von Würde integrieren. Sie besitzen aber gegenüber theoretischen Konzepten den Vorteil, die tatsächlichen ethischen Probleme, denen der Betroffene täglich ausgesetzt ist, schärfer in den Blick zu bekommen. Vor allem sind sie ein brauchbares Instrument, Missachtung und Verletzungen von Würde aufzuzeigen und bewusst zu machen. Empirische Analysen bieten somit auch einen geeigneten Ausgangspunkt zur Beseitigung würdelosen Verhaltens.³¹ Letztendlich kommen aber in den empirisch angelegten Untersuchungen jene zu Wort, die bis

her kaum gehört wurden und die keine eigene Stimme hatten. Auch dies ist ein Wechsel vom Objekt zum Subjekt und zu Wiedererlangung von Würde.

Referenzen

- 1 Pfabigan D., *Menschenwürde und pflegerisches Handeln*, Wien Med Wochr (2007); 157: 193-195
- 2 Nordenfelt L., *The variety of dignity*, Health Care Anal (2004); 12: 69-81
- 3 Nordenfelt L., siehe Ref. 2
- 4 Pullman D., *Death, dignity, and moral nonsense*, J Palliat Care (2004); 20: 171-178
- 4 Jacobson N., *Dignity and health: a review*, Soc Sci Med (2007); 64: 292-302
- 5 Jacobson N., *A taxonomy of dignity: a grounded theory study*, BMC Int Health Hum Rights (2009); 9: 3
- 6 Hawrylook L., *Lost in translation: dignity dialogues at the end of life*, J Palliat Care (2004); 20: 150-154
- 7 Macklin R., *Dignity is a useless concept*, Br Med J (2003); 327: 1419-1420
- 8 Haddock J., *Towards further classification of the concept „dignity“*, J Adv Nurs; (1996); 24: 924-931
- 9 Department of Health, *„Dignity in Care“ public survey*, (2006), http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4139552
- 10 Woolhead G. et al., *Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think?*, Age Ageing (2004); 33: 165-170
- 11 Harrefors C. et al., *Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden*, Scand J Caring Sci (2009); 23: 353-360
- 12 Jacelon C. et al., *A concept analysis of dignity for older adults*, J Adv Nurs (2004); 48: 76-83
- 13 Webster C., Bryan K., *Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment*, J Clin Nurs (2009); 18: 1784-1792
- 14 Calnan M. et al., *Older people. Courtesy entitles*, Health Sev J (2003); 113: 30-31
- Scott P. A. et al., *Autonomy, privacy and informed consent 3; elderly care perspective*, Br J Nurs (2003); 12: 158-168
- Sacco-Peterson M., Borell L., *Struggles for autonomy in self-care: the impact the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting*, Scand J Caring Sci (2004); 18: 376-386
- Woolhead G. et al., *„Tu“ or „Vous?“ A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings*, Patient Edu Couns (2006); 61: 263-271
- 15 Calnan M. et al., siehe Ref. 14
- 16 Woolhead G. et al., siehe Ref. 14
- 17 Pleschberger S., *Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the resident's view*, Age Ageing (2007); 36: 197-202
- Pleschberger S., *Bloß nicht zur Last fallen. Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*, Dissertation (2004), Justus Liebig Universität Gießen, <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2005/2157/index.htm>
- 18 Sorrell J., *Struggling to do the right thing. Stories from people living with Alzheimer's disease*, J Psychosoc Nurs (2005); 43(7): 13-16
- 19 Post S. G., Whitehouse P. J., *Fairhill guidelines on ethics of the care of people with Alzheimer's disease: a clinical summary*, J Am Geriatr Soc (1995); 43: 1423-1429
- Fisk J. D. et al., *Ethical guidelines of the Alzheimer society of Canada*, Can J Neurol Sci (1998); 25: 242-248
- Cohen C. et al., *Ethical issues in Alzheimer Disease: the experience of a national Alzheimer society task force*, Alzheimer Dis Assoc Disord (1999); 13: 66-70
- 20 Nordenfelt L., siehe Ref. 2
- 21 <http://www.dieuniversitaet-online.at/beitraege/news/wuerde-und-autonomie-in-der-altenpflege-eine-uto-pie/543/neste/4.htm>
- 22 Gallagher A. et al., *Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature*, BMC Nurs (2008); 7: 11
- 23 Webster C., Bryan K., siehe Ref. 13
- 24 Pleschberger S. (2004), siehe Ref. 17
- 25 Pleschberger S. (2004), siehe Ref. 17
- 26 Department of Health, siehe Ref. 9
- 27 Jacelon C. et al., siehe Ref. 12
- 28 Pleschberger S. (2004), siehe Ref. 17
- 29 Pleschberger S. (2007), siehe Ref. 17
- Pleschberger S. (2004), siehe Ref. 17
- 30 Pleschberger S. (2004), siehe Ref. 17
- 31 Örvulv L., Nikku N., *Dignity work in dementia care*, Dementia (2007); 6: 507-524
- Hall S. et al., *A phase II randomised controlled trial assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of dignity therapy for older people in care homes: study protocol*, BMC Geriatr (2009); 9: 9



Edwards

Helping patients is our life's work, and

life is now

Edwards Lifesciences Austria GmbH

Anton-Baumgartner-Str. 125/1/6 · A-1230 Wien,

Tel: +43-1-242 20-0 · Fax: +43-1-242 20-150 ·

Email: edwards_austria@edwards.com · www.edwards.com/Europe

Ingrid Fischer, Brigitte Leicht

Die Rolle der Pflege unter Wahrung der Würde im Alter

The Role of Nursing in Respecting the Dignity of the Aged

Zusammenfassung

Die demografische Entwicklung führt zu einem höheren Bedarf an professioneller Pflegeleistung. Statt einen Menschen zu einem Pflegeempfänger zu degradieren, werden neue Pflegekonzepte, Modelle und Pflegetechniken herangezogen, um ein höheres Maß an Selbstbestimmung und Aktivierung für Betagte zu erreichen. Diese Ansätze orientieren sich an den verbliebenen Fähigkeiten und Ressourcen der Patienten. Ein rechtlicher Schutz wurde durch das Heimaufenthaltsgesetz geschaffen, da damit das Setzen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen klar geregelt und kontrolliert wird. Selbstbestimmung und Würde scheinen manchmal sehr widersprüchlich. Welche Richtung ist einzuschlagen, wenn ein Patient nun nicht mehr der Mensch ist, den man in seiner Lebensmitte kennen gelernt hat? Pflegenden stehen mittlerweile viele Ansätze zur Verfügung, die sie in Beantwortung dieser Frage unterstützen können. Wichtig bleibt allerdings neben aller Professionalität und Kompetenz die Auseinandersetzung mit dem einzelnen Menschen.

Schlüsselwörter: Biografiearbeit, Validation, Kinästhetik, Pflegeprozess, freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Abstract

The demographic development leads to a rising need of professional patient nursing. In trying to avoid a devaluation of persons to mere nursing receivers, new concepts, models, and techniques for caring had to be developed in order to maintain a high degree of autonomy and activity of aged people. These measures are individually based on the abilities and resources of a given patient. A legal support was created by a recent law, regulating and controlling admission to nursing homes as well as to application of restraints. Autonomy and dignity can be conflicting, when the personality of a patient has markedly changed by aging. Yet, the nursing staff, nowadays, has adopted several models to deal with such questions. It is of foremost importance to respect an individual in her/his human dignity beyond professionalism and competence.

Keywords: Biographical Workup, Validation, Kinaesthetic, Process of Nursing, Restraints

DGKS Ingrid Fischer, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, Krankenpflegeschule SMZ-Ost
Ingrid.Fischer@wienkav.at

DGKS Brigitte Leicht, Stv. Pflegedirektorin, Ober- schwester der 1. und 3. Med. Abteilung, SMZ-Ost
Brigitte.Leicht@wienkav.at

Beide: Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Donau- spital, Langobardenstraße 122, A-1220 Wien

Betrachtet man die demografische Entwicklung und die nachhaltige Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung in Österreich, ist das Thema „Altern in Würde“ ein wahrlich zukunftsträchtiges Thema.

Eine immer höhere Zahl an betagten Menschen steht einer immer kleiner werdenden Gruppe von jungen Menschen gegenüber. Parallel zu diesem Wandel ändern sich auch die Haushalts- und Familienstrukturen. Die Abkehr von der Großfamilie, die steigende Anzahl an Einpersonenhaushalten und die demografische Entwicklung führen zu einem höheren Bedarf an professioneller Pflegeleistung, sowohl in Form von Pflegeeinrichtungen als auch innerhalb der eigenen vier Wände.

1. Ein Umdenken findet statt

Lange Zeit stand das Paradigma einer „Warm-, Satt-, Sauber-Pflege“ im Vordergrund, egal ob im Krankenhaus oder im Langzeitpflegebereich. Pflegepersonen waren früher der Meinung, dass es ausreichen würde, wenn nur genügend medizinische und pflegerische Serviceleistungen angeboten würden. Pflegende übernahmen mitunter Handlungen am Patienten, die dieser oft noch selbst durchführen hätte können. Damit wurde so mancher Mensch durch wohlgemeinte Empathie „ins Bett gepflegt“.¹ Der moderne Ansatz der aktivierenden Pflege (nur was trainiert wird, bleibt erhalten) fehlte vielfach.

Auch heute sind teilweise die Erwartungen an die Pflege von diesem alten Bild geprägt. Wenn der Patient angehalten wird, vorhandene Fähigkeiten zu nutzen, um möglichst viel selbst zu machen, haben Angehörige den Eindruck, dass nicht ordentlich gepflegt wird. Viel Aufklärungsarbeit und mitunter Konflikte erfolgten und erfolgen immer noch aufgrund dieses Paradigmenwechsels.

Im Laufe der 80er-Jahre begann ein Umdenken, und die Bedürfnisse sehr alter und hochbetagter Menschen rückten immer mehr in den Mittelpunkt. Pflegemodelle, Pflegekonzepte und Pflegetechniken wurden entwickelt, die ein würdevolles Begleiten unserer alten Generation möglich machen. Diese Konzepte und Pflegetechniken sind so vielfältig,

wie der Bedarf und die Bedürfnisse von betagten Menschen unterschiedlich und vielfältig sind.

2. Würde im Alter

Jeder Mensch hat ein Recht auf Selbstbestimmung, Eigenständigkeit und Würde. Professionelle Pflege fördert aufgrund ihres Wissens und ihrer Kompetenz ein würdevolles Altern.

Die Herausforderung für Pflegende besteht darin, den betagten Menschen in all seiner Vielfalt und Individualität anzunehmen, ihn zu betreuen und seine zunehmenden Defizite mit ihm gemeinsam zu meistern. Ziel muss sein, Gesundheit, Selbstständigkeit und die Selbstbestimmung zu bewahren und bis in das hohe Alter zu erhalten.

Dieses Ziel ist hoch und oft schwierig zu erreichen. Manche Menschen sind auch im hohen Lebensalter in der Lage selbstbestimmend zu leben. Sie zeigen und artikulieren klar und deutlich ihre Bedürfnisse und Wünsche. Diese Stimme verstummt aber sehr oft mit zunehmender Abhängigkeit.

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bekommen mit ihrer Ausbildung ausgezeichnete Grundlagen auf ihren beruflichen Weg mit, um den zu betreuenden Menschen in seiner Gesamtheit wahrzunehmen und all seine noch vorhandenen Fähigkeiten zu stärken.

Mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wurde die gesetzliche Basis geschaffen, den Pflegeprozess (Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Ziele, Pflegemaßnahmen und Evaluation) flächendeckend und verbindlich einzusetzen. Das bedeutet, dass der Patient mit all seinen Bedürfnissen, Wünschen, Defiziten und Ressourcen im Mittelpunkt steht. Somit unterstützt der Pflegeprozess eine individuelle und würdevolle Betreuung.

3. Das Alter und seine Facetten

Alter lässt sich unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachten. Es gibt das kalendarische Alter, den biologischen und auch den sozialen Aspekt des Alterns.²

Das kalendarische Alter gibt keinen Hinweis

darauf, wie sich der Mensch fühlt und welche Fähigkeiten er mitbringt. Das biologische Altern geht oft mit zunehmenden Einschränkungen einher, die sich durch Nachlassen der Sinnesorgane, körperliche Einschränkungen und manchmal auch kognitive Defizite bemerkbar machen. Diverse Studien belegen den Anstieg an demenziellen Erkrankungen mit zunehmendem Lebensalter und somit den Bedarf einer entsprechenden Versorgung dieser Patientengruppe.

Neben dem biologischen Aspekt ist auch die soziale Komponente des Alterungsprozesses maßgeblich, die dem betagten Menschen zur Last werden kann. Soziale Kontakte werden weniger, Vereinsamung und Lebensängste können sich einstellen. Stürze im hohen Lebensalter, einer der häufigsten Einweisungsgründe in Pflegeeinrichtungen, können ein vormals positives Lebenskonzept völlig zum Erliegen bringen. Im hohen Alter oder durch krankheitsbedingte Einschränkungen gesellt sich noch Angst vor Pflegeabhängigkeit und dem daraus folgenden Kontrollverlust.

4. Verschiedene Ansätze und Konzepte

Viele der aktuellen pflegerischen Modelle, Konzepte und Pflegetechniken haben als Grundlage einen Ansatz, der auf den vorhandenen Ressourcen und (Rest-)Fähigkeiten der gepflegten Patienten beruht. Damit wird ein hohes Maß an Selbstbestimmung der zu pflegenden Menschen ermöglicht.

Diese Ansätze, Konzepte und Pflegetechniken ergänzen einander und sind durch fließende Übergänge geprägt. Pflegepersonen haben durch ihr Wissen und ihre Kompetenz über diese Konzepte eine breite Palette an Möglichkeiten, um auf den Bedarf der betagten Menschen einzugehen. Ein Grundkonzept, welches am Anfang einer guten Langzeitpflegebetreuung steht, ist die *Biografiearbeit*. Jeder Mensch hat seine persönliche Geschichte, seine Biografie. Für Pflegende bedeutet es, biografisch zu erheben, wer dieser Mensch ist, der ihnen anvertraut wird. Grundsatz dabei ist, zuzuhören und zu fragen, zu fördern und zu fordern,

aber niemals zu überfordern. Pflegende erfahren, wie dieser Mensch aufgewachsen ist, was für ihn in bestimmten Situationen „normal“ und üblich ist (z. B. ob er lieber duscht oder badet, was er gerne trinkt, welche Musik ihm wichtig ist,...). Die Kenntnis der persönlichen Lebensgeschichte hilft auch bei der Auswahl der Angebote für Ergotherapie und für individuelle Animationsprogramme. Durch sinnvolle Lebensgestaltung ist es möglich, die Selbstkompetenz möglichst lange zu erhalten. Einige aufschlussreiche Grundfragen sind:

- Welche Menschen waren im Leben wichtig?
- Was waren die Lieblingsbeschäftigungen?
- Worauf reagierte sie/er am meisten (Töne, Düfte, Bilder)?
- Gibt es Fotos oder andere Erinnerungsstücke?
- Gibt es Schlüsselerlebnisse im Leben (positive oder negative)?

Schon beim Erheben dieser Biografie rückt der zu pflegende Mensch in den Mittelpunkt. Er ist nicht Pflegeempfänger, sondern hat die Chance, als Erzähler seine eigene Lebensgeschichte darzulegen. Seine Persönlichkeit bleibt erhalten, und er kann sich wieder als der sehen, der er war. Die persönliche Biografie bietet somit eine gute Basis für den Aufbau von pflegerischer Beziehung zwischen Klient und Pflegenden.³

Sind Patienten auf Grund ihrer kognitiven Einschränkungen nicht mehr im Stande für sich selbst zu sprechen und zu erzählen, ist es hilfreich, nahe Angehörige zu befragen. Angehörige können auf diesem Weg ihre Erfahrungen, ihr Wissen und auch ihre Wünsche einbringen und bekommen somit das Gefühl, einen wichtigen Beitrag im Betreuungskonzept der Pflege einbringen zu können. Man könnte durchaus behaupten, dass damit bereits ein Grundstein für eine gute Angehörigenarbeit gelegt wird.

Was bringt die Kenntnis der Biografie?

Erinnerungen, Fotos von früher, bestimmte Musikstücke können erhebliche Bedeutung besitzen und zeitlebens emotional stark besetzt bleiben. Beim Hören dieser Musikstücke wird durch

die hohe emotionale Bindung auch die Erinnerung stark angesprochen. Durch diese Erinnerungen kann der Patient wieder motiviert werden, Tätigkeiten zu übernehmen oder wieder neu zu erlernen.

Oft kann der erkrankte Mensch seine Bedürfnisse, Gefühle und Ängste nur noch schwer in Worte kleiden. Er muss zulassen, dass andere sein Verhalten interpretieren. Biografiearbeit stellt den zu Pflegenden in den Mittelpunkt professioneller Pflege, bejaht seine Identität und erlaubt ihm eine Mitgestaltung am Betreuungsprozess.

Erlauben es die baulichen Rahmenbedingungen, ist das Konzept der Gartentherapie gut umsetzbar. Bei der *Gartentherapie* werden nicht nur Lebensfreude, Selbstwertgefühl und Kreativität gefördert, sondern auch Mobilität, Geschicklichkeit und mentale Funktionen erhalten und verbessert. Darüber hinaus können an schönen Tagen sogar die Mahlzeiten im Freien eingenommen werden. Bettlägerige können ebenfalls den Garten nutzen, um so Sonne und Luft wieder „hautnah“ zu erleben. In Kochgruppen wird frisch Geerntetes verarbeitet, anschließend in Gesellschaft verzehrt oder für diverse Feste aufbereitet. So erlangen auch Hochbetagte das Gefühl des „Gebrauchtwerdens“ und der aktiven Teilnahme am Lebensgeschehen.

Viele betagte Menschen sind mit Tieren aufgewachsen und haben zu diesen meist eine enge Beziehung aufgebaut. Die Verantwortung und Freude, die daraus resultieren, können wir heute in den Langzeitpflegealltag hereinholen. Seit Anfang der 60er-Jahre wird die Therapie mit Tieren wissenschaftlich erforscht.

Tiergestützte Therapie ist eine wissenschaftlich anerkannte Methode und überaus wirksam bei Patienten mit Sprach- und Bewegungsstörungen, Schlaganfallpatienten, Patienten mit Morbus Alzheimer u. v. m. Was Menschen oft nicht gelingt, schaffen Tiere in kürzester Zeit. Sie bringen Menschen dazu zu kommunizieren, bringen sie zum Lachen, geben ihnen neuen Lebensmut und regen längst verloren geglaubte Fähigkeiten an.⁴

Vor einer großen Herausforderung stehen An-

gehörige und Pflegende immer, wenn das Handeln und Tun samt guten Konzepten an Grenzen stoßen. Dies geschieht häufig bei Menschen mit mangelhafter Orientierung. Die Menschen verstehen oft im wahrsten Sinn des Wortes die Welt nicht mehr und ziehen sich dorthin zurück, wo alles besser und schöner war – in die eigene Jugend oder sogar in die Kindheit. Die Realität bringt für diese Menschen manchmal Ängste und Unruhe. Sie reagieren darauf mit einem Verhalten, das für die Umwelt irritierend und störend ist. Oft wird darauf mit einer Einweisung in das Krankenhaus reagiert. Der plötzliche und unvorbereitete Wechsel in eine neue, ungewohnte und ungewollte Umgebung ver(w)irrt den betagten Menschen noch mehr.

Desorientierte Personen leben aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen stark im Gefühl, das von Pflegenden und Angehörigen verlangt, sich bewusst auf diese emotionale Ebene zu begeben, und zwar in einer sehr authentischen und wertschätzenden Form.

Validation

Naomi Feil, Sozialwissenschaftlerin und Gerontologin aus Cleveland, Ohio, hat zwischen 1963 und 1980 als hilfreiches Werkzeug für Pflege- und Betreuungspersonen, aber auch für pflegende Angehörige die *Validation* entwickelt.

Validation ist eine Methode, um mit desorientierten, sehr betagten Menschen zu kommunizieren. Diese Technik hilft Stress abzubauen und ermöglicht diesem Personenkreis, Würde und Glück wieder zu erlangen. Validation basiert auf einem empathischen Ansatz und einer ganzheitlichen Erfassung des individuellen Menschen. Indem man „in die Schuhe“ eines anderen Menschen schlüpft und „mit seinen Augen“ sieht, kann man in die Welt der desorientierten Menschen vordringen und die Gründe für ihr manchmal seltsames Verhalten enträtseln.

Die Validationstheorie hilft uns zu verstehen, dass viele sehr alte, desorientierte Menschen sich im letzten Abschnitt ihres Lebens befinden und danach streben, unerledigte Aufgaben aufzuarbeiten,

um in Frieden zu sterben. Diese letzten Anstrengungen sind von wesentlicher Bedeutung, und Validations-Anwender können sie dabei unterstützen. Mittels Validations-Techniken wird den Patienten die Möglichkeit geboten, sich verbal oder nonverbal auszudrücken. Wenn ältere, desorientierte Menschen Gefühle ausdrücken können, die sie oft jahrelang unterdrückt hatten, nehmen die damit verbundenen Spannungen ab, sie kommunizieren besser und werden weniger häufig in ein nächstes Stadium der Desorientierung abgleiten.⁵

Ein völlig anderes Konzept mit einem ganz anderen Zugang, um Lebensqualität und wertschätzende Pflege für betagte Menschen zu bieten, ist das Konzept der *Kinästhetics*. Es geht von dem Grundthema aus, dass „das Leben Bewegung, und Bewegung Basis für Leben ist“. Der Begriff *kinesis* (griech.) bedeutet Bewegung und *aisthesis* bezeichnet die Empfindung oder Sinneswahrnehmung. Demnach ist *Kinästhetics* ein Lernkonzept zur Entwicklung und Erhaltung der Gesundheit über die Förderung der Bewegungskompetenz und wurde in den 80er-Jahren von Frank Hatch und Lenny Maietta (USA) entwickelt.⁶ Grundlage dieses Konzeptes ist die Verhaltenskybernetik.

Kinästhetics hat in den letzten Jahren innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege reges Interesse gefunden, da es einerseits den gesundheitsfördernden Aspekt für die Pflegenden selbst stärkt, andererseits die Selbstbestimmung des Patienten unterstützt und fördert. Im Grundkurs lernen Pflegende zunächst ihren eigenen Körper kennen und üben Bewegungsabläufe, wie sie am besten den Patienten ohne Kraftanwendung bewegen können. Die konkrete Umsetzung führt dazu, dass der Patient nicht mehr gelagert, gehoben und geschoben wird, sondern dass seine vorhandenen Ressourcen ausgeschöpft werden, damit er möglichst viel an Bewegungsabläufen selbst übernimmt.⁷

Das Recht der betagten Menschen, die eigene Bewegungskompetenz zu erhalten sowie das Bestreben, diese beim zu Pflegenden zu fördern und spürbar zu machen, sind somit das zentrale Ele-

ment von *Kinästhetics*. Schon verloren gemeinte Fähigkeiten werden durch gezielte Anleitung und sensible Unterstützung geweckt. Patienten sind oft überrascht, was sie alles noch können und fühlen. Dadurch entsteht ein höheres Maß an Selbstbestimmung und Lebensqualität.

5. Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG)

Mit 1. Juli 2005 trat das HeimAufG in Kraft. Es ist ein Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Mit diesem Gesetz, soll einerseits das zu schützende Gut der persönlichen Freiheit jener Menschen wahrgenommen werden, die nicht für sich sprechen, handeln oder eintreten können (lt. HeimAufG sind das Menschen, die psychisch krank oder geistig behindert sind). Andererseits soll damit eine Grauzone beseitigt werden, die Träger von Pflegeeinrichtungen und deren Mitarbeiter bei der Entscheidung, ob und in welchem Umfang Freiheit beschränkt werden darf, unterstützt. Eine Freiheitsbeschränkung ist nur dann zulässig, wenn neben der psychischen Erkrankung eine Gefährdungssituation vorliegt und diese schwerwiegende Gefahr durch keine anderen Maßnahmen abgewendet werden kann.⁸

Untersuchungen zeigen, dass es eine Hochrisikogruppe gibt, für die freiheitsbeschränkende Maßnahmen in Frage kommen.⁹ In diese Risikogruppe gehören betagte Menschen mit Sturzrisiko, eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten und/oder psychomotorischer Unruhe bzw. fordernden Verhaltensweisen. Erfahrungen der überprüfenden Instanz für das HeimAufG, die Bewohnervertretung, zeichnen ein ähnliches Bild. Demnach sind Stürze häufig Auslöser für freiheitsbeschränkende Maßnahmen.

Dem gegenüber steht eine Aussage im „Expertenstandard Sturzprophylaxe“, die deutlich Abstand davon nimmt, dem Sturzrisiko durch Beschränkung der persönlichen Freiheit zu begegnen.¹⁰ Dort werden Maßnahmen gefordert, die eine sichere Mobilität der Patienten fördern und das Sturzrisiko mindern.

Was sind nun sogenannte „gelindere Maßnahmen“, die lt. HeimAufG gefordert sind, um freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Steckgitter, Gurtenfixierungen, medikamentöse Einschränkungen...) hintan zu halten? Diese Maßnahmen orientieren sich in erster Linie daran, was der Patient an Gefährdungssituation bietet und worauf der individuelle Mensch reagiert.

Diese gelinderen Maßnahmen reichen von ablenkenden Gesprächen und Aktivitäten, entsprechenden Pflegekonzepten (Validation, Basale Stimulation...), über Strukturmaßnahmen wie Sturzmatratze, Personifizierung der Bettumgebung, Raumplanung mit Demenzzrundgängen, Antirutschsocken und Niedrigpflegebett bis zu kreativen individuellen Zuwendungen.¹¹ Die Möglichkeiten sind vielfältig und abgestimmt auf den Bedarf des Patienten. Allerdings kann es trotzdem vorkommen, dass alle Bemühungen nicht zum Erfolg führen und eine Freiheitsbeschränkung zum Abwenden der jeweiligen Gefahr als letzte Maßnahme bleibt. Dann hat diese unter Wahrung aller Vorsichtsmaßnahmen und unter Wahrung der Menschenwürde zu erfolgen.

Mit dem HeimAufG ist ein wichtiges Tabuthema im Gesundheitswesen konstruktiv aufgearbeitet worden. Es wurde damit ein gesetzlicher Rahmen zur Wahrung der Autonomie von desorientierten oder behinderten Menschen vorgegeben und ein wichtiger Schritt für ein Altern in Würde gesetzt, denn Freiheit ist letztendlich neben dem Leben das höchste Rechtsgut und ist eng verknüpft mit der Menschenwürde.

6. Selbstbestimmung und Würde ein Widerspruch?

Selbstbestimmung und Würde scheinen manchmal sehr widersprüchlich. Welche Richtung ist einzuschlagen, wenn ein Patient nun nicht mehr der Mensch ist, den man in seiner Lebensmitte kennen gelernt hat?

Demenz und Desorientierung prägen im Hier und Jetzt sein Handeln und seine Bedürfnisse. Be-

deutet nun Würde, das „Jetzt-Sein“ zu akzeptieren? Oder sollen Bedürfnisse und Werthaltungen übernommen werden, die er in Zeiten der Orientierung gelebt und vertreten hat? Selbstbestimmung könnte daher auch so aussehen, dass der nun desorientierte Mensch, der am Zenit seines Lebens großen Wert auf äußeres Erscheinungsbild gelegt hat, sich nicht mehr waschen möchte. Waschen im Sinne seiner Würde oder Nicht-Waschen im Sinne der Selbstbestimmung?

Viele der oben genannten Modelle und Konzepte können bei der Beantwortung dieser Frage hilfreich sein. Durch die Professionalität der Pflege und deren fundierte Ausbildung kann viel an Würde und Selbstbestimmung erreicht werden, allerdings kann sie nie wirklich vollständig beantwortet werden.

Alleine die Auseinandersetzung im Gesundheitswesen ist ein wichtiger Baustein in der Erhaltung der Würde im hohen Lebensalter.

Referenzen

- 1 Böhm E., *Verwirrt nicht die Verwirrten*, Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege, Psychiatrie-Verlag, Bonn (2001)
- 2 Gatterer G., *Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch*, Springer Verlag, Wien, New York (2003)
- 3 Böhm E., siehe Ref. 1
- 4 Feil N., *Validaton. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*, 7. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München (2002)
- 5 Feil N., *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*, 2. Auflage Ernst Reinhardt Verlag, München (2000)
- 6 Hatch F., Maietta L., zitiert nach Asmussen M., *Praxisbuch Kinästhetics: Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik*, Urban Fischer Verlag, München (2006)
- 7 Klein-Tarolli E., Textor G., *Bewegtes „Lagern“*. Positions-Unterstützung nach Esther Klein-Tarolli, Verlag Ingrid Zimmermann, Dorsten (2008)
- 8 Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) § 4, Abs. 1-3
- 9 <http://www.redufix.de/>
- 10 Schiemann D., *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*,

Fachhochschule Osnabrück, Osnabrück (2006)

- 11 Barth P., Engel A., *Heimrecht, Heimaufenthaltsgesetz und die mit dem Heimvertragsgesetz in das Konsumentenschutzgesetz eingefügten Bestimmungen mit ausführlichen Anmerkungen, praxisorientierten Übersichten, Checklists und Musterheimvertrag*, Manz Verlag, Wien (2004)

Clemens Sedmak

Autonomien des Alterns

Autonomies of Aging

Zusammenfassung

In diesem Artikel werden verschiedene Zugänge zum Konzept der „Autonomie“ erörtert. Es wird die Unterscheidung in „bewohnte“ und „unbewohnte Autonomie“ vorgeschlagen. In einem zweiten Schritt wird die Autonomie unter dem Blickwinkel des Alterns geprüft – gestützt auf das reale Lebensbeispiel von Walter und Inge Jens. Vor diesem Hintergrund werden vier Ebenen der Autonomie unterscheidbar. Die letzte Dimension – „Selbthaftigkeit“ – ist mit einem neuen Terminus, der „Lebenstiefe“, verquickt. Diese verweist auf die menschliche Identität, welche durch Bindungen und Formungen des persönlichen Lebens geprägt ist, welches durch eine Ausrichtung von Plänen und Handlungen gestaltet wird. Autonomie sollte überdacht werden, und zwar eher im Sinne von „Selbthaftigkeit“ als von „Unabhängigkeit“.

Schlüsselwörter: Autonomie, Selbthaftigkeit, Altern, Lebenstiefe

Abstract

The article discusses different approaches to the concept of “autonomy” and introduces the distinction between “inhabited” and “non-inhabited autonomy”. In a second step the concept of autonomy is challenged looking at the situation of ageing – using the real life example of Walter and Inge Jens. It is against this background that the article distinguishes four levels of autonomy. The last dimension – “selfhood” – is linked with a new term, “life depth”, which points to human identity characterized by commitments and a person’s life shaped by a direction of plans and actions. Autonomy should be rethought, in terms of “selfhood”, rather than in terms of “independence”.

Keywords: Autonomy, Selfhood, Ageing, Life Depth

Univ.-Prof. MMag. DDDr. Clemens Sedmak,
Professor für Philosophie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Salzburg
Franziskanergasse 1, A-5020 Salzburg
Clemens.Sedmak@sbg.ac.at

1. Autonomie und Selbsthaftigkeit

Autonomie gilt als einer der Leitwerte unserer Kultur. Unter „gutem Altern“ wird mitunter eine Form des Älterwerdens verstanden, die in möglichst vielen Bereichen möglichst lange möglichst viel an Autonomie erhalten lässt. Dabei wird Autonomie als Selbstbestimmung in Form von Entscheidungs- und Handlungsfreiheit bestimmt. Hier steht das Vermögen zur Wahl im Vordergrund;¹ wir haben es mit Autonomie als Entscheidungs- und Handlungskompetenz zu tun. Die autonome Person ist in einem bestimmten Kontext entscheidungs- und handlungsfähig und kann aus verschiedenen Optionen frei wählen. Auf dem Hintergrund dieser Auffassung von Personen kann man Handlungs-subjekte als rational, gleich und frei ansehen, was im philosophischen Liberalismus, wie ihn etwa John Rawls mitgeprägt hat, eine entscheidende Rolle spielt – dabei wird die Idee der Selbstbestimmung in einen überpersönlichen Rahmen eingebettet, innerhalb dessen Entscheidungen getroffen werden.² Eine Reduktion von Wahloptionen scheint nach diesem Verständnis zu einer Reduktion von Autonomie zu führen.

Es ist freilich möglich, den Akzent in der Verwendung des Begriffs „Autonomie“ auch anders zu setzen: Wenn Autonomie wesentlich mit dem „Selbst“ als Träger zu tun hat, kann der Autonomiebegriff wesentlich mit dem Begriff der „Selbsthaftigkeit“ in Zusammenhang gebracht werden. Der Begriff der Autonomie bezieht sich schließlich gerade auch auf „Selbstgesetzgebung“ und damit auf die Fähigkeit, nach selbst gewählten, selbst verfügbaren und eventuell selbst entwickelten Normen leben zu können und leben zu wollen.³ In diesem Sinne bezieht sich der Autonomiebegriff auf die Wahl einer Lebensrichtung, auf die Entscheidung für eine bestimmte Lebensform, die von Lebensplan und Zukunftsperspektive gekennzeichnet ist. Autonomie als Selbstgesetzgebung setzt „Nachdenklichkeit“ voraus, eine Form der Reflexivität, die sich auf Welt, Weltbezug und die eigene Person bezieht. Wenn man Autonomie als Selbstgesetzgebung

versteht, setzt man das Verständnis des „Selbst“ als einer kohärenten Größe, die über „Integrität“ (also eine Form von nichtbeschädigter „Ganzheit“) verfügt, voraus.⁴ Wenn man nun bedenkt, dass im Rahmen der Identitätspsychologie Erik Eriksons⁵ „Integration“ die eigentliche Aufgabe in der Identitätsarbeit der letzten Lebensphase – des Alters – ist, so könnte man auf die Idee kommen, dass sich Autonomie im Alter in einer besonderen Weise darstellt – weniger als die Fähigkeit zu Entscheidungen in einer punktuellen Situation als vielmehr als das Ringen um die Ganzheit der geschichtlich verfassten Selbsthaftigkeit. Das Selbst scheint dann integriert, wenn es im Großen und Ganzen von sich erzählen kann.⁶ Dabei wird Selbsthaftigkeit wesentlich dadurch aufgebaut, dass bestimmte lebensstragende Grundentscheidungen dem Leben Kontur und Richtung geben, wodurch gerade aber auch die Zahl der Wahloptionen eingeschränkt wird. Die Beziehung zu den eigenen Kindern ist beispielsweise identitätsstiftend, „selbstbildend“. Durch diese Kontur des Selbst werden Entscheidungsfreiheiten und Handlungsfreiheiten tatsächlich und in einem handfesten Sinn eingeschränkt.

Wenn man den Konnex zwischen „Autonomie“ und „Selbsthaftigkeit“ betrachtet, dürfte sich folgende Dynamik abzeichnen:

- (i) In der Phase des Aufbaus eines strukturierten Selbst steht die Selbstbestimmung, die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und Handlungsoptionen zu nutzen, im Zentrum.
- (ii) Im Stadium steigender Verantwortung wandelt sich der Autonomiebegriff mehr und mehr von „Selbstbestimmung“ hin zur „Selbstgesetzgebung“ – in dem Sinne, dass ein Mensch mit Verantwortung lebensstragende Entscheidungen trifft, die im Sinne von „existentiellen commitments“⁷ das weitere Leben prägen, ihm Richtung und Tiefe geben, Quellen von Normativität erschließen,⁸ gerade deswegen aber auch die angeführte Selbstbestimmung einschränken.
- (iii) In jenen Lebensabschnitten, in denen die „Handlungsverantwortung“ sinkt und eine

„Gesinnungsverantwortung“ zunimmt,⁹ zeigt sich Autonomie wesentlich als Integration von Selbstbestimmung und Selbstgesetzgebung in einer „Selbsthaftigkeit“ – in der Fähigkeit und Bereitschaft eines Menschen, „er selbst“ oder „sie selbst“ zu sein, mit der ganzen Geschichte, mit allen Erfahrungen und Taten. Eben auch in diesem Sinne hat Autonomie mit Selbstrespekt zu tun.¹⁰

Bewohnte und unbewohnte Autonomie

Auf dem Hintergrund solcher Überlegungen lässt sich eine Unterscheidung einführen, die für das Verständnis von „Autonomie im Alter“ relevant sein kann: Ich möchte auf dem Hintergrund der Beziehung zwischen Autonomie und „Selbst“ eine Unterscheidung einführen, die Unterscheidung zwischen „bewohnter“ und „unbewohnter“ Autonomie. Aleida Assmann hat an einer Stelle zwischen „bewohntem“ und „unbewohntem“ Gedächtnis unterschieden; das bewohnte Gedächtnis ist das Funktionsgedächtnis, das lebendige Gedächtnis einer Gruppe, die aus dem Gedächtnis Identität bezieht; das unbewohnte Gedächtnis ist das Speichergedächtnis, das der Archivierung von Vergangenheit dient, aber keine vitalen Impulse für Verständnis und Bewältigung der Gegenwart vermittelt.¹¹ Entsprechend kann man sich „unbewohnte Autonomie“ als die objektivierende Gesetzgebung eines rationalen Subjekts vorstellen, das insofern ersetzbare Handlungen setzt, als diese auf der Grundlage von Verallgemeinerbarkeit erfolgen. Hier treffen wir auf eine Form der Autonomie, die Selbstgesetzgebung bei einem überpersönlichen und vernünftigen Standpunkt ansiedelt, womit im Grunde genommen alle Menschen zu ähnlichen Gesetzgebungen kommen müssten. Eben hier entsteht die von Bernard Williams im ersten Kapitel seines *Moral Luck* geäußerte Anfrage, auf welche Weise denn bestimmte Projekte oder auch Gesetze und Bestimmungen besondere und persönliche werden können. Christine Korsgaard hat die Frage am Ende ihres letzten Buches so formuliert: „We

construct ourselves from our choices, from our actions, from the reasons that we legislate. But if all reasons, once we legislate them are public, then it seems as if *none* of them are *mine*. Everybody's reasons seem to belong equally to everyone, that is, they have normative force for everyone, and so apparently I have just as much reason to carry out your project as my own.“¹² Das ist die Herausforderung unbewohnter Autonomie, bei der das Subjekt nur als Speicher von Gesetzgebungsprozessen dient, die auch in einem anderen Medium ablaufen könnten. Michael Sandel, um noch ein prominentes Beispiel zu erwähnen, hat die Konzeption von Person und Selbst in Rawls' Theorie der Gerechtigkeit als „unbewohnt“ im skizzierten Sinn kritisiert: „The Rawlsian self is ... an antecedently individuated subject, standing always at a certain distance from the interests it has“.¹³ Dieser Punkt durchzieht in verschiedenen Versionen die Kritik Sandels am Projekt einer liberalen Gerechtigkeitstheorie. Diese Form von Autonomie ist insofern unbewohnt, als kein „besonderes, tiefes, geschichtliches Subjekt“ Träger dieser Autonomie ist.¹⁴

Im Unterschied zu dieser Form von „ersetzbarer Trägerschaft“ treffen wir im Fall von „bewohnter Autonomie“ auf ein strukturiertes Selbst mit „robust identity“. „Robuste Identität“ ist eine solche, die durch lebenstragende Grundentscheidungen bestimmt ist und die die Richtung dieser Grundentscheidungen auch gegen Widrigkeiten durchhalten kann. Ein derart robustes Selbst bildet den Träger von Selbstbestimmung, Selbstgesetzgebung und Selbstintegration. Autonomie kann dann gerade nicht von den Bindungen abgelöst werden, die die Identität verankern: „It seems natural and reasonable to presume that when a person is acting under his own control, he will guide his conduct with a special eye to those things that he considers to be of greatest importance to him.“¹⁵ Wir haben es hier mit einem „Selbst“ zu tun, das sein eigenes Leben „bewohnt“: Harry Frankfurt hat in seinen Arbeiten immer wieder auf „Strukturen der Sorge“ hingewiesen, die die Identität eines Menschen prä-

gen; durch das, worum wir uns sorgen, bekommt unser Leben ein unverwechselbares Profil, und wir werden an unserem eigenen Leben beteiligt – und gleichzeitig erfahren wir Einschränkungen und Verwundbarkeiten: „Caring about something makes us susceptible to certain additional gratifications and disappointments. It is primarily because it serves to connect us actively to our lives.“¹⁶ Bewohnte Autonomie ist das Ringen um ein gestaltetes Leben, das Personen mit Identität, die durch besondere Bindungen und besondere Verpflichtungen konstituiert – und entsprechend eingeschränkt – sind, auf sich nehmen. Der Begriff der bewohnten Autonomie lässt den Begriff von Autonomie mit dem Begriff von „Selbsthaftigkeit“ und Selbsthaftigkeit mit besonderen, tiefen Bindungen verknüpfen. Bewohnte Autonomie ist identitätsstiftend. Um eben diese Form bewohnter Autonomie und deren Bewahrung geht es im Alter.

2. Altern und Autonomien

Sehen wir uns ein Beispiel an, das selbstredend einzigartig ist, aber doch auch auf allgemeinere Aspekte des Alterns hinweist: Inge Jens erzählt im letzten Kapitel ihrer „unvollständigen Erinnerungen“ von der Demenz ihres Mannes, dem bekannten deutschen Philosophen Walter Jens.¹⁷ Ich möchte aus diesen Schilderungen vier Gesichtspunkte hervorheben, unter denen sich das Thema „Autonomie und Altern“ befragen lässt: (i) die Autonomie der Angehörigen; (ii) die Autonomie des alten Menschen; (iii) die Eigengesetzlichkeit der Welt; (iv) Selbsthaftigkeit.

(i) Die Autonomie der Angehörigen

Natürlich wollen wir nicht vergessen, dass Inge Jens, die im Jahr 2007 ihren 80. Geburtstag feierte, auch mit Fragen von eigenem Altern und Autonomie befasst ist. Der Akzent soll nun aber auf die Frage gelegt werden, wie das Altern eines Menschen die Autonomie von Menschen betrifft, die diesem Menschen nahe stehen und den Reduktionsprozess aus der (menschlichen) Nähe erleben. Pflege-

verantwortung schränkt den Handlungsspielraum in jedem Fall ein; sie strukturiert das Gefüge von Sorge und Besorgtsein und bindet Menschen an bestimmte Räume, an bestimmte Zeiten, an bestimmte Tätigkeiten und an bestimmte Wünsche. Aber nicht nur auf diese Weise wird die optionale Autonomie von Inge Jens eingeschränkt: Sie wird zweitens in ihrem Selbstverständnis und in ihrem Selbstrespekt auch dadurch herausgefordert, dass sie nun nicht mehr die selbstbewusste Ehefrau in einer auf Gleichberechtigung aufbauenden Beziehung sein könne; die Idee von Partnerschaft im Rahmen von symmetrischer Partnerschaftlichkeit ging verloren; gleichzeitig entstanden dadurch Zugriffe auf ihren Lebensspielraum: „Er war krank: Das war wirklich nicht mehr zu übersehen. Aber gegen die logische Folgerung, dass mich diese Erkenntnis veranlassen sollte, seinen Wünschen Rechnung zu tragen, weil ihn die Krankheit innerhalb unserer Beziehung zum eindeutig Schwächeren machte, lehnte ich mich auf“ (IJE 286 f.). Eine Ehe, die auf ein sechzig Jahre währendes Gespräch aufgebaut war, das nahezu keinen Bereich ausklammerte, kommt als „Miteinanderreden“ an einen Punkt des unwiderruflichen Abbaus. Das schränkt auch die Möglichkeiten von Inge Jens, sich in ihrer Autonomie zu begreifen, ein. Denn die Situation legt nahe, ein Gewebe von „Höflichkeitslügen“ aufzubauen, Walter Jens den Eindruck zu vermitteln, man könne seine Beiträge zur sozialen Welt in einer dem früheren Leben vergleichbaren Weise „ernst“ nehmen: „Ich war so wenig gewohnt, ihn anzulügen. Er würde die Demütigung außerdem sofort bemerken, und alles wäre schlimmer, als es vorher gewesen war.“ (IJE 291) Drittens sieht Inge Jens jenen Aspekt von Autonomie eingeschränkt, der sich daraus ergibt, dass sie lebenstragende Grundentscheidungen getroffen hat, diese durchhalten will, aber an die Grenzen dessen kommt, was sie wollen können muss; also an die Grenzen der Umsetzbarkeit dessen, was sie meint, ihrem Mann zu schulden. Inge Jens beschreibt diese Überforderung mit Sätzen wie: „Es war schrecklich; doppelt schrecklich,

weil ich zunehmend nur noch gereizt reagieren konnte und meine Zurückweisung neue Aggressionen provozierte“ (IJE 279); oder: „Ich schämte mich meines Zorns: Ich wusste doch, dass er krank war. Dennoch reagierte ich heftig, wenn er mich Nacht für Nacht durch sein Herumgeistern störte oder gar plötzlich vor meinem Bett erschien“ (IJE 286); oder: „Das überforderte mich. Ich fühlte mich gedemütigt. Gewiss, er war krank, aber bedeutete das denn wirklich einen Freibrief für sein Benehmen?“ (IJE 290). Überforderung ist die Erfahrung eines Widerspruchs zwischen „Wünschen erster Ordnung“ und „Wünschen zweiter Ordnung“, also zwischen dem, was wir wollen, und dem, was wir zu wollen wünschen; oder auch eines Widerspruchs zwischen „Wollen“ und „Können“. Beide Formen von Widerspruch schränken Autonomie ein, weil die „Optionen auf machbares Wollen“ reduziert werden. Inge Jens fühlt sich gezwungen, „die Tatsache zu realisieren, dass auch meine Kräfte begrenzt waren.“ (IJE 282). Inge Jens erlebt also einen dreifachen Angriff auf ihre Autonomie – die Einschränkung ihrer Selbstbestimmung, die Einschränkung ihrer Selbstgesetzgebung und die Einschränkung dessen, was man „volitive Autonomie“ nennen könnte. Und sie erfährt, dass sie ihre eigene Selbsthaftigkeit schützen muss; so berichtet sie aus einer früheren Phase der Erkrankung: „Er wollte nach Hause und er wollte zu mir. Ich konnte ihm diesen Wunsch nicht erfüllen. Ich musste, jedenfalls für einige Zeit, allein sein – unerreichbar für ihn. Das war ausschließlich von mir aus gedacht. Ich wusste es. Aber ich brauchte die ‚Auszeit‘ – das wusste ich auch. Anderenfalls wäre ich mir selbst abhandgekommen. Nur auf mich allein gestellt, konnte ich das ‚Aus-der-Welt-Sein‘ nutzen“ (IJE 292). Der Schutz der Selbsthaftigkeit erweist sich als Schutz der identitätsstiftenden Bindung(en).

(ii) Die Autonomie von alten Menschen

Walter Jens leidet unter dem Verlust von Kontrolle über die Gestaltung des Lebens; er weiß sich zunächst als schwächeres Glied in der Ehe, bis ihm

auch dieses Wissen entgleitet, was die Schwächung weiter verstärkt. Walter Jens leidet unter der zunehmenden Mühsal sozialer Teilhabe und möchte „mitspielen“ in den kulturellen Spielen. Anfangs noch „machte er Pläne, versprach Gutachten und kam mit vollgekritzelten Seiten in mein Arbeitszimmer, um mir den ‚Text‘ zu ‚diktieren‘. Aber es gab keinen Text“ (IJE 279). Walter Jens wollte beteiligt werden, auch wenn er nicht wusste, woran (IJE 285). „Er begann, vielleicht aus der Angst heraus, gewisse Dinge nicht mehr mitzubekommen, zu insistieren und bestand recht ultimativ, ja, gelegentlich auch rücksichtslos auf Teilhabe“ (IJE 290). Walter Jens leidet an der größer werdenden Kluft zwischen Eigengesetzlichkeit und Gesetzlichkeit der Welt, auch der sozialen Welt. „Muss er befürchten, dass das Gespräch über ihn hinweg geführt wird, reagiert er aggressiv“ (IJE 297). Er leidet daran, dass die gewohnten Maßstäbe, die er an das Leben heranträgt (Selbstbestimmung), sich nicht mehr anlegen lassen, weil sich die Parameter verschoben haben. Es ist ein tragischer Zustand, vergleichbar einem Menschen, der ein Maßband verwendet, dessen Einheiten ohne sein Wissen verschoben wurden; oder einem Menschen, der mit seinem gewohnten Maßband Objekte vermisst, die sich aber ständig verändern. Dadurch wird die Selbstbestimmung von Walter Jens eingeschränkt. Er leidet unter Orientierungslosigkeit, findet sich in der Welt nicht mehr zurecht. Und damit fallen die beiden wesentlichen erkenntnistheoretischen Eckpunkte von Autonomie weg: Weltverständnis und Selbstverständnis, die in ihrer Beziehung zu einander Selbstbestimmung und Selbstgesetzgebung ermöglichen. Von Selbstgesetzgebung kann im Falle von Walter Jens' Lebenssituation deswegen kaum mehr die Rede sein, weil sich die Bestimmungsansprüche von Walter Jens mehr und mehr von der Makroebene von Lebensprojekten auf die Mikroebene kleiner Alltagsentscheidungen verschieben – auch das könnte mit der Reduktion von Autonomie im Altern gemeint sein; die Autonomie reduziert sich auf die Herausforderung der Selbst-

bestimmung. In einem Punkt allerdings bleibt die Herausforderung der Selbstgesetzgebung erhalten – in der Frage nach dem Sterbenswunsch. Walter Jens hatte gemeinsam mit Hans Küng ein Buch über menschenwürdiges Sterben verfasst,¹⁸ in dem er einen selbstbestimmten Tod gefordert hat, und auch eine „Betreuungs- und Vorsorgevollmacht“ untergeschrieben, die den Passus enthält: „Wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wo ich bin, und Familie und Freunde nicht mehr erkenne ... dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern“ (IJE 301). Inge Jens kann nicht einschätzen, ob ihr Mann wirklich Todeswünsche artikuliert, „wenn er wiederholt und sehr deutlich artikuliert: ‚Ich will nicht mehr‘, ‚Ich möchte tot sein‘, ‚Bitte lass mich sterben‘. Ich kann nicht sicher sein, dass er wirklich meint, was er sagt, und ob ihm das Problem des unwiderruflichen Endes, des ‚Nie mehr wieder‘ überhaupt ‚bewusst‘ ist.“ (IJE 300). Auf dieser Ebene, die den letzten Abschnitt im Leben von Walter Jens mit seinen selbstgesetzgebungsambitionierten Lebensphasen verbindet und Teil eines Lebensprojekts macht, das auf eine längere Geschichte verweist und Teil einer reichen Lebenserzählung ist – auf dieser Ebene stellt sich die Frage nach Autonomie als Selbstgesetzgebung; und dies in Form der Frage: Wie mit der wachsenden Widersprüchlichkeit zwischen Selbstgesetzgebung auf einer geschichtlichen Makroebene mit der schwindenden Selbstbestimmung auf Mikroebene umgehen? Für Walter Jens stellen sich also Anfragen an die Autonomie auf eine zweifache Weise – auf der Ebene der Selbstbestimmung in dem Sinne, dass der Bezug zur äußeren Welt entgleitet und dass das „Selbst“, das zu bestimmen wäre, keine kohärente und vermittelbare Größe mehr zu sein scheint; und auf der Ebene der Selbstgesetzgebung, die einerseits nicht mehr möglich ist, andererseits mit der gegebenen (Selbst-)Gesetzlichkeit aus einer früheren Lebensphase umzugehen hat. Hier stellt sich die dringliche Frage: Was ist das „unverlierbare Selbst“ eines Menschen, der in eine irreversible Ge-

schichte eingebettet ist und Bindungen erfährt, die ihrerseits als unwiderruflich empfunden werden (Inge Jens weiß, dass sie ihren Mann nicht verlassen kann)? Welche Unverletzbarkeit bleibt bei aller Zerbrechlichkeit erhalten?

(iii) Die Eigengesetzlichkeit der Welt

Gerade im Altern, das vielfach als „widrig“ erfahren wird, erleben wir den Umstand, dass sich die Welt mit einer gewissen Eigengesetzlichkeit menschlichem Wollen und Handeln entgegenstemmt. Diesen Widerstand der Welt hatte Albert Camus seinerzeit mit dem Begriff des Absurden zu vermessen versucht. Altern wirft auch Fragen der „Autonomie der Welt“ auf, die sich mit je eigenen Gesetzen, die nicht nach Belieben gebeugt werden können, den Lebensplänen und Lebensprojekten entgegen stellt. Inge Jens muss für ihren Mann einen neuen Wohn- und Sanitärbereich im Erdgeschoss des Hauses einrichten lassen. Das ist kein Luxus, sondern eine „Notwendigkeit“, erzwungen von den Umständen. Ein demütiger, ein realistischer Blick auf die Welt lässt diese aufgezwungenen Notwendigkeiten erkennen. Es sind historische (und nicht metaphysische) Notwendigkeiten, aber dennoch Bedingungen, die nicht durch eine Interpretation von Tatsachen gelegnet werden können, sondern sich als widrig und fordernd aufdrängen. Die Fähigkeit, „Ja“ zur Welt sagen zu können, was als Ausdruck geistiger Gesundheit gewertet werden kann, ist auch als die Fähigkeit zu verstehen, die äußere Welt in ihrer Widerständigkeit, die Anpassung und Einpassung verlangt, anzuerkennen; die Welt also in ihrer Eigengesetzlichkeit anzunehmen. Die Eigengesetzlichkeit der Welt, die Gefüge ausbildet, in die sich ein Mensch (auch) einpassen muss, um Orientierung zu erhalten, überfordert Walter Jens zusehends; Inge Jens beschreibt die qualvolle Zeit, in der ihr Ehemann das Abnehmen seiner geistigen Kräfte zu realisieren begann, „in der er merkte, dass ihm gewisse Dinge entglitten, sich verselbständigten, eine eigene Gesetzmäßigkeit entwickelten und sich keinem Kontext mehr fügten“ (IJE 276). Hier

wird keine Gesetzmäßigkeit, keine „Ordnung“ im Äußeren mehr sichtbar, die Bezugspunkte lösen sich auf, die Orientierungssysteme werden brüchig. Gerade das Altern verlangt nach einem neuen „Sinn für Realitäten“, der umso schwerer aufzubringen ist, wenn der Realitätssinn verloren geht.

(iv) Selbsthaftigkeit

Wir haben bereits in den einleitenden Überlegungen gesehen, dass der Begriff der Autonomie nicht von der Frage nach Person und Selbst getrennt werden kann. „Selbsthaftigkeit“, also das Konstituiertsein als besonderer Mensch, ist von Selbstgesetzgebung und Selbstbestimmung nicht zu trennen. Was macht einen Menschen zu einem besonderen Menschen? Was macht das „Selbst“ eines Menschen aus, das „verloren“ oder hintangestellt werden kann (Selbstaufgabe, Selbstlosigkeit)? Inge Jens erfährt ihre Selbsthaftigkeit durch Bindungen, die gerade dann wichtig werden, wenn die äußeren Aspekte von optionaler Autonomie reduziert werden. Anlässlich ihres 80. Geburtstages, bei dem ihr Mann nicht anwesend ist, weil er sich im Tropenheim befindet, feiert Inge Jens ein Fest der Freundschaft: „Ich merkte, dass es mir im Augenblick mehr denn je ein Bedürfnis ist, mich des Daseins von Freunden zu vergewissern, deren Hilfe ich in der zurückliegenden Zeit dankbar in Anspruch genommen habe und deren Zuspruch mir auch in Zukunft guttun wird ... Ganz offensichtlich war es mir ein starkes Bedürfnis, mich angesichts der dramatischen Veränderungen gewisser Traditionen zu erinnern, die unser gemeinsames Leben strukturiert hatten“ (IJE 283). Der Festabend wird zu einem Fest von Bindungen: „Nicht vergessen hingegen habe ich den Wert der Freundschaft, den ich noch nie so konkret erfahren hatte wie an jenem Festabend. Und wenn ich seither eines ganz sicher weiß, dann dies: Ohne meine Kinder und ohne Freunde hätte ich die letzten Jahre nicht durchgestanden“ (IJE 284). Diese Bindungen geben Inge Jens Rückhalt, um die Bindung an ihren Mann Walter, eine identitätsstiftende Bindung, die jenes „Selbst“, um dessen Gesetzgebung

und Bestimmung es geht, in einem eminenten Sinn mitkonstituiert hat. Inge Jens weiß um die Kraft dieser Bindung: „Ich wusste nur eines – das allerdings sehr genau: dass ich ihn niemals würde verlassen können. Vor mehr als fünfzig Jahren hatte ich versprochen, bei ihm zu bleiben, ‚bis dass der Tod uns scheidet.‘ Das galt.“ (IJE 291) Inge Jens weiß um diese Bindung, die sie nicht nur aktiv eingegangen ist, sondern von der sie auch im Laufe der Jahre und Jahrzehnte geprägt und geformt worden ist. Es ist müßig, zu diskutieren, ob Autonomie wichtiger sei als die Bindung. Die Frage wird hinfällig, wenn man Autonomie als „Nomie“ eines „Selbst“ versteht, das sich über Bindungen konstituiert, oder wenn man „Bindung“ als „Versprechen eines Selbst“ unter dem Aspekt von Freiheit auffasst.

Die Frage nach der Selbsthaftigkeit wird zum Schlüssel in einer Pflegesituation, wie sie Inge Jens auferlegt ist. Selbsthaftigkeit hat mit Vertrautheit zu tun, die sich durch die Bindung an Menschen, Handlungsmuster, Orte und Zeiten einstellt. Die vertraute Umgebung im Haus in Tübingen gibt Walter Jens Halt. Solche Vertrautheit kann sich offensichtlich nur einstellen, wenn der „Aufbau des Selbst“, der nicht nur mit Konstruktionen und Entscheidungen, sondern auch mit Formungen und Widerfahrnissen zu tun hat, einem Rhythmus folgt, mit einer Ordnung und Regelmäßigkeit vonstatten geht, Kontinuität aufweist. Neben der Vertrautheit, die die Einbettung des Selbst in eine Geschichte zeigt, fällt vor allem ein Aspekt am Altern von Walter Jens auf, der mit dem Begriff des „Lebenswie“ ausgedrückt werden kann. Darunter möchte ich folgendes verstehen: Es gibt einen „propositionalen Aspekt“ am menschlichen Leben, in dem es um das „Was“ von Lebensprojekten und Lebensplänen geht. Dieser Aspekt wird mit Fragen wie „Was machst du?“, „Was willst du?“, „Was meinst du?“, „Was hast du erlebt?“ ausgedrückt. Neben diesem Aspekt kann man einen „qualitativen Aspekt“ am menschlichen Leben unterscheiden – hier geht es um folgende Fragen: „Wie sagst du etwas?“, „Wie willst du etwas?“, „Wie meinst du etwas?“, „Wie

hast du etwas erlebt?“ Inge Jens deutet in ihrem Bericht an, dass das *Wie* zusehends den Vorrang vor dem *Was* einnimmt. Sie schreibt: „Es gab doch immerhin Augenblicke, in denen er sich freute, wenn ich auf ihn einging, seine Einwürfe und Pläne ernst nahm und versuchte, ‚etwas aus ihnen zu machen‘. Nur: was, und, vor allem: wozu?“ (IJE 290 f.) – und weiter: „Doch war das wirklich so wichtig? Genügte es nicht, ihm das Gefühl zu geben, dass er etwas geschafft hatte?“ (IJE 291). Weniger das *Was* des Geschehenen als das *Wie* der Erfahrung scheint hier eine Rolle zu spielen. Der Weltbezug von Walter Jens wird weniger von propositionalen Gehalten und Inhalten als von Modi und Qualitäten bestimmt: „Wir wagten es wieder, vertraute Freunde zu den Mahlzeiten einzuladen, denn wir haben den Eindruck, dass ihn ‚Tischgespräche‘ erfreuen. Dabei ist es für das Wohlbefinden nicht nötig, das Wort ständig an ihn zu richten. Es genügt, ihn anzuschauen und so in die Unterhaltung einzubeziehen. Er versteht zwar nicht, was gesagt wird, er kann auch keinen komplexen Handlungsablauf oder Zusammenhang verfolgen. Er orientiert sich nicht an dem, was, sondern daran, wie etwas gesprochen wird. Die Satzmelodie, der phonetische Duktus und die gestische Zuwendung entscheiden, ob er sich zugehörig oder ausgeschlossen fühlt“ (IJE 296f). Oder noch deutlicher: „Wenn es mir gelingt, mich auf seinen Sprachrhythmus einzustellen, ist die Logik Nebensache“ (IJE 298). Die „Lebensmelodie“, wenn man es so ausdrücken kann, rückt in den Vordergrund. Walter Jens „genießt die Melodie der Sprache auch ohne ‚Sinn‘“ (IJE 304). Was heißt in diesem Zusammenhang „Sinn“? – wohl die Vergewisserung Teil einer bewegten Ordnung zu sein, Teil eines Spiels zu sein, an dem man auf je eigene Weise, aber eben doch Teil hat. Selbsthaftigkeit wird dann über indirekte Bezüge, über das „Wie“, über die Melodie des Lebens vergewissert. Dies wird auch am Schluss von Inge Jens’ Betrachtungen deutlich. Sie besucht mit Walter Jens ein Konzert, ein Unterfangen mit unsicherem Ausgang – Walter Jens’ Teilhabe ist unspektakulär, nicht auszuweisen: „Erst als auch das

Nachspiel vorbei war und das Publikum zu applaudieren begann, nahm er wieder von uns Notiz: ‚Was machen die?‘ Und ehe er zugewandt und freundlich die vielen Menschen begrüßte, die ihm die Hand drücken wollten, sagte er nach einem tiefen Seufzer: ‚Das war wunderbar.‘“ (IJE 308)

3. Autonomie und Lebenstiefe

Der Satz „Das war wunderbar“ drückt ein „Ja“ zum Leben aus, wie es die Integration von Geschichte und Geschehen in Selbsthaftigkeit verlangt. Autonomie zeigt sich in dieser Lebensphase in einer dreifachen Form: a) im Versuch, Momente von „Selbstbestimmung“ bei Pflegebedürftigen wie Angehörigen zu erhalten, zu stützen, zu verteidigen; b) in der Herausforderung der Wandlung von Selbstbestimmung hin zu Selbstgesetzgebung bei den Angehörigen, die in die Pflicht genommen werden, lebensprägende Verantwortung übernehmen müssen und damit in ihren eigenen Spielräumen (ähnlich wie bei der Entscheidung für Kinder) eingeschränkt werden;¹⁹ c) in der Aufgabe, geschichtlich gewachsene „Strukturen des Selbst“ zu erhalten, zu bestärken und zu leben – im Rahmen einer Lebenserzählung, bei der die letzte Phase vielleicht ein neues Kapitel aufschlägt, nicht aber ein neues Buch darstellt.

Was den ersten Punkt betrifft, muss deutlich gesagt sein, dass das Altern ein Prozess ist, der Handlungs- und Entscheidungsspielraum auf natürliche Weise einschränkt. Menschliches Altern ist durchaus auch ein Prozess der Reduktion. Dies kann mit sprachlichen Formulierungen („ältere Menschen“ und nicht „alte Menschen“), mit chirurgischen Eingriffen oder mit therapeutischen Strategien („anti-ageing“) beschönigt oder weich gebettet werden (im Sinne eines „soft landing“ sozusagen), kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Altern auf der Ebene des Äußereren und Physischen mit Begrenzung und Einschränkung, mit Abbau, Verlangsamung und Schrumpfung zu tun hat. Altern bedeutet: ein Mehr an „Weniger“; es vermehrt sich das „Weniger an Lebenstagen“, das

„Weniger an Lebenskraft“, das „Weniger an Belastbarkeit“. Die Aspekte, mit denen wir Autonomie als Selbstbestimmung angenähert haben, treten in reduzierter Form auf: Die Optionen werden aus äußeren wie aus inneren Gründen kleiner, das Projekt eines Lebensentwurfs wird aufgrund des sich verdichtenden „Vergangenheitsüberschusses“, der die Lebensperspektive prägt, verengter.

So stellt sich eine Frage, die durchaus „autonomekritisch“ sein kann: Wie kann Reduktion auf gute Weise gelingen?

Ich möchte hier einen weiteren Begriff einführen, den Begriff der *Lebenstiefe*. Lebensstandard wird um der Lebensqualität willen reduziert, Lebensqualität aufgrund von Lebenstiefe. Lebenstiefe ergibt sich aus den Bindungen, die ein Mensch eingeht, erfährt und einzugehen bereit ist; ein Leben hat Tiefe, wenn es eine Richtung aufweist, sodass viel Kraft und Entschlossenheit, viele Bindungen und Entscheidungen in dieselbe Richtung gehen – gleich einem Graben oder Bohren, das in die Tiefe geht oder gleich der steten Bewegung des Wassers, das einen Stein aushöhlen kann. Ein Leben hat Tiefe, wenn diese Kraft und diese Bindungen mit Intensität in diese eine Richtung eingesetzt werden. Während sich Lebensstandard aus den äußeren Gütern und Lebensqualität aus dem Wohlbefinden und dem Lebensglück speisen, speist sich die Lebenstiefe aus den Bindungen. Diese Bindungen verleihen Identität. Diese Bindungen sorgen dafür, dass nicht alle Erfahrungen auf derselben Ebene liegen, dass es eben nicht gleich-gültig ist, wie man lebt und was man erfährt. Identitätsstiftende Bindungen sorgen dafür, dass wir wissen, wer wir sind, aber gerade deswegen sind wir auch verwundbar – wir bauen ein Selbst auf, wenn wir in unserem Leben Werte identifizieren, für die wir bereit sind, auch einen Preis zu zahlen. Alan Paton hat in seinem Roman *Ah, But Your Land is Beautiful* einen jungen Südafrikaner während des Apartheidregimes beschrieben, der sich politisch engagiert, wohl wissend um die Gefahren, die ein solches Engagement mit sich bringt. Er sagt den Seinen: „I don't worry about the wounds.

When I go up there, which is my intention, the Big Judge will say to me, Where are your wounds? and if I say I haven't any, he will say, Was there nothing to fight for? I couldn't face that question.“²⁰ Wenn wir ein Leben mit Tiefe führen wollen, gehen wir Bindungen ein, für die wir uns dann auch in unserem Leben und mit unserem Leben einsetzen.

Lebenstiefe bildet, so mein Vorschlag, den Hintergrund dafür, „Selbstbestimmung“ in „Selbstgesetzgebung“ zu wandeln und „Selbstgesetzgebung“ in „Selbstintegration“. Reduktion ist angewiesen auf „Lebenstiefe“. Dies gilt neben Reduktionsprozessen zugunsten der Umwelt, als Ausdruck von Solidarität und im Hinblick auf das Leben künftiger Generationen auch für das Altern. Gelingendes Altern bezieht sich auf „Lebenstiefe“. Ein Leben mit Tiefe zeichnet sich doch durch die Bereitschaft aus, Leid um eines Gutes willen auf sich zu nehmen. Dazu muss man aber Werte und Güter als solche erkannt haben. Und aus diesem Grund führt ein Leben mit Lebenstiefe in sinnvoll erlebte Leidenssituationen hinein. Damit hängt der Begriff der Lebenstiefe mit dem Begriff eines ernsthaften Lebens zusammen: Ein ernsthaftes Leben ist ein Leben, in dem etwas auf dem Spiel steht – und das gerade deswegen nicht nur Spiel ist. Der englische Dirigent Benjamin Zander berichtet von einer Erfahrung aus seiner Studienzeit: „My teacher, the great cellist Gaspar Cassadó, used to say to us as students, ‚I'm so sorry for you; your lives have been so easy. You can't play good music unless your heart's been broken.“²¹ Das hat etwas mit Ernsthaftigkeit und Lebenstiefe zu tun. Ein ernsthaftes Leben zwingt uns in Entscheidungssituationen; zwingt uns dazu, über uns nachzudenken – und damit jene Nachdenklichkeit zu entwickeln, von der Hannah Arendt in ihrem Werk immer wieder schreibt.

Nachdenklichkeit ist im Altern in einer besonderen Weise gefordert. Denn Altern ist ein Prozess, der Lebenssicherheiten erschüttert und neu aushandeln lässt. In gewisser Weise ist das Altern die Erfahrung von Fremdheit und Entfremdung. Im Altern spricht die Wirklichkeit in der Sprache des Fremden zu uns.

Wir werden daran erinnert, dass wir nicht ganz „dazugehören“, nicht ganz „hineingehören“, in eine Welt, in der eben nicht alles ist, wie es ist, und in der eben nicht alles geschieht, wie es geschieht – und in der die Dinge gerade nicht immer unseren Vorstellungen und Wünschen gemäß geschehen und sind. Das Altern ist eine Erfahrung, in der wir uns notwendigerweise auch als passiv, als geformt erfahren; wir sind Empfangende einer Veränderung, die uns widerfährt. In diesem Sinne hat das Altern etwas mit einem Erleiden gemein. „Autonomie“ im Sinne von „Selbstintegration“ bedeutet denn auch die Integration schwindenden Handlungsraumes in die eigene Lebensgeschichte. Autonomie ist dann gerade nicht das Selbst, das sich bestimmt – sondern das Selbst, das Ja zu jenen Gesetzen sagen kann, die es sich selbst gegeben hat und die ihm aus einer Antwort auf Wirklichkeit, Lebensgeschichte und Beziehungen auferlegt werden. Was bleibt, sind identitätsstiftende Beziehungen, die das Selbst in Bezug zu seiner Geschichte halten, selbst wenn der eigene reflexive Sinn für Selbsthaftigkeit verloren gegangen ist.

So kommen wir wieder auf die im Punkt c) aufgeworfene Frage zurück: Welche „Strukturen des Selbst“ sind nicht der Zerbrechlichkeit unserer Funktionsweisen ausgeliefert?

Das Altern mag zum Eindruck einer Fragmentierung führen, bei der eine Lebensphase dominant zu werden und alle Geschichtlichkeit auszulöschen droht. Hierin liegt eine soziale Verantwortung für das Selbst des Anderen – eine Herausforderung für den Schutz der Autonomie als Schutz der „Selbsthaftigkeit“. Die Unteilbarkeit der Person, von der Viktor Frankl geschrieben hat²², ist der Hinweis auf menschliche Selbsthaftigkeit, die jenseits äußerer Veränderungen und jenseits des unmittelbar Beobachtbaren bleibt – wobei interessanterweise jene Autonomie, die sich als Selbstgesetzgebung und „starke Sorge“ aufgebaut hat, von diesen Bindungen starker Sorge geschützt wird, die Autonomie als Selbsthaftigkeit zu erkennen – jenseits aller Funktionalitäten. So gilt einmal mehr: Was bleibt, stiftet die Liebe.

Referenzen

- 1 Vgl. Downie R. S., Telfer E., *Autonomy*, Philosophy (1971); 15: 293-301
- 2 Autonom zu handeln heißt nach Rawls „acting from principles that we would consent to as free and equal rational beings“ (Rawls J., *A Theory of Justice*, Harvard UP, Cambridge/Mass (1971), S. 516).
- 3 Diese Überlegungen ergeben sich auf dem Hintergrund der Philosophie Kants (vgl. Akademieausgabe IV, S. 446 ff.); Autonomie ist dann als Kombination von Freiheit und Verantwortung zu verstehen; „it is a submission to law that one has made for oneself. The autonomous man, insofar as he is autonomous, is not subject to the will of another“ (Wolff R. P., *In Defense of Anarchism*, Harper and Row, New York (1970), S. 14).
- 4 Dieser Gedanke wird entfaltet von Laura Waddell Ekstrom – Waddell Ekstrom L., *Autonomy and Personal Integration*, in: Taylor J. S. (Ed.), *Personal Autonomy. New Essays on Personal Autonomy and Its Role in Contemporary Moral Philosophy*, CUP, Cambridge (2005), S. 143-161
- 5 Erikson E., *Identität und Lebenszyklus*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1966)
Erikson E., *Der vollständige Lebenszyklus*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1988)
- 6 Vgl. Taylor C., *Quellen des Selbst*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1994)
- 7 Robert Brandom hat die Idee entwickelt, dass wir mit Aussagen „diskursive commitments“ eingehen, die uns auf weitere Sprechhandlungen verpflichten; diskursive commitments schaffen Bezugspunkte, an denen wir gemessen werden (Brandom R., *Making It Explicit*, Harvard UP, Harvard (2004)); ähnlich dienen „existentielle commitments“ als Bezugspunkte und Koordinaten, die mit der Struktur von Versprechen verglichen werden können.
- 8 H. Frankfurt hat überzeugend aufgewiesen, dass die Liebe Gründe für das Handeln liefert; ein Mensch, der „starke Sorge“ für jemanden übernommen hat, hat damit einen Zugang zu Gründen, die in dieser Sorge liegen und nicht von außen „heranmotiviert“ werden müssen. – Frankfurt H., *Reasons of Love*, Princeton UP, Princeton (2004)
- 9 Unter „Handlungsverantwortung“ könnte man eine Verantwortung für bestimmte Operationen und Aktionen verstehen, unter „Gesinnungsverantwortung“ eine Verantwortung nicht-aktionsbezogener und nichttätiger Art, die sich in einer Verantwortung für Einstellungen und Vorstellungen, Wünsche und Neigungen ausdrückt. Wenn der Handlungsspielraum kleiner wird, tritt der Aspekt der Handlungsverantwortung

wortung zurück; die Aufgabe der „Integration“ im reifen Alter ist eine Herausforderung für die Gesinnungsverantwortung.

- 10 Hill T. E., *Autonomy and Self-Respect*, Cambridge UP, Cambridge (1991)
- 11 Assmann A., *Funktionsgedächtnis und Speichergedächtnis – zwei Modi der Erinnerung*, in: Platt K., Dabag M. (Hrsg.), *Generation und Gedächtnis. Erinnerungen und kollektive Identität*, Leske + Budrich, Opladen (1995), S. 169-185
- 12 Korsgaard C., *Self-Constitution. Agency, Identity and Integrity*, Oxford UP, Oxford (2009), S. 207
- 13 Sandel M., *Liberalism and the Limits of Justice*, 11. Auflage, Cambridge UP, Cambridge (2008), S. 62
- 14 Zu einem „tiefen Selbst“ vgl. Seigel J., *The Idea of the Self. Thought and Experience in Western Europe Since the Seventeenth Century*, Cambridge UP, Cambridge (2005)
- 15 Frankfurt H., *Necessity, Volition and Love*, Cambridge UP, Cambridge (1999), 132
- 16 Frankfurt H., *The Importance of What We Care About*, 14. Auflage, Cambridge UP, Cambridge (2007), S. 93
- 17 Jens I., *Unvollständige Erinnerungen*, 3. Auflage, Rowohlt, Reinbek (2009) – Im Folgenden verwende ich für dieses Buch die Abkürzung „IJE“. vgl. auch Jens T., *Demenz. Abschied von meinem Vater*, Goldmann, Gütersloh (2009)
- 18 Jens W., Küng H., *Menschenwürdig sterben: Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Mit einem Text von Inge Jens*, Piper, München (2009) – In diesem Text reflektiert Inge Jens auf die veränderten Interpretations- und Rahmenbedingungen im Lichte ihrer Pflegeerfahrungen.
- 19 Diese Dynamik beschreibt sehr anschaulich Tahar Ben Jelloun in seinem Bericht über die Betreuungsbedürftigkeit seiner Mutter – Jelloun T. B., *Yemma – Meine Mutter, mein Kind*, BTV, Berlin (2007)
- 20 Paton A., *Ah, But Your Land Is Beautiful*, David Philip, New York (1996), S. 66 f.
- 21 Zander R. M., Zander B., *The Art of Possibility*, Penguin, New York (2000), S. 31
- 22 Frankl V., *Zeit und Verantwortung*, Deuticke, Wien (1947), S. 25
Frankl V., *Der Wille zum Sinn*, 2. Auflage, Huber, Bern (1972), S. 108



VERLAGSHAUS DER ÄRZTE

144 Seiten,
Format 15 x 22 cm,
brosch.,
€ 17,90
ISBN 978-3-902552-56-3



Friedrich A. Weiser
Die Haftung des Arztes

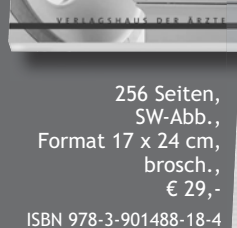
Mit diesem praxisbezogenen Fachbuch werden alle wichtigen Bereiche der Arzthaftung sowohl aus medizinischer als auch juristischer Sicht beleuchtet. Zahlreiche Fallbeispiele verdeutlichen, worauf besonders zu achten ist.



224 Seiten,
Farb- u. SW-Abb.,
Format 16,5 x 22 cm,
brosch.,
€ 24,90
ISBN 978-3-901488-67-2

Ingrid Feilmayr
Vom Penicillin zur Stammzellenforschung
Die Geschichte der modernen Medizin in Österreich nach 1945

Dieses Buch beleuchtet kritisch die wesentlichsten Schritte des medizinischen Fortschritts seit 1945 in Österreich und zeigt auch, warum es in der Medizin immer Grenzen des Machbaren geben wird.



256 Seiten,
SW-Abb.,
Format 17 x 24 cm,
brosch.,
€ 29,-
ISBN 978-3-901488-18-4



Hans-Joachim Fuchs (Hg.)
Wege zur patientenorientierten Medizin

In diesem Buch berichten erfahrene Ärztinnen und Ärzte sowie PsychotherapeutInnen aus ihrer täglichen Arbeit und zeigen Möglichkeiten auf, wie mit Patienten effektiv kommuniziert werden kann. Ein Buch für alle, die in Gesundheitsberufen tätig sind.



280 Seiten,
SW-Abb.,
Format 17 x 24 cm,
brosch.,
€ 19,90
ISBN 978-3-902552-04-4

Horn/Dorffner/Eichinger (Hg.)
Wissensaustausch in der Medizin des 15. bis 18. Jahrhunderts
Wt. Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin

Betrachtet man die Kommunikationsmöglichkeiten in der Frühen Neuzeit, ist es erstaunlich, dass sich medizinische Neuentwicklungen dennoch rasch verbreitet haben. Dieses Buch zeichnet diese Wege nach.

Verlagshaus der Ärzte
Gesellschaft für Medienproduktion
und Kommunikationsberatung m.b.H.

A-1010 Wien, Nibelungengasse 13
Tel.: + 43 - (0)1 - 512 44 86 | Fax: +43 - (0)1 - 512 44 86-24
E-Mail: buch.medien@ aerzteverlagshaus.at

Johannes Bonelli

Die Multimorbidität älterer Menschen

Multimorbidity in Elderly People

Zusammenfassung

Langes Leben war seit jeher ein Menschheitstraum. Dabei muss allerdings zwischen dem Phänomen „Altern“ an sich und dem Wunsch „alt zu werden“ unterschieden werden. Alt werden will jeder, altern hingegen niemand. Dennoch: Altern ist ein natürlicher und unentrinnbarer Vorgang. Er führt zu einer fortschreitenden Instabilität im homeostatischen Gleichgewicht des Organismus. Als Folge davon kommt es zu einer ganzen Reihe von Organveränderungen und zu einer erhöhten Krankheitsanfälligkeit und Empfindlichkeit auf Medikamente. Daraus resultiert die typische Multimorbidität alter Menschen. Wenngleich es einige Ansätze gibt, den Alterungsprozess und die Multimorbidität zumindest hinauszuschieben, so muss doch festgestellt werden, dass es sich hier letztlich um einen unvermeidlichen Prozess handelt. Die heutige Herausforderung besteht daher darin, das Problem des Alterns nicht zu verdrängen, sondern realistisch ins Auge zu fassen, um den Bedürfnissen unserer alten Menschen gerecht werden zu können und ihnen in Würde zu begegnen.

Schlüsselwörter: Altern, Alter, alt werden, Jungbrunnen, Multimorbidität, Polypharmakopragmasie

Abstract

Long life has always been a dream of human race. However, it is important to distinguish between “aging” and the desire of “growing old”. The former is not desired by anybody whereas the latter is the dream of nearly everyone. Aging can be described as the progressive restriction of the homeostatic reserve of the organ system. As a consequence elderly people are more likely to suffer from disease, disability and side effects of drugs and are more vulnerable to environmental, pathologic, and pharmacologic challenges. There are some interesting attempts to delay aging and multimorbidity. Yet, in general mankind will not be able to avoid aging completely. Thus, today’s challenge is a realistic approach in dealing with the problem of aging to enable older persons a life in dignity.

Keywords: Aging, Old Age, Grow Old, Fountain of Youth, Multimorbidity, Polypharmacopragmasie

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
bonelli@imabe.org

Einleitung

Wenngleich die Ärzteschaft aus Erfahrung weiß, dass alte Menschen zu einem großen Teil multimorbid sind, so erlebt man bei einer Literaturrecherche eine bezeichnende Überraschung: Es gibt nämlich praktisch keine Literatur über Multimorbidität, schon gar nicht über die Multimorbidität alter Menschen. Der Grund dafür ist, dass wir zwar heute mit einer Unzahl von großangelegten kontrollierten Multicenterstudien überschwemmt werden, dass aber kaum Studien ausschließlich an alten Menschen – über 75 Jahre und aufwärts – durchgeführt werden und schon gar nicht an solchen, die multimorbid sind, denn diese fallen von vornherein den Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien zum Opfer.

Auf der anderen Seite wissen wir, dass der Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung immer größer und die Lebenserwartung immer höher wird. So leben z. B. heute 50 Prozent von allen Menschen, die je auf dieser Erde das 65-jährige Lebensjahr erreicht haben.¹ Der Anteil der älteren Menschen über 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung steigt bekanntlich ständig und wird in den nächsten Jahren so ca. 20 Prozent betragen. Diese Patienten konsumieren an die 50 Prozent aller verschriebenen Medikamente. Auf den internen Abteilungen eines normalen Versorgungsspitals sind ca. 50 Prozent aller Patienten über 70 Jahre alt. Wenn man die Krankengeschichten analysiert, dann haben gerade die alten Patienten im Durchschnitt ca. 7 Diagnosen, also sie sind klassisch multimorbid und nehmen mindestens 10 bis 15 Medikamente täglich ein.

Wie gesagt, für diese Patienten gibt es keine evidenzbasierte Medizin, und die Folge ist: Man überträgt die Ergebnisse der Einzelstudien z. B. zu Hypertonie, Diabetes, Osteoporose, Hypercholesterinämie, Herzinsuffizienz, koronarer Herzkrankheit oder chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung unreflektiert summarisch und geballt auf den multimorbiden, alten Patienten, der alle diese Krankheiten auf einmal hat. Dadurch handelt man sich eine verhängnisvolle Polypharmakopragmasie ein, die vor allem zu einer exponentiellen Kumula-

tion von Nebenwirkungen und Interaktionen führt, die kaum erforscht sind.

Man könnte also pointiert sagen: Die heutige Medizin forscht und therapiert am Großteil ihrer Patienten vorbei.

Anders liegen die Verhältnisse freilich in der Altersforschung bzw. in der biogerontologischen Forschung an sich. Der wachsende Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung in den meisten Industrieländern hat dazu geführt, dass sich die Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten zunehmend mit dem Problem des Alterns, dessen Ursachen und deren Bekämpfung auseinandersetzt.² Dies kann jedoch nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass „langes Leben seit jeher ein Hauptwunsch, ja ein Hauptziel der Menschheit war“, wie Christoph Wilhelm Hufeland schon 1796 festgestellt hat.³ Der Traum vom Jungbrunnen und dem Stein der Weisen war immer schon ein beliebtes Thema in Kunst und Literatur (vgl. z. B. Goethes Faust). Wenngleich also der Versuch, das Lebensende so weit wie möglich hinauszuschieben, so alt ist wie die Menschheit selbst, so war man sich dennoch zu allen Zeiten bewusst, dass dieser Menschheitstraum möglicherweise zum Alptraum werden könnte. Hier scheint es nötig, auf eine wichtige Unterscheidung der Begriffe aufmerksam zu machen, nämlich auf die Unterscheidung zwischen dem Phänomen „Altern“ und dem Wunsch, „alt zu werden“. Kurz gesagt: „Alt werden“ will fast jeder Mensch, „altern“ hingegen kaum jemand, denn das „Altern“ wird instinktiv mit verminderter Lebenskraft, körperlichem Verfall, faltiger Haut, ergrautem Haar, Verlust an Seh- und Hörschärfe, Gebrechlichkeit, Immobilität, Abhängigkeit, Verlust der Intimsphäre, Pflegebedürftigkeit, erhöhter Krankheitsanfälligkeit, Siechtum, Demenz, geistiger Umnachtung und Tod in Verbindung gebracht. Alle diese altersspezifischen Gebrechen werden von vielen Menschen als entwürdigend empfunden.⁴ Bereits in der klassischen griechischen Mythologie wird bei Homer das Schreckensbild eines ewigen Greisenalters an der tragischen Geschichte des jungen Tithonus geschildert: Die Göttin Eos (Aurora)

erbat sich von Zeus für ihren Geliebten Tithonus Unsterblichkeit, versäumte aber, auch um ewige Jugend zu bitten, und so wurde Tithonus zwar alt, aber auch zur Senilität verdammt und das war dann ihm, aber auch seiner Gattin gar nicht recht.⁵

Intuitiv freilich wissen wir alle, dass das Altern ein unvermeidlicher und irreversibler Prozess ist, ein Schicksal, das uns allen bevorsteht, außer der Tod ereilt uns in Jugendjahren.

Multimorbidität und Polypharmakopragmasie

Die Ursache für die Anfälligkeit alter Menschen zu Multimorbidität ist auf zwei Ebenen zu suchen.

1. Altern ist keine heilbare Erkrankung im eigentlichen Sinn. Es ist ein natürlicher Vorgang, ein komplexer biologischer Prozess. Das wesentliche am Alterungsprozess ist eine Abnahme der Adaptationsfähigkeit des Organismus im weitesten Sinne und damit eine erhöhte Anfälligkeit alter Menschen für Krankheiten und zur Multimorbidität.⁶ Aufgrund des Alterungsprozesses per se kommt es zur Funktionseinschränkung vieler Organe, sodass die physiologischen Kompensationsmechanismen bzw. Reserven (z. B. das Immunsystem) bei alten Menschen natürlicherweise reduziert sind. Dies führt bei vielen Patienten auch zu einer erhöhten Empfindlichkeit auf viele Medikamente, wobei die

Balance zwischen Wirkung und Nebenwirkungen deutlich auf die Seite der Nebenwirkungen verlagert wird. Ein typisches Beispiel dafür wären die Zytostatika, mit denen bei vielen älteren Menschen einerseits nur relativ geringe Effekte erreicht werden (also z. B. eine Lebensverlängerung von wenigen Monaten), die aber mit einer erheblichen Reduktion an Lebensqualität durch Nebenwirkungen erkaufte werden müssen. (Bei den modernen Chemotherapeutika wie z. B. den Thyrosinkinaseinhibitoren muss man praktisch bei 100 Prozent der onkologischen Patienten mit mittleren bis schweren Nebenwirkungen rechnen.)

In Tab.1 sind einige typische altersbezogene Organveränderungen aufgelistet, die zur Verschreibung von Medikamenten führen, ohne dass der Patient unbedingt schon als definitiv krank bezeichnet werden könnte.

Daraus ergibt sich eine Zahl von ca. 10 bis 15 Medikamentengruppen, die Patienten alleine aufgrund ihres Alters einnehmen können, ohne dass sie wirklich schon als krank zu bezeichnen wären.

2. Auf der zweiten Ebene wird die Multimorbidität alter Menschen dadurch begünstigt, dass viele Risikofaktoren erst im hohen Alter schlagend werden wie z. B. Rauchen, Hypertonie, Übergewicht, Hypercholesterinämie usw. Dadurch kumulieren

Organsystem	Veränderung	Medikament
Fett/Muskel-Relation	→ Glukosetoleranz ↓	→ Antidiabetika
Knochendichte ↓	→ Osteopenie	→ Bisphosphonate, Calcium, Vitamin D
Gefäßrigidität ↑	→ Hypertonie	→ Antihypertensiva
Betarezeptoren ↓	→ Herzrhythmusstörungen, kardiale Schwäche	→ Kardiaka
Darmmotilität ↓	→ Obstipation	→ Laxantien
Knochenabnützung	→ Arthrose	→ NSAR, Schmerzmittel
Urethrale Mucosaatrophie	→ Inkontinenz	→ Anticholinergika
Prostatahypertrophie	→ Harnstau	→ Alpha-Blocker
Hirnatrophie	→ Demenz	→ Nootropika
Katecholaminsynthese ↓	→ Depression	→ Antidepressiva
Dopaminsynthese ↓	→ Parkinsonsyndrom	→ Antiparkinsonmittel
Schleimhäute	→ Sicca-Syndrom	→ Augentropfen
Vestibularisdegeneration	→ Schwindel	→ Antivertiginosa
Schlafzentrumsdegeneration	→ Schlaflosigkeit	→ Schlafmittel

Tab. 1: Typische altersbezogene Organveränderungen

im Alter auch die echten Krankheitsbilder wie z. B. koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, obstruktive Atemwegserkrankungen, Diabetes usw. Dadurch erweitert sich die Palette der eingenommenen Medikamente logischerweise noch erheblich.

Verschreibungskaskade

Auf ein zusätzliches, gerade bei älteren Menschen häufiges Phänomen, das zur Polypharmakopragmasie führt, soll speziell aufmerksam gemacht werden, weil es oft übersehen und ziemlich weit verbreitet ist, nämlich auf das Phänomen der „Verschreibungskaskade“.

Gerade bei älteren Menschen werden häufig durch Medikamente Nebenwirkungen hervorgerufen, die fälschlicherweise als krankheitsbezogen interpretiert und mit weiteren Medikamenten behandelt werden.

Ein klassisches Beispiel ist die Verschreibung einer Parkinsontherapie für Symptome, die durch Antidepressiva ausgelöst werden. Antiparkinsonmittel können dann gerade bei älteren Menschen psychotische Reaktionen auslösen, sodass dagegen noch ein Neuroleptikum verschrieben wird, das seinerseits wieder extrapyramidale Begleiteffekte hervorruft, aber auch ein dementielles Zustandsbild vortäuschen kann, was dazu verleitet, Cholinesterasehemmer (z. B. Exelon) zu verschreiben. Diese wiederum haben als Nebenwirkungen Durchfall und Inkontinenz und führen zur Verschreibung von Anticholinergika (Inkontan, Detrusidol) usw. So schaukelt sich oft ein verhängnisvoller *circulus vitiosus* auf, der erst durchbrochen werden kann, wenn alle diese Medikamente wieder abgesetzt werden. Heutzutage sollte jedenfalls bei alten Menschen immer zu allererst an eine Medikamentennebenwirkung gedacht werden, wenn sie mit Beschwerden in der Ordination erscheinen.

Ganz unrecht hat der gute alte Dichter Molière auch heute nicht, wenn er in seinem Stück „Der eingebildete Kranke“ behauptet: „Die meisten Menschen sterben an ihren Heilmitteln, nicht aber an ihrer Krankheit“. Das war um das Jahr 1670!

Strategien aus dem Dilemma

Die Frage ist, wie man diesem Dilemma aus Multimorbidität und Polypharmakopragmasie enttrinnen kann. Dazu einige Anregungen:

1. Zunächst ist jedenfalls zu fordern, dass *klinische Studien* gezielt auch an multimorbiden alten Patienten durchgeführt werden, zumal ja bei älteren Menschen auch deutliche Veränderungen in der Pharmakokinetik von Medikamenten bestehen (z. B. reduzierte Nierenfunktion, verändertes Verteilungsvolumen usw.).
2. Bei der medikamentösen Behandlung von multimorbiden älteren Patienten sollte man nach dem Prinzip vorgehen: „*So viel wie unbedingt nötig und so wenig wie nur möglich*“.
3. Als Leitlinie für dieses Prinzip kann gelten, dass bei multimorbiden Patienten die *Schaden/Nutzen-Abwägung* wesentlich kritischer hinterfragt werden muss als bei jüngeren Patienten. Das Beispiel der onkologischen Patienten wurde schon erwähnt.
4. Auch sollte man bei älteren multimorbiden Patienten mit nur geringer Lebenserwartung auf reine präventive Medikamente, die erst längerfristig zum Tragen kommen, weitgehend verzichten. Als Faustregel kann gelten, dass eine präventive Therapie bei älteren Menschen spätestens dann zu hinterfragen ist, wenn die natürliche Sterberate höher liegt als die Inzidenz des behandelten Ereignisses (also z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall oder das Auftreten von Knochenbrüchen usw.).

Lebensqualität im Alter vs. Lebensverlängerung

In diesem Zusammenhang darf vielleicht bemerkt werden, dass der Heilauftrag des Arztes bei alten multimorbiden Patienten primär in der Verbesserung der Lebensqualität, also in der Symptomlinderung liegen sollte und erst sekundär in Maßnahmen, die zu einer weiteren Lebensverlängerung führen.

Wenn wir aber unsere Patienten weiterhin täglich mit einer Unzahl von Medikamenten über-

häufen, so werden sie ihren Lebensabend – wie das heute vielfach schon der Fall ist – in erster Linie mit Pillenzählen und mit der Bekämpfung von deren Nebenwirkungen verbringen. Nach dem Motto: Habe ich die Tablette schon genommen oder habe ich sie noch nicht genommen? Wo hab ich denn das Medikamentenschächterl hingelegt? Welche Tablette muss ich vor dem Essen, welche nach dem Essen nehmen? Wann muss ich zum Arzt? Wo hab ich mir das aufgeschrieben? Um Gottes Willen, ich hab zu Ostern ein Ei und eine Buttersemmel gegessen; ich muss ins Labor, mein Cholesterinspiegel, mein Blutdruck, mein Blutzucker, der Augendruck, die Knochendichte, meine Leberwerte, meine Nierenwerte! usw. usf.

Kein Wunder also, dass heute fast schon jeder zweite unserer älteren Patienten ein Antidepressivum benötigt, und dass 50 Prozent der Patienten die verschriebenen Medikamente dann ohnehin wegen Nebenwirkungen und Unverträglichkeit nicht einnehmen. Hier passieren sicher viele Fehler zum Schaden des Patienten. Das Pflegepersonal kann ein Lied davon singen.⁷

Ausblick

Die Frage ist, wie in Zukunft dieses Dilemma von altersbedingter Multimorbidität und Polypharmakopragmasie gelöst werden könnte. Das Problem ist, dass wir in Wirklichkeit noch keine etablierte Theorie des Alterungsprozesses haben. Aber sicher dürfte er großteils genetisch determiniert sein, möglicherweise durch einen kontinuierlichen Verlust bzw. eine Verkürzung der Chromosomentelomere, was zu einer zunehmenden Regenerationsunfähigkeit der Zellen und zu einer Instabilität der Organfunktionen führt. Wie dem auch sei, wesentlich wäre, dass der Alterungsprozess an sich an seiner Wurzel beeinflusst werden müsste und nicht erst seine Folgen. Manche optimistische Biogerontologen hoffen, dass dies dadurch gelingen könnte, dass die altersbedingte Morbidität durch genetische Eingriffe wenn schon nicht verhindert, so doch zumindest hinausgeschoben werden könnte.⁸ Die

rechtzeitige Bekämpfung der Risikofaktoren wäre der zweite Ansatzpunkt, um auch die Comorbidität echter Erkrankungen im Alter hintanzuhalten. Freilich, ganz verhindern wird man die Multimorbidität und damit die Polypharmakopragmasie wohl nicht können, wenngleich auch hier schon interessante Vorstellungen entwickelt werden: Wenn man heute die modernen Studien zu den verschiedenen Erkrankungen liest, so werden sie fast durch die Bank als ein möglicherweise entzündlicher Prozess charakterisiert, wie z. B. die COPD, Asthma, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Depression, Osteoporose, Karzinome, Anämie, usw.⁹ Manch einer träumt davon, dass man vielleicht auch hier an einer gemeinsamen Wurzel ansetzen könnte, um alle diese Krankheiten auf einmal mit einem einzigen Medikament zu behandeln. Dann würden wir also mit nur zwei Tabletten, einer „Disease Drug“ und einer „Antiaging Drug“, den Menschheitstraum von der ewigen Jugend sehr nahe kommen (was freilich fatal für die Ärzteschaft wäre). Die Frage ist aber auch, ob die Menschheit das überhaupt will: in ewiger Jugend auf dieser Erde zu leben. Ich jedenfalls nicht.

Zusammenfassung

Jenseits aller Utopien und Horrorszenarien muss festgestellt werden, dass Altern ein irreversibler, natürlicher Vorgang ist, ein komplexer biologischer Prozess, der aus der Wechselwirkung von genetischer Determiniertheit, Vererbung und Umweltfaktoren resultiert und zu einer fortschreitenden Instabilität des homeostatischen Gleichgewichts des Organismus führt. Als Folge davon kommt es zur Abnahme seiner Adaptationsfähigkeit und damit zu einer erhöhten Krankheitsanfälligkeit mit Multimorbidität, wie sie für das Alter typisch ist. Gerontologie und Geriatrie sind daher als Teile eines Ganzen zu betrachten. Ewige Jugend und der Jungbrunnen, dieser Traum der Philosophen, Dichter und Maler älterer Zeiten sowie enthusiastischer Wissenschaftler aus neuerer Zeit, sind wohl ins Reich der Mythen und Legenden

zu verlegen. Und das ist gut so, denn der Jugend-, Schönheits- und Gesundheitskult unserer Tage läuft Gefahr, alte Menschen, ja sogar den Tod ins Abseits zu schieben und sie nur mehr als lästige Last zu empfinden. Die heutige Herausforderung besteht jedoch darin, die Problematik des unvermeidlichen Altwerdens nicht zu verdrängen, sondern realistisch ins Auge zu fassen, um den Bedürfnissen unserer alten Menschen gerecht werden zu können und ihnen in Würde zu begegnen.

Referenzen

- 1 Resnick N. M., Dosa D., *Geriatric Medicine*, in: Kasper D. L. et al. (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 16th Edition, McGraw-Hill, Hightstown, NJ (2004), S. 43
- 2 Fuchs M., Biomedizin als Jungbrunnen? Zur ethischen Debatte über künftige Optionen der Verlangsamung des Alterns, *Zschr med Ethik* (2006); 52: 355-366
- 3 Hufeland C. W., *Makrobiotik oder die Kunst, das Leben zu verlängern*, 1. Auflage, Jänner 1976, 8. Auflage bei Georg Reimer, Berlin (1860)
- 4 Kristoferitsch W., *Altern in Würde aus der Sicht alter Menschen*, *Imago Hominis* (2010); 17: 9-15
- 5 Homer, Hymnos an Aphrodite
- 6 Resnick N. M., Dosa D., siehe Ref. 1
- 7 Billmann M. et al., *In Würde altern. Konzeptionelle Überlegungen für die Altenhilfe*, Mabuse, Frankfurt/Main (2009), S. 102 ff.
- 8 Johnson T. E., *Increased life-span of age-1 mutants in *Caenorhabditis elegans* and lower Gompertz rate of aging*, *Science* (1990); 249: 908-912
Juengst E. T. et al., *Biogerontology, „anti-aging medicine“, and the challenges of human enhancement*, Hastings Center Report (2003); 33: 21-30
- 9 Rennard S. I., *Inflammation in COPD: a link to systemic comorbidities*, *Eur Resp Rev* (2007); 16: 105, 91-97

Johannes Rudda

Altern im Spannungsfeld zwischen Würde und Ökonomie

Aging: Between Dignity and Economy

Zusammenfassung

Altern im Spannungsfeld zwischen Würde und Ökonomie bedingt nicht nur gesellschaftskritische Vorschläge, sondern auch Lösungen. Vier große Themenbereiche werden angesprochen: Altersvorsorge, die leistbar und human ist, ein gerechtes Gesundheitssystem für ältere Menschen, ein wirksamer Schutz gegen das erhöhte Unfallrisiko von Senioren und eine dauernde Absicherung der Langzeitpflege. Ökonomiegebote sind zulässig. Sie dürfen zwar zu einer Rationalisierung des Backoffice der Sozialsysteme, aber nicht zu einer Rationierung von Sozialleistungen führen. Schließlich ist für die Sicherung des Sozialstaates für die ältere Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Solidarität erforderlich.

Schlüsselwörter: Langzeitpflege, Menschenwürde, Ökonomie, Rationalisierung, Rationierung

Abstract

Growing old between dignity and economy not only affects suggestions, which are critical against society, but also solutions. Four big topics are touched: provision for old age, which is humane and achievable, a fair health system for elder human beings, an effective protection against the increasing risk for accidents happening to senior citizens as well as long lasting coverage for human beings in need of long-term care. Economic rules are allowable, in fact they can lead to a rationalization of the Back office of social systems, but not to a rationing of social contributions. Finally a comprehensive social solidarity is of utmost importance to secure the welfare state for senior citizens.

Keywords: Long-term Care, Dignity of Men, Economy, Rationalization, Rationing

Prof. Dr. Johannes Rudda
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Kundmannngasse 21, A-1030 Wien
Johannes.Rudda@hvb.sozvers.at

Der massive Alterungsprozess der heutigen menschlichen Gesellschaft in Europa in den nächsten fünf Jahrzehnten ist durch die zweifelsfreien Statistiken der Demografie unbestritten. Relativ niedrige Geburtenraten, der Anstieg der Lebenserwartung um etwa sieben Jahre (Männer: 86 Jahre, Frauen 90 Jahre als Durchschnittsalter) und eine kontinuierliche Migration dürften dazu führen, dass bis 2060 die Zahl der Gesamtbevölkerung der Europäischen Union unverändert bleiben wird. Das Verhältnis zwischen den Personen im erwerbsfähigen Alter (von 15 – 64 Jahre) zu denen im Pensionsalter wird sich allerdings von derzeit 4:1 auf 2:1 wesentlich verändern. Die große Umstrukturierung zu einer Gesellschaft mit hohem Altenanteil bedingt im Wesentlichen vier Aufgabengebiete der Sozialpolitik mit entsprechenden Lösungen, will man eine *humane Altersvorsorge*, ein *gerechtes Gesundheitssystem für ältere Menschen*, einen *wirksamen Schutz gegen erhöhtes Unfallrisiko* von Senioren und eine *dauernde Absicherung der Langzeitpflege* erreichen.

Alterssicherung mit menschlicher Würde und Ökonomie

In Österreich hat sich die Alterssicherung breiter Bevölkerungsschichten mit der sozialen Pensionsversicherung seit über 100 Jahren entwickelt, als sukzessive große Teile der Erwerbstätigen eingegliedert wurden: 1906 waren dies die Privatangestellten, 1929 die Landarbeiter, 1939 die Arbeiter, 1958 die Gewerbetreibenden und 1970 die Bauern. Dies ging aber nicht so reibungslos, sondern es gab politische Kämpfe und Vorbehalte. Heute jedoch ist die soziale Pensionsversicherung als erste Säule unbestritten, die im Wesentlichen zu etwa 70% des Letzteinkommens den Lebensstandard garantiert. Prognosen für die Zukunft, die seriös erstellt werden (Statistik Austria) gehen davon aus, dass Österreich sich dieses System auch weiterhin leisten kann. Der hierfür erforderliche Bundesbeitrag wird von 2007 bis 2060 lediglich um 0,5% (von 5,3% auf 5,8%) des BIP steigen, wobei dies durch die radikale Abnahme der Bundesbeiträge zu den Ruhegenüs-

sen pragmatisierter Beamter und das Pensionskonto für alle Erwerbstätigen bewirkt wird.

Freilich darf dabei nicht übersehen werden, dass das Pensionskonto eine Art Durchschnittspension, resultierend aus den Kontoprozentsätzen (1,78% pro Jahr) der Einkünfte des gesamten Erwerbslebens und der Bewertung von früheren Ersatzzeiten, wie z. B. Präsenzdienst- oder Kindererziehungszeiten, ist, die zwar Jahr für Jahr aufgewertet werden, aber alle Höhen und Tiefen des Versicherungslebens widerspiegelt. Somit wird bei mittleren und höheren Verdienern die Sozialversicherungspension allein für die Wahrung des bisherigen Lebensstandards nicht ausreichen.

Als zweite Säule der Alterssicherung gibt es die Betriebspension. Nach dem Betriebspensionsgesetz (BPG) und Pensionskassengesetz (PKG) ist eine solche Zusatzpension nur möglich, wenn sie kollektiv vereinbart wird. Sogar muss zwingend eine Betriebsvereinbarung oder betriebliche Kollektivversicherung abgeschlossen werden. Aufgrund der vorherrschend kleinbetrieblichen Strukturen haben daher nur ca. 15% der Erwerbstätigen eine Betriebs- oder Pensionskassenpension zu erwarten. Da der Gesetzgeber von einem ursprünglich durch einen Börsenboom geprägten, heute aber viel zu hohen Rechenzinsfuß ausging, weil seit der Finanzmarktkrise die Entwicklung der Wertpapiere sich ins Gegenteil verkehrt hatte, müssen Betriebspensionisten vielfach höhere Verluste und Pensionskürzungen hinnehmen. Die Bundesregierung will zwar dieser Entwicklung gegensteuern, doch ist vor allem für die Vergangenheit kein öffentlicher Finanzausschuss in Sicht. Was sollen die Bürger aber tun, damit sie bei der Altersvorsorge nicht zu große Einbußen bei ihrem Lebensstandard haben? Bereits ab mittleren Einkünften (ab € 2.000 brutto im Monat) sollten die Instrumente der dritten Säule verwendet werden, um Pensionslücken zu vermeiden: Es ist dies die Privatvorsorge. Zwei neue Meinungsumfragen von den Instituten GfK und market mit einem Sample von 2.000 Personen, vor allem jungen ÖsterreicherInnen von 15 bis

30 Jahren, stellen drei Schwerpunkte fest:

1. Von der ersten Säule wird künftig weniger für die Pension erwartet.
2. Die private Vorsorge ist unabdingbar: 69% wollen damit das Alter absichern.
3. Sicherheit geht vor Ertrag: Das gute alte Sparbuch, Bausparverträge und klassische Lebensversicherungen sind primär gefragt.

Abschließend sieht man, dass auch ein längeres Altern in Würde möglich ist, wenn man auf den Stand seines Pensionskontos achtet, bei Gesundheit auch länger erwerbstätig ist und privat rechtzeitig vorgesorgt hat. Man darf eben nicht allein dem Staat das ökonomische Handeln überlassen, sondern muss auch selbst in dieser Richtung initiativ für seine Altersvorsorge werden.

Trotz der Finanzmarktkrise sollte der Staat auch bei seinen vermehrten Ausgaben und Zuschüssen auf eine stabile Finanzierung der ersten Säule achten, weil Altersarmut und eine stärkere Verminderung der Kaufkraft der künftigen Pensionisten zu deflatorischen Erscheinungen führen könnte, die dem allgemeinen Wirtschaftswachstum abträglich sind. Die Menschenwürde im Alter, verbunden mit materieller Absicherung sollte bei einer Abwägung der Rechtsgüter einen sehr hohen Stellenwert haben, der auch die Glaubwürdigkeit der Politik im demokratischen System beweisen würde.

Gesundheit im Alter zwischen Rationalisierung und Rationierung

In der Regel benötigt der ältere Mensch mehr Gesundheitsleistungen als in jungen Jahren. Dies hat seine Ursache in genetischen Faktoren, Umwelteinflüssen und zu wenig Prävention bzw. Eigenverantwortung. Dennoch gebieten es die Menschenwürde und Ethik, auch älteren Menschen die zur Aufrechterhaltung und Verbesserung ihres Gesundheitszustandes notwendigen Mittel unbeschränkt zuteil werden zu lassen, will man sich nicht dem Vorwurf lebensverkürzender Rationierung aussetzen.

Dennoch sollten im Gesundheitswesen ökonomische Grundsätze nicht fehlen, obwohl dieses pri-

mär ein Anbietermarkt ist und stets vom medizinischen Fortschritt dominiert wird. Allerdings haben viele Behandlungen und Heilmittel ihre Grenzen. Bei vielen Krankheiten, wie z. B. Krebs, hat die Medizin noch keinen wirklichen Durchbruch zur endgültigen Heilung geschafft.

Der ältere Mensch im Spannungsfeld seines individuellen Gesundheitszustandes, seiner Lebenserwartung und seiner sozialen Krankenversicherung will gewöhnlich bei möglichst guter Gesundheit und Mobilität alt werden. Dies gebietet auch seine Menschenwürde, die auch die soziale Krankenversicherung zu beachten hat. Aufgrund finanzieller Engpässe wird der Spielraum zu einer optimalen Behandlung kleiner, zumal manche Krankenversicherungsträger ihre freiwilligen Leistungen (z. B. Kur für Pensionisten) sistiert und auch bei den Pflichtleistungen Beschränkungen (z. B. bei Physiotherapie) eingeführt haben.

Andererseits ist von den Krankenversicherungsträgern ein Pauschalsatz ihrer Einnahmen (2008: 3,8 Mrd. Euro = 28,6% ihrer Gesamteinnahmen) an die Spitäler zu überweisen, ohne auf deren Rationalisierung irgendeinen Einfluss nehmen zu können. Hinsichtlich der Ausgaben für ärztliche Hilfe und Heilmittel samt Heilbehelfe (2008: 6,6 Mrd. Euro = 48,4% der Einnahmen) hat der Hauptverband der österreichischen Bundesregierung Ende Juni 2009 ein ambitioniertes Kostendämpfungspaket von 1,7 Mrd. Euro und weitere Umschichtungsvorschläge von 0,9 Mrd. Euro vorgelegt, die schließlich einen Sanierungsbeitrag von 600 Mio. Euro bei 1,4 Mrd. Euro kumulierten Gesamtabgängen der Krankenversicherungsträger zusagte. Damit wird erkennbar, dass ältere Menschen nicht mehr mit einer Gesamtsolidarität aller Bürger und Steuerzahler rechnen dürfen, zumal die Wirtschaftskrise die Staatseinnahmen verringert und die Staatsschulden beträchtlich erhöht hat (2010: bereits 70% des Bruttonationalprodukts!)

Vom älteren Menschen wird daher gefordert, eine bestimmte Eigenverantwortung an den Tag zu legen. Prävention hätte dabei einen hohen Stellen-

wert einzunehmen. Es wird nicht allein genügen, dass er darauf achtet, dass die soziale Krankenversicherung seine großen Risiken voll abdeckt. Die Behandlung kleinerer Befindlichkeitsstörungen, wie z. B. leichter Erkältungen oder Beeinträchtigungen der Essgewohnheiten könnte er selbst übernehmen, zumal damit auch altbewährte Hausmittel verwendet werden können. Der Arzneimittelsicherheitsgurt der Apotheken oder ein Medikamentenpass, wie bei der Kärntner Gebietskrankenkasse, sollte die Übermedikation einschränken. Ein bewusster Umgang mit den Ressourcen durch alle Krankenversicherten wird auch den Älteren ihre Lebensqualität belassen können, ohne dass eine Rationierung notwendig wird.

Die Gesundheitsausgaben liegen in Österreich mit etwas über 10% vom BIP im oberen Drittel der EU. Eine hohe Behandlungsrate im Spital, die auch viele ältere Personen trifft, verursacht enorme Kosten. Rationalisierungspotentiale wurden bereits mehrfach (z. B. Rechnungshof, Sozialversicherung) erkannt, scheiterten bisher aber an der regionalen Politik. Auch die Prävention für ältere Menschen ist bisher nur zum Teil verwirklicht. Um das Gesundheitswesen insgesamt effizienter zu machen, ist die Finanzierung aus einem Topf notwendig und eine Steuerung aller Leistungen sowohl im stationären und ambulanten Bereich nach ökonomischen, aber auch humanen Grundsätzen unumgänglich. Eine gezielte Gesundheitsförderung für Menschen mit höherem Lebensalter könnte nicht nur die Lebensqualität dieser Personen verbessern, sondern auch die Gesundheitsausgaben spürbar senken.

Unfälle im Alter

Nicht zu unterschätzen sind die Auswirkungen von Unfällen älterer Menschen. In jüngster Zeit hat die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) vor allem der Sturzprävention besonderes Augenmerk geschenkt. Sehr viele ältere Personen liegen nach Brüchen aufgrund von Stürzen in den Krankenhäusern – auch in den Unfallspitälern der AUVA –, um durch erfolgreiche Operationen und

Rehabilitationen wieder zu ihrer Alltagskompetenz zurückzufinden.

Gerade Pensionisten haben aufgrund einer fehlenden gesetzlichen Unfallversicherung nur Anspruch auf Krankenbehandlung, die nach § 133 Abs. 2 ASVG und Parallelbestimmungen ausreichend und zweckmäßig zu sein hat, aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Hingegen hat nach § 189 Abs. 1 ASVG die Unfallheilbehandlung von in der sozialen Unfallversicherung Versicherten mit allen geeigneten Mitteln zu erfolgen, um die Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder wenigstens zu verringern.

Die Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs zur Krankenbehandlung ist grundsätzlich restriktiv. In Einzelfällen gewährt sie bei nicht ausreichender Schulmedizin auch den Ersatz anderer Behandlungen, wie z. B. durch homöopathische Präparate. Die Leistungen der Unfallversicherung sind jedenfalls im Gesetz nicht taxativ aufgezählt. Die Materialien zur 29. ASVG-Novelle bringen zum Ausdruck, dass die Unfallheilbehandlung auch zur Beseitigung oder Besserung der Unfallfolgen und zur Erhaltung der Fähigkeit zur Besorgung der lebenswichtigen persönlichen Angelegenheiten gewährt wird. Für den älteren Menschen besteht ein zweifaches Dilemma:

1. Er unterliegt nicht mehr dem Arbeitsprozess und hat daher keine gesetzliche Unfallversicherung mehr. Die Behandlung in einem Unfallspital erfolgt nach einem „good will“ der Unfallversicherung bzw. von dieser im Auftrag der Krankenversicherung, die diese nach Meinung der AUVA nur unzureichend pauschal vergütet.
2. Er hat keinen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation durch die Unfallversicherung. Das Gesetz (§ 154a ASVG) sieht bloß eine „Pflichtaufgabe“ durch die Krankenversicherung vor. Finanzielle Probleme der Krankenversicherungsträger haben zu einer Sistierung oder äußerst eingeschränkten Gewährung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen geführt. Die Rechtsprechung des Obersten

Gerichtshofs verlangt zwar ein nachprüfbares Ermessen, toleriert aber Beschränkungen aufgrund der Finanzlage, wenn diese als Begründung angeführt werden.

Zur Würde des alternden Menschen gehört es aber auch, dass er einen Rechtsanspruch auf medizinische und soziale Rehabilitation hat, um relativ gesund das Alter erleben zu können. Die soziale Rehabilitation soll ihn durch geeignete Adaptierungen der Wohnung und der Verbesserung seiner Mobilität zu einer gesellschaftlichen Teilhabe ermutigen. Die Menschenwürde des Alters sollte nicht durch ein überzogenes ökonomisches Denken, d. h. durch Rationierung der Gesundheitsausgaben für Unfallheilbehandlungen abhanden kommen.

Dauernd gesicherte Langzeitpflege zwischen Würde und Ökonomie

Wenn der letzte Lebensabschnitt erreicht wurde, benötigt der ältere Mensch sehr oft Pflege. Etwa 75 bis 80 Prozent der Betroffenen werden informell zu Hause gepflegt. Die übrigen Pflegebedürftigen werden in Heimen betreut, die teilweise den Ländern und zum anderen Teil privaten Betreibern gehören.

Der deutsche Dichter Ferdinand Freiligrath, der im 19. Jahrhundert lebte und sozial sehr engagiert war, schrieb in einem seiner Gedichte: „Was wir erwarten von der Zukunft fern, dass Brot und Arbeit uns gerüstet steh'n, dass unsere Kinder in der Schule lernen und unsere Greise nicht mehr betteln geh'n.“

Zur teilweisen Abgeltung des erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarfs gibt es seit 1. Juli 1993 ein 7-stufiges Pflegegeld (ab 1. Jänner 2009 von € 154,20 bis € 1.655,80 pro Monat). Die Einstufung erfolgt nach einer Untersuchung von Gutachterärzten durch den zuständigen Entscheidungsträger (in der Regel Pensions- und Unfallversicherungsträger). Waren es 1993 noch 230.000 Pflegegeldbezieher, so sind es 2009 bereits mehr als 400.000 und im Jahre 2030 werden es nach Schätzung des WIFO etwa 570.000 Leistungsempfänger sein. Dazu kommt noch der weitere Ausbau der sozialen Dienste durch die Länder und die Erbringung von

Sachleistungen, deren Aufwand bis 2030 ebenfalls stark ansteigen wird.

Einer der Schwerpunkte für die Zukunft wird die Sicherstellung der Leistbarkeit der Pflege für jeden betroffenen Staatsbürger sein. Dafür wird neben einem valorisierten und differenzierten Pflegegeld vor allem auch die einkommensadäquate Bereitstellung von Sachleistungen – vor allem eine breite Palette mobiler Dienste – notwendig sein. Diese höheren Ansprüche an die Pflegequalität müssen in gesamtgesellschaftlicher Solidarität und in Anpassung an die individuelle Einkommens- und Vermögenssituation befriedigt werden. Möglichkeiten hiezu sind eine stärkere Beteiligung von Bund und Ländern und eine Richtlinienkompetenz des Sozialministers für die individuelle Förderung in Hinblick auf die Leistbarkeit und Einheitlichkeit von Förderzuschüssen mit Rechtsanspruch.

Nach der Studie des Wirtschaftsforschungsinstituts (WIFO) von 2008 konnte nach den drei Szenarien des WIFO ein zusätzlicher Finanzbedarf bis 2030 für die Geld- und Sachleistungen von 66 bis 207 Prozent des heutigen Aufwands (2008) festgestellt werden, ohne dass künftige gesetzliche Verbesserungen, wie z. B. eine bessere Einstufung Demenzkranker, berücksichtigt wurden. Beim Bundespflegegeld wird bis 2030 ein Mehraufwand von 670 bis 1.050 Mio. Euro und beim Landespflegegeld ein solcher von 25 bis 62 Mio. Euro erforderlich sein. Die Sachleistungen steigen um 1,4 bis 5,6 Mrd. Euro je nach Szenario. Insgesamt ergibt sich ein Mehrbedarf von 2,1 bis 6,7 Mrd. Euro, mit gesetzlichen Verbesserungen von 3 bis 8 Mrd. Euro, der solide zu finanzieren wäre.

Beachtlich sind auch die bisherigen Eigenleistungen der pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen, die rund 2,6 Mrd. Euro pro Jahr betragen. Maßnahmen der Altersprävention und -rehabilitation greifen erst mittel- und langfristig und auch nur dann, wenn keine neuen Krankheiten oder wesentliche Verschlimmerungen bestehender Krankheiten hinzutreten.

Man wird sich daher auf eine nachhaltige lang-

fristige Finanzierung einstellen müssen, die auch die intergenerative Gerechtigkeit gewährleistet und dem Wirtschaftsstandort nicht schadet.

a) beitragsfinanzierte Pflegeversicherung

Dieses System existiert in Deutschland, hat aber bereits zweimal zu Anhebungen des Beitragsatzes von 1,5 auf 1,95 Prozent (+ 0,25% für Kinderlose) geführt, obwohl die Leistungen von 1995 bis 2008 eingefroren waren und das Niveau unter dem österreichischen liegt.

In Österreich würde allein die Umwandlung der Geldleistungen des Bundespflegegeldgesetzes einen Beitragsatz von 2,8% erfordern, der im Jahre 2030 etwa 4 bis 4,5 Prozent betragen müsste. Sowohl eine Arbeitgeberbelastung als auch eine reine Individualbelastung der Versicherten sind lohnkostenmäßig als auch einkommenspolitisch wegen einseitiger Belastung wirtschaftlich Schwächerer unzumutbar. Sie würden auch die Kaufkraft dämpfen und gesamtwirtschaftlich in Rezessionsphasen wachstumshindernd sein.

b) steuerfinanziertes System

Ein solches besteht in den nordischen Staaten, vorab in Dänemark, und hat dort eine jahrzehntelange Tradition eines Wohlfahrtsstaates. Das System bevorzugt primär Sachleistungsangebote, wobei ab 1987 mobile Dienste verstärkt einbezogen wurden. Finanziert wird in Dänemark die Pflege sehr stark mit kommunalen Einkommensteuern und staatlichen Zuschüssen. Daher werden weder die Versicherten direkt belastet, noch die lohnabhängigen Beiträge und Abgaben berührt.

c) Mischsystem

In den Niederlanden hat sich ein System herausgebildet, das Beiträge auf alle steuerpflichtigen Einkunftsarten einhebt und zweckgebundene personelle Budgets mit Berücksichtigung der Angehörigenpflege vorsieht. Ursprünglich lag der Schwerpunkt auf stationärer Pflege, ab 1990 wurde die mobile Pflege verstärkt.

d) Heranziehung von Vermögen zur Pflegefinanzierung

Teilweise vertraten die Politik, aber auch Vertreter des WIFO die Auffassung, eine ständige Finanzierung der Langzeitpflege in der Zukunft mit einem Pflegefonds und Vermögenssteuern zu gewährleisten. Abgesehen von der Frage der intergenerativen Verteilungsgerechtigkeit und der natürlichen Grenzen von Vermögenssteuern darf nicht übersehen werden, dass durch die jüngste Krise der Finanzmärkte allein im Jahr 2008 das private Geldvermögen der ÖsterreicherInnen sich um 19 Mrd. Euro reduzierte. Dieser Megaverlust traf nicht nur die Reichen, sondern die breite Masse von Wertpapierbesitzern. Sogar ist die Vermögensbesteuerung eine sehr unsichere Basis für eine dauerhafte Finanzierung der Langzeitpflege. Es verbleibt daher nur eine Lösung mit gesamtgesellschaftlicher Solidarität.

e) Eine denkbare österreichische Lösung

Wie bereits vorhin ausgeführt und auch vom WIFO skeptisch betrachtet, ist eine beitragsfinanzierte Pflegeversicherung mit gravierenden Nachteilen verbunden. Eine Finanzierung mit Kommunalsteuern ist deshalb nicht möglich, weil die Gemeinden jetzt schon Schwierigkeiten bei der Erfüllung ihrer Aufgaben haben und im Übrigen sehr unterschiedliche Strukturen in den Gemeinden vorliegen (reiche Industriegemeinden versus ärmere Gebirgsgemeinden). Denkbar aber wäre es, einen zweckgebundenen Zuschlag zur Lohn-(Einkommen-)steuer oder Mehrwertsteuer vorzusehen, womit eine Garantie von diesen beiden ergiebigsten Steuern des Staates für den zusätzlichen Pflegeaufwand gegeben wäre.

Die Langzeitpflege älterer Menschen sollte in Zukunft auch lückenlos qualitätsgesichert sein, wofür die Gesundheits- und Pflegeberufe aufeinander abgestimmt sein müssen. Wichtig wäre auch die Integration von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Pflegeprogramme für ältere Menschen.

Schlussfolgerung

Abschließend stelle ich fest, dass Würde und Ökonomie im Alter einander nicht ausschließen müssen. Bei ambitionierter Gestaltung der Alterssicherung, vernünftigem Umgang mit der Gesundheit, Vermeidung von Unfällen älterer Menschen und dauernd gesicherter Langzeitpflege kann die Menschenwürde mit der Ökonomie existieren. Eine richtig verstandene Ökonomie dient der Menschenwürde. Neoliberalistischen Tendenzen auf Gewinnmaximierung im Sozialwesen zu Lasten der Älteren muss man entgegenzutreten, zumal weder eine Entsolidarisierung der österreichischen Gesellschaft zwischen Jung und Alt noch eine Einschränkung der Menschenwürde im Alter demokratiepolitisch erwünscht ist.

Literatur

- Czypionka T., Riedel M., Röhrling G., Eichwalder S., *Finanzierung aus einer Hand III*, SoSi (2009); 9(Beilage): 1-10
- Europäische Kommission, *Die Auswirkungen der demografischen Alterung in der EU bewältigen* (2009), S. 1-14
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Gesundheit, Finanzierung sichern* (2009), S. 18-19
- Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* (2009), S. 58-60
- Hochhauser A. M., *Die Finanzkrise und ihre Auswirkungen*, *Wirtschaftspolitische Blätter* (2009); 3: 301-302
- Industriellenvereinigung, *Gesundheit 2020*, Fokusgruppe, Wien (2008), S. 10-11
- Kommission zur langfristigen Pensionssicherung, *Darstellung der EPC Szenarien über die langfristige Entwicklung der gesetzlichen Pensionsversicherung für den Zeitraum 2007-2060* (2009), S. 29
- Mooslechner P., *Die Krise, Die Banken und Die Geldpolitik - Ausgewählte Aspekte einer Zwischenbilanz der Krise im Jahr t+2*, *Wirtschaftspolitische Blätter* (2009); 3: 347-365
- Neubauer W., *Gegenüberstellung betriebliche Kollektivversicherung und sonstige Betriebspensionsarten aus arbeitsrechtlicher Sicht*, in: Drs M. (Hrsg.), *Betriebspensionsrecht*, Verlag Manz, Wien (2008), S. 19-35
- ORF.at: *Altersvorsorge - Absicherung statt Risiko* (2009)
- Rudda J., Grasser M., Rubisch M., *Neue Tendenzen der Pflegevorsorge in Österreich*, SoSi (2008); 6: 331-341
- Rudda J., *Das System der Rehabilitation in Österreich*, in: Jabornegg P., Resch R., Seewald O. (Hrsg.), *Medizinische*

- Rehabilitation*, Verlag Manz, Wien (2009), S. 33-55
- S-Versicherung, *Vorsorge bei Jugendlichen 2009*, Studie von GfK-Austria (2009), S. 3-19
- Teschner H., Widlar P., Pöltner W., *ASVG, Loseblattausgabe*, Verlag Manz, Wien (2009), S. 786-787, 1004-1006

e-card auch im Spital



e-card: Spitäler fit für die e-card

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist die e-card bereits unentbehrlicher Teil des Alltags. Nun werden schrittweise auch die Spitäler und ihre Ambulanzen quer durch Österreich für die e-card fit gemacht. Das gestaltet Abläufe rascher und sicherer und verringert den Verwaltungsaufwand. Selbstverständlich gelten auch hier die gleichen Anforderungen an Sicherheit für Ihre persönlichen Daten, wie sie für den Einsatz der e-card in den Ordinationen vorgeschrieben sind.

Sicher, modern, immer dabei: Ihre e-card.



Gabriela Eisenring

Beihilfe zum Suizid: Entwicklungstendenzen in der Schweiz

Assisted Suicide: Trends in Switzerland

Zusammenfassung

Die sogenannte „organisierte Beihilfe zum Suizid“ wird immer stärker Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Immer wieder wird die Frage aufgeworfen, wieweit es eine gesamtschweizerische Regelung der „organisierten Sterbehilfe“ braucht. Obwohl der Bundesrat bis vor ein paar Jahren immer wieder betonte, dass eine Regelung auf Bundesebene nicht notwendig sei, änderte er seine Meinung und schickte am 28. Oktober 2009 zwei Varianten einer Gesetzesänderung des Art. 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches und des Art. 119 des Militärstrafgesetzbuches in die Vernehmlassung, die bis 1. März dauern sollte. Es handelt sich um folgende Varianten: Festlegung von klaren Sorgfaltspflichten im Strafrecht für Mitarbeitende von Suizidhilfeorganisationen oder schlichtes Verbot der organisierten Suizidhilfe. Die organisierte Sterbehilfe müsste grundsätzlich verboten werden. Nur damit wird wirklich ein Zeichen gesetzt, dass man die Kultur des Lebens und nicht eine des Todes fördern will. Beihilfe zum Suizid ist Beihilfe zum Töten. Und keine Gesellschaft darf das Recht beanspruchen, bestimmte Tötungen für rechtmäßig zu erklären. Palliativmedizin und Hospizbewegungen hingegen machen ein wirklich „menschwürdiges Sterben“ möglich.

Schlüsselwörter: Beihilfe zum Suizid, Gesetzesentwurf, Sterbehilfeorganisationen, Kultur des Todes, Schweiz

Abstract

The so-called “organized assisted suicide” is increasingly the subject of public debate. Again and again the question arises whether federal Swiss rules are needed to regulate and control the “organized euthanasia.” Although in the passed years the Federal Council repeatedly maintained that rules at federal scale were not necessary, lately they changed their mind and in October 28th, 2009 they sent two versions of a legislative amendment of Article 115 of the Swiss Penal Code and of Article 119 of the Military Penal Code for consultation, which should last until March 1st, 2010. These variants are the following: either to establish, in criminal Law, clear regulations for the behaviour of employees of assisted suicide organizations or to state a clear prohibition of assisted suicide. Organized euthanasia should be fundamentally prohibited. This is the only way to promote the culture of life and not that of death. Assisted suicide is assisted killing. No society should claim the right to declare certain killings as lawful. On the other hand, palliative care and hospice movements really make a “dignified death” possible.

Keywords: Assisted suicide, Bill, Euthanasia Organizations, Culture of Death, Switzerland

Univ.-Doz. Dr. Gabriela Eisenring
Restelbergstrasse 22, CH-8044 Zürich
g.eisenring@gmail.com

Einführung

Wie bekannt, ist das Thema der sogenannten „organisierten Beihilfe zum Suizid“ schon seit Jahren in der Schweiz Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Immer wieder wird die Frage aufgeworfen, wieweit es eine gesamtschweizerische Regelung der „organisierten Sterbehilfe“ wirklich braucht.

Die am 7. Juli 2009 unterschriebene Vereinbarung der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich mit der Sterbehilfeorganisation Exit¹ hat nun diese Diskussion erneut in den Mittelpunkt gerückt. Es scheint, dass diese Vereinbarung neben anderen neueren Entwicklungen nun doch einen Handlungsbedarf auf Bundesebene hat erkennen lassen, denn der Bundesrat hat einen Gesetzesentwurf in die Vernehmlassung geschickt, der derzeit auf allen Ebenen heftig diskutiert wird.

In der Schweiz ist die Tötung auf Verlangen zwar strafbar gemäß Art. 114 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB), die Beihilfe zum Suizid nur dann, wenn die mitwirkende Drittperson aus selbstsüchtigen Beweggründen handelt (Art. 115 StGB und 119 des Militärstrafgesetzbuches, MStg). Auf Bundesebene bestehen heute keine weiteren spezifischen Regelungen zur Suizidhilfe. Diese Rechtslage hat bis zu einem gewissen Grad die Entstehung von Sterbehilfeorganisationen begünstigt, die gegen Entgelt systematisch ihr Know-how zur Verfügung stellen und suizidwilligen Personen konkrete Hilfe leisten. Auch viele Personen aus dem Ausland nehmen diese Hilfe in Anspruch, so dass man vor allem im Kanton Zürich von einem „Sterbetourismus“ spricht. Die Standortwahl und auch einige Vorkommnisse rückten die Tätigkeit der Organisationen in den Fokus des öffentlichen Interesses und erregten in der Bevölkerung und in politischen Kreisen Besorgnis.

Obwohl der Bundesrat bis vor ein paar Jahren immer wieder betonte, dass eine Regelung auf Bundesebene nicht notwendig sei, änderte er später seine Meinung und beauftragte am 2. Juli 2008 das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement in Verbindung mit dem Eidgenössischen Departement

des Innern, den allfälligen gesetzgeberischen Handlungsbedarf betreffend die organisierte Suizidhilfe vertieft abzuklären. Am 28. Oktober 2009 schickte er zwei Varianten eines Gesetzesentwurfs mit einem erläuternden Bericht in die Vernehmlassung, die bis 1. März 2010 dauern sollte.² Es handelt sich um folgende Varianten der Änderung des Strafgesetzbuches: (1) Festlegung von klaren Sorgfaltspflichten im Strafrecht für Mitarbeitende von Suizidhilfeorganisationen; (2) schlichtes Verbot der organisierten Suizidhilfe.³

Nachfolgend sollen die neueren Entwicklungen, die zu dieser Maßnahme geführt haben, und der Inhalt dieses neuen gesamtschweizerischen Gesetzesentwurfs dargelegt werden.

Neuere Entwicklungen, die den Gesetzgeber zum Handeln veranlassten

Wie schon erwähnt, hat die Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und der Sterbehilfeverein EXIT Deutsche Schweiz am 7. Juli 2009 eine Vereinbarung über die organisierte Suizidhilfe unterzeichnet. Die Vereinbarung will „die Absicht des Regierungsrates des Kantons Zürich umsetzen, auf kantonaler Ebene die Schaffung von ‚Standesregeln‘ für Suizidhilfeorganisationen anzustreben, die mit den Organisationen einvernehmlich abgesprochen sind und von diesen freiwillig übernommen werden, um missbräuchliche Praktiken möglichst zu verhindern“⁴. Diese Vereinbarung wurde mit Kenntnis und Zustimmung der Direktion der Justiz und des Innern des Kantons Zürich sowie mit der Bestätigung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, dass aus gesundheitspolizeilicher Sicht dem Abschluss nichts im Wege stehe, unterzeichnet.

Grundsätzlich wird festgehalten, dass die oben genannte Vereinbarung auf der in der Schweiz vorherrschenden liberalen Grundhaltung zur Suizidhilfe basiere. Die „organisierte Suizidhilfe“ wird definiert als „das Anbieten der im Rahmen von Art. 111 ff. des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) zulässigen Hilfeleistungen an suizidwilligen Personen durch Organisationen oder Einzelperso-

nen, welche die Hilfe regelmäßig anbieten“.

Weiters heißt es, dass die Suizidhilfe nur dann zu gewähren sei, „wenn der Suizidwunsch aus einem schweren, krankheitsbedingten Leiden heraus entstanden ist“; dabei sei der Begriff der Erkrankung „weit auszulegen und umfasst auch Leiden infolge eines Unfalls oder einer schweren Behinderung“.⁵ Auch dürfe kein Zweifel an der Urteilsfähigkeit der suizidwilligen Person bestehen mit Bezug auf ihren Entscheid, sich mit Hilfe Dritter das Leben zu nehmen. Ist die Suizidalität Ausdruck oder Symptom einer psychischen Krankheit, darf grundsätzlich keine Suizidhilfe geleistet werden; unter konkreten Umständen jedoch, falls die betroffene Person bezüglich ihres Sterbewunsches klar urteilsfähig sei, dürfe auch hier Sterbehilfe geleistet werden. Bei Personen mit fortschreitender Demenz dürfen keine Zweifel bezüglich ihrer Urteilsfähigkeit bestehen.⁶

Die Vereinbarung regelt auch den konkreten Ablauf der Suizidhilfe, der eigentlich schon seit Jahren übliche Praxis ist. Die von Exit organisierte Suizidbegleitung wird ausschließlich unter Verwendung von Natrium-Pentobarbital (NaP) durchgeführt. Hingegen wird nun festgelegt, dass „zur Vermeidung von Routineabläufen“ ein Sterbebegleiter pro Jahr höchstens zwölf Suizide betreuen darf. Pro Fall soll er maximal 500 Schweizer Franken (CHF) Spesen verrechnen dürfen.⁷ Sobald der Tod eingetreten ist, müsse der Exit-Mitarbeiter die Polizei informieren und ihr eine „Dokumentenmappe“ übergeben. Sie müsse unter anderem eine Erklärung enthalten, in der die sterbewillige Person ihren Willen zum Suizid bekundet. Weiters sollen künftig nur noch zwei Polizisten sowie ein Amtsarzt an den Sterbeort einrücken.⁸ Die Kosten für die Untersuchung des Suizids als außerordentlicher Todesfall werden von der Staatskasse getragen (§ 42 Abs. 1 StPO ZH; Art. 423 Abs. 1 in Kraft ab 1. Jänner 2011).⁹

Zum Schluss wird festgelegt, dass die Vereinbarung von beiden Vertragsparteien unter Einhaltung einer Frist von einem Jahr jederzeit gekündigt werden kann. Aus wichtigen Gründen kann mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.¹⁰

Die Human Life International (HLI)-Schweiz, die Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz (VKAS) und die Schweizerische Gesellschaft für Bioethik (SGBE) haben diese Vereinbarung zwischen der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und Exit juristisch angefochten. Sie reichten gemeinsam eine Beschwerde beim Bundesgericht und zugleich eine Aufsichtsbeschwerde beim Regierungsrat des Kantons Zürich ein. In ihrer Stellungnahme¹¹ verweisen sie auf eine Erklärung von mehreren bekannten Staatsrechtlern, wonach eine solche Vereinbarung von einer Staatsanwaltschaft gar nicht abgeschlossen werden könne. Diese überschreite ihre Kompetenz. In einem demokratischen Rechtsstaat seien nicht umsonst Exekutive, Legislative und Judikative voneinander getrennt. Außerdem sei es sehr fragwürdig, „Standesregeln für Sterbehilfeorganisationen“ in so einer Vereinbarung festzulegen. Damit werde der ethisch äußerst umstrittenen Suizidbeihilfe ein staatliches Gütesiegel aufgedrückt. Auch der sogenannte Sterbetourismus sei nach dieser Regelung weiter möglich.

Zweifellos möchte die Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich durch diese Vereinbarung Druck auf den Bundesrat ausüben, damit eine bundesweite gesetzliche Regelung zustande kommt. Tatsache ist zwar, dass rechtlich jeder in der Schweiz Suizidhilfe leisten und dafür grundsätzlich nicht bestraft werden kann; hingegen ist fraglich, ob ein Kanton eine private Vereinbarung mit einer Organisation abschließen darf, die „gewerbliche“ Suizidhilfe betreibt, was doch „beträchtliche ethische Zweifel“ aufwirft. Außerdem muss nun auch rechtlich geprüft werden, ob eine solche Vereinbarung überhaupt von einer Staatsanwaltschaft abgeschlossen werden kann und es nicht mindestens ein Gesetz als Rechtsgrundlage bräuchte.

Obschon für die Beschwerde die aufschiebende Wirkung beantragt wurde, ist die Vereinbarung in Kraft getreten. Die Beschwerde liegt zur Zeit beim Bundesgericht; die HLI-Schweiz, die VKAS und die SGBE wollen sich zu den laufenden Verfahren vorläufig nicht mehr äußern und auch keine Details

über den Inhalt der Beschwerde bekannt geben. Der Bundesgerichtsentscheid ist somit abzuwarten. Falls die Beschwerde gutgeheißen würde, müsste die Vereinbarung als nicht gültig erklärt werden.

Die HLI-Schweiz, die VKAS und die SGBE lehnen somit diese Vereinbarung klar ab. Sie sei „ein Druckmittel“, um eine nationale gesetzliche Anerkennung von Sterbehilfeorganisationen durchzusetzen. Die vereinbarte Regelung gebe mehr oder weniger die bis lang übliche Praxis wieder. HLI verwahrt sich gegen die Verwendung des Begriffs „Standesregeln“ im Zusammenhang mit der Beihilfe zum Suizid, weil die Sterbehilfeorganisationen durch ihre Tätigkeit selber „auf ethisch äußerst bedenkliche Weise“ handeln. Berufsgruppen wie z.B. die Ärzte geben sich normalerweise ihre Standesregeln selbst und nicht in Form einer Vereinbarung mit einer Staatsanwaltschaft.

HLI-Schweiz, die VKAS und die SGBE setzen sich hingegen für die Förderung der Palliativmedizin in der Ausbildung von Gesundheitsberufen ein. Die in Deutschland gemachten positiven Erfahrungen mit Hospizen für Kranke im Endstadium könnten problemlos auf die Schweiz übertragen werden. Damit könnten Suizide vermieden und positive Zeichen gesetzt werden dafür, dass Kranke, Behinderte und Sterbende von unserer Gesellschaft mitgetragen werden.

Als Reaktion auf die Situation in Zürich wurden Ende Mai 2009 zwei kantonale Volksinitiativen gegen den Sterbetourismus und die Suizidhilfe eingereicht. Die erste fordert das Verbot jeglicher Suizidhilfe an Personen, die seit weniger als einem Jahr im Kanton Zürich leben: die zweite will den Bund beauftragen, jegliche Art von Suizidhilfe unter Strafe zu stellen. Die Regierung des Kantons Zürich beantragte dem Parlament allerdings, die erste Initiative als ungültig zu erklären mit der Begründung, sie sei mit dem übergeordneten Bundesrecht nicht vereinbar.¹²

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat 2008 eine Stellungnahme zur Regelung der

Aufsicht erarbeitet, worin die Kantone großmehrheitlich zum Schluss kommen, es bedürfe keiner neuen gesetzlichen Regeln auf Bundesebene. Um die Gefahr eines zusätzlichen „Legitimationsschubes“ nicht zu steigern, sei es wichtig, prioritär die Qualifizierung des Pflegepersonals und die Durchsetzung der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zu fördern.¹³

Im Kanton Aargau hat der Regierungsrat in seiner Botschaft zu einem neuen Gesundheitsgesetz¹⁴ ebenfalls auf Bestimmungen zur Suizidhilfe verzichtet, weil er der Meinung ist, eine Regelung der Suizidhilfe aufgrund der bereits bestehenden Instrumente und der aktuellen Entwicklung sei nicht notwendig. Hingegen hat er in der Strafprozessordnung eine Rechtsgrundlage für die Überwälzung der strafprozessualen Untersuchungskosten auf Sterbehelfende geschaffen. Am 17. Juni 2008 hat hingegen derselbe Kanton eine Standesinitiative eingereicht, mit der das Bundesparlament eingeladen wird, mittels geeigneter Maßnahmen die gewerbsmäßige Beihilfe zum Suizid zu verhindern und eine gesamtschweizerische verbindliche Regelung der medizinischen Suizidbegleitung vorzunehmen.¹⁵

Auf Bundesebene wurden außerdem zahlreiche parlamentarische Vorstöße eingereicht.¹⁶

Die Schweizerische Akademie der Wissenschaften (SAMW) und die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) hat am 7. Juni 2006 in einem Schreiben an den Bundesrat die Meinung kundgetan, dass der Bund im Bereich der Suizidhilfeorganisationen eine Aufsichtspflicht habe; mit unterschiedlichen kantonalen gesetzlichen Rahmenbedingungen würde das Phänomen des Sterbetourismus ansonsten weiter blühen.¹⁷ Zudem hat die NEK am 27. Oktober 2006 „Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe“ veröffentlicht.¹⁸

Auch diese politischen Aktivitäten sind letztlich die Folge der Entwicklung der Suizidhilfeorganisationen in der Schweiz. In der Schweiz tätig sind heute namentlich drei: der Verein „EXIT Deut-

sche Schweiz Vereinigung für humanes Sterben“, gegründet 1982, mit Sitz in Zürich¹⁹; der Verein „EXIT Association pour le droit de mourir dans la dignité“ (A.D.M.D. Suisse romande), ebenfalls 1982 gegründet, mit Sitz in Genf²⁰, und der Verein „DIGNITAS-Menschenwürdig leben-Menschenwürdig sterben“, gegründet am 17. Mai 1998 in Forch bei Zürich, mit Sitz in Maur.²¹ Diese Suizidhilfeorganisationen sind laut den Statuten nicht gewinnorientiert. Sie lassen sich aber für ihre Tätigkeit entschädigen. Wie im erläuternden Bericht zum Gesetzesentwurf gesagt wird, verlangt z. B. Dignitas für eine Suizidbegleitung mit Einbezug der Bestattungsformalitäten einen Vorschuss von rund 10.000 CHF. EXIT Deutsche Schweiz finanziert seine Tätigkeiten mit Mitgliederbeiträgen (seit 2009 45 CHF pro Jahr), Spenden, Kapitalzinsen und anderen Erträgen. Seine Dienstleistungen sind Mitgliedern vorbehalten. Die Suizidhilfeorganisationen betreiben Werbung mittels Inseraten und Berichten in Zeitungen im In- und Ausland, Auftritten an Gemeindegängen und Radiospots.²²

In den letzten Jahren erfuhr die Praxis der Suizidhilfeorganisationen verschiedene, zum Teil stark mediatisierte Veränderungen. Zu nennen sind zum einen die von Dignitas gewählten Lokalitäten zur Durchführung des begleitenden Suizids wie Hotels oder auch Autos oder Wohnwagen auf öffentlichen Plätzen. Weiter ging Dignitas im Frühjahr 2008 über zur Anwendung der sog. „Helium-Methode“ anstelle der Verabreichung einer tödlichen Dosis NaP, das nur auf ärztliches Rezept hin erhältlich ist. Im Oktober 2008 machte Dignitas erneut Schlagzeilen mit der Meldung, dass ihre Mitarbeiter offenbar die Asche der Euthanasierten im Zürichsee entsorgen. Dignitas hat sich denn auch nie bereit erklärt, die private Vereinbarung mit der Züricher Oberstaatsanwaltschaft zu unterschreiben, da ihr die Vereinbarung zu eng für ihre Tätigkeit sei.²³

Auch EXIT Deutsche Schweiz hat sich vor einiger Zeit entschieden, nicht mehr nur Schwerkranken zum Suizid zu verhelfen. Bereits früher hatte man mit der Suizidbegleitung von psychisch kran-

ken Menschen begonnen, die nicht zu den todkranken Menschen zu zählen sind. Eine kürzlich in den Medien als aufsehenerregend qualifizierte Studie des Schweizerischen Nationalfonds bestätigt diese Entwicklung: Der Anteil der Menschen, die sich in Zürich von EXIT Deutsche Schweiz zum Suizid begleiten ließen, ohne an einer tödlichen Krankheit zu leiden, betrug zwischen 2001 und 2004 34 Prozent.²⁴

Diese Organisationen möchten eine Legalisierung der Suizidhilfe erreichen: zum Beispiel EXIT ADMD Suisse Romande im Kanton Waadt, die eine Volksinitiative mit 14.087 gültigen Unterschriften eingereicht hat. Die Initiative verlangt, dass die staatlich subventionierten Altersheime die Sterbehilfe zulassen, sofern die Heimbewohner die Dienste einer Suizidhilfeorganisation in Anspruch nehmen wollen.²⁵

Der Gesetzesentwurf des Bundesrates

In seinem Bericht vom Oktober 2009 hält der Bundesrat fest: „Jedes Menschenleben ist wertvoll, und jeder einzelne Suizid ist einer zuviel. Es gilt in erster Linie, Menschenleben zu schützen und es zu ermöglichen, dass alle Personen für ihr Problem eine andere Lösung finden und treffen können als einen Suizid.“²⁶ Dennoch will er aber Suizid als *ultima ratio* zulassen.²⁷ Die Förderung der Suizidprävention und Palliative Care, so führt der Bericht weiter aus, sind wichtige Maßnahmen, da sie sterbewilligen Menschen eine Alternative zum Suizid bieten. Da dem Bund eine umfassende Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Suizidprävention fehlt, soll er die Krankheitsprävention und gesundheitsfördernde Maßnahmen stärker unterstützen. Es gebe Bemühungen, um Depression und Suizidalität zu reduzieren; Studien würden belegen, dass die Art der Berichterstattung in den Medien Nachahmungssuizide auslösen könne. Der Bundesrat möchte außerdem die Palliative Care in den nächsten Jahren verstärken, um den Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen.

Im seinem Gesetzesentwurf schlägt der Bundesrat, wie erwähnt, eine Änderung der Art. 115 des StGB und 119 des MtGB vor. Er vertritt nach wie vor die Auffassung, dass ein Spezialgesetz zur Regelung der Tätigkeit der Suizidhilfsorganisationen nicht sinnvoll ist.²⁸ Das Gesetz steht unter dem fakultativen Referendum; wegen der Brisanz des Themas wird es wohl zur Abstimmung kommen.

Wie man aus dem erläuternden Bericht zum Gesetzesentwurf ersieht, will der Bundesrat an der bisherigen liberalen Regelung, welche Beihilfe zum Suizid ohne selbstsüchtige Beweggründe zulässt, grundsätzlich keine Abstriche machen. Da die Suizidorganisationen aber den rechtlichen Spielraum vermehrt ausschöpfen und sich teilweise den staatlichen und standesrechtlichen Kontrollmechanismen entziehen, drängen sich nach der Überzeugung des Bundesrates Leitplanken und Schranken auf. Diese sollen verhindern, dass die organisierte Suizidhilfe zu einer gewinnorientierten Tätigkeit wird. Sie sollen zudem gewährleisten, dass die organisierte Suizidhilfe „todkranken Patienten vorbehalten bleibt und nicht durch chronisch oder psychisch kranke Menschen in Anspruch genommen werden kann“. Der Suizid soll nur der letzte Ausweg sein. Im Vordergrund muss nach Ansicht des Bundesrates der Schutz des menschlichen Lebens stehen. Insbesondere durch die Förderung der Palliativmedizin und der Suizidprävention können suizidwilligen Personen Alternativen zum Suizid geboten werden.

Der Entwurf enthält zwei Varianten:²⁹ Die erste besteht darin, die beiden gleichlautenden Artikel 115 des Strafgesetzbuches (StGB) und Artikel 119 des Militärstrafgesetzbuches (MStG) mit verschiedenen Sorgfaltspflichten zu ergänzen, wobei folgende Bedingungen wesentlich sind: Der Sterbewille des Patienten muss frei und dauerhaft sein, zwei ärztliche Gutachten sind erforderlich, und es darf kein Erwerbszweck bestehen.

„Freier und dauerhafte Wille“ bedeutet dabei, dass die suizidwillige Person ihren Willen frei äußert und sich ihren Entscheid reiflich überlegt hat. Diese Bestimmung soll überstürzte und unbedach-

te Entscheide ausschließen.

Erforderlich sind sodann zwei ärztliche Gutachten von zwei verschiedenen Ärztinnen oder Ärzten, die von der Suizidorganisation unabhängig sind. Das eine Gutachten muss belegen, dass die suizidwillige Person urteilsfähig ist, das andere, dass sie an einer körperlichen Krankheit leidet, die unheilbar ist und in kurzer Zeit zum Tod führen wird. Damit wird die organisierte Suizidhilfe für chronisch Kranke ohne tödliche Prognose und für psychisch Kranke ausgeschlossen. Die umfassende Behandlung, Pflege und Unterstützung im Sinne der Palliativmedizin soll es diesen Menschen ermöglichen, in Würde weiter zu leben.

Das Kriterium „kein Erwerbszweck“ schließlich beinhaltet vorab, dass der Suizidhelfer der betroffenen Person Alternativen zum Suizid aufzeigen muss. Das eingesetzte Medikament muss ärztlich verschrieben worden sein, was eine nach ärztlicher Berufs- und Sorgfaltspflicht vorgenommene Diagnose und Indikation voraussetzt. Der Suizidhelfer darf weiter keine Gegenleistung annehmen, die die Kosten und Auflagen für die Suizidhilfe übersteigt. Damit will man verhindern, dass sich der Suizidhelfer nicht von eigennützigen Motiven leiten lässt und dass die Hilfe für die suizidwillige Person im Vordergrund steht. Die Suizidhilfeorganisationen und ihre Helfer müssen schließlich über jeden Fall eine vollständige Dokumentation erstellen, um eventuelle Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörde zu erleichtern.

Der Bundesrat gibt sich überzeugt, dass mit der Festlegung dieser Sorgfaltspflicht Auswüchse und Missbräuche in der organisierten Suizidhilfe unterbunden und der sog. Sterbetourismus eingedämmt werden können. Er bevorzugt daher diese Variante ganz klar.

Als zweite Variante stellt die Bundesregierung ein Verbot der organisierten Suizidhilfe zur Diskussion. Diese Variante geht von der Annahme aus, dass eine in einer Suizidhilfeorganisation tätige Person von vorneherein nicht aus rein altruistischen Gründen handeln und eine ausreichend enge Beziehung

zur suizidwilligen Person entwickeln kann.

Diese dem deutschen Entwurf nachempfundene Lösung stellt die organisierte Sterbehilfe damit unter Strafe. Sie bedeutet eine Verschärfung gegenüber der heute geltenden liberalen Praxis. Suizidorganisationen als solche und die Mitgliedschaft dabei bleiben aber erlaubt. Allerdings darf Suizidhilfe ausdrücklich nicht mehr geleistet werden, womit der Tätigkeit dieser Organisationen faktisch der Boden entzogen wird. Die organisierte Suizidhilfe untersteht der gleichen Strafordrohung wie die Verleitung und die Beihilfe zum Suizid aus selbstsüchtigen Gründen. Die Beweggründe für die Suizidhilfe sind dabei unerheblich und werden gar nicht erst geprüft.

Diese zweite Variante würde ein klares Signal setzen zu Gunsten aller lebenserhaltenden Alternativen. Bisherige fragwürdige Praktiken von Sterbehilfeorganisationen würden unterbunden, die Kommerzialisierung der Sterbehilfe gestoppt. Der bisherige Sterbetourismus würde so gut wie unmöglich. Die Regelung ist klar und die Anwendung in der Praxis einheitlich.

Die Vernehmlassung der beiden Varianten dauert bis zum 1. März 2010. Exit kritisierte am 25.01.2010 beide Gesetzesentwürfe und forderte den Bundesrat sogar auf, sie zurückziehen³⁰. Noch stärker reagierte Dignitas.³¹

Abschließende Würdigung

Die neueren Entwicklungen in der organisierten Freitodhilfe haben eine Regelung auf Bundesebene notwendig gemacht. Nur so kann man den Missbräuchen entgegenwirken. Gesetze haben einen Einfluss auf das Rechtsempfinden der Bevölkerung, was man in anderen Fragen, etwa bei der Abtreibung, ganz klar gesehen hat. M. E. müsste die organisierte Sterbehilfe grundsätzlich verboten werden. Nur damit wird wirklich ein Zeichen gesetzt, dass man eine Kultur des Lebens und nicht eine des Todes fördern will. Eine Einschränkung im Sinne der ersten Variante des bundesrätlichen Entwurfes genügt nicht.

Das Leben als unantastbarer Wert kann nie auf Kosten des Rechts auf Selbstbestimmung verraten werden. Es kann nicht sein, dass der Staat entscheidet, wer lebenswert ist und wann man ein Leben auslöschen helfen darf. Eine Legalisierung dieses Verhaltens ist – trotz dem Willen, Missstände zu beseitigen – nichts anderes als die amtliche Genehmigung der organisierten Sterbehilfe.

Suizidbeihilfe ist nicht nur eine persönliche Entscheidung. Sie hängt auch davon ab, was unserer Gesellschaft das menschliche Leben wert ist. Eine Demokratie, die sich nicht mehr für den Wert des Lebens einsetzt, untergräbt ihr Fundament und schafft eine Unkultur, die nicht mehr der Würde der Person und ihres Wesens gerecht wird. Die Verantwortung für den leidenden Menschen gebietet Lebenshilfe, Schmerzlinderung, palliative Pflege, aber keineswegs Hilfe zum Suizid. Auch in der Bevölkerung macht sich ein steigendes Bewusstsein bemerkbar, dass die ständig ansteigende Zahl von Suiziden ein Übel für den Menschen und die Gesellschaft ist und dass die Sterbehilfe nicht die Lösung dieses Problems sein kann.

In diesem Sinn kann nur der zweite Entwurf des Bundesrates den Praktiken der organisierten Suizidhilfe Einhaltung gebieten. Diese Organisationen sind entgegen ihrer Beteuerungen sicher nicht geeignet, um Suizide zu verhindern; ihre Aktivitäten können nicht als Präventivmaßnahmen gedeutet werden. Sie bewirken keine Prävention von Suiziden, sondern eine Zunahme davon. Auch die Ausweitung auf chronisch oder psychisch Kranke ist vom ethischen Standpunkt her äußerst fragwürdig, und es ist unverständlich, dass sie in einigen europäischen Staaten als ethisch richtig propagiert wird. Eine Demokratie, die sich auf keine unantastbaren Werte stützt, läuft Gefahr, zu einem totalitären System zu werden, wo die Macht der Mehrheit willkürlich über alles entscheidet.

Es wird sich zeigen, in welche Richtung sich die organisierte Sterbehilfe in der Schweiz entwickelt und wie das Volk darüber entscheidet. Gewiss, die westliche Gesellschaft wird immer älter, und die

Zahl der pflegebedürftigen Personen wird zunehmen. Doch dieses Problem löst man nicht mit der Beseitigung der Menschen. „Menschenwürdig“ ist gerade nicht Beihilfe zum Töten sondern Palliation, Begleitung, Pflege, Liebe.

„Mehr Selbstbestimmung für den Patienten, mehr Transparenz und Kontrolle, weniger illegale Sterbehilfe“: So lauten die Verheißungen der Euthanasie-Lobby, wenn es darum geht, Beihilfe zum Suizid oder sogar „Töten auf Verlangen“ in der Gesellschaft salonfähig zu machen. Gegen die „totale Autonomie des Individuums“ steht das menschliche Leben als unantastbarer Grundwert, der nicht verhandelbar und nicht „abwägbar“ ist, weil alle anderen Werte darauf gründen. Ansonsten gibt es keine Garantie mehr für das Lebensrecht Kranker und Schwacher. Die Grenzen verschieben sich willkürlich, denken wir nur an die Tötungen von Demenzkranken: Wie schnell wird hier „Töten auf Verlangen“ zu einem „Töten ohne Verlangen“. So sehr die „Autonomie des Individuums“ beschworen wird: Gerade in unserer Gesellschaft ist die Gefahr der „Fremdbestimmung“ enorm.

Beihilfe zum Suizid ist Beihilfe zum Töten. Keine Gesellschaft darf das Recht beanspruchen, bestimmte Tötungen für rechtmäßig zu erklären. Meines Erachtens ist heute dank der Palliativmedizin und der Hospizbewegung ein wirklich menschenwürdiges Sterben möglich. Sie entziehen den Rechtfertigungen der Euthanasiebewegung den Boden und sie stärken die Kultur des Lebens und das Verhältnis von Eltern und Kindern, Medizinern und Patienten.

Referenzen

- 1 Vgl. Eisenring G., *Erneute Diskussion um die organisierte „Sterbehilfe“ in der Schweiz*, Imago Hominis (2009); 16: 189-191
- 2 Entwurf zur Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes betreffend die organisierte Suizidhilfe mit erläuterndem Bericht, Oktober 2009
- 3 Ebenda
- 4 Vereinbarung der organisierten Suizidhilfe zwischen der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich

- und Exit-Deutsche Schweiz, 7. Juli 2009, Einleitung
- 5 Ebenda, Nr. 4.2
- 6 Ebenda, Nr. 4.4.2 und 3
- 7 Ebenda, Nr. 7.1 und 3.2.2
- 8 Ebenda, Nr. 5.2.2
- 9 Ebenda, Nr. 8
- 10 Ebenda, Nr. 11
- 11 Vgl. <http://www.presseportal.ch/de/meldung/100589732>
- 12 Pressemitteilung vom 8. Oktober; <http://www.medien.zh.ch/internet/sk/de/mm/2009/263-3.html>
- 13 Entwurf, a. a. O., S. 6
- 14 Botschaft des Regierungsrates des Kantons Aargau an den Grossen Rat vom 21. Mai 2008 (08.141)
- 15 Standesinitiative 08.317 (Beihilfe zum Suizid. Änderung von Art. 115 StGB); über eine Standesinitiative mit ähnlichem Inhalt wird gegenwärtig im Parlament des Kantons Basel-Land beraten.
- 16 Die verschiedenen Vorstöße im Entwurf, a. a. O., S. 7
- 17 Vgl. Entwurf, a. a. O., S. 7
- 18 Siehe hierzu die Stellungnahme Nr. 9/2005 „Beihilfe zum Suizid“, verabschiedet von der NEK am 27. April 2005, S. 52 ff. und S. 70
- 19 Vgl. <http://www.exit.ch/>
- 20 Vgl. <http://www.exit-geneve.ch/>
- 21 Vgl. <http://www.dignitas.ch/>
- 22 Vgl. Entwurf, a. a. O., S. 8
- 23 Vgl. Entwurf, S. 8 und 9
- 24 Die Ergebnisse dieser Studie sind publiziert in: Fischer S. et al., *Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations*, J Med Ethics (2008); 34: 810-814
- 25 Vgl. Entwurf, a. a. O., S. 8 und 9
- 26 Entwurf, S. 15
- 27 Ebenda
- 28 Vgl. Entwurf, S. 18
- 29 Vgl. Entwurf, S. 20 ff
- 30 Vgl. 25.01.2010/Sterbehilfe-Vernehmlassung: offizielle Stellungnahme, in www.exit.ch
- 31 Vgl. <http://www.dignitas.ch/>

Enrique H. Prat

Abtreibungsdebatte: ein neuer Fokus

The Abortion Debate: A New Focus

Die öffentliche Abtreibungsdebatte in Europa ist seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein Dauerbrenner. Paradoxiertweise gibt es trotz hitziger Debatten nach wie vor kaum eine gesellschaftliche Kommunikation zu diesem Thema. Die Streitparteien bringen keine Dialogbereitschaft auf. Gebetsmühlenartig wiederholen sie ihre eigenen Argumente, doch keiner ist bereit, auf die Argumente der anderen einzugehen.

Akademisch konnte man Pro- und Kontra-Argumente formulieren und publizieren. Alle Argumente wurden längst in vielen Medien immer wieder durchgekaut. Die Fronten bleiben hart und unbeweglich. Kann das alles gewesen sein? Gibt es einen Ausweg?

Die zwei Ebenen eines Diskurses

Übersehen wird meistens, dass es zwei verschiedene Ebenen gibt, auf denen zu diesem Thema argumentiert wird: die individuell-moralische und die politische. Diese beiden Ebenen des Diskurses zu verwechseln oder zu vermischen, bedeutet den Todesstoß für jede Kommunikation. Das ist auch logisch, wenn man bedenkt, dass politische Ethik eine eigene Rationalität besitzt, die mit jener der allgemeinen Ethik nicht deckungsgleich ist.

Dazu kommt: Persönliche Bekenntnisse oder das, was man im privatem Kreis bzw. innerhalb von Gesinnungs-, Glaubens- oder Interessensgemeinschaften kommuniziert, sind in der Regel nicht unmittelbar für den öffentlichen politischen Diskurs gedacht noch tauglich. Zwischen privater und öffentlicher Ebene zu unterscheiden führt nicht zu einer Doppelmoral, sondern macht deutlich, dass hier besondere Klugheit in der Kommunikation gefordert ist. In einer multikulturellen Gesellschaft treffen ganz verschiedene und heterogene

Denkweisen aufeinander, jede mit ihrer eigenen Geschichte, ihrer Begrifflichkeit und ihren Codes. Zum Teil sind diese untereinander inkompatibel, ja selbst unter denselben Termini versteht jeder etwas anderes. Deshalb braucht es – insbesondere im öffentlichen Diskurs – bei höchst kontroversen Fragen eine umfassende und umsichtige Annäherung der Positionen. Der Dialog muss auf der Basis von gemeinsamen Überzeugungen, so klein sie auch sein mögen, aufgebaut werden, als Ausgangspunkt für einen möglichen fortschreitenden Konsens.

Die Ethik als Moralphilosophie ist natürlich allein der praktischen Wahrheit und ihrer Suche verpflichtet. Die politische Ethik ihrerseits betrachtet immer ein Handeln in einem demokratisch-politischen Kontext. Dabei muss ein optimaler – das heißt, der für alle Beteiligten und Interessen bestmögliche – Konsens das Ziel des politischen Handelns sein.

Moderne konsens-ethische Denker übersehen leider sehr oft die unterschiedliche Rationalität dieser zwei Ebenen: Sie übertragen das im politischen Bereich geltende demokratische Prinzip auf den moralischen Bereich und statuieren damit den Konsens als die moralisch legitimierende Instanz in individuellethischen Fragestellungen. Daraus resultieren ein unbefriedigender moralischer Minimalismus und eine Verletzung des Rechtes auf Gewissensfreiheit. Beides geht mit einer Neudefinition und letztlich Pervertierung von Toleranz einher.

Aber auch die Vertreter von rigoristischen individuellethischen Positionen übersehen, dass, bei aller Liebe zur Wahrheit, der Konsens ein wesentlicher und notwendiger Bestandteil des politischen Ethos ist. Ohne Konsens ist kein Zusammenleben möglich. Es stimmt zwar, sofern man auf der Ebene der Individualethik argumentiert, dass der Konsens

nicht das Ziel sein darf, sondern eher die Folge des Bemühens um die Wahrheit, die – so unzugänglich sie auch erscheinen mag – immer das Ziel der philosophischen Reflexion ist und bleiben muss. Die Wahrheit zu finden wird oft nicht leicht sein, ein Konsens, der nicht auf dem Boden der Wahrheit steht, ist als Gegenstand der Moralphilosophie auf verlorenem Posten. Das heißt aber gleichzeitig nicht, dass man auf der politischen Handlungsebene die Freiheit der politischen Subjekte nicht respektieren müsste. Man würde in einen Fundamentalismus fallen, wenn im politischen Ethos die Wahrheit vor die Freiheit gestellt würde. Das Ziel der politischen Ethik sollte sein, Wahrheit und Freiheit in Einklang zu bringen.

Da Politik die Kunst des Möglichen ist, wird eine politische Ethik die praktische Wahrheit (das Gute) suchen, dies jedoch im gesellschaftlichen Konsens. Das Gute der politischen Ethik ist nicht die Wahrheit selbst, sondern unter allen Konsensmöglichkeiten jenen Konsens zu suchen und zu verwirklichen, dessen Inhalt der Wahrheit am nächsten kommt. Aus der Sicht einer politischen Ethik ist es daher falsch, in einer bestimmten Frage die Wahrheit als realpolitisches Ziel des Konsenses anzustreben, wenn dadurch die gesellschaftlichen Fronten so aufeinander prallen würden, dass der nun erreichbare Konsens weit hinter dem bliebe, was in einer kommunikativen Atmosphäre möglich sein müsste. Das gerade ist es, was in den meisten Ländern Europas und Nordamerikas bei der Abtreibungsdebatte passiert ist. Wäre die falsche Orientierung der Debatte früher erkannt worden, hätte man wohl das Leben vieler Ungeborener retten können.

Ist die Idee des Lebensschutzes nicht konsensfähig?

Warum kann kein gesellschaftlicher Diskurs über die Zulässigkeit der Abtreibung geführt werden? Warum besteht in dieser Frage offenbar ein Unvermögen, miteinander zu kommunizieren?

Die Abtreibungsbefürworter führen eine Argu-

mentation, die auf zwei Thesen beruht:

- 1) Das Selbstbestimmungsrecht der Frau darf nicht angetastet werden.
- 2) Was im Uterus der schwangeren Frau entsteht, kann sich zwar später zum Menschen entwickeln, aber in keiner Weise jene Schutzwürdigkeit beanspruchen, die allen Menschen als Personen zukommt.

Der Streitpunkt der rund ein halbes Jahrhundert andauernden öffentlichen Debatte liegt in der zweiten These. Darüber lässt sich in der Regel mit Abtreibungsbefürwortern nicht diskutieren. Weder biologische noch philosophische Argumente werden von ihnen zur Kenntnis genommen. Mit jemandem, der den Embryo als Zellhaufen sehen will und sich weigert, in diesem Haufen eine höhere Ordnung zu suchen und vielleicht zu finden, kann man keinen rationalen Diskurs führen. So bedauerlich und irrational diese Gesprächsverweigerung der Abtreibungsbefürworter erscheinen mag, hat sie aber auch eine gewisse Logik, die von den Abtreibungsgegnern oft übersehen und mit den immergleichen Pro Life-Argumenten bekämpft wird. Wenn die Abtreibung aufgrund dieser These gesetzlich zugelassen bzw. straffrei gestellt wurde, dann hieße alleine schon das Eintreten in diese Debatte für den Abtreibungsbefürworter, dass er möglicherweise zugeben müsste, dass eine Abtreibung Tötung eines menschlichen Lebens ist. Damit würde er die Widersprüchlichkeit des Gesetzes zugeben müssen, wozu er eben nicht bereit ist.

Diese Diskussionsschiene hat in keiner Weise zur Verständigung, sondern nur zu einer Eskalation der Emotionen und zu einer Verrohung der Debatte geführt, die jede Aussicht auf Konsens illusorisch macht.

Nach den langjährigen Erfahrungen müsste der Debatte eine radikale argumentative Wende gegeben werden, um aus dieser Sackgasse herauszukommen. Dafür bietet die erste These einen Ansatz, der bis jetzt völlig vernachlässigt wurde: das Selbstbestimmungsrecht der Frau.

Lebensschützer erklären sich mit dieser These

einverstanden, insofern auch sie nicht wollen, dass die Autonomie der Frau eingeschränkt wird. Allerdings hat die Autonomie wie alle anderen Menschenrechte dort eine Grenze, wo diese Freiheit mit der eines anderen Menschen kollidiert.

Genau auf diesem Punkt müsste die argumentative und gleichzeitig kommunikative Wende aufbauen. Der oft sehr mutige Einsatz der Lebensschützer für das Leben des Embryos wurde in der Öffentlichkeit als ein Unverständnis für die Probleme der Frau interpretiert. Daraus wurde eine Gegnerschaft zur Frau gedeutet. Ein Lebensschutz, der nicht ausreichend auf die Lage der Frau achtet, der die Selbstbestimmung der Frau beschneiden will, ist moralisch fragwürdig und, wie man sieht, politisch völlig unwirksam. Ein effizienter Lebensschutz muss also unbedingt zunächst die Autonomie der Frau stärken.

Über einen Lebensschutz, der in erster Linie die Stärkung der Autonomie der Frau im oben erwähnten Sinn auffasst, könnte man sich mit den Abtreibungsbefürwortern zumindest theoretisch einigen, vorausgesetzt, sie argumentieren auf der Basis der Menschenrechte. Man kann davon ausgehen, dass diese erste These konsensfähig wäre.

Ansatz einer Abtreibungsdebatte-neu

Die öffentliche Abtreibungsdebatte könnte nüchtern und emotionslos nach dem Muster eines konsensorientierten, iterativen Kommunikationsprozesses nach folgenden vier Regeln geführt werden:

- 1) Der Diskurs geht vom bestehenden Konsens aus, so minimal er auch sein mag. Das bedeutet, den Fokus der Debatte von der zweiten auf die erste These der Argumentation zu verschieben.
- 2) Die zweite These wird auf keinen Fall direkt in die Diskussion miteinbezogen, da dies den Kommunikationsprozess wieder erlahmen lassen würde.
- 3) Es wird versucht, sich in der Kommunikation in diese konsensträchtige These zu vertiefen, bis ein neuer, inhaltlich umfassenderer Konsens erreicht wird.

- 4) Der Prozess beginnt wieder von neuem, aufgrund des neuen Konsenses.

Ad 1) Der Ausgangskonsens ist die Selbstbestimmung der Frau. Die Frau muss entscheiden. Man will auf jeden Fall das Beste für die Frau, aber das muss sie selber wollen. Das sollte immer im Vordergrund der Debatte stehen.

Man muss bei der Selbstbestimmung jegliche Art von Willkür- oder „Fehlentscheidung“ in Folge einer selbstverschuldeten, falschen Wahrnehmung der Problemlage ausschließen. Autonomie soll als Selbstgesetzgebung der Vernunft (Kant) verstanden werden. Der Mensch ist nicht schon dann selbstbestimmt, wenn er seine Entscheidung ohne fremden Einfluss trifft, sondern vor allem, wenn er zu seiner Entscheidung stehen kann. Keine Frau wird eine Fehlentscheidung der Vergangenheit deswegen gutheißen, weil sie sie ohne fremden Einfluss getroffen hat. Sie wird sie bedauern, und vor allem wird sie bedauern, dass sie sich nicht richtig hat beraten lassen oder sich nicht den richtigen Rat holen konnte. Zu der Fehlentscheidung wird sie aber nur dann stehen, wenn sie nichts Anderes tun konnte und sich mit niemandem richtig beraten konnte. Sie wird eher sagen, sie habe sich irreleiten lassen von diesen oder jenen Gefühlen, dem Druck, den Umständen oder Personen. Im Grund erklärt sie aber damit, dass es nicht *ihre* Entscheidung war, es war eigentlich Fremdbestimmung!

Wesentlich in der klugen Entscheidung ist der Moment der Beratung. Der kluge Mensch lässt sich im vertrauten (Familien- und Freundeskreis) und kompetenten Umfeld (Experten) ausführlich und gut beraten, bevor er/sie zum Urteil und dann zum Entschluss kommt. Je mehr jemand unter emotionalem Schock steht, umso mehr muss er/sie auf die richtige Beratung setzen, damit er/sie nichts tut, das er/sie bald bereuen würde.

Ad 2) Da nicht alle Kontrahenten in dieser Debatte den Embryo als Rechtssubjekt anerkennen, soll diese Frage ausgeklammert werden und ein Konsens ohne Beantwortung dieses Aspekts gefunden werden. Es geht dabei nicht nur um eine rein

strategische Maßnahme, sondern sie muss auch überzeugend kommuniziert werden. Zum jetzigen Zeitpunkt darüber zu debattieren, hat keinen Sinn. Das bedeutet nicht, dass jemand seine Überzeugungen aufgibt oder versteckt, sondern nur, dass er diese momentan nicht zum Gegenstand der politischen und öffentlichen Diskussion machen will.

Ad 3) Wie lässt sich die erste These vertiefen und der Konsens ausbauen? Zunächst sollte man davon ausgehen, dass die Selbstbestimmung als rationale Fähigkeit des Menschen eine gründliche Prüfung von Zielen und Mitteln voraussetzt und dass zur Selbstbestimmung immer eine kompetente und ins persönliche Lebensumfeld der Betroffenen emotional gut integrierte Beratung unumgänglich ist.

Tatsache ist, dass im Normalfall die schwangere Frau, die an eine Abtreibung denkt, vor einer schwierigen Entscheidung steht. Sie befindet sich meistens subjektiv in einer Notsituation und in einem starken emotionalen Schock. Sie bedauert, was zu dieser Situation geführt hat, und dass sie es nicht zu verhindern wusste oder nicht konnte oder wollte. Man kann also im Allgemeinen davon ausgehen, dass eine Abtreibung eine Maßnahme ist, die in der Regel nicht leichtfertig gewählt wird. Wenn eine Frau meint, kein Kind austragen zu können, würde sie freiwillig und vernünftigerweise keine Handlung setzen, von der sie weiß, dass sie 100-prozentig zur Schwangerschaft führt. Wenn man abtreiben lässt, dann deshalb, weil etwas passiert ist, mit dem man nicht gerechnet hat oder vielleicht auch nicht rechnen wollte. Daraus folgt, dass Abtreibung prinzipiell nicht eine Lösung erster Wahl, sondern immer nur eine Lösung zweiter Wahl ist, auf die zugegriffen wird, wenn sonst nichts mehr hilft. Darüber müsste ein breiter Konsens in unsere Gesellschaft vorhanden sein: *Abtreibung ist immer nur eine Maßnahme zweiter Wahl, die jeder Betroffene im Nachhinein lieber hätte verhindern wollen.* Daraus lässt sich auch folgern, dass es im Sinne einer Unterstützung der Selbstbestimmung der Frau wäre, Leistungen anzubieten, die ihr eine Entscheidung

zweiter Wahl, die sie im Tiefsten nicht will, erspart. Die Konsensthese könnte auch so formuliert werden: *„Die Selbstbestimmung der Frau in der Notsituation kann am besten unterstützt werden, indem man alles daran setzt, dass keine Frau eine Entscheidung zweiter Wahl treffen muss, die sie im Tiefsten nicht will.“*

Dass es einen solchen Konsens in unserer Gesellschaft gegeben hat, kann zunächst aus den Aufzeichnungen des Parlamentsarchivs in jener Nationalratsdebatte am 29. November 1973, die dem Beschluss der Fristenregelung vorausgingen, entnommen werden. Wörtlich sagte der damalige Bundeskanzler Bruno Kreisky (SPÖ): „Man muss alles tun, um im Bereich der Politik diesen ganzen Paragraphen so obsolet zu machen, wie dies mit den Mitteln der Politik, der Psychologie und auch der Moral nur geht, um die Frau zu veranlassen, dass sie dann, wenn sie empfangen hat, das Kind behält.“ Für den Konsens spricht auch das Faktum, dass damals zeitgleich mit dem Fristenlösungsgesetz 1973 ein Entschließungsantrag mit flankierenden Maßnahmen mit Stimmen von SPÖ und ÖVP beschlossen wurde: Von der Regierung wurden als flankierende Maßnahmen zur Fristenlösung „die verstärkte Aufklärung über Empfängnisverhütung, der Ausbau von Familienberatungsstellen, die Erleichterung von Adoptionsmöglichkeiten, die Erhöhung der (inzwischen abgeschafften) Geburtenhilfe, die Erhöhung des Karenzgeldes, der Ausbau der Kindergärten und die Schaffung von modernen Sozialhilfegesetzen“ gefordert.² Leider wurden dann die geforderten Maßnahmen wegen der Emotionalisierung des Themas und der Verhärtung der Fronten nicht umgesetzt.

Da jeder Vorstoß zur Lösung des Problems Abtreibung in der Öffentlichkeit zu einer Eskalation der Emotionen führte und *de facto* niedergeschmettert wurde, ist das Bewusstsein, dass dieser Konsens existierte, verschüttet. Diese starken Emotionen haben leider auch die Einsicht in die Tatsache verhindert, dass jeder vernünftige Mensch der erwähnten Konsensthese eigentlich zustimmen müsste, weil sie ebenso rational ist wie die These,

dass niemand sich ein Bein amputieren lässt, wenn er nicht in der Notsituation steckt, die dieses Bein für ihn zur Existenzbedrohung werden lässt. Beide sind Entscheidungen zweiter Wahl. Bruno Kreisky ging 1974 sogar viel weiter, als er behauptete, dass nur „sehr arme oder sehr ungebildete Gesellschaften“ Abtreibung als Mittel der Geburtenkontrolle einsetzen. Österreich sei „weder arm noch ungebildet, Gott sei Dank“.³

Zusammenfassend: *Der bestehende Konsens ist ein politischer Auftrag an die Gesellschaft, alle jene Maßnahmen zu treffen, die es jeder betroffenen Frau ermöglichen würden, auf eine Handlung zweiter Wahl (Abtreibung) nicht zurückgreifen zu müssen.*

Ad 4) Ausgehend von diesem Konsens müsste man einzelne Maßnahmen – die zum Teil bereits oft in der Vergangenheit als flankierende Maßnahmen vorgeschlagen wurden – nüchtern besprechen und letztendlich prüfen. Darunter fallen finanzielle Unterstützungsprogramme für den einzelnen Notfall ebenso wie langfristig angelegte Aufklärungs- und Erziehungsprogramme z. B. über den verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Sexualität. Auch die Rolle des Mannes und des sozialen Umfelds der Frau müssten in diesem Konsens ihren Platz finden. Der Prozess müsste nun wieder beginnen, um ausgehend vom jeweils erreichten Konsens weitere Maßnahmen zu treffen, die zu einem weiteren Konsens führen sollten usw., mit dem erwarteten Effekt, dass immer weniger auf die Abtreibung zurückgegriffen wird.

Abbau der Emotionen: eine Utopie?

Das Haupthindernis für eine nüchterne und vernünftige Abtreibungsdebatte ist die Hyperemotionalisierung des Themas in der Öffentlichkeit, die jede Kommunikation im Keim erstickt. Ein Abbau der Emotionen ist als erstes notwendig, um einen neuen Verständigungsprozess einzuleiten. Das Mittel dazu ist, ganz auf die erste These, nämlich die Achtung der Selbstbestimmung der Frau zu setzen und dies glaubwürdig zu signalisieren. Die zweite These muss vorerst aus der Diskussion

ausgeklammert werden, um in der Vertiefung der ersten These möglichst weit voranzukommen.

Es wird Aufgabe von Abtreibungsgegnern und -befürwortern sein, das Vertrauen der jeweils anderen zu gewinnen, indem sie umsichtig nach und nach jene Dialogspartner, die bereit sind, gemeinsam über die Förderung der Selbstbestimmung der Frau in der Frage der Abtreibung nachzudenken, zu diesem kommunikativen Prozess einzuladen – die Erfahrung zeigt, dass es solche Partner gibt. Wenn der Prozess in Gang kommt, kann erwartet werden, dass sich immer mehr Subjekte und Institutionen daran beteiligen werden.

In diesem Prozess ist das Ziel für Staaten, in denen inzwischen die Abtreibung per Gesetz legal oder straffrei ist, zunächst nicht, die Abtreibung zu verbieten und womöglich Frauen zu bestrafen, sondern den Schwangerschaftsabbruch obsolet zu machen, sodass sich niemand mehr dafür entscheidet, obwohl im positiven Recht die Möglichkeit weiter besteht, solange dafür kein Konsens gefunden werden kann.

Ist das Ziel utopisch? Aus heutiger Sicht: Ja.

Nicht utopisch scheint aber, dass dieser kommunikative Prozess gestartet wird und durch die Maßnahmen zur Unterstützung der Selbstbestimmung der Frau langsam, aber kontinuierlich und ohne Druck immer weniger Frauen auf eine Abtreibung zurückgreifen wollen und müssen. Für Christen und sonstige durch ihr Gewissen dem Lebensschutz verpflichtete Menschen wird dieser Konsens zu wenig sein. Für sie bekommt die Hoffnung, dass am Ende dieses Prozesses erstmals ein wirklicher Dialog über die zweite These (Der Embryo ist ein Mensch) möglich wird, ein reales Fundament. Damit leben auch die Chancen für eine Revision der Gesetzeslage auf.

Referenzen

- 1 zitiert nach <http://www.katholisch.at/content/resources/dienste/article/39501.html>
- 2 zitiert nach <http://diestandard.at/1250691657891/Kommentar-Kreisky---der-Abtreibungsgegner>

- 3 zitiert von Kardinal Schönborn im Brief an den Wiener Bürgermeister, August 2009, vgl. <http://fv-katheol.net/community/kunena-forum/11-gesellschaft-a-politik/14377-neues-zu-haeupl-vs-katholische-kirche.html>

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

Thomas J. Piskernigg

Überlegungen zur Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnose

Reflections on the Allowance of Pre-Implantation Diagnosis

1. Ein aktuelles Urteil aus Deutschland

Die 12. große Strafkammer des Landgerichts Berlin sprach mit Urteil vom 14.05.2009, Geschäftsnummer (512) 1 Kap Js 1424/06 KLS (26/08), einen Arzt frei, der im Rahmen von In-Vitro-Fertilisationen (IVF) wiederholt Präimplantationsdiagnosen (PID) zum Zwecke der Entdeckung von genetisch erkennbaren Krankheiten vorgenommen, befruchtete Eizellen mit einem medizinisch positiven Befund nicht implantiert und in der Folge sterben lassen hatte. Der Arzt hatte sich selbst angezeigt, um Rechtssicherheit dahingehend zu erhalten, ob er PID durchführen dürfe.

Die von diesem Arzt verwendete Diagnosetechnik wird vom Gericht als „Trophectodermbiopsie“ bezeichnet (Urteil S. 5). Diese ermögliche es, „bei einer befruchteten Eizelle in einem Stadium nach mehreren Zellteilungen das Vorliegen [...] gravierende[r] Anomalien festzustellen. Es handelt sich hierbei um eine diagnostische Untersuchung an einer einzigen, dem Embryo entnommenen – nicht mehr totipotenten – Zelle in einem sehr frühen Stadium der Entwicklung.“

Die für die Strafbarkeit des Arztes nach deutschem Recht (Embryonenschutzgesetz – ESchG) maßgeblichen Bestimmungen lauten:

§ 1 Mißbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer

[...]

2. es unternimmt, eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt,

[...]

§ 2 Mißbräuchliche Verwendung menschlicher Embryonen

(1) Wer einen extrakorporal erzeugten oder einer Frau vor Abschluß seiner Einnistung in der Gebärmutter entnommenen menschlichen Embryo veräußert oder zu einem nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck abgibt, erwirbt oder verwendet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

[...]

§ 6 Klonen

(1) Wer künstlich bewirkt, daß ein menschlicher Embryo mit der gleichen Erbinformation wie ein anderer Embryo, ein Foetus, ein Mensch oder ein Verstorbener entsteht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer einen in Absatz 1 bezeichneten Embryo auf eine Frau überträgt.

[...]

Im Folgenden wird die Argumentation des Gerichts kurz wiedergegeben.

Zunächst war die Frage zu klären, ob der Arzt gegen das Verbot gemäß § 1 (1) Ziffer 2 ESchG verstoßen hat. Das Gericht stellte dazu fest, dass der Gesetzgeber des ESchG die Zulässigkeit der PID nicht regeln (wollen) habe können, da diese Technik seinerzeit nicht bekannt gewesen sei. Es sei daher vom Schutzzweck des Gesetzes her zu fragen, ob diese Bestimmung auch die PID verbiete. Das Gericht verneinte diese Frage im wesentlichen mit der Begründung, dass die PID nicht mit unstrittig verbotenen Handlungen wie der „Leihmutterchaft“, der Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken bzw. der Erzeugung von Embryonen, deren Einsetzung aus anderen Gründen von vornherein ausgeschlossen oder überhaupt nicht beabsichtigt werde, gleichzusetzen sei (Urteil S. 9 ff.).

Im Zusammenhang mit der Erörterung der Strafbarkeit gemäß § 2 (1) ESchG betonte das Gericht, dass den Arzt keine Garantenpflicht treffe, den Embryo „in jedem Fall auf die jeweilige Patientin zu übertragen“, schon weil etwa die Frau die Übertragung jederzeit ablehnen könne, sodass ihm keine Tötung durch Unterlassen der Implantation zur Last gelegt werden dürfe. Das „passive Absterbenlassen des Embryos“ entspreche im Übrigen „in seinem Unrechtsgehalt nicht einer aktivmissbräuchlichen Verwendung“ des Embryos. Das ESchG strebe auch „keine Erhaltung des Lebens des Embryos um jeden Preis an“ (Urteil S. 11 f.).

Die Untersuchung des Embryos stelle auch kein „Klonen“ im Sinne des § 8 ESchG dar, da die entnommene Zelle nicht totipotent sei. Ein generelles Verbot der Untersuchung des Embryos und damit die Pflicht zu dessen „blinder“ Übertragung sei dem Gesetz nicht zu entnehmen. In der Praxis werde der Embryo vor der Implantation „zumindest unter dem Mikroskop angeschaut – also untersucht“ (Urteil S. 12 f.).

Schließlich weist das Gericht auf Wertungswidersprüche hin, die entstehen würden, lehnte man die PID ab: Die Frau würde diesfalls zur PND (Pränataldiagnose) und damit zu einer Schwangerschaft „auf Probe“ bzw. äußerstenfalls zu einer zwar legalen, aber wesentlich belastenderen Abtreibung praktisch gezwungen. „Im Sinne des einheitlichen Schutzes der Leibesfrucht ist daher [...] das ESchG so auszulegen, dass eine Präimplantationsdiagnostik [...] nicht strafbar ist.“ Dies stehe auch damit im Einklang, „dass der in vivo gezeugte Embryo bis zu seiner Einnistung in die Gebärmutter überhaupt nicht geschützt“ und Spirale oder „Pille danach“ erlaubt seien. Wenn letztgenannte Nidationshemmer erlaubt seien, müsse auch die „Untersuchung des Embryos mit dem grundsätzlichen Ziel der Übertragung – also eine ‚mildere‘ Maßnahme“ – zugelassen werden. Zwar sei zuzugeben, dass aus der Straflosigkeit der PID die Gefahr einer „uferlosen Ausweitung der ‚Selektionskriterien‘ resultiere.“ Die entscheidungsgegenständlichen Fälle „bieten

allerdings keinen Anlass, den beteiligten Paaren und dem Angeklagten zu unterstellen, sie hätten die ‚Zucht‘ besonders leistungsfähiger oder durch bestimmte äußerliche Eigenschaften ausgezeichnete Nachkommen angestrebt“ (Urteil S. 13 ff.).

2. Wie hätte das Urteil auf Basis des österreichischen Rechts lauten müssen?

a) Die maßgeblichen Rechtsnormen

Die in Österreich maßgeblichen Rechtsvorschriften des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG) sind:

§ 1. (1) *Medizinisch unterstützte Fortpflanzung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist die Anwendung medizinischer Methoden zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auf andere Weise als durch Geschlechtsverkehr.*

[...]

(3) *Als entwicklungsfähige Zellen sind befruchtete Eizellen und daraus entwickelte Zellen anzusehen.*

§ 9. (1) *Entwicklungsfähige Zellen dürfen nicht für andere Zwecke als für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden. Sie dürfen nur insoweit untersucht und behandelt werden, als dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist. Gleiches gilt für Samen oder Eizellen, die für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden sollen.*

Weiters ist § 22 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), dessen eigentümliche Sprache vom Jahr seiner Erlassung (1811) herrührt, zu beachten:

§ 22. *Selbst ungeborne Kinder haben von dem Zeitpunkt ihrer Empfängniß an, einen Anspruch auf den Schutz der Gesetze. In so weit es um ihre [...] Rechte [...] zu thun ist, werden sie als Geborne angesehen [...]*

b) Legitime Zwecke der Untersuchung von Embryonen vor der Implantation

Das österreichische FMedG bezeichnet Embryonen also als „befruchtete Eizellen“, das ABGB

hingegen als „ungeborne Kinder“. Ich werde im Folgenden weithin den allgemein wohl gebräuchlichsten Begriff „Embryonen“ verwenden.

Zunächst ist als Gemeinsamkeit des deutschen ESchG und des österreichischen FMedG festzuhalten, dass beide Gesetze zu einer Zeit erlassen wurden, in der moderne PID-Techniken noch nicht bekannt waren. Eine explizite Regelung der modernen PID können daher beide Gesetze nicht enthalten; wer die Zulässigkeit derselben beurteilen möchte, muss somit anspruchsvollere Auslegungslösungen leisten.

Schon die erste Lektüre der zitierten Gesetzesbestimmungen zeigt aber auch einen wesentlichen Unterschied zwischen der deutschen und der österreichischen Rechtslage: Das deutsche ESchG regelt nicht explizit, ob bzw. inwieweit eine Untersuchung des Embryos vor der Übertragung auf die Frau statthaft ist, was zu den oben beschriebenen Unsicherheiten führt. § 9 (1) FMedG enthält hingegen insoweit sehr wohl eine Regelung: Embryonen dürfen „nur insoweit untersucht und behandelt werden, als dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist.“

Mit anderen Worten: der Zweck einer Untersuchung eines Embryos vor der Implantation darf nur darin liegen zu bestimmen, ob der Embryo der Frau eingesetzt werden und somit eine Schwangerschaft herbeigeführt werden kann. Eine Untersuchung mit dem Zweck der Selektion nach Behinderung oder gar Geschlecht bzw. sonstigen Eigenschaften ist gemäß der zitierten Bestimmung verboten.² Besonders restriktiv erscheinen die im Rahmen der historischen Interpretation zur Ermittlung des Willens des Gesetzgebers relevanten Gesetzesmaterialien³ (Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage des FMedG), die sogar eine Untersuchung oder Behandlung der Embryonen zur Abwehr einer möglichen Gefahr für die Frau oder das gewünschte Kind untersagen.⁴

c) Beschränkung der Untersuchungsmethoden?

Nachdem nun klargestellt ist, zu welchem

Zweck das Gesetz eine Untersuchung des Embryos vor Einsetzung in die Frau zulässt, stellt sich die Frage nach den erlaubten Untersuchungsmitteln. Unproblematisch erscheinen nach dem bisher Gesagten die mikroskopische Untersuchung oder sonstige Methoden, welche die Integrität des Embryos nicht beeinträchtigen.

Schwerer ist jedoch die Frage nach der Zulässigkeit von Untersuchungen zu beantworten, welche die Integrität des Embryos berühren, insbesondere weil sie das Risiko in sich bergen, dass der Embryo infolge der Untersuchung verletzt wird oder gar abstirbt. Hier muss man zwischen der zivilrechtlichen und der strafrechtlichen Ebene unterscheiden.

aa) Zivilrechtliche Implikationen

Für die Frage Rechtmäßigkeit solcher Untersuchungen ist § 22 ABGB zu beachten, der „ungeborne Kinder“ – und als solche sind nach h. A. auch in vitro gezeugte Embryonen zu betrachten⁵ – geborenen Menschen gleichstellt, soweit es ihre Rechte betrifft. Daraus folgt, dass für die Rechtmäßigkeit der Untersuchung von Embryonen die gleichen Voraussetzungen gelten wie für die Untersuchung von (selbstbestimmungsunfähigen) Menschen, die den Mutterleib schon lebend verlassen durften: Einwilligung des gesetzlichen Vertreters, medizinische Indikation primär zugunsten des Embryos.⁶

bb) Strafrechtliche Implikationen

Wenngleich die in § 22 ABGB verankerte grundsätzliche Gleichstellung der Rechte geborener und ungeborener Menschen positiv anzuerkennen ist,⁷ muss man sagen, dass Verstöße gegen § 22 ABGB – also etwa rechtswidrige Verletzungs- oder gar Tötungshandlungen gegen den Embryo im Zuge nicht sachgemäßer Untersuchungen – nicht automatisch auch eine Strafsanktion⁸ nach sich ziehen. Eine solche ist bei der Schädigung oder gar Tötung in vitro gezeugter Embryonen durch eine Untersuchung allenfalls dann denkbar, wenn keine informierte Zustimmung der Eltern zur Untersuchung vorliegt,⁹ die Behandlung nicht den medizinischen

Standards entspricht¹⁰ oder unerlaubte Zwecke verfolgt (siehe oben b).¹¹

Eine Bestrafung etwa wegen Mordes oder Körperverletzung am Embryo nach allgemeinen strafrechtlichen Bestimmungen (§§ 75 ff. StGB) käme nach h. A. weder bei Embryonen *in vitro* noch *in vivo* in Betracht, weil sich diese nur auf geborene Menschen beziehen.¹² Von daher wird eine nicht adäquate (verletzende/tödliche) medizinische Untersuchung des Embryos, in welche die Eltern informiert eingewilligt haben, wohl auch nur unter dem Aspekt einer mangelhaften medizinisch unterstützten Fortpflanzung der Eltern nach §§ 49 (1) in Verbindung mit 199 (3) Ärztegesetz strafbar sein, nicht aber wegen der Verletzung der Integrität des Embryos an sich.

Bei der strafrechtlichen (im Gegensatz zur zivilrechtlichen) Beurteilung der medizinischen Sachgerechtigkeit solcher Untersuchungen steht somit nicht die Integrität des Embryos, sondern der Erfolg der medizinisch unterstützten Fortpflanzung im Vordergrund. Daher könnte theoretisch (inwieweit diese Unterscheidung in der medizinischen Praxis relevant ist, kann hier nicht beurteilt werden) eine von informierter Zustimmung der Eltern getragene, für den Embryo riskante Untersuchung wegen zu großer Gefahr für den Embryo wegen § 22 ABGB rechtswidrig (= verboten) sein, bei medizinischer Vertretbarkeit der Untersuchung im Hinblick auf die Feststellung der Implantationsfähigkeit aber dennoch keine Strafsanktion nach §§ 49 (1) in Verbindung mit 199 (3) Ärztegesetz nach sich ziehen (sonstige Strafsanktionen wegen der Verletzung/Zerstörung des Embryos an sich kommen, wie gesagt, ohnehin nicht in Betracht).

cc) Die Bedeutung der Unterscheidung zwischen strafrechtlicher und zivilrechtlicher Ebene

Die Unterscheidung der Begriffspaare rechtmäßig/rechtswidrig (= erlaubt/unerlaubt) einerseits und strafbar/straflos andererseits ist dem juristischen Laien vielleicht nicht sofort einsichtig, verdient aber gerade hier besondere Betonung. Sie stellt keineswegs bloß eine spitzfindige Gedankenübung dar,

sondern hat durchaus praktische Bedeutung: Es soll ja noch Menschen geben, die sich an rechtliche Gebote und Verbote halten möchten, auch wenn sie keine strafrechtlichen Sanktionen zu befürchten haben.

Außerdem sind Schadenersatzansprüche von Personen möglich, die im Mutterleib geschädigt wurden und daher behindert zur Welt kommen,¹⁴ wie etwa die sogenannten „Contergan-Fälle“ zeigen. Konsequenterweise muss man daher auch denen Schadenersatzansprüche zugestehen, die im Embryonalstadium *in vitro* rechtswidrig verletzt werden,¹⁵ etwa indem sie durch unsachgemäße oder aus sonstigen Gründen unzulässige (daher rechtswidrige) Präimplantationsdiagnosen geschädigt werden und infolgedessen behindert zur Welt kommen. Sich bei der Wahl von Handlungsoptionen bloß auf die Frage nach strafrechtlichen Sanktionen zu konzentrieren, kann somit nicht nur vom Standpunkt des rechtstreuen Staatsbürgers her bedenklich erscheinen, sondern am Ende auch buchstäblich teuer werden.¹⁶

d) Präimplantationsuntersuchung durch Zellentnahme

Ein Sonderproblem stellen Untersuchungen dar, bei denen dem frühen Embryo eine oder mehrere Zelle(n) entnommen und bei bzw. nach der Untersuchung zerstört werden.¹⁶ Sofern die entnommenen Zellen ihrerseits totipotent sind, liegt nach deutschem Recht ein Verstoß gegen das weit gefasste Klonverbot des § 6 (1) ESchG vor; nicht totipotente Zellen dürfen nach der gegenständlichen deutschen Gerichtsentscheidung jedoch zur Untersuchung verwendet werden (siehe oben). In Österreich ist ein Klonverbot hingegen gesetzlich nicht explizit verankert, wobei die h. A. dennoch im Wege der Auslegung zumindest für ein Verbot des sog. „reproduktiven Klonens“ plädiert.¹⁷

Zentrale österreichische Norm ist auch für diese Frage wieder die Verwendungsbeschränkung für befruchtete Eizellen (Embryonen) und daraus entwickelte Zellen in § 9 (1) FMedG. Dem Embryo zum Zwecke der PID entnommene Zellen sind, egal

ob ihrerseits totipotent oder nicht, als aus der befruchteten Eizelle entwickelte Zellen im Sinne der zitierten Bestimmung anzusehen und dürfen daher nur für die medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden. Dies ist bei der PID jedoch nicht der Fall, da die betroffenen Zellen nicht zwecks Herbeiführung einer Schwangerschaft einer Frau eingesetzt, sondern zu Untersuchungszwecken zerstört werden; gerade das hat der Gesetzgeber mit der strengen Verwendungsbeschränkung solcher Zellen verhindern wollen.

Im Unterschied zur deutschen Rechtslage ist in Österreich also auch die Verwendung/Zerstörung nicht totipotenter dem Embryo entnommener Zellen zu Untersuchungszwecken im Rahmen der PID m. E. eindeutig¹⁸ verboten, und zwar selbst dann, wenn sie einem an sich legitimen „übergeordneten“ Zweck – der Herbeiführung einer Schwangerschaft – dient. Die Verfolgung des legitimen Zwecks muss nämlich für *jede einzelne* Zelle beachtet werden; man kann also die Rechtfertigung der PID nicht dadurch erreichen, dass man sagt, die Untersuchung (letztlich Zerstörung) der zwecks PID entnommenen Zelle diene immerhin mittelbar der Herbeiführung einer Schwangerschaft, da durch ihre Untersuchung festgestellt werde, ob der Embryo, dem sie entnommen wurde, im Sinne des § 9 (1) FMedG zur Herbeiführung einer Schwangerschaft geeignet sei.

Dem könnten Überlegungen von Kopetzki¹⁹ (die er allerdings im Rahmen der Erörterung der Zulässigkeit von Forschungen an embryonalen Stammzellen entwickelt hat) entgegengehalten werden, der die angesprochene Verwendungsbeschränkung nur auf die dem Embryo entnommene totipotente Zelle anwenden möchte. Bloß pluripotente Zellen würden demnach nicht der Verwendungsbeschränkung unterliegen. Folgt man dieser Argumentation, könnte man Untersuchungen des Embryos durch Entnahme (und letztlich Zerstörung) von pluripotenten Zellen rechtfertigen.

Kopetzki begründet die Differenzierung zwischen totipotenten und pluripotenten Zellen mit einem argumentum ad absurdum:²⁰ Behandle man

totipotente und pluripotente Zellen gleich, „dann wären nicht nur die befruchtete Eizelle und die totipotenten Stammzellen als ‚entwicklungsfähige‘ Zellen anzusehen, sondern alle Zellen, die sich im Laufe der Embryonalentwicklung herausbilden. Bei einem solchen Verständnis müsste man sowohl den Fötus in utero als auch jede einzelne Körperzelle des geborenen Menschen der Legaldefinition des § 1 Abs 3 [FMedG] zuordnen, weil sich letztlich jede humane Zelle aus der befruchteten Eizelle ‚entwickelt‘ hat. [...] Eine derart absurde Konsequenz ist dem FMedG nicht zu unterstellen.“

Eine genauere Betrachtung zeigt freilich, dass die von Kopetzki aufgezeigten Alternativen keineswegs die einzig denkbaren sind. Berücksichtigt man den Schutzzweck des FMedG – Verhinderung des Missbrauchs von durch die Zulassung der IVF eröffneten medizinischen Möglichkeiten –, so kann man durchaus auf eine sinnvolle Abgrenzungsvariante kommen: Sobald nämlich das IVF-Verfahren durchgeführt und die Implantation des Embryos in die Frau somit vollbracht ist, haben die spezifischen aus der IVF entstehenden Gefahren – jedenfalls für den implantierten Embryo – ein Ende. Da das FMedG nicht die Aufgabe hat, aus der Schwangerschaft an sich resultierenden Missbrauchsmöglichkeiten des Embryos zu begegnen, kommt aber auch der spezifische Schutzzweck des FMedG bzw. des hier einschlägigen Verwendungsverbotes des § 9 (1) leg. cit. nicht mehr zum Tragen.

Auf Untersuchungen am Kind im Mutterleib oder gar an der Frau selbst ist das FMedG daher nicht anwendbar. Damit ist mit der Einpflanzung des Embryos bzw. dem Beginn der Schwangerschaft eine sowohl mit dem Gesetzeszweck in Einklang stehende als auch in der Praxis gut handhabbare Grenze gefunden und die von Kopetzki ins Treffen geführte absurde Konsequenz vermieden.

e) Präimplantationsdiagnose durch Polkörperuntersuchung

Eine Sonderstellung nimmt schließlich auch die Polkörperdiagnose ein, welche als Präferti-

sationsdiagnose bezeichnet wird, weil sie zwar nach Spermieninjektion in die Eizelle, aber vor Verschmelzung der Zellkerne durch Entnahme von Zellteilen (Polkörpern) erfolgt. Ob nach österreichischem Recht befruchtete Eizellen im Sinne des § 1 (3) FMedG²¹ bzw. „ungeborne Kinder“ gemäß § 22 ABGB schon bei Vereinigung zwischen Spermium und Eizelle oder erst nach Verschmelzung der Zellkerne vorliegen, ist nicht zweifelsfrei geklärt;²² die Klärung wäre für die Zulässigkeit dieses Verfahrens m. E. jedoch nicht von entscheidender Bedeutung. Bloße Zellteile unterliegen mangels Qualifikation als entwicklungsfähige Zellen i. S. d. § 1 (3) FMedG nämlich nicht den Verwendungsbeschränkungen des § 9 (1) leg. cit.

Sofern also die Polkörperdiagnose als Untersuchung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (und wiederum nicht z. B. zur Feststellung sonstiger Eigenschaften bzw. Behinderungen) angesehen werden kann, ist sie grundsätzlich zulässig. Wichtig ist, sofern man vom Vorliegen eines Embryos bzw. eines „ungeborenen Kindes“ gemäß § 22 ABGB ausgeht, nur, dass durch die Entnahme von Zellteilen (Polkörpern) bei ex ante-Betrachtung keine Zerstörung oder Beschädigung der befruchteten Eizelle, die ihre Implantation verunmöglicht, zu erwarten oder nur mit medizinisch vertretbarer (geringer) Wahrscheinlichkeit (dazu oben c) zu befürchten ist. Sonst würde aus einer erlaubten Zelluntersuchung der Verbrauch bzw. die Verwendung einer (befruchteten) Eizelle zu anderen – verbotenen – Zwecken als zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bzw. eine gemäß § 22 ABGB rechtswidrige Verletzung/Tötung des Embryos.

Auf Ebene des FMedG zum selben Ergebnis kommt, wer mangels Kernverschmelzung noch nicht vom Vorliegen einer befruchteten Eizelle i. S. d. § 1 (3) FMedG bzw. eines Embryos gemäß § 22 ABGB, sondern von noch (mehr oder weniger) selbständigen, weil nicht (vollständig) vereinigten Samen- und Eizellen ausgeht. Die Verwendungsbeschränkungen des § 9 (1) FMedG gelten nämlich auch für Samen- und Eizellen, welche für die IVF

verwendet werden sollen. Die mit § 22 ABGB verbundene Problematik könnte bei solcher Betrachtung jedoch nicht auftreten.

f) Ergebnisse

Nach österreichischem Recht ist somit die vom deutschen Gericht in der gegenständlichen Entscheidung für zulässig erklärte Präimplantationsuntersuchung verboten. Dabei macht es bei richtiger Betrachtung keinen Unterschied, ob die entnommenen Zellen ihrerseits totipotent sind oder nicht, da für beide Zellarten die strenge Verwendungsbeschränkung gemäß § 9 (1) FMedG gilt.

Eine Untersuchung, die – wie etwa die Polkörperdiagnose – ohne Zellentnahme auskommt und für den Embryo ungefährlich oder zumindest medizinisch indiziert ist, lässt die zitierte Bestimmung jedoch zu, sofern der Zweck der Untersuchung in der Feststellung der Implantationsfähigkeit (nicht aber sonstiger Selektionskriterien) besteht.

3. Schlussbemerkungen zu rechtspolitischen und rechtsethischen Aspekten

Betrachtet man diese auf rechtsdogmatischem Wege erzielten Ergebnisse, so sind die Wertungswidersprüche, die das deutsche Gericht (siehe Punkt 1. a. E. dieser Abhandlung) aufgezeigt hat, auch für das österreichische Recht nicht zu leugnen. Auch in Österreich wird das Verbot kritisiert, Embryonen vor der Implantation auf allfällige Behinderungen hin zu untersuchen; dies vor dem Hintergrund der Möglichkeit, ungeborene behinderte Kinder bis zur Geburt straflos, nach Auffassung mancher Senate des Obersten Gerichtshofes (OGH) sogar rechtmäßig,²³ durch Abtreibung zu töten, was für Frauen bzw. Eltern, die ein behindertes Kind nicht akzeptieren wollen (und das sind, glaubt man den medial immer wieder kolportierten Zahlen, die meisten), die Notwendigkeit einer belastenden „Schwangerschaft auf Probe“ mit sich bringe.²⁴ Aus dieser Konstellation werden dann Argumente für die „Liberalisierung“ der PID zu gewinnen versucht.

Diese Gedankenführung erscheint auf den ersten Blick unmittelbar einleuchtend, lebt bei genauerer Betrachtung aber von der Verschleierung einer wesentlichen und keineswegs evidenten Voraussetzung: dass nämlich die (straf-)rechtliche Regelung des Status des ungeborenen Kindes bzw. des Embryos in vitro und deren herrschende Auslegung den unverrückbaren Bezugspunkt weiterer rechtlicher Betrachtungen darstellen. Man kann nämlich auch den umgekehrten Weg gehen und fragen, ob nicht gerade dieser Bezugspunkt sehr wohl „verrückt“ werden sollte.

Als ersten Schritt bei dieser „Verrückung“ braucht man nur § 22 ABGB ernst zu nehmen und daher die Abtreibung (zumindest in den Fällen, in denen kein vitaler Konflikt zwischen dem Lebensrecht des Kindes und dem der Mutter vorliegt) als zwar straflos, aber rechtswidrig anzusehen, wie dies der OGH immerhin schon im Zusammenhang mit der sog. „Fristenlösung“ tut.²⁵ Nichts Durchschlagendes spricht dagegen, das Rechtswidrigkeitsverdikt des OGH auch auf Fälle der Straflosigkeit nach der eugenischen Indikation auszuweiten.²⁶ Damit könnte auch nicht mehr argumentiert werden, mangels pränataler Untersuchungsmöglichkeit müsse die Frau auf eine „Schwangerschaft auf Probe“ und letztlich auf die viel belastendere Abtreibung „ausweichen“. Gerade diese Möglichkeit stünde ihr dann nämlich nicht mehr rechtmäßig zur Verfügung, sodass der – erst durch die unzutreffende Qualifikation der eugenischen Indikation entstandene – Wertungswiderspruch zu den strengen Verwendungsbeschränkungen zum Schutze des Embryos in vitro wegfielen.

Der Umstand, dass selbst bei solcher Betrachtung immerhin die Straflosigkeit der Abtreibung im Rahmen der eugenischen Indikation aufrecht bliebe, könnte als verbliebenes Spannungsfeld im Hinblick auf § 22 ABGB nicht das Ausmaß wie beim derzeitigen *status quo* erreichen; auch diesbezüglich stünde aber zur Förderung des Lebensschutzes die Möglichkeit zu weiterem „Spannungsabbau“ auf legislatischem Wege offen, der man keine

Denkverbote entgegensetzen sollte. So ist etwa in Deutschland im Zuge der letzten grundlegenden Novellierung des § 218a dStGB die eugenische Indikation abgeschafft worden.²⁷ Wieso sollte nicht auch Österreich diesen Weg gehen?

Abschließend ist aber einzugestehen, dass auf diesem Gebiet alle Wertungswidersprüche wohl nur unter aus heutiger Sicht utopischen Voraussetzungen ausgeräumt werden könnten. Das Wurzelübel liegt nämlich in der Zulassung der IVF und der zu weitgehenden Straffreistellung der Abtreibung. Nur wenn die Gesellschaft die Kraft hätte, dem Drängen der katholischen Kirche²⁸ zu entsprechen und diese Übel zu beseitigen, könnte ein (soweit hinieden überhaupt möglich) in sich schlüssiges, der Menschenwürde und dem Lebensschutz entsprechend Rechnung tragendes System etabliert werden.

Referenzen

- 1 In diesem Zusammenhang muss man freilich beachten, dass die bloße Tatsache der Behinderung des Kindes in Deutschland keinen automatischen Freibrief mehr für eine Abtreibung darstellt (siehe dazu Punkt 3. dieser Abhandlung).
- 2 H. A., vgl. Kopetzki C., *Rechtliche Aspekte des Embryonenschutzes*, in: Körtner U., Kopetzki C. (Hrsg.), *Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?* (2003) 51 (54 ff.), der dieses Verbot allerdings aus verfassungsrechtlichen Gründen als problematisch ansieht; zu Einzelheiten, wann näherhin in der Diskussion die Erforderlichkeit einer Untersuchung zum Zwecke der Herbeiführung einer Schwangerschaft angenommen wird, siehe auch dens., *Landesbericht Österreich*, in: Eser A. u. a. (Hrsg.), *Internationale Perspektiven zu Status und Schutz des extrakorporalen Embryos* (2007) 215 (225 f.); jeweils mit zahlreichen w. N.
- 3 Zu dieser Interpretationsmethode eingehend Bydliniski F., *Juristische Methodenlehre und Rechtsbegriff*² (1991) 449 ff.; ders. in Rummel P. (Hrsg.), *Kommentar zum ABGB P* (2000) RZ 19 zu § 6 ABGB.
- 4 Dazu Köck E., *Der (straf)rechtliche Schutz des Embryos*, ÖJZ 2006, 631 (632). Tendenziell ist m. E. die restriktive Vorgabe des Gesetzgebers zur Verhinderung missbräuchlicher Verwendung von Embryonen positiv zu bewerten, sie könnte aber im Falle behandelbarer Krankheiten des frühen Embryos (ob es solche Diagnose- bzw. Behandlungsmöglichkeiten tatsächlich gibt

- oder einmal geben wird, ist eine hier nicht näher zu behandelnde medizinische Frage) zu Härtefällen führen.
- 5 Aicher in Rummel, ABGB¹ RZ 2a zu § 22 ABGB; Posch W. in Schwimann M. (Hrsg.), ABGB Praxiskommentar¹² (2005) RZ 4 ff. zu § 22 ABGB; Peichl S., *Der Embryo in vitro – seine rechtliche Qualifikation und die Alternative der „Embryoannahme“*, ÖJZ 2003, 581 (585 f.); Koziol u. a. (Hrsg.), *Kurzkommentar zum ABGB²* (2007) RZ 1 zu § 22 ABGB; jeweils m. w. N.
 - 6 Welche genaueren Folgerungen – gerade auch für die Zulässigkeit der PND – sich aus § 22 ABGB ergeben, kann, um den Rahmen der Erörterungen nicht zu sprengen, hier leider nicht weiter vertieft werden und bedürfte einer eigenen Untersuchung.
 - 7 Ungeborenen Menschen kommen daher auch die Rechte gemäß § 16 ABGB zu, welcher lautet: *Jeder Mensch hat angeborne, schon durch die Vernunft einleuchtende Rechte, und ist daher als eine Person zu betrachten. [...]*.
 - 8 Wenn in dieser Arbeit von Strafsanktionen o. ä. die Rede ist, wird i. d. R. nicht zwischen gerichtlichen und verwaltungsbehördlich verhängten Strafen unterschieden.
 - 9 Eine solche Vorgangsweise wäre wohl als „eigenmächtige Heilbehandlung“ (und zwar nach h. A. wohl nicht des Embryos, sondern der Eltern bzw. der Frau im Rahmen der Fruchtbarkeitsbehandlung) im Sinne des § 110 (1) Strafgesetzbuch (StGB) zu qualifizieren, welcher lautet: *Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.*
 - 10 Siehe dazu § 49 (1) Ärztesgesetz: *Ein Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.* Ein Verstoß gegen diese Bestimmung ist gemäß § 199 (3) Ärztesgesetz mit Geldstrafe von maximal € 2.180,- zu ahnden.
 - 11 Strafbestimmung für die unerlaubte (d. h. gegen § 9 FMedG verstoßende) Verwendung von Samen, Eizellen oder entwicklungsfähigen Zellen ist § 22 (1) Z. 3 FMedG, der Geldstrafen bis zur Höhe von € 36.000,- vorsieht.
 - 12 Vgl. Köck, ÖJZ 2006, 633 f.; Eder-Rieder M. in Höpfel F., Ratz E. (Hrsg.), *Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch²* (2001) RZ 18 ff. zu Vorbem. zu §§ 96-98 StGB; RZ 3 ff. zu § 96 StGB; Moos R. in *Wiener Kommentar zum StGB²* (2002) RZ 6 ff. zu Vorbem. zu §§ 75-79 StGB; Burgstaller M., Fabrizio E.-E. in *Wiener Kommentar zum StGB²* (2002) RZ 4 zu § 83 StGB.
 - 13 H. A., vgl. bloß Koziol H., Welsler R., *Grundriss des bürgerlichen Rechts I³* (2006) 51; Bydliński P., *Bürgerliches Recht I Allgemeiner Teil⁴* (2007) 38; OGH 8 Ob 106/79.
 - 14 So zutr. Posch in Schwimann, ABGB Praxiskommentar 1 RZ 6 zu § 22 ABGB.
 - 15 Dies alles lässt Kopetzki, *Landesbericht* 253 f., außer Acht, wenn er im Zusammenhang mit einem verwandten Problem, der Rechtswidrigkeit von Abtreibungen bei gleichzeitiger Straflosigkeit, von einem „eher [...] symbolischen Disput“ spricht. Dieser Autor scheint im übrigen die Entscheidung des OGH 6 Ob 101/06f, in der die zivilrechtlich begründete Rechtswidrigkeit der Abtreibung im Rahmen der Fristenlösung festgestellt und in einem keineswegs nur symbolischen, sondern mit hohen Geldsummen verbundenen Rechtsstreit als wesentliche Urteilsgrundlage herangezogen wird, nicht zur Kenntnis zu nehmen (was aber auch mit dem Zeitpunkt der Drucklegung des zitierten Werkes zusammenhängen könnte).
 - 16 Solche Methoden werden in der medizinischen Wissenschaft i. d. R. im engeren Sinne als PID bezeichnet. Vom Wortsinn her stellen aber eigentlich auch Untersuchungen des Embryos ohne Zellentnahme Präimplantationsdiagnosen dar, wenn sie vor Implantation gesetzt werden, weshalb in dieser Arbeit der Begriff PID auch in diesem Sinne verwendet wird.
 - 17 Zur Problematik des Klonens nach österreichischem Recht vgl. etwa Eder-Rieder M., *Aspekte der Stammzellentechnologie*, ZfRV 2007/4, 18 (22 f.); Kopetzki C., *Rechtliche Aspekte des Embryonenschutzes* 59 f.; zu grundrechtlichen Implikationen ausführlich ders., *Grundrechtliche Aspekte der Biotechnologie am Beispiel des „therapeutischen Klonens“*, in: Kopetzki C., Mayer H. (Hrsg.), *Biotechnologie und Recht* (2002) 15. Die Auffassungen der zit. Autoren gewähren zwar einen Einblick in die maßgeblichen Problemstellungen, geben dem Lebensschutz jedoch zu wenig Raum, was hier freilich nicht weiter vertieft werden kann.
 - 18 Inwieweit entgegen der obzitierten Gerichtsentscheidung auch nach deutscher Rechtslage ein solches Verbot begründbar ist, kann hier nicht näher erörtert werden.
 - 19 *Rechtliche Aspekte des Embryonenschutzes* 57; ders., *Stammzellforschung in Österreich – eine Bestandsaufnahme des geltenden Rechts*, in: Körtner U., Kopetzki C. (Hrsg.), *Stammzellforschung – ethische und rechtliche As-*

- pekte (2008) 269 (274 ff.).
- 20 Zu Einordnung und Leistungsfähigkeit dieser Denkfikur grundlegend Bydlinki, *Methodenlehre* 457 ff.; ders. in Rummel, *ABGB IRZ* 22 zu § 6 ABGB.
- 21 In diesem Zusammenhang ist auch auf die in anderen Aspekten kontroverse Diskussion um den Begriff der „Befruchtung“ i. S. d. § 1 (3) FMedG zu verweisen: dazu Bernat E., *Wer oder was sind „entwicklungsfähige Zellen“?*, in Körtner/Kopetzki, *Stammzellforschung* 372; Kopetzki, a. a. O. 282 ff.
- 22 Die h. L. geht von der Verschmelzung der Zellkerne aus, vgl. Posch in Schwimann, *ABGB 1 RZ* 1 zu § 22 ABGB; Aicher in Rummel, *ABGB IRZ* 2 f. zu § 22 ABGB. Die Judikatur des OGH (1 Ob 2259/96d) spricht von der Vereinigung von Samen- und Eizelle, was vom Wortlaut her nicht dasselbe ist. Da sich der OGH aber auf die eingangs zit. Autoren beruft, dürfte er möglicherweise dennoch dasselbe wie die h. L. gemeint haben.
- 23 Diese Judikatur des OGH hat unter dem Schlagwort „Kind als Schaden“ traurige Berühmtheit erlangt. Die dazu veröffentlichte kontroverse Literatur ist nur noch schwer überblickbar. In der Schriftenreihe „Imago Hominis“ sei für die jüngere Zeit beispielhaft auf die Arbeit von Memmer M., *Die Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes zum „Familienplanungsschaden“*, *Imago Hominis* 2007/3, 195 (das zit. Heft, das schwerpunktmäßig dieser Problematik gewidmet ist, enthält weitere einschlägige Beiträge), sowie auf meinen Beitrag mit dem Titel *Der große Graben*, *Imago Hominis* 2008/1, 45 verwiesen. Positive Referenzen aus der spezifisch juristischen Fachliteratur sind insbesondere Bydlinki F., *Das Kind als Schadensursache im österreichischen Recht*, in: Magnus U., Spier J., *Liber amicorum for Helmut Koziol* (2000) 29; Cornides J., *Zur Haftung des Arztes bei fehlerhafter pränataler Diagnose*, *JBl* 2007, 137.
- 24 Exemplarisch zeigen sich die kontroversen Standpunkte in der Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt zur PID, vgl. den Bericht vom Juni 2004. Die Berichte der Kommission sind auf der Homepage des Bundeskanzleramtes www.bka.gv.at (Rubrik Fachinhalte/Bioethik) kostenlos einsehbar.
- 25 6 Ob 101/06f.
- 26 Der OGH judiziert insoweit freilich seit gut einem Jahrzehnt (siehe das – im negativen Sinn – bahnbrechende Urteil 1 Ob 91/99k und die Folgejudikatur) ohne valide Begründung das Gegenteil und behauptet, dass die eugenische Indikation eine Rechtfertigungswirkung entfalte.
- 27 Zu den Auswirkungen dieser Änderung vgl. Müller G., *Unterhalt für ein Kind als Schaden*, *NJW* 2003, 697 (702 ff.). Nur wenn die Behinderung des Kindes zugleich eine ernsthafte Lebens- oder Gesundheitsgefährdung für die Mutter darstellt, kann die Abtreibung straflos bleiben. § 218a (2) dStGB lautet: *Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.*
- 28 Vgl. exemplarisch zur Abtreibungsfrage die Enzyklika *Evangelium Vitae* (1995) Papst Johannes Pauls II. und zur IVF das Dokument der Glaubenskongregation *Donum Vitae* (1987). Die Dokumente sind auf der Homepage des Vatikans www.vatican.va (Rubrik Archiv der Päpste/Johannes Paul II/Enzykliken bzw. Die Römische Kurie/Glaubenskongregation/Dokumente zur Doktrin) kostenlos einsehbar.

Der Autor ist Prüfbeamter der Volksanwaltschaft. Der Beitrag gibt die persönliche Meinung des Autors wieder.

Korrespondenz:

Dr. Thomas J. Piskernigg

c/o IMABE

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

postbox@imabe.org

Public Health: WHO warnt vor gefährlichem „Wunsch-Kaiserschnitt“

Die steigende Zahl von „Wunsch-Kaiserschnitten“ und ihre verharmlosende Darstellung bereitet der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Kopfzerbrechen. Laut WHO bestehen nur bei jeder zehnten Geburt medizinische Gründe für einen Kaiserschnitt. Die Komplikationsraten bei einem Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation sind gegenüber natürlichen Geburten dreimal so hoch, sagen nun Forscher von der National University in Singapur in einer Studie.

Das Team um Studienleiter Yap-Seng Chong analysierte Entbindungen von mehr als 100.000 Frauen aus 122 Spitälern in neun asiatischen Ländern. Ihr Befund: Die Wahrscheinlichkeit, während der Geburt zu sterben oder eine schwere Komplikation zu erleiden, war für Frauen mit „Wunsch-Kaiserschnitt“ fast dreimal so hoch wie für Frauen, die natürlich gebären. Entschied sich eine Frau ohne zwingenden medizinischen Grund spontan während der Geburt für die Operation, war dieses Risiko sogar 14-mal erhöht und das Risiko, auf der Intensivstation zu landen, lag bei spontanen Entschlüssen gar 67-mal (!) so hoch wie bei natürlich Gebärenden. In Österreich wird jedes vierte Kind per Kaiserschnitt entbunden, die Zahl hat sich in nur zehn Jahren verdoppelt. Die jetzt publizierten Ergebnisse stellen die dritte Phase eines WHO-Projekts dar, das Gebärverhalten in den verschiedenen Regionen der Welt zu eruieren.

Lancet (2010); 375: 440-442

Studie: Angehende Ärzte taumeln zwischen Ohnmacht und Selbstüberschätzung

Zuverlässig und kompetent, ein guter Zuhörer, vertrauenswürdig und fachlich versiert – Medizinstudenten sind sich einig: Der ideale Arzt sollte alle diese positiven Eigenschaften in sich vereinen. Doch nach Einschätzung der angehenden Mediziner sind die „Götter in Weiß“ von diesem Idealbild weit entfernt, wie eine Studie zeigt. Ein Forscherteam von Medizinerinnen um Markus Schrauth von der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen befragte 696 Medizinstudenten zwischen 1981 und 2006 nach ihrem Selbst- und Arzt-Bild. Das Ergebnis: Von ihren Ausbildnern wünschen sich die Jungmediziner, mehr Vorbild zu sein und dass sie ihre positiven Eigenschaften wie Feinfühligkeit und Sympathie deutlicher zeigen. Sich selbst ordnen die Medizinstudenten laut Studie zwischen dem Bild des Ideal-Arztbes und jenem der real erlebten Ärzte ein. Sie seien sich darüber im Klaren, dass sie keine idealen Ärzte sind. Dennoch stellen sich angehende Ärzte selbst ein besseres „Zeugnis“ aus als jenen

Kollegen, die sie im Zuge ihrer Ausbildung kennenlernen. So halten sie sich beispielsweise für vertrauenswürdiger und gründlicher, gleichzeitig aber auch als unsicherer und machtloser. Das Selbstbild von Ärzten in spe scheint also noch nicht gefestigt, es schwankt zwischen Ohnmacht und Selbstüberschätzung.

Erstaunlich: Obwohl sich die befragten Medizinstudenten noch in der Ausbildung befinden, halten sie sich bereits für genauso kompetent wie die Gruppe der beruflich gestandenen Ärzte mit Approbation. Sie schreiben sich „ebenbürtige Fähigkeiten“ zu – männlichen Studenten seien dafür besonders anfällig –, was nach Ansicht der Studienautoren auf eine „nicht zu vernachlässigende Selbstüberschätzung“ hindeutet. Das könnte eine Gefahr sein, so die Autoren, denn: Die Sicherheit des Patienten sei nur dann gewährleistet, wenn der Arzt seine Grenzen kenne und wisse, wann er Kollegen um Rat und Mithilfe bitten müsse.

Psychother Psychosom Med Psychol (2009); 59: 446-453

Künstliche Befruchtung: Frauen haben ein vierfach höheres Risiko für Totgeburt

Dass nach einer IVF oder ICSI schwanger gewordene Frauen ein erhöhtes Risiko haben, eine Totgeburt zu erleiden, ist ein bekanntes Phänomen. Bisher wurde dies von den Medizinerinnen als Folge der Unfruchtbarkeit eines Paares gedeutet. Die aktuelle dänische Längsschnittstudie von Kirsten Wisborg und Mitarbeitern der Universität Aarhus zeigt ein anderes Ergebnis. Frauen, die mit Hilfe einer In-vitro-Fertilisation (IVF) oder einer intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) schwanger werden, haben viermal häufiger eine Totgeburt als andere Frauen.

Die Studie wertete die Daten von 20.166 Frauen aus, deren Niederkunft zwischen August 1989 und Oktober 2006 erfolgt war. In dieser Zeit hatten 16.525 (82 Prozent) nach weniger als einem Jahr spontan (alle waren zum ersten Mal schwanger) empfangen. 4 Prozent nahmen eine konventionelle Fruchtbarkeitsbehandlung in Anspruch (hormonelle Unterstützung, Insemination), bei weiteren 4 Prozent wurde eine IVF oder eine ICSI durchgeführt. Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Gruppen ist wichtig, da bei IVF und ICSI eine Befruchtung auch „gegen den Willen der Natur“ möglich ist. Wenn etwa das Spermium direkt in die Eizelle gespritzt wird, wie bei der ICSI, umgeht man natürliche Barrieren, die Eizellen gegen nicht-optimale Spermien errichtet haben. Frühere Studien hatten bereits gezeigt, dass das Fehlbildungsrisiko nach Labor-Zeugung per IVF beziehungsweise ICSI doppelt so hoch ist wie nach einer natürlichen Zeugung.

Die Forscher verglichen das Risiko einer Totgeburt bei Frauen, die mit einer konventionellen Behandlung empfangen hatten mit dem Risiko von Frauen, deren Schwangerschaft mit Hilfe von IVF oder ICSI zustande gekommen war. Es zeigte sich, dass letztere Gruppe ein viermal so hohes Risiko hatte, eine Totgeburt zu erleiden. Die Inzidenzrate lag bei 16,2 auf 1.000 Schwangerschaften. Zum Vergleich: Bei Frauen, die spontan empfangen haben, liegt der Wert bei nur 3,7/1000. Bei Frauen, die zwar die Fruchtbarkeit unterstützende Verfahren, aber keine IVF oder ICSI in Anspruch nahmen, lag die Rate ebenfalls bei sehr niedrigen 2,3 pro 1.000 Schwangerschaften. Es bleibt abzuwarten, wie ehrlich Reproduktionsmediziner unfruchtbare Paare über dieses Totgeburtsrisiko im Zuge einer IVF oder ICSI aufklären werden.

Human Reprod (2010); doi:10.1093/humrep/deq023

Euthanasie: Tötung durch Spritze für 62 Prozent der Österreicher kein Tabu

Die Zustimmung zu aktiver Sterbehilfe steigt bei den Österreichern. Das ist das Ergebnis einer telefonisch bei 1.000 Österreicher durchgeführten Umfrage des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz. Gefragt wurde zuerst nach der Akzeptanz von passiver Sterbehilfe („ein vom Patienten selbst verlangter Abbruch einer medizinisch noch möglichen lebensverlängernden Behandlung bei unheilbarer Krankheit oder schwerem Leiden“) und dann nach der Einstellung zur aktiven Sterbehilfe anhand eines konkreten Falls („die Möglichkeit, dass unheilbar Kranken und schwer leidenden Menschen der Wunsch zum Sterben erfüllt wird, indem ein Mittel verabreicht wird, das ihren Tod herbeiführt“).

Für passive Sterbehilfe sprechen sich 78 Prozent der Österreicher aus, 62 Prozent auch für aktive Sterbehilfe (tödliche Spritze), 30 Prozent sind gegen beides und 8 Prozent unentschieden. Männer und junge Menschen befürworteten Euthanasie tendenziell öfter als Frauen oder Menschen mit Erfahrung in der Pflege schwer kranker Personen.

Studienautoren Willibald Stronegger und Wolfgang Freidl werten die Ergebnisse kritisch. Für die zunehmende Akzeptanz der Euthanasie dürfe die Betonung eines „autonomen Subjekts“, das unabhängig von der jeweiligen Lebenssituation frei für sich das Richtige wählen kann, eine entscheidende Rolle spielen. Dies beruhe aber auf einer „wirklichkeitsfremde Idealisierung, die gerade auf Schwerkranken kaum zutrifft.“ Die Sozialmediziner warnen davor, dass der ökonomische Druck, kostengünstig durch aktive Tötung zu sterben statt palliativ-

medizinisch betreut zu werden, steigen wird.

Der für Bioethik-Fragen zuständige niederösterreichische Bischof Klaus Küng, selbst Mediziner, warnte aus Anlass der Umfrage in einem „Presse“-Gastkommentar vor einer Zulassung der Euthanasie. Sie würde „eine Straße eröffnen“, die „in eine verhängnisvolle Richtung führt“, wie auch die „mitleidvolle ‚Euthanasierung‘ von Pflegefällen in Holland zeige. Küng mahnt dagegen zu einer Besinnung auf die Lebensrealität von Leidenden und Sterbenden. Diese werde „aus Werbung, Film und öffentlichem Bewusstsein ganz verdrängt“, so Küng.

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, 17. Februar 2010, *Die Presse online*, 20. Februar 2010)

Patientenverfügung: Geringe Akzeptanz in Österreich

Mehr als drei Jahre nach Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) in Österreich haben weniger als vier Prozent der Bevölkerung dieses Instrument in Anspruch genommen. Nur ein Prozent der Bevölkerung hat eine „verbindliche“ Patientenverfügung errichtet, rund 2,5 Prozent eine sog. „beachtliche“ – also gesetzlich nicht bindende – Patientenverfügung, errichtet. Dies ist das Ergebnis einer empirischen Studie des Wiener Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurde. Die Patientenverfügung sei bislang nur für eine kleine Gruppe von Personen relevant, sie werde vor allem für Sondersituationen und nicht als allgemeines Vorsorgeinstrument genutzt, stellen die Autoren fest. Dass die ernüchternde Datenlage auf eine schwache Akzeptanz und ein geringes Interesse an der Patientenverfügung in Österreich hindeutet, wollen sie aber nicht gelten lassen. Es müsse mehr diskutiert werden, um „den Prozess des Umdenkens voranzubringen“, denn das PatVG stelle laut Studie „einen wichtigen Schritt dar, die Patientenautonomie zu stützen.“

Genau dies darf aus mehreren Gründen bezweifelt werden, entgegnet IMABE-Geschäftsführer Enrique Prat. Zum einen relativiere sich die Verbindlichkeit einer Vorausverfügung für einen späteren Zeitpunkt aus anthropologischer und ethischer Sicht. Die Fähigkeit zur antizipierenden Entscheidung über Leben und Tod habe Grenzen, in der tatsächlichen Entscheidungssituation würden andere Wertungen vorgenommen: „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“, gibt er zu bedenken. Pati-

entenverfügungen können, so Prat, vor allem für jene Patienten nützlich sein, die sozial isoliert sind und kein Vertrauensverhältnis zu einem Arzt haben bzw. fürchten, dass sie in der Isolation ernsthaft krank werden. Für das Gross der Patienten seien laut Stephan Sahn andere Parameter wichtig, etwa eine vorausschauende und umfassende Planung der Versorgung für das Lebensende. Prat: „Dass die Patientenverfügung weder in Österreich noch in anderen Ländern auf Gegenliebe stößt, sollte ernster genommen werden und den Weg für Alternativlösungen bereiten.“

<http://univie.ac.at/ferm/?page=studien>

<http://www.stephan-sahn.de/studie.htm>

Studie: Fehlerhafte Verschreibungen werden im System rechtzeitig korrigiert

Bei der Verschreibungspraxis von Medikamenten in Großbritannien ist laut eines Editorials im Fachjournal *Lancet* größere Sorgfalt und Aufmerksamkeit notwendig. Eine EQUIB-Studie (Errors. Questioning Undergraduate Impact on Prescribing) – veröffentlicht auf der Webseite der britischen Ärztekammer – hatte ergeben, dass von 124.260 Verschreibungen in 19 Krankenhäusern im Nordwesten Englands im Verlauf von sieben Tagen 11.077 fehlerhaft gewesen waren – eine Fehlerrate von immerhin 8,9 Prozent. 1,7 Prozent dieser Fehler waren potentiell tödlich. *Lancet* knüpft in seinem Leitartikel an diese Veröffentlichung an und stellt fest, dass die Schulung bezüglich Verschreibungspraxis und Pharmakologie verbessert werden muss. Dass „nahezu ein Zehntel der Verschreibungen in den Krankenhäusern verkehrt war“, halten die Autoren für „schockierend“.

Die positive Nachricht lautet: Nahezu alle Fehler wurden von Apothekern, Krankenschwestern oder anderen Ärzten entdeckt, bevor die Medikamente den Patienten ausgeteilt wurden. Dies spricht für das System. Dennoch kritisiert der Geschäftsführer der britischen Arzneimittel-Zulassungsbehörde MHRA, Kent Woods, dass „die Schulung in klinischer Pharmakologie und Therapeutik an den medizinischen Fakultäten lückenhaft und in einigen Hochschulen auf ein inakzeptables Niveau gesunken ist.“ Um die Sachlage zu verbessern, regen die Autoren der EQUIB-Studie, Tim Dornan und Kollegen, Änderungen der Arbeitsbedingungen in den Kliniken sowie der Ausbildung der Studenten und Doktoranden an. Ebenso wichtig sei es, in der klinischen Praxis eine „Sicherheitskultur“ aufzubauen. Die medizinischen Ausbildungsprogramme für Studenten sollten praxisorientierter verlaufen, darunter das Verschreiben unter Aufsicht in studentischen Assistentenstellen.

Außerdem könnten Fehlverschreibungen durch fächerübergreifende und innerbetriebliche Schulungen von Ärzten vermieden werden. Eine Kultur der Sicherheit, von größerer Sorgfalt und Aufmerksamkeit einer jeden Verschreibung gegenüber, müsse zur Norm werden, so die Autoren.

Lancet (2009);374:1945,

<http://www.gmc-uk.org/news/5156.asp>

Gentechnik: Forscher verwandeln erstmals Hautzellen direkt in Nervenzellen

Forschern ist es erstmals gelungen, einen Zelltyp aktiv und direkt in einen völlig anderen zu verwandeln. Sie kamen dabei ganz ohne den Umweg über Stammzellen aus, wie das Wissenschaftlerteam um Marius Wernig von der Stanford University School of Medicine in Kalifornien in *Nature* berichtet. Mit Hilfe von weitgehend „entschärften“ Viren, die sie als Vehikel verwendeten, schleusten sie drei Gene in die Zelle ein, die den Umwandlungsprozess von einer Zelle in die andere in Gang brachten.

Stammzellforscher Hans Schöler vom Max-Planck-Institut für molekulare Biomedizin in Münster hält die Arbeit für zukunftsweisend, berichtet der *Spiegel*: „Es ist das, worauf die Stammzellforschung gewartet hat.“ Stammzellen können, wenn man sie einem Tier oder einem Menschen injiziert, Tumore auslösen. Dieses Risiko falle dank der neuen Methode der direkten Verwandlung von einem Zelltyp in einen anderen weg. Allerdings: Das Problem des Tumorrisikos durch Gene und Viren bleibt bestehen. Gelingt den Forschern die Umwandlung auf anderem Wege – zum Beispiel durch einfache Zugabe eines Proteincocktails – würde auch dieses Risiko wegfallen. Unrealistisch ist das nicht, da bereits Stammzellen auf diesem Weg erzeugt werden konnten.

Wernig und seine Kollegen vom Institut für Stammzellbiologie und Regenerative Medizin müssen nun zeigen, dass die Methode auch mit menschlichen Zellen funktioniert. Der Versuch gelang im Tierexperiment bei der Umwandlung von Hautzellen aus Mäuseembryonen und mit Schwanzzellen aus neugeborenen Mäusen. 1,8 bis 7,7 Prozent aller Zellen verwandelten sich in voll funktionsfähige Nervenzellen. Die Forscher bezeichnen diese Nervenzellen aus dem Labor in Analogie zu den iPS als iN-Zellen (induzierte neuronale Zellen). Die aus Bindegewebszellen erzeugten Nervenzellen waren in der Lage, sich in bestehende neuronale Netzwerke einzufügen. Außerdem schafften sie es in Versuchen auch, sich miteinander zu verknüpfen, schreiben die Forscher.

Nature (doi:10.1038/nature08797), 27. Jänner 2010,

Der Spiegel online, 28. Jänner 2010

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in
Deutsch

17. Jahrgang Heft 4, 2009

Leitartikel:

Frieder Keller, Ulrike Winkler, Jens Mayer, Sylvia Stacke: Medizinethik und Lebend-Organ spende;
Katharina Westerhorstmann: Auf dem Weg zu einem Maß-geschneiderten Körper? Ethische Reflexionen zur ästhetischen Chirurgie;
Dagmer Fenner: Darf man Tiere töten und Tierversuche durchführen? Die pathozentrischen Argumente in der Tierethik.

RDm Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch

17. Jahrgang, Heft 6, 2009

Christian Kopetzki: Editorial;

Beiträge:

Claudia Zeinhofer: Neue Entwicklungen im Arzneimittelrecht – die AMG-Novelle 2009;
Lukas Stärker: 10 Jahre GuKG-Tätigkeitsbereiche – eine Reflexion.

17. Jahrgang, Heft 6a, 2009

Felix Wallner: Editorial;

Beiträge:

Peter Jabornegg: Grundfragen des Streiks angestellter Ärzte;
Michael Potacs: Öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken – ein verfassungsrechtlicher Dauerbrenner?;
Alois Birklbauer: Ist die Befassung von Strafgerichten mit ärztlichen Behandlungsfehlern noch zeitgemäß? Rechtspolitische Betrachtungen.

18. Jahrgang, Heft 1, 2010

Christian Kopetzki: Editorial;

Beiträge:

Andrea Feutl, Leopold-Michael Marzi: Body packer – Täter, Opfer, Patient?;
Maren Jergolla: Die Neufassung der

Werbebeschränkungen des § 50a
Abs 3 Z 3 AMG.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 21, Heft 4, 2009

Editorial: Bettina Schöne-Seifert:
Induzierte pluripotente Stammzellen: Ruhe an der Ethikfront?;

Originalarbeiten:

Frank Dietrich: Legalisierung der aktiven Sterbehilfe – Förderung oder Beeinträchtigung der individuellen Autonomie?;
Marie-Christin Hahnen, Tania Pastrana, Stephanie Stiel, Arnd May, Dominik Groß, Lukas Radbruch: Die Sterbehilfedebatte und das Bild der Palliativmedizin in deutschen Printmedien;
Eva C. Winkler: Sollte es ein favorisiertes Modell klinischer Ethikberatung für Krankenhäuser geben? – Erfahrungen aus den USA.

Hastings Center Report

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Volume 39 No. 6, 2009

From the Editor: Salad Days;

Another Voice: Martin L. Smith: A Possible Solution, But Not the Last Word;

In Practice: Douglas P. Olson: Im-
provisation;

At Law: Rebecca Dresser: Irrational
Basis: The Legal Status of Medical
Marijuana;

Policy & Politics: Mark A. Hall:

After Insurance Reform: An Ade-
quate Safety Net Can Bring Us to
Universal Coverage;

Essays:

Susan Gilbert: The Nesting-Egg
Problem: Why Comparative Effec-
tiveness Research is Trickier Than
It Looks;

Richard Payne: The Quality Mantra:
Proceed Carefully;

Pauline W. Chen: A Tool to

Strengthen the Doctor-Patient
Relationship;

Nancy Berlinger, Anne Lederman
Flamm: Define 'Effective': The Cur-
ious Case of Chronic Cancer;

Harald Schmidt, Julia Kreis: Les-
sons from Abroad;
Articles:

Nancy Neveloff Dubler, Mayris P.
Webber, Deborah M. Swiderski, the
Faculty and the National Work-
ing Group for the Clinical Ethics
Credentialing Project: Charting the
Future;

Anne Drapkin Lyerly, Lisa M.

Mitchell, Elizabeth Mitchell

Armstrong, Lisa H. Harris, Re-
becca Kukla, Miriam Kupperman,

Margaret Olivia Little: Risk and the
Pregnant Body;

Perspective: Erika Blacksher: Health
Reform: What's Prevention Got to
Do with It?.

Volume 40 No. 1, 2010

From the Editor: HCR Turns Forty;
What's Next?;

Another Voice: Roger Chennells:

Toward Global Justice through
Benefit-Sharing;

In Practice: Julie Rothstein Rosen-
baum: When You Least Expect It;

At Law: Carl Schneider: Two
Masters;

Policy and Politics: Stephen R.

Latham: Too Few Physicians, or Too
Many?;

Essays:

GINA and Preemployment Criminal
Background Checks

Shawneequa L. Callier, John Huss,
and Eric T. Juengst

Connie M. Ulrich, Ann B. Hamric,

Christine Grady: Moral Distress:
A Growing Problem in the Health
Professions?;

Ilina Singh: Cryptic Coercion;

Articles:

Joseph Millum: How Should the
Benefits of Bioprospecting Be
Shared?;

Michael L. Gross: *Medicalized Weapons and Modern War*;
Perspective: Gregory E. Kaebnick:
New Standards for Gene Synthesis Screening.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch
16. Jahrgang, Heft 6, 2009
Bernhard Raschauer: Editorial;
Eduard Christian Schöpfer: Zur unzureichenden Ahndung von Umweltkatastrophen durch den EMGR;
Julia Schupletsova: Kodifizierung der Umweltgesetzgebung Russlands;
Heidi Rathmoser, Michaela Sommer: *Umweltbildung – Bildung für eine nachhaltige Entwicklung*.

17. Jahrgang, Heft 1, 2010
Ferdinand Kerschner: Editorial;
Eva Schulev-Steindl: *Umweltrecht – eine Disziplin im Zeichen globaler Ressourcenknappheit*;
Wolfram Schachinger, Christoph Fehringer: *UVP-rechtliche Änderungen bei Schutz- und Regulierungsbauten*.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch
XLII/3, 2009
Estudios:
José María Ariso: *¿Cómo y cuándo podemos aferrarnos a nuestras certezas?*;
Roberto Augusto: *La evolución intelectual del último Schelling: filosofía negativa y filosofía positiva*;
Enrique Ferrari Nieto: *Circunstancia y vocación: apuntes de Ortega para una biografía*;
Ginés S. Marco Perles: *“Bien común” e “interés general” en la retórica de los poderes públicos: ¿conceptos intercambiables?*;
Alejandro Rojas Jiménez: *El paso en falso con respecto al cual no retrocede Heidegger*;

Rogelio Rovira: *La “definición nominal del la verdad” y la “filosofía trascendental de los antiguos”*.
Antonio Millán-Puelles ante la interpretación kantiana de dos doctrinas filosóficas de origen aristotélico.

Medicina e Morale

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch
2009/6
Articoli:
F. D’Agostino: *Autodeterminazione: le paranoie della modernità*;
M. Casini, E. Traisci, S. Bosio: *L’ordinanza del tribunale di Bologna (29 giugno 2009) in tema di diagnosi genetica reimpianto nel contesto della giurisprudenza sulla legge 40/2004*;
E. Colombetti: *Alimentazione e idratazione artificiale come problema di giustizia*;
J. Aznar: *Designer Babies. A Question of Ethics*;
M. Casini, C. Sartea: *La consulenza genetica in Italia: problemi, regole di consenso informato, trattamento dei dati genetici e privacy*.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch
56/1, 2010
Abhandlungen:
Ulrich Eibach: *Krankenhausseelsorge unter den Bedingungen medizinischer und ökonomischer Rationalität*;
Traugott Roser: *Resonanzen erzeugen: Der Beitrag von Krankenhausseelsorge zur Spiritualität in der Palliativversorgung*;
Katrin Bentele: *Zur Rolle von Klinikseelsorgern in der klinischen Ethikberatung*;
Susanne Kreutzer, Karen Nolte: *Seelsorgerin „im Kleinen“ – Krankenseelsorge durch Diakonissen im 19. und 20. Jahrhundert*.

Freiheit und Ethos des Arztes. Herausforderungen durch evidenzbasierte Medizin und Mittelknappheit

Urban Wiesing, Georg Marckmann
 Verlag Karl Alber, Freiburg/Breisgau 2009
 93 Seiten
 ISBN 978-3-495-48362-6

Das kleine Büchlein setzt sich mit den Auswirkungen der modernen Evidence-based Medicine auf die ärztliche Berufsfreiheit und dem Problem einer sozialen Finanzierung des Gesundheitssystems unter den Bedingungen der Mittelknappheit im Blick auf das ärztliche Berufsethos auseinander.

Im ersten allgemeinen Teil wird an Beispielen das asymmetrische Verhältnis in der Arzt-Patienten-Beziehung geschildert. Der Patient sei dem Können und der moralischen Integrität des Arztes weitgehend ausgeliefert und müsse daher vorbehaltlos darauf vertrauen können, optimal betreut zu werden. Denn auch die moderne Medizin kann keinem Patienten den erwünschten Erfolg garantieren. Nur wenn die ärztliche Ethik für den ganzen Berufsstand verbindlich ist, ermöglicht dies dem personalen Vertrauen auch den Charakter eines Systemvertrauens zu verleihen. Grundsätzlich sei dieses Systemvertrauen in die Ärzteschaft auch heute noch in der Bevölkerung vorhanden, wenngleich sich in den letzten Jahren durch die Kodifizierung des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten eine gewisse Verlagerung vom Vorrang des *salus aegroti* zum *voluntas aegroti* vollzogen hat.

Weiters steht zur Debatte, inwiefern der Arztberuf als freier Beruf bezeichnet werden kann, unterliegt er doch, sowohl was Ausbildung, Berufsausübung, Gebührenordnung usw. betrifft, sehr genauen Regelungen. Es wird also die Frage gestellt, welche Freiheiten der Arztberuf wirklich besitzt, um ihn als freien Beruf anzusehen. Dabei geht es vor allem um die innere Freiheit, die sich in der Weisungsungebundenheit innerhalb der spezifischen Berufsausübung niederschlägt und die notwendig ist, um dem individuellen Einzelfall gerecht werden zu können. Ärztliche Berufsfreiheit wird richtiger-

weise als funktionelle Freiheit, also als zielgerichtete Freiheit (im Dienst der Gesundheit des Patienten) von der bürgerlichen Freiheit (Freiheit zu eigenen Selbstverwirklichung) unterschieden.

Nach diesen Erläuterungen über Arztethos und ärztliche Freiheit diskutieren die Autoren, wie sich nun diese charakteristischen Eigenschaften des Arztberufes zur äußeren Einflussnahme verhalten, wie sie durch die Forderung nach einer Evidence-based Medicine (EBM) einerseits und durch die ökonomischen Zwänge andererseits gegeben sind.

In der zweiten Abhandlung über Arztethos, ärztliche Freiheit und EBM wird zunächst der Begriff EBM definiert. Dabei wird zu Recht darauf hingewiesen, dass die EBM aus 3 Elementen besteht, nämlich aus erstens: der wissenschaftlichen Aufarbeitung von erhobenen Daten anhand von Studien (External Evidence), zweitens: der individuellen klinischen Erfahrung (Internal Evidence) und drittens: deren Integration und Umsetzung für den einzelnen Patienten. Danach wird die Frage abgehandelt, inwieweit das ärztliche Handeln durch evidenzbasierte Leitlinien eingeschränkt wird. Es wird darauf hingewiesen, dass externe wissenschaftliche Evidenz nur die Rahmenbedingung darstellt, die im Einzelfall der subsumierten Urteilskraft des Arztes bedarf, um für den Patienten nützliche Entscheidungen treffen zu können, die dann aber auch durchaus einmal von der Regel abweichen können.

Eine kurze (aber nicht vollständige) Abhandlung beschäftigt sich mit möglichen Verzerrungen (Bias) von klinischen Studien. Im 3. Teil der Abhandlung wird dann untersucht, welche Herausforderungen sich aus der Mittelknappheit im Gesundheitswesen für das Arztethos und die ärztliche Freiheit ergeben. Zugestanden wird, dass es sich bei der Mittelknappheit nicht um ein hypothetisches Zukunftsszenario, sondern bereits heute um eine Realität handelt, der sich die Ärzte im Alltag kaum mehr entziehen können. Dabei befindet sich der Arzt heute in einer Doppelagenten-Rolle, weil er einerseits dem Wohl des Einzelpatienten verpflichtet ist, gleichzeitig aber auch die Versorgung anderer

Patienten sicherzustellen hat. Dazu werden einige Lösungsvorschläge erörtert: Zunächst wird kurz auf die Problematik unbegrenzter Gesundheitsausgaben eingegangen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es gute – auch ethische – Gründe gibt, die Gesundheitsausgaben zu begrenzen, sodass sich nicht mehr die Frage stellt, *ob* die Kosten bei medizinischen Entscheidungen eine Rolle spielen sollen, sondern *wie* die Kosten in einer ethisch möglichst vertretbaren Weise berücksichtigt werden können. Dazu werden Rationalisierung einerseits und Rationierung andererseits erörtert. Rationalisierung sei ethisch unbedenklich, ja bei Mittelknappheit sogar geboten. Anders verhält sich die Situation bei der Rationierung. Diese steht in einem Spannungsverhältnis zum traditionellen ärztlichen Ethos, wonach es eigentlich ethisch unvertretbar ist, Patienten im Rahmen einer Rationierung medizinisch nützliche Maßnahmen vorzuenthalten. Die Autoren geben allerdings zu, dass es trotz aller Rationalisierungsbemühungen unausweichlich sei, das verfügbare Leistungsspektrum durch Rationierung einzugrenzen. Dabei unterscheiden sie eine explizite und eine implizite Rationierung. Explizite Rationierungen erfolgen sozusagen auf einer übergeordneten Planungsebene des Gesundheitswesens. Sie bieten im Hinblick auf das Arztethos einen gewichtigen Vorteil, da es sich hier um Vorgaben „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patient-Beziehung handelt. Dieser Vorteil wird freilich durch eine Einschränkung bei der ärztlichen Entscheidungsfreiheit erkaufte. Es wird auch auf die politische Schwierigkeit hingewiesen, Kriterien für eine solche Leistungsbeschränkung zu erstellen. Auf die Lösung dieses Problems wird aber nicht eingegangen.

Bei der impliziten Rationierung erfolgt die Zuteilung an die Patienten hingegen jeweils im Einzelfall durch die Budgetierung der Leistungserbringer, gegebenenfalls auch unter Beteiligung der Patienten selbst (z. B. Zuzahlung). Dabei tragen die Ärzte im Gegensatz zur expliziten Rationierung eine erhebliche Verantwortung bei der Begrenzung bzw. Verteilung medizinischer Maßnahmen. Da-

durch befindet sich der Arzt in einem ethischen Konflikt zwischen den Verpflichtungen gegenüber „seinem“ aktuellen Patienten und den Verpflichtungen gegenüber anderen Patienten. Kriterien für eine gerechte Kosten-Nutzen-Abwägung werden jedoch nicht angeboten, abgesehen davon, dass dazu die EBM herangezogen werden sollte. Im Vergleich zu expliziten Rationierungen sind implizite politisch natürlich leichter durchzusetzen, da Budgetierung das einfachste Mittel ist, um eine Ausgabenbegrenzung zu erreichen, ohne eine öffentliche Diskussion über Leistungsbegrenzungen zu führen. Die Autoren sind der Meinung, dass sich Ärzte auf jeden Fall um ein Mitspracherecht beim verantwortungsvollen Umgang mit knappen Ressourcen bemühen sollten. Dies wird vor allem mit der unverzichtbaren Kompetenz der Ärzte begründet, ohne die unsinnige Rationierungsmaßnahmen unvermeidbar wären. Dazu werden sechs Anforderungen eines verantwortlichen Umgangs mit knappen Ressourcen auf der Mikroebene formuliert: 1. Unterlassung ineffektiver Maßnahmen im Sinne einer evidenzbasierten Medizin, 2. konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen, 3. Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines bestimmten Therapieziels, 4. Unterlassung von teuren Maßnahmen mit einem geringen Nutzensgewinn für den Patienten bei Verfügbarkeit kosteneffektiver Alternativen, 5. Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards (z. B. Transparenz bei der Rationierung auch für den Patienten), 6. Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen, Beratung durch ein klinisches Ethik-Komitee. Offen bleibt bei dieser Auflistung, wie gesagt, anhand welcher Kriterien diese Anforderungen in die Praxis umgesetzt werden sollen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es sich bei diesem Buch um eine interessante und eingehende Analyse über die Herausforderungen an den Arzt angesichts der modernen Entwicklungen im Gesundheitswesen handelt. Im Mittelpunkt der Abhandlung steht die Frage, welche Auswirkungen sich durch die evidenzbasierte Medizin (EBM) und

die Mittelknappheit in der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung ergeben. Und die Untersuchung zur evidenzbasierten Medizin ergab, dass eine richtig verstandene EBM, die neben der externen Evidenz die Integration mit der individuellen klinischen Erfahrung betont, nicht im Widerspruch zur ärztlichen Berufsfreiheit steht. Die Mittelknappheit im Gesundheitswesen bietet hingegen im Vergleich zur EBM mehr Konfliktfelder mit dem ärztlichen Ethos. Für die Ärzte erschiene es sicher wünschenswert, wenn sie sich nicht an der Verteilung knapper Mittel im Gesundheitssystem beteiligen müssten. Dies scheint aber unter den Bedingungen der modernen Medizin kaum mehr möglich, da Rationierungsentscheidungen immer auch eine Einschätzung des erwarteten medizinischen Nutzens und möglicher Risiken erfordern, die ohne ärztlichen Sachverstand nicht durchzuführen sind. Konkrete Bewertungskriterien zur quantitativen und qualitativen Einschätzung einer sinnvollen und gerechten Kosten-/Nutzen-Abwägung werden freilich offen gelassen.

J. Bonelli

Gerechtigkeit für Menschen mit Behinderung. Ethische Reflexionen und sozialpolitische Perspektiven

Johannes Eurich
Campus Verlag, Frankfurt/Main 2008
480 Seiten
ISBN 978-3-593-38577-8

Gerechtigkeit für Behinderte im modernen Sozialstaat ist eine sehr interessante, wichtige und, wie man sehen wird, schwierige Frage. Der Autor, Direktor des Diakoniewissenschaftlichen Instituts der Theologischen Fakultät der Universität Heidelberg und Professor für evangelische praktische Theologie, geht in dieser publizierten Habilitationsschrift von einer Grundlage aus, die unter dem Namen „Rawls Gerechtigkeitstheorie“ bekannt ist. John Rawls (1921 – 2002) war amerikanischer Soziologe und Gesellschaftsphilosoph, Professor an der Harvard Universität und Schöpfer der vieldiskutier-

ten Theorie des „Gesellschaftsvertrages“, die in der Staatsphilosophie in den vergangenen Jahrhunderten schon öfters eine Rolle spielte, z. B. bei Hobbes und Rousseau. Dabei ist neu, dass Rawls nicht nur politisch-rechtliche, sondern auch wirtschaftlich-soziale Gesichtspunkte einbezieht: so auch eine Theorie über die Gerechtigkeit für Behinderte auf der Basis einer liberalen Weltanschauung.

Diese Theorie wird von Eurich kurz erklärt, geknüpft an sein Bekenntnis von Anfang an, dass er diese Theorie für die Praxis nicht geeignet hält, da der Bezug zum täglichen Leben fehle. Warum der Autor sie dann zum Ausgangspunkt für die Begründung von Gerechtigkeit (und für sein Buch) gemacht hat, ist nicht ersichtlich. Andere Grundlagen, wie etwa die naturrechtliche, aus der sich die Menschenrechte und die Gerechtigkeit (auch die der Behinderten) ableiten ließen, sind für ihn offenbar kein alternatives Konzept. So bleibt ihm nur der Weg, die Rawls-Theorie zu „erweitern“, das heißt, zu demontieren und neue Ideen einzubringen. Diese zieht er aus dem allgemeinen Wissen um den Behinderten und seine genauer in den Blick genommenen Probleme, wodurch viele Aspekte des Lebens des Behinderten deutlicher und konkreter, als dem Allgemeinwissen entspricht, aufgezeigt werden. So wird das Phänomen der Behinderung von verschiedenen Bezugspunkten aus durchleuchtet: Freiheit und Autonomie, Selbstachtung und Eigenverantwortlichkeit des Behinderten, Entmündigung und Bevormundung, die besondere Situation der Schwerstbehinderten, die Frage nach der Normierung der Behinderung und anderes mehr. Die Behinderung wird nach dem modernen Modell eines bio-psycho-sozialen Zusammenhangs untersucht.

Über die Gerechtigkeitsperspektive hinausgehend gibt es eine Untersuchung des Verhältnisses von Gerechtigkeit und Liebe. Es ist richtig, dass es einen Unterschied zwischen Gerechtigkeit und Liebe gibt und dass zuerst durch Rechtsansprüche Unrecht beseitigt werden muss. Aber es gibt keinen Gegensatz, wie es beim Autor anklingt, so als ob die Liebe die Gerechtigkeit ersetzen würde. Sie schließt

sie ein und geht darüber hinaus. Auch die Gerechtigkeit kann und soll mit Liebe erfüllt werden.

Die theologische Betrachtung über das Leid spiegelt ein rein protestantisches Verständnis der Erlösung wider, das in einem unlösbaren Problem endet: Da Christus schon für uns gelitten hat, ist ein – nach katholischem Verständnis – Mitleiden mit Christus nicht nötig für unsere Erlösung, weshalb der Sinn des Leidens im Protestantismus eine Aporie bleibt.

Der Autor verteidigt die Behinderten. Die Behinderung darf nicht zur Auffassung von einem minderwertigen Menschen führen. Die Grundforderung der Gerechtigkeit ist zuerst die gerechte Verteilung der materiellen Ressourcen (dazu könnte man auch die Barrierefreiheit rechnen), hier fehlen wieder konkrete Angaben. Forderungen der Gerechtigkeit sind weiters: keine Ausgrenzung, Chancengleichheit, personale Anerkennung, Toleranz, Respekt, Loyalität. Es wird aber nicht erklärt, wie diese Forderungen in der Gesellschaft durchgesetzt werden sollen. Es finden sich in dieser in Wissenschaftsdeutsch geschriebenen Habilitation, die ein breiteres Publikum deshalb kaum anspricht, ausgedehnte Untersuchungen über die Interpretation der Behinderung durch die Gesellschaft und über verschiedene Definitionen der Behinderung. Schwierig zu erfüllen ist die Forderung des Autors, Behinderung nicht nur negativ zu definieren (als Abweichen von Normalität), sondern den ganzen Menschen mit positiven Kompensationen im Auge zu behalten.

Breiten Raum nimmt die Forderung nach Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, sowohl aktiv wie passiv, und nach Anerkennung ein. Auch hier fehlen, wie bei vielen anderen Forderungen, die Konkretisierung, Wege der Verwirklichung und Angaben zur rechtlichen Festschreibung. Es handelt sich um ein Buch mit vielen Überlegungen, aber was wirklich Gerechtigkeit für Behinderte beinhaltet, wird nicht deutlich.

Als konkrete Kritikpunkte bleiben die Einsparungen bei Transport- und Blindengeld für Behin-

derte und die Notwendigkeit der Rechtfertigung von Sonderschulen. Als konkrete Ansatzpunkte für eine Verankerung von Forderungen der Gerechtigkeit bleibt vor allem die Festschreibung eines eigenen Leistungsrechts für Behinderte. Als neues und wirkungsvolles Instrument zur Umsetzung fairer Chancengleichheit der Behinderten wird das Modell der persönlichen Budgets vorgestellt. Hier bekommt der Behinderte keine Sachleistungen, sondern Geld, mit dem er sich die erforderlichen Hilfen einkaufen kann.

Insgesamt handelt es sich eher um ethische Reflexionen (wie es im Untertitel des Buches auch heißt), über die konkrete Festlegung des Gerechten und daher von Seiten der Gesellschaft Verpflichtenden wird zu wenig gesagt. Dazu bietet dieses an Spezialisten adressierte Buch lediglich Ansatzpunkte.

R. Tagwerker

Kosmologie, Evolution und Evolutionäre Anthropologie. Neue Erkenntnisse der Forschung und ihre Beurteilung durch Philosophie und Theologie

Stephan Borrman, Günter Rager (Hrsg.)
Verlag Karl Alber, Freiburg/ Breisgau 2009
354 Seiten
ISBN 978-3-495-48346-6

Das vorliegende Buch entstand anlässlich des 50-jährigen Bestehens des Instituts der „Görres-Gesellschaft für interdisziplinäre Forschung“ und ist als Band 34 der „Grenzfragen“ erschienen.

Die Herausgeber mischen sich gleich in die sicher nie endende Diskussion ein, ob und unter welchen Voraussetzungen Evolutionstheorie und Glaube in Einklang gebracht werden können. Dabei zitieren sie in kluger Mischung Augustinus, Karl Rahner, L. Scheffczyk und O. Gingerich, letzteren mit seinem Wort, dass die Wissenschaft das Universum nicht für gottlos halten müsse, sich aber eingestehen möge, dass die Naturwissenschaft eben keine andere Forschungsstrategie als den methodischen Naturalismus anzubieten habe (2008).

Die 11 Beiträge werden in zwei Abschnitten prä-

sentiert: A. Kosmologie und Schöpfungsglaube, B. Evolution und evolutionäre Anthropologie.

Vor der detaillierten Rezension sei festgehalten, dass die Autoren sehr um Anschaulichkeit ihrer oft komplizierten Methoden bemüht sind, sodass ein hochaktuelles, bei aller Datenfülle gut lesbares Werk vorgelegt werden konnte.

Gleich der erste Beitrag von G. Hasinger, Direktor des Garching Max-Planck-Instituts für extraterrestrische Physik, legt eine Darstellung des Schicksals des Universums vor, die sich durch „unfassbare Anschaulichkeit“ auszeichnet: Die Physiker ringen weiter um die Erkenntnis des Urknalls, wiewohl sie sich ihm bereits auf 10^{57} Sekunden genähert haben; und um den absoluten Nullpunkt der Temperatur, von dem sie ganze 10^{43} °C trennen. Bald ist man im Banne der $200 \cdot 10^9$ Sterne, die allein in unserer Milchstraße zu finden sind, bald darauf wird man mit der unfasslichen Expansion des Universums in 100^{100} Jahren konfrontiert, wenn die baryonische (heutige, normale) Materie so ausgedünnt sein würde, dass pro 100^{194} m³ Raumvolumen nur 1 Positron zu finden sei. Wie groß das „Missverhältnis“ zwischen baryonischer Materie und Gesamtvolumen des Universums ist, zeigt die Tatsache, dass im heutigen All bereits nur 1 Proton auf 1 m³ kommt. Der Autor streift dabei kurz die „Great Uniting Theory“ (Große Vereinende Theorie, GUT) der Teilchenphysik insofern, als die Lebensdauer der Protonen, die die baryonische Materie des Universums bilden, mit etwa 10^{30} Jahren begrenzt sei. Beim „Dahinschmelzen“ sämtlicher Himmelskörper würden in 100^{100} Jahren alle Strukturen verschwunden sein und selbst die schwarzen Löcher mittels Hawking-Strahlung abgestrahlt sein.

Philosophiehistorisch (Kosmologie bei Galilei und bei Einstein) wird es im Beitrag von J. Büttner und J. Renn vom Berliner Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte. Sie sehen eine friedliche Koexistenz von Glauben und Wissenschaft am ehesten in der Kosmologie, wobei Konflikte zu verdrängen gefährlicher sein kann als die Versuche, sie von beiden Seiten her konstruktiv zu gestalten.

Manfred Stückler, theoretischer (Natur-)Philosoph in Bremen, setzt sich vorrangig mit der Kosmologie, dem Verhältnis von Theorie und Erfahrung auseinander, wobei ihm die Philosophie der guten vs. die beste Erklärung am Herzen liegt. Gerade hier entzieht sich die Kosmologie dem Zugriff – jede sie betreffende Erklärung landet im Skeptizismus, vollends, wenn das Anthropische Prinzip hinzukommt: Das Universum müsse sich innerhalb seiner Gesetze so entwickelt haben, sodass es unweigerlich irgendwann seinen Beobachter hervorbringen musste. Der Autor empfiehlt vielmehr den Standpunkt des staunenden, wenngleich nüchtern emotionslosen Kosmologen zu beziehen, der mit seiner beschreibenden Theorie keine Wertvorstellungen und Sinnstiftungen verbindet.

Jacques Arnould, seines Zeichens eine Art „Raumfahrtethiker“ am Centre National d'Etudes Spatiales (CNES) in Paris, beginnt seinen kritischen Beitrag über „Kosmologie und Schöpfung“ mit der Erwähnung des belgischen Astronoms (und Priesters) Georges Lemaître und dessen Werk „Hypothese des Uratoms“ (1946), welches als kosmische Theorie für die physikalischen Kräfte einer so komplexen Welt gelten könne. Etwas spöttisch habe darauf Fred Hoyle reagiert, der den abwertenden Ausdruck „Big Bang“ dafür kreierte. Arnould streift die Diskussion über das „Intelligent Design“, um vor Frontenbildungen zu warnen: Es sei jenen am wenigsten zu trauen, die behaupten, Beweise für die eine oder andere Alternative zu haben.

Der zweite Teil (B), Evolution und evolutionäre Anthropologie, beginnt mit der Terminologie der Erdperioden, knapp und einprägsam erläutert von Volker Storch, Zoologe in Heidelberg. Die „kambrische Explosion“ (Auftreten der uns näher vertrauten Tierwelt) am Beginn des Phanerozoikums ereignete sich demnach erst vor 600 Millionen Jahren, also erst etwa 3,5 Milliarden nach den ersten Spuren von Leben auf diesem Planeten. Heute leben wir im Quartär, in dessen erster Unterteilung, dem Pleistozän, das Eiszeitalter und dem ihm folgenden Holozän (ca. 10.000 v. Chr.) das gesicherte

Auftreten des *Homo sapiens* anzusetzen ist, nachdem sich dieser aus einer Gleichzeitigkeit mit dem Neandertaler „emanzipiert“ hatte.

A. von Haeseler und I. Ebersberger, zwei Wiener Bioinformatiker, erläutern die genetischen Verwandtschaftsverhältnisse zwischen Menschen und Menschenaffen. Dabei bevorzugen sie den Begriff des Speziesbaumes (Trennung nach Speziationereignissen) gegenüber dem herkömmlichen Stammbaum. Demnach erfolge die Gorilla-Speziation früher und jene des Schimpansen später, während etwa ein Drittel des Affengenoms schon die Speziation des Menschen erfuhr, also noch vor und nach der sog. Abspaltung der Affen. Der Erfolg der modernen molekularen Phylogenie hat seine Basis in der Korrelation von Speziesbaum und Genbaum, alles durch die problemlose Verfügbarkeit der Bestimmung von DNA-Sequenzen. Somit ist klar, dass z. B. die abgespaltene Schimpansen-Spezies weiterexistiert, parallel zur Weiterentwicklung der Hominiden, was die Zuordnung von fossilen Funden kompliziert. In der Zukunft wird es Fortschritte geben, wenn man morphologische Merkmale mit der genetischen (chromosomalen) Steuerung in Verbindung bringen kann.

Der umfangreichste Beitrag wird vom Mainzer Anthropologen W. Henke beigesteuert, der „ins Herz der Menschwerdung“ vorstößt: Er zeigt die Prinzipien, Methoden und Befunde bei der Erforschung paläoanthropologischer Modelle auf. Sein Stil der Kommunikation komplexer Zusammenhänge ist so lebendig und zugänglich, dass man die Lektüre nur ungern unterbricht. Gleich eine gewöhnungsbedürftige Kleinigkeit: Bei W. Henke waren wir keine Hominiden, sondern (durchgehend) Homininen. Wie dem auch sei, es geht ihm um unser biologisches Selbstverständnis, hervorgegangen aus einem harten Konkurrenzkampf gegenüber alternativen Anpassungen, wobei neben dem morphologischen Wandel auch eine psychophysische Konstitution im evolutionsökologischen Umfeld (Kulturfähigkeit!) erforscht wird. Damit wird der populistisch gefärbten Fossilienkunde („Paläopoe-

sie“) eine Absage erteilt. Man lernt etwas über Kladistik und Kladogramme (keine Stammbäume!), welche dichotomisch zu den Taxa mit ihren beobachteten Merkmalen führen. Unter diesen seien so „menschliche“ wie die kognitive Leistungsfähigkeit und die Ansätze zur Moral noch keineswegs ausreichend, um in der Hominisation mehr als den Menschen als weitere „einzigartige Art“ zu sehen. In der Folge werden schlüssige Beweise für die These von Afrika als der Wiege der Menschheit geliefert, in die sich – nach 30.000-jähriger Co-Existenz vor etwa 11.000 Jahren der *Homo sapiens* durchsetzte. Dies sei keineswegs durch seine physische, sondern eben durch psychische Fähigkeiten ermöglicht worden, die schon dem *Homo ergaster* bzw. *Homo erectus* Überlebensvorteile geboten hatten. Letztlich sei durch die DNA-Analyse feststellbar, dass eben auch Neandertaler und *Homo sapiens* aus Afrika nach Europa und Asien ausgewandert sind. Die Entschlüsselung des Neandertaler-Genoms wird in einem eigenen Projekt bearbeitet und ist derzeit in vollem Gange bzw. kurz vor der Vollendung. So schließt Henke mit dem Ausspruch, dass die moderne Paläoanthropologie mittels „theoriegeleiteter Hypothesentesten“ Antworten auf die fundamentalen Fragen liefern könne, wie wir wurden und was wir sind.

Paul Weingartner, emeritierter Salzburger Philosophieprofessor, wird in seinem (englischsprachigen) Aufsatz über „Kinds of Chance and Randomness“ strengen wissenschaftlichen Formulierungen gerecht. Er geht den entsprechenden Phänomenen sowohl in der Mathematik als auch in den Gesetzen der Dynamik und Statistik nach, wobei der Rekurs auf Biologie und Evolution nicht immer gleich ersichtlich ist.

Danach lädt U. Kutschera, Evolutionsbiologe in Kassel, zur unbefangenen Lektüre der Theorie der Evolution bei Darwin und T. Dobzhansky († 1975), dem russisch-amerikanischen Fruchtfliegen-Genetiker. Darwin setzt der „Theory of Creation“ eine „Theory of Descent with Modification“ entgegen (1859). Seine Hauptthesen: 1. gemeinsame Abstam-

mung, 2. kleinschrittiger Artenwandel, 3. Artenvielfalt im Verlauf der Erdgeschichte, 4. natürliche Selektion, ohne das Wort „Evolution“ je selbst zu gebrauchen. Nichts desto weniger habe der postulierte Artenwandel tatsächlich stattgefunden und Evolution finde laufend statt. T. Dobzhansky hingegen steht für die moderne systematische Theorie, die er „biologische Theorie der Evolution“ nannte, was sich nicht durchgesetzt habe. Sein Hauptanliegen: die Nicht-Interferenz von Glaube und Wissen. Hier trifft er sich mit John Henry Newman, der wie folgt formuliert hat: „Ich glaube an einen Plan, weil ich an Gott glaube; ich glaube nicht an Gott, weil ich einen Plan sehe“ (von den Herausgebern in der Einleitung zitiert).

Der Streit um das Intelligent Design (ID) musste nun auch adressiert werden und ist bei U. Lücke, Theologieprofessor in Aachen, als „Kriegsberichterstatte“ in guten Händen. Einleitend weist er nach, dass das ID aus dem Reizwortschatz der amerikanischen Kreationisten stamme und sei – unglücklich? provokativ? – in den evolutionskritischen Äußerungen Kardinal Schönborns (2005) zu finden. Die daraus entstandene Auseinandersetzung war am Beginn teilweise akademisch unwürdig, sodass Erklärungs- und Beschwichtigungsversuche verhallten. Es sei nicht die Evolution an sich, sondern die Annahme ihrer Zufälligkeit und Ziellosigkeit, die – nach Schönborn – einen Schöpfergott ausschließe, wobei Zufall pejorativ verwendet werde. Sind aber Gott und Zufall wirklich Alternativen, die sich wechselseitig ausschließen? Oder ist „Zufall“ doch nur das Resultat einer prognostischen oder rekonstruktiven Unfähigkeit? Dies wäre der subjektive Zufall, dem immerhin der objektive, unverursachte quantenphysikalische Zufallsbegriff begegnet. Vielleicht, so fragt der Autor, „zieht Gott den Frauenkittel Zufall an, wenn er inkognito bleiben möchte“. Er weist aus der Geschichte nach (Nils Stensen, C. von Linné, G. Cuvier, J. B. de Lamarck bis John Henry Newman, alle 18. und 19. Jahrhundert), dass es keineswegs einen „ewigen Widerspruch zwischen Schöpfungs- theologie und Evolutionstheorie“ gegeben habe.

Auch G. Lemaître († 1966) und Teilhard de Jardin († 1955) hätten sich kirchlicher Wertschätzung erfreut. Der Autor: Zwischen der evolutionstheoretischen Datenbasis und der philosophisch-theologischen Einordnung der biblischen Schöpfungsaussagen liege keine Kriegsfront mit inszenierter medialer Kriegsberichterstattung: „Denn so wenig das letztere zum Gottesbeweis reicht, ebenso wenig reicht das andere zum Gottesverweis.“

Abschließend argumentiert Peter Schuster, theoretischer Chemiker in Wien, sehr verwandt mit W. Henke in seinem Beitrag „Vom Daran-Glauben zu den Fakten in der Evolutionstheorie“ (auf Englisch). Gleich eingangs zitiert er Karl Popper, der Darwins Theorie als für eine Erklärung a posteriori geeignet halte, nicht aber für Voraussagen, weshalb er sie nicht für falsifizierbar hält. Später nimmt der Autor freilich Darwin in Schutz vor jeglichem fachübergreifenden religiösen Eiferertum, kritisiert aber die offensichtliche Ignorierung der Mendelschen Gesetze, die den Evolutionisten bereits bekannt gewesen sein müssten. Erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts sei es Manfred Eigen (zusammen mit P. Schuster) vorbehalten gewesen, ein auf chemischer Kinetik und Molekularbiologie basierendes Konzept für die Evolution zu formulieren. Auch Peter Schuster ist Ethik (und Theologie) in der Forschung ein Anliegen. Er ortet eine künstlich, wenn nicht industriell angeheizte Evolution bei Eingriffen in die Genetik, mit denen die Ethik und Moral unserer Gesellschaft gegenwärtig gefährlich überfordert werde.

Der Rezensent vermerkt befriedigt, dass es ein Personen- und Sachwortregister gibt. Allerdings scheinen hier die Dolomiten und der Fujiyama im Personenregister auf, während die Zitate von Isaak Newton sämtlich John Henry Newman untergejubelt werden, sodass Newton gar nicht erwähnt wird. Das hindert den Rezensenten aber nicht, diesem Buch – gemessen am (fast) durchwegs griffigen Stil der Autoren, dem großen Bogen der Themen (Astrophysik über Hominisation bis zur Molekularbiologie) und der Präsentation der wohlthuend ausgereiften Standpunkte der Autoren – einen hohen Rang unter den

aktuellen Sachbüchern zur Evolution einzuräumen.

F. Kummer

Ethische Grundfragen in der Medizin

Michael Peintinger

Facultas Universitätsverlag, Wien 2008

280 Seiten

ISBN 978-3-7089-0214-2

„Ich lege dieses Buch nun gerne in die Hände aller interessierten und wohlwollenden Leserinnen und Leser. Möge sich manche daraus gewonnene Erkenntnis in Verbindung mit daran anknüpfenden eigenen Gedanken als hilfreich erweisen, damit ethische und menschlich herausfordernde Alltagsprobleme mit Zufriedenheit aller Beteiligten besser und daher auch leichter bewältigt werden können.“ So umschreibt der Autor am Ende seines Vorworts den Grund für seine Niederschrift und was er damit zu bewirken erhofft. Selbst Facharzt für Anästhesie verfügt er über ein hohes Maß an Sensibilität für die immer zahlreicher werdenden ethischen Fragen, die den Berufsalltag durchziehen. In jeder Zeile des Buches spürt man die Selbstreflexion eines „ethikbewussten“ Arztes in einer pluralistischen Gesellschaft durch. Der Paradigmenwechsel von einer paternalistischen Medizin hin zu einem Gesundheitswesen, in dem der Patient selbständig entscheiden soll, was mit ihm zu geschehen hat, birgt Chancen, hat aber auch seinen Preis. Das Rollenspiel hat sich grundlegend geändert. Die Patientenautonomie und die Erfassung der Lebensqualität treten als wichtige Entscheidungskriterien auf den Plan. Zu diesen Kapiteln bringt der Autor umfassende Überlegungen und zahlreiche Beispiele aus der Praxis und schließt sie mit einem guten Überblick über die dargelegte Problematik.

Dass der Autor als Mediziner mit ethischen Fragen konfrontiert werden muss, selbst aber kein Ethiker ist, zeigt vielleicht am deutlichsten das Kapitel, in dem „Ethik und Moral“ dem unkundigen Leser vorgestellt werden soll. Letztlich sollen alle ärztlichen Entscheidungen auf den Erhalt der Menschwürde ausgerichtet sein, die entsprechen-

den ärztlichen Entscheidungen sollen, so der Autor etwas vage, durch definierte Handlungsprinzipien normiert werden. Die amerikanische Prinzipienethik nimmt in seiner Darstellung einen breiten Raum ein, während die Tugendethik keine Erwähnung findet. Um dem ethischen Pluralismus gerecht zu werden, werden mehrere Strömungen der modernen Ethik kurz erwähnt, ohne dass dies einen befriedigenden Einblick in die verschiedenen Auffassungen bringt, die zuweilen mit einem kurzen Satz abgetan werden. Das ist schade, denn in diesem Kapitel wäre weniger mehr gewesen.

Die letzten drei Abschnitte des Buches bringen Überlegungen zu immer wichtiger werdenden Themen im Gesundheitsbereich der westlichen Welt: Zunächst wird die rechtliche Problematik im Zusammenhang mit Patientenverfügungen und Sachwalterschaft dargelegt. Gerade in diesem Kapitel spürt man die Vertrautheit des Autors mit dem Thema. Das anschließende Kapitel „Ethische Aspekte des Gesundheitswesens“ behandelt die umfassende und eher allgemeine Frage der Verteilungsgerechtigkeit, die letztlich auf der politischen Ebene entschieden wird. Im letzten Beitrag des Buches geht es dann um „Ethische Aspekte der Sterbehilfe“. Hier greift der Autor wieder auf seine umfassende Praxis und die persönliche Auseinandersetzung mit dem Tod zurück. Leider bleibt der Hinweis, dass in Österreich die aktive Sterbehilfe rechtlich verboten ist, ohne echte Begründung stehen. Obwohl der Autor die aktive Sterbehilfe nicht befürwortet, vor einem damit zusammenhängenden möglichen Vertrauensverlust zum Arzt warnt und den zunehmenden „Sterbehilfe-Tourismus“ mit einer Utilitarismusideologie in Verbindung bringt, bleibt er ethische Begründungen schuldig.

Das Buch umfasst nicht alle Grundfragen der medizinischen Ethik. So ist beispielsweise der Lebensschutz nicht ausgeführt. Die praxisnahen Kapitel jedoch sind für Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, sicher eine Bereicherung und empfehlenswert.

N. Auner

1. Allgemeine Erläuterungen

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

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

2. Gestalten der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

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

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

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

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

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

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

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

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

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

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, Nr. 3: Burnout

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: Prä-

vention 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 17 · Heft 2/2010

Schwerpunkt: E-Kommunikation und Medizin

Editorial	3	
Current Issues	6	Johannes Bonelli Acceptance of Homeopathy Rises but the Scientific Evidence is Missing
Focus	9	Wolfgang Kristoferitsch Aging in Dignity – The Perspective of Older People
	17	Ingrid Fischer, Brigitte Leicht The Role of Nursing in Respecting the Dignity of the Aged
	25	Clemens Sedmak Autonomies of Aging
	37	Johannes Bonelli Multimorbidity in Elderly People
	43	Johannes Rudda Aging: Between Dignity and Economy
	51	Gabriela Eisenring Assisted Suicide: Trends in Switzerland
Discussion	59	Enrique H. Prat The Abortion Debate: A New Focus
	65	Thomas J. Piskernigg Reflections on the Allowance of Pre-Implantation Diagnosis
News	74	
Journal Review	77	
Book Reviews	79	