

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 17 · Heft 2 · 2010

ISSN 1021-9803

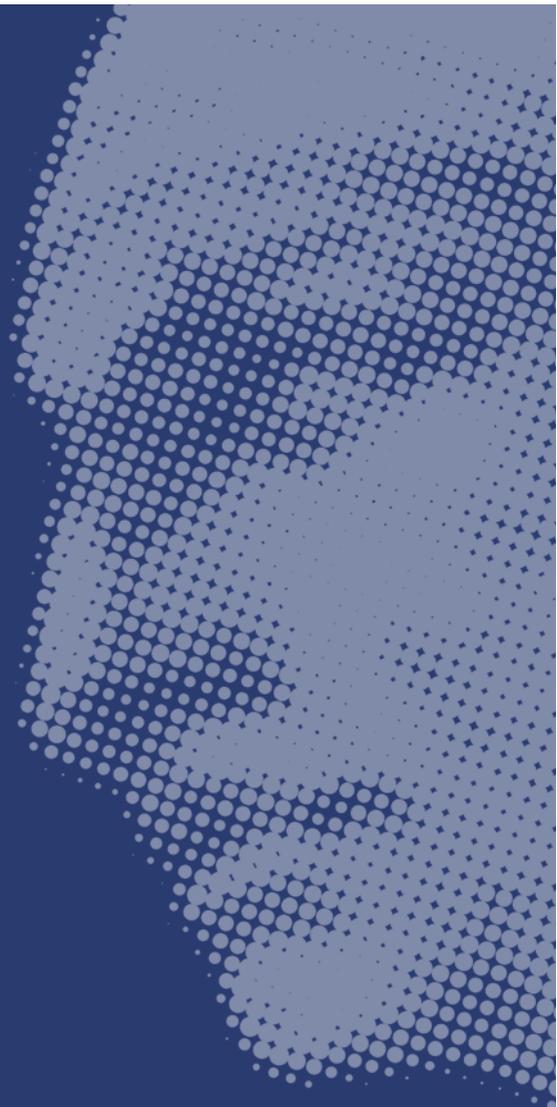
Preis: € 10

Imago Hominis

**E-Kommunikation
und Medizin**

**E-Communication and
Medicine**

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	91	
Aus aktuellem Anlass	94	Jan Stejskal Aids: Zwischen Mythos, Wahrheit und Fakten
	99	Susanne Kummer Leihzell-Mütter und Gebärmütter: Wo bleibt das Kindeswohl?
	101	Johannes Bonelli Wenn etwas schief geht
Schwerpunkt	105	Stephan Sahn Lost in information? Patienten, Ärzte und das Internet
	113	Rafael Capurro Wandel der Medizin in digitalen Informationsgesellschaften
	121	Eckhard Beubler Polypragmasie: Bringt E-Health die Lösung?
	127	Klaus Schindelwig E-Health aus Sicht der Krankenanstalt
Diskussionsbeitrag	133	Lukas Stärker Elektronische Gesundheitsakte – ELGA: Solides Fundament notwendig!
	136	Christian Spaemann Wie autonom ist der Mensch am Ende des Lebens?
Rechtskommentar	143	Thomas Piskernigg Verbot von Samen- und Eizellenspende: eine Menschenrechtsverletzung?
Nachrichten	150	
Zeitschriftenspiegel	154	
Buchbesprechungen	157	
Ankündigung	165	Symposium „Fehlerkultur in der Medizin“

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:

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

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

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

IMABE gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl. Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Redaktionsschluss: 15. Juni 2010

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Edwards Edwards Lifesciences Austria GmbH



Hauptverband der Österreichischen
Sozialversicherungsträger



ÖSTERREICHISCHE
ÄRZTEKAMMER

Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Digitale Medien haben die wohl größte Kommunikationsrevolution der Menschheitsgeschichte in Gang gesetzt. Der Computer ist aus Büros, privaten Haushalten und Universitäten, kurz: aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken. Dem kulturellen Wandel des Informationszeitalters, seiner Datenflut und ständigen Aufforderung zu Aktion und Re-Aktion kann man sich als Bürger des 21. Jahrhunderts kaum mehr entziehen. Er verändert unser Denken, die Art des Arbeitens und das Verhältnis zum Mitmenschen. Auch die Medizin steht durch den Einsatz und die Nutzung digitaler Informationstechnologien mitten im Umbruch. Betroffen sind längst nicht mehr nur Wissenschaft und Forschung, sondern auch der medizinische Alltag im Krankenhaus und in der Ordination.

Am Einsatz der elektronischen Kommunikationsmittel führt kein Weg vorbei. Dazu ist der praktische und potentielle Nutzen in der medizinischen Versorgung zu groß. Allerdings wird es nicht genügen, die neuen Möglichkeiten, Information zu sammeln und zu speichern, per se als Verbesserungsmotor von Qualität anzupreisen. Denn der flächendeckende Einsatz dieser Technik eröffnet zugleich viele Fragen, die alles andere als gelöst scheinen.

Welchen Einfluss haben die Informationsmedien auf die individuelle und kollektive Kultur des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit? Wie verändert sich die Arzt-Patienten-Beziehung durch das Aufkommen des „Internet-Doktors“? Steigen durch höheren Datenfluss und Abspeicherung die Qualität der Information und damit der therapeutische Nutzen für den einzelnen Patienten? Wie steht es mit dem Datenschutz?

Die traditionelle Arzt-Patienten-Beziehung als eine persönliche, auf gegenseitigem Vertrauen beruhende Beziehung ist durch Konsumkultur (Wunschmedizin) und Rationalisierung bereits angeknackst. Die elektronische Kommunikation bedeutet eine neue Herausforderung. Dr. Computer hat längst Einzug gehalten. Nicht nur als „Google-Doktor“, den Patienten zu Rate ziehen, um dann beim ersten Arztbesuch bereits mit einer frisch ausgedruckten Diagnose in der Hand zu erscheinen. Dr. Computer ist auch als Bildschirm präsent, hinter dem der behandelnde

Arzt verschwindet, um nicht den Überblick über die Datenfülle am Bildschirm zu verlieren, diese upzudaten, seinem Patienten aber nicht mehr ins Gesicht schaut, geschweige denn ihn anrührt. Damit werden in der Medizin 2.0 notwendige emotionale Komponenten der Beziehung vernachlässigt. Die Gefahr, dass die Krankenakte wichtiger wird als der Kranke, ist schon jetzt Realität: „Wir müssen es schaffen, dass die Technologie für uns arbeitet, statt dass wir für sie arbeiten“, schrieb das New England Journal of Medicine bereits 2008 mit Blick auf den wachsenden Computergebrauch in der Medizin.

Gefahren sind nicht an sich unüberwindbare Hindernisse. Die Frage, was Kommunikation ist und welchen Wert „Information“ hat, wird sich auch in der Medizin neu stellen. Ärzten und auch Patienten wird dieser Wandel ein neues Ethos abverlangen, um die ethischen Fragen, die durch das Informationszeitalter aufgeworfen werden, zu lösen.

Diesem Thema widmen sich in diesem Heft renommierte Autoren, darunter der Mediziner und Ethiker Stephan Sahn (Ketteler-Krankenhaus Offenbach/D). Er untersucht das durch den „Internet-Doktor“ veränderte Arzt-Patienten-Verhältnis. Vertrauen sei die Voraussetzung jeder gelingenden Beziehung von Patient und Arzt. Die Verpflichtung und die Fähigkeit, eine Diagnose stellen zu können/zu müssen, gründe in der Erfahrung des anderen und seines Leidens – eine Aufgabe, die kaum per Mausclick erfüllt werden könne. Im Blick auf die (vorschnelle) Verbreitung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse fordert Sahn ein „Prinzip der Verlangsamung“. Neues dürfe erst nach eingehender wissenschaftlicher Diskussion und Prüfung empfohlen werden.

Der Philosoph und Informationsethiker Rafael Capurro (dzt. University of Wisconsin-Milwaukee) analysiert den Wandel zur Medizin 2.0 u. a. anhand der Begriffe Informationsüberflutung, Interaktivität, Selbstdarstellung. Er analysiert das neue Verständnis des menschlichen Leibes aus digitaler Perspektive als ein Paket digital einsehbarer, durch digitale Methoden, Instrumente und/oder Netze manipulier- und steuerbarer Daten.

Die Einnahme mehrerer Arzneimittel führt oftmals zu unerwünschten und sogar gefährlichen Nebenwirkungen. Kann die elektronische Überwachung von Arzneiverordnungen das Problem der Wechselwirkung von Medikamenten verhindern? Einerseits ja, sagt der klinische Pharmakologe Eckhard Beubler (Medizinische Universität Graz), wenn es um das Verhindern von Doppelverschreibungen geht, ein Problem, das durch die Schwemme von Generika neue Dimensionen angenommen hat.

Zurückhaltend ist Beubler andererseits angesichts der Wechselwirkungen bei älteren Medikamenten. Deren Informationsinhalte würden in den elektronischen Karteien kaum regelmäßig ergänzt, hier blieben Lücken im System.

Die Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) wird in Österreich sehr kontroversiell diskutiert. Lukas Stärker (Österreichische Ärztekammer) zeigt auf, warum trotz kostenintensiver Analysen und Studien ELGA noch immer auf keinem soliden Fundament steht und legt dar, welche Fragen noch offen sind.

Wenn das Thema Datenschutz im Rahmen von E-Health Projekten nicht erfolgreich gelöst wird, würde das Projekt seine Akzeptanz verlieren und hätte nur geringe Chancen auf eine erfolgreiche Umsetzung – zu Recht, wie der Datenschutzexperte Klaus Schindelwig (TILAK, Innsbruck) betont. Er fordert unter anderem ein Recht des Patienten auf „elektronisches Vergessen“, also das Löschen nicht mehr relevanter medizinischer Daten.

S. Kummer

Jan Stejskal

Aids: Zwischen Mythos, Wahrheit und Fakten

AIDS: Between Myth, Truth and Facts

Das Ziel in weiter Ferne...

Als Ziel für das Jahr 2010 hatte die UNO den universellen Zugang zur HIV-Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung deklariert. Wie aus dem jüngsten Bericht der UNAIDS hervorgeht,¹ hat man dieses Ziel klar verfehlt. Obwohl partielle Erfolge im Kampf gegen Aids zu verzeichnen sind, liegt eine effektive Bekämpfung der Epidemie bisher noch in weiter Ferne. Einerseits ist zwar die Zahl der HIV-Neuinfizierten in manchen Regionen zurückgegangen (um bis zu 25 Prozent): Dank des um das Zehnfache in den letzten fünf Jahren (derzeit 4,7 Millionen Personen²) gestiegenen Zugangs zur HIV-Therapie konnte eine Senkung der Mortalitätsrate erreicht werden. Andererseits wurden in manchen Ländern Osteuropas und Asiens alarmierende Daten erhoben: Generell fallen auf zwei behandelte Patienten nach wie vor fünf Neuinfizierte, täglich infizieren sich 7.400 Personen (!) mit HIV, also rund 2,7 Millionen Menschen pro Jahr.

... die Präventionsstrategien überdenken

So betrachtet sind die neuesten Daten für die UNO hauptsächlich ein Denkanstoß, ob die bisherige Bekämpfungsstrategie der HIV-Epidemie zielführend war. UNAIDS-Chef Michel Sidibé räumt selbst ein, dass die bisherigen Erfolge nur teilweise auf Präventionsmaßnahmen zurückgehen.³ Inwieweit die aufwendigen Präventionsprogramme im Einzelnen effektiv waren, kann zurzeit offenbar niemand beantworten. Sidibé weist ferner darauf hin, dass das Bild der Epidemie verallgemeinert würde – die Situation in Afrika lasse sich nicht auf andere Kontinente übertragen.

Dies ist immerhin ein erster Versuch der offiziellen Stellen, eine Kurskorrektur anzudeuten, denn: Afrika als Spezial- anstatt Normalfall anzu-

sehen war bis vor kurzem noch ein Tabu. Mit den neuesten statistischen Daten werden auch die 25.000 erwarteten Teilnehmer des XVIII. Aids-Kongresses konfrontiert, der von 18. bis 23. Juli 2010 in Wien stattfindet. Unter dem Motto „Rights Here, Rights Now“ soll laut Vorankündigungen der Fokus auf die Verbindung zwischen HIV und Menschenrechten gelenkt werden. Laut der Präsidentin der österreichischen Aids-Gesellschaft, Brigitte Schmied, soll dabei die Stigmatisierung und Diskriminierung in der Gesellschaft als Grund der Unterminierung der öffentlichen Gesundheit aufgezeichnet werden.⁴ Das Hauptaugenmerk soll unter anderem auf „benachteiligte“ Patientenkollektive wie Drogensüchtige oder Prostituierte gerichtet werden. Damit wird die etablierte Rhetorik fortgesetzt, wonach man statt von Homo- bzw. Heterosexuellen-Promiskuität lieber von Armut und Diskriminierung als Ursache der Aids-Epidemie spricht. Doch ist dieser Fokus berechtigt?

Viel Geld, wenig Erfolg

Im Laufe der letzten zwei Dezennien wurden im Zusammenhang um HIV/AIDS zahlreiche Hypothesen aufgestellt und zusammen mit den erhobenen Daten eine Art Aids-Mythologie aufgebaut, obwohl von Seiten der Wissenschaft auf die lückenhafte oder widersprüchliche Datenlage hingewiesen wurde. Die vorherrschende Politik der Vereinten Nationen ließ sich davon kaum beeindrucken. Die UNO beanstandete fehlende globale und lokale politische Unterstützung bei der Umsetzung der Projekte, mangelnde Finanzierung sowie gescheiterte Kampagnen für den freien Zugang zu „entsprechenden“ Maßnahmen. Etwaige Misserfolge wurden bisher darauf zurückgeschoben. Wie der Präsident der internationalen Aids-Gesellschaft Julio Montaner be-

teuert: „Wir haben heute die Mittel, um Aids zu stoppen. Aber der politische Wille fehlt. Es wurde bisher nicht genug Geld gegeben.“⁵ Sollten die offiziellen Stellen aber nicht zunächst eine gründliche Reflexion ihrer Vorgangsweisen durchführen, bevor weitere HIV-Kampagnen öffentliche Mittel verschlingen? Liegt die Ursache für die verfehlten Ziele tatsächlich allein bei der ungenügenden politischen Unterstützung und bei Finanzierungsproblemen?

Anhand der vorhandenen Fakten lässt sich das Argument der unzureichenden Finanzierung jedenfalls nicht nachvollziehen. In den vergangenen zwei Jahrzehnten haben sich die finanziellen Ströme für das Gesundheitswesen in Entwicklungsländer vervierfacht. Sie stiegen von 5,6 Milliarden US-Dollar im Jahr 1990 auf 21,8 Milliarden im Jahr 2007. Das Institute for Health Metrics and Evaluation/University of Washington analysiert die Geldflüsse kritisch. Sie zeigten in ihrem in Lancet publizierten Bericht, dass im Jahr 2007 die Bekämpfung von HIV/AIDS satte 23 Prozent der 14,5 Milliarden Dollar Finanzhilfen erhielt (5,1 Milliarden Dollar). Zum Vergleich: Für die Bekämpfung von Malaria (243 Millionen Erkrankte, mindestens 863.000 Todesfälle jährlich)⁶ standen nur 0,8 Milliarden zur Verfügung, von Tuberkulose 0,7 Milliarden und für die Ausbildung und Infrastruktur im Gesundheitssektor nur 0,9 Milliarden Dollar.⁷ Nur fünf Prozent der Mittel kamen der direkten Finanzierung von Kliniken, Ausbildung von Ärzten sowie Vorbeugungsprogrammen zugute, womit berechtigte Zweifel bezüglich der Transparenz aufkommen. Eine Forderung nach mehr finanziellen Mittel ist unter gegebenen Umständen deshalb nicht nur unglaubwürdig, sondern auch bedenklich, da durch einseitig ausgerichtete HIV-Programme insbesondere der Kampf gegen andere Infektionskrankheiten sowie Entwicklungshilfe im Bereich der Gesundheitsversorgung – entgegen dem Entschluss der G8-Staaten – finanziell spürbar vernachlässigt werden.

Auch das immer wieder vorgebrachte Argument, dass Armut die HIV-Ausbreitung fördere, lässt sich statistisch nicht eindeutig belegen. Gera-

de in Afrika weisen Länder wie Botswana, Südafrika oder Swaziland, die nicht zu den ärmsten des Kontinents gehören, die höchsten HIV-Raten auf. In Kenia oder Tansania ist die HIV-Durchseuchung unter dem wohlhabendsten Fünftel der Bevölkerung zwei bis drei Mal höher als unter dem ärmsten Fünftel.⁸ Obwohl Armut den Zugriff zur Aids-Therapie einschränkt oder in manchen Gegenden Frauen in die Prostitution treibt, scheint der Faktor Armut bei der Epidemieausbreitung sichtlich überbewertet.

Kirchen fördern ein ganzheitliches Präventionskonzept

Neben den finanziellen Aspekten wurde von der UNO mangelnde Kooperation in der Bekämpfung und Prävention von Aids seitens der Religionsgemeinschaften bemängelt. Ein von der UNO initiiertes Aids-Gipfel der Weltreligionen wurde heuer im niederländischen Den Dolder mit Vertretern der Weltreligionen abgehalten,⁹ am 17. Juli 2010 werden die Religionsvertreter eine eintägige Vorkonferenz zum Aids-Kongress abhalten, in der sie ihre Standpunkte klar machen. UNAIDS-Chef Sidibé meinte in Den Dolder, auch er sei zwar für Treue und Enthaltsamkeit vor der Ehe als Vorbeugemaßnahme, dennoch: Am Kondom führe kein Weg vorbei,¹⁰ weshalb die Religionsführer die UNO bei ihrer Tätigkeit unterstützen sollten, die Verteilung bzw. Anwendung von Kondomen zu erlauben.

Doch die Vertreter der Kirchen und Religionsgemeinschaften sehen die Frage komplexer, als dass sie mit einem bloßen Gummi gelöst werden könnte. Am 14. Juni 2010 stellten internationale kirchliche Vertreter aus Anlass der Vorbereitungen des Kongresse im Rahmen einer Pressekonferenz in Wien klar:¹¹ HIV/AIDS kann nur durch einen verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität wirkungsvoll bekämpft werden. 80 Prozent aller Neuinfektion mit dem HI-Virus würden durch sexuelle Kontakte passieren, so der Aids-Referent der Caritas Internationalis, Monsignore Robert Vitillo. Deshalb müsse die Präventionsarbeit auch in diesem Bereich ansetzen – ganzheitlich und mit ei-

nem besonderen Fokus auf die Stärkung der Würde der Frau. So habe Südafrika die weltweit höchste Vergewaltigungsrate, ein Großteil der sexuellen Begegnungen geschehe überhaupt ohne Zustimmung der Frauen. Wo Sex als Ware oder Mittel der Macht ausgeübt werde, habe es keinen Sinn, über Kondome als Heilmittel zu reden, so der Tenor.

Dass die Kirche keine Berührungsgänge mit Aids-Kranken hat, zeigen die Zahlen: Weltweit gibt es derzeit rund 33,4 Millionen mit dem HI-Virus infizierte Menschen, davon allein 22,4 in Afrika südlich der Sahara. Rund ein Viertel der Hilfe für HIV/AIDS-Kranke und deren Angehörige werden von katholischen Einrichtungen und Initiativen getragen. In manchen armen Ländern, besonders in Regionen des südlichen Afrika, beträgt der Anteil der Kirche an der Aids-Hilfe bis zu 50 Prozent. Diese Hilfe umfasst medizinische Versorgung, Krankenpflege, Beratung, HIV-Tests, Sorge um Aids-Waisen, psychologische und spirituelle Betreuung sowie Prävention.¹² Ist diese Art der Hilfe – und nicht jene allein Kondom-zentrierte Prävention – das Modell der Zukunft?

Faktor Treue: HIV und feste Partnerschaft

In Afrika leben etliche HIV-Infizierte in einer Ehe oder eheähnlichen Gemeinschaft. Die Wurzel der Verbreitung der Infektion ist aber statistisch eindeutig in außerehelichen Beziehungen zu suchen. Prostitution spielt dabei eine Rolle, allerdings eine untergeordnete entgegen dem von offizieller Seite gezeichneten Bild. So bestätigen in Lesotho nur 2% der Männer sexuellen Kontakt mit Prostituierten, dafür gaben 29% Kontakt mit mehreren Partnern an.¹³ Solange die bei einem Viertel der afrikanischen Bevölkerung vorherrschende Promiskuität nicht durch Bewusstseins- und verhaltensändernde Konzepte angegangen wird, ist eine auf käuflichen Sex konzentrierte Aufklärungskampagne nur sehr begrenzt wirksam. Sie erreicht schlicht das Gros der Betroffenen nicht.

Bezüglich der Ansteckungsgefahr innerhalb der Ehe bzw. fester Partnerschaften brachten neu-

ere Daten überraschende Ergebnisse. In einer europäischen Beobachtungsstudie wurden 393 serodifferente, in einer festen Beziehung lebende Paare angeführt, wo unter Behandlung in 14 Jahren keine einzige HIV-Neuinfektion, in einer anderen Gruppe ohne Behandlung etwa 8,6% Neuinfektion verzeichnet wurden.¹⁴ In der Schweiz stellt die Kommission für Aids-Fragen deshalb fest: „HIV-infizierte ohne sexuell übertragbare Krankheiten sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie nicht infektiös.“¹⁵ Unter klar definierten Bedingungen ist damit innerhalb einer treuen, festen Beziehung ein Kondom zum Schutz des Partners überflüssig. Studien wie diese zeigen, dass in festen Partnerschaften das Risiko der HIV-Übertragung wesentlich geringer ist als bisher angenommen – wobei der Faktor „Treue“ ausschlaggebend ist. Sie bekräftigen auch die Einschätzung mancher Epidemiologen, wonach das Risiko, sich beim Geschlechtsverkehr mit einer HIV-positiven Frau anzustecken, unter 1:1000 liegt. Bei entsprechender Promiskuität steigt dieses Risiko jedoch massiv an. Das lässt den Umkehrschluss zu, der sich auch schon in der Praxis als folgerichtig erwiesen hat. In Uganda etwa wirkte sich eine Änderung des Sexualverhaltens entscheidend auf die Eindämmung der HIV-Epidemie aus. Statt „Condom sense“ lautet die Devise „Common Sense“, die einen wertorientierten, ganzheitlichen Ansatz verfolgt: Dank einer gezielten Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Sexualität, der Reduktion der Zahl der „unverbindlichen Sexkontakte“ sowie der Stärkung von Ehe und Familie und der Betonung des Wertes der Treue wurde ein Rückgang der HIV-Neuinfektionen um 70% erreicht.¹⁶

Vorbeugen statt Eindämmen

Obwohl eine Risikoreduzierung durch Präservativanwendung nicht geeignet werden kann, kann durch bloße Kondom-Verteilung keine effektive HIV-Infektionsvorbeugung erzielt werden. Zur allgemeinen Verwirrung tragen nicht zuletzt auch die offiziellen Stellen bei, indem sie die Be-

griffe Vorbeugung und Eindämmung seit Jahren erfolgreich vertauschen. Die wahre Vorbeugung im Zusammenhang mit HIV muss die Wurzeln der Problematik, die in der Änderung des Sexualverhaltens liegen, bekämpfen, darüber hinaus muss sie selbstverständlich auch Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Armut, die Missachtung der Würde der Frau und politische Gegebenheiten beachten.

Als wichtige Säule der Präventionsprogramme dienen bis heute zahlreiche Aufklärungskampagnen, die vor allem Wissen über die Verhütung vor Sexually Transmitted Diseases vermitteln und sich vermehrt auf Jugendliche konzentrieren. Die allgemeinen Epidemien überspannen allerdings jedes reproduktive Alter¹⁷ und beschränken sich bekanntlich nicht auf die Jugend.

Abgesehen von den Ländern der Dritten Welt scheint die Rolle der bisherigen sexuellen Aufklärung im Dienste der Epidemiebekämpfung in den Industrienationen mehr als fragwürdig. In Großbritannien wurde um das Jahr 2000 ein massiver Zuwachs von Gonorrhoe/Syphilis-Fälle bis über 200% beobachtet, ähnliche Daten wurde auch aus den USA erhoben. Wie aus einem Bericht des Nationalen Gesundheitsinstituts der Vereinigten Staaten hervorgeht, können zwar Kondome eine Reduktion bei der Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten bewirken, es fehlen jedoch schlüssige Beweise, dass sie eine Infektion auch wirksam verhindern können.¹⁸ Eine Aufklärung sollte primär einen verantwortungsvolleren Umgang mit der Sexualität fördern. Durch die Proklamation von „Safer Sex“ ist eine Entwicklung zu gesteigerter Promiskuität, Senkung der sexuellen Hemmschwelle und Zunahme riskanter sexueller Beziehungen zu beobachten.¹⁹

Auswege aus der Sackgasse

Die jüngsten Zahlen aus Europa bzgl. HIV sind nicht erfreulich: Die jährliche Neuinfektionsrate hat sich seit dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt und stieg von 44 auf 89 Fälle pro Million Einwohner. Dies auf einen Aufklärungsmangel zurückzuführen, ist angesichts der Überschwemmung mit Materialien

absurd. Vielmehr scheint es an der Zeit, die Inhalte, die darin vermittelt werden, zu hinterfragen.

Mehr Geld für die bisherigen Aufklärungsprogramme sowie die Fortführung der jetzigen Pandemiepolitik wird die HIV-Infektion nicht zum Stillstand bringen. Das Ziel für das Jahr 2015, das sich der UNAIDS-Chef gesetzt hat – „*Es soll kein Baby weltweit geben, das mit dem Virus geboren wird.*“²⁰ – ist utopisch. Angesichts der Tatsache, dass es in Ländern der Dritten Welt schon am Zugang zu einer allgemeinen medizinischen Betreuung fehlt, sind die nötigen Voraussetzungen für einen Zugang zur HIV-spezifischen Therapie in weiter Ferne. Die antiretrovirale Behandlung kann angesichts dieser Schwierigkeiten keine flächendeckende Lösung gewährleisten, falls nicht gleichzeitig wichtige Schritte zur Änderung des Sexualverhaltens gesetzt werden.

Es braucht daher eine konsequente Epidemiepolitik, die sich im Gegensatz zur Eindämmungsstrategie ernst mit der Prävention auseinandersetzt und nicht auf einem ideologisch aufgebauten, egalitären Aids-Begriff basiert. Hier sind primär alle Kongressteilnehmer gefragt, ob unter diesen Voraussetzungen die jetzige Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie noch zu verantworten ist oder ein Umdenken angesagt wäre, um die tatsächlichen kulturellen, sozialen, wirtschaftlichen und politischen Wurzeln der Epidemie zu erfassen. Es hat keinen Sinn, die Augen vor der Realität zu verschließen. Den Kongressteilnehmern ist zu wünschen, dass sie genügend Mut und Redlichkeit aufbringen, sich mit den zahlreichen Aids-Mythen auseinanderzusetzen und diese endgültig hinter sich zu lassen. Nur so besteht die Hoffnung auf einen Ausweg aus der Sackgasse, in den die zum Teil verfehlte Aids-Bekämpfungsstrategie geführt hat. Politische Korrektheit und ideologische Konformität ist passé. Es ist höchste Zeit, die Probleme richtig zu benennen und Lösungen im Dienste der Betroffenen zu finden.

Referenzen

- 1 UNAIDS, World Health Organization, *AIDS epidemic update 2009*, UNAIDS, Genf (2009)

- 2 *Unser Ziel ist eine HIV-freie neue Generation*, Die Presse, 13. Mai 2010
- 3 *Welt-AIDS-Bericht: Todesrate sink weiter*, Die Presse, 24. November 2009
- 4 AIDS 2010, Presseausendung „XVIII international AIDS Conference“, 3. Mai 2010
- 5 Pressekonferenz zur XVIII. internationalen Aids-Konferenz, Wien, 10. März 2010
- 6 World Health Organization, *World Malaria Report 2008*, WHO, Genf (2008)
- 7 Ravishankar N., Gubbins P. et al., *Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007*, *Lancet* (2009); 373: 2113-2124
- 8 *AIDS systematisch aufgebauscht*, Die Weltwoche, 1. August 2007
- 9 *Weltregionen: Zaghaftes „Ja“ zu Kondomen*, Wiener Zeitung, 25. März 2010
- 10 *UNO: Religionsführer sollen Kondome erlauben*, Die Presse, 23. März 2010
- 11 *Gegen AIDS hilft nur verantwortungsvoller Umgang mit Sexualität*, Kathpress, 14. Juni 2010
- 12 *Kirche federführend bei AIDS-Hilfe*, Kathpress, 14. Juni 2010
- 13 Shelton J. D., *Ten myths and one truth about generalised HIV epidemics*, *Lancet* (2007); 370: 1809-1811
vgl. <http://www.thelancet.de/artikel/913531>
- 14 Vernazza P. et al., *HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös*, *Schweizerische Ärztezeitung* (2008); 89(5): 165-169
- 15 Vernazza P. et al., siehe Ref. 14
- 16 Stejskal J., *HIV: 25 Jahre danach – Eine Bestandsaufnahme*, *Imago Hominis* (2008); 15: 96-98
- 17 vgl. Shelton J. D., siehe Ref. 13
- 18 *Position der Kirche zu Kondomen unter Beschuss*, *Zenit*, 16. März 2002
- 19 Richens J., Inrie J., Copas A., *Condoms and seat belts: the parallels and the lessons*, *Lancet* (2000); 355: 400-433
- 20 UNAIDS-Chef: *„Unser Ziel ist eine HIV-freie neue Generation“*, Die Presse, 13. Mai 2010

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

Susanne Kummer

Leihzell-Mütter und Gebärmütter: Wo bleibt das Kindeswohl?

Surrogate Motherhood: What About the Best Interests of the Baby?

Eine Britische Kinderwunschlinik verlost Eizellen an Seminarteilnehmerinnen. Ein Anstrich von Ethik soll offenbar gewahrt bleiben: Gewerblich dürfen menschliche Eizellen in Großbritannien nämlich nicht verkauft werden, aber um das Geschäft anzukurbeln, „verlost“ die Klinik nun eine menschliche Eizelle nach Wunsch. Unter allen Teilnehmerinnen an einem Seminar über Eizell-Spenderinnen und künstliche Befruchtungen in den USA werde eine Gewinnerin ermittelt, heißt es auf der Website der Londoner Kinderwunsch-Klinik Bridge Centre. Die glückliche Gewinnerin bekomme kostenfrei in den USA eine Eizelle eingesetzt, wobei sie selbst über Hautfarbe, soziales Milieu und Intelligenz der Spenderin entscheiden könne. Die Partnerklinik GIVF in Fairfax im US-Bundesstaat Virginia verspricht unter anderem, dass unter ihren Spendern keine Raucherinnen und keine Dicken seien, berichtet das Deutsche Ärzteblatt.¹ Der Gewinn sei umgerechnet gut € 14.000 wert, sagt ein Kliniksprecher. In den USA dürfen Frauen Eizellen verkaufen, was bei „guter Herkunft“ um die \$ 10.000 (€ 7.300) einbringen kann.

Welche Fragen werden diese per Gewinnspiel verlost oder teuer verkauften Eizell-Kinder wohl in 15 Jahren ihren Gebärmüttern stellen? Und auch ihren Vätern, falls diese aus der Anonymität auftauchen? Bei aller Achtung vor dem Kinderwunsch eines Paares und dem Mitleid, wenn sich dieser nicht auf natürlichem Weg erfüllen lässt: Ein Kind um jeden Preis – ist das rechtens?

Bezeichnenderweise gibt es kaum Studien über die psychischen Folgen bei Kindern, die erfahren, dass sie ein genetisches Patchwork-Kind sind. Umso brisanter sind die Ergebnisse einer aktuellen Studie: 92 Prozent aller Kinder, die mit einem Sa-

men eines Dritten gezeugt wurden, wollen wissen, wer ihre genetischen Verwandten sind und fahnden nach ihren genetischem Vater und den potentiellen Halbgeschwistern. Als Begründung gab ein Großteil der Kinder an, dass ihnen etwas von ihrer persönlichen und genetischen Identität fehle.²

Diese Fakten stimmen nachdenklich angesichts des jüngsten Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR), der Österreich zu einer Liberalisierung von Ei- und Samenzellspenden von Dritten für künstliche Befruchtungen zwingen will: Wer denkt eigentlich noch an das Wohl des Kindes?

Nach dem österreichischen Fortpflanzungsmedizinengesetz darf ein Paar – ausgenommen ist die heterologen Insemination – keine fremden Ei- bzw. Samenzellen für eine künstliche Befruchtung verwenden. Genau diese Regelung will der EGMR nun kippen. Österreich steht unter Druck: Das Gesetz verstoße gegen die Europäische Menschenrechtskonvention – konkret gegen das Diskriminierungsverbot (Artikel 14) und das Recht auf Achtung des Familienlebens (Artikel 8), so die Straßburger Richter. Anlass für das Anfang April 2010 gefällte Urteil waren zwei österreichische Paare, die bereits vor zwölf Jahren ihren Kinderwunsch mittels IVF erfüllen wollten. In beiden Fällen konnten die Frauen keine Eizellen produzieren, einer der Ehemänner war unfruchtbar. Die österreichischen Behörden lehnten es ab, die biologische Elternschaft im Zuge der IVF auf drei bzw. vier Personen zu splitten – mit guten Gründen: Zum einen sollten damit „ungewöhnliche Familienverhältnisse“ durch die Existenz zweier Mütter (einer genetischen und der austragenden) verhindert werden, argumentierten die Verfassungsschützer. Zum anderen verwiesen sie auf das Risiko, dass Frauen aus „sozial benach-

teiligten Schichten“ unter Druck gesetzt werden könnten, Eizellen zu spenden. Der Straßburger Gerichtshof ließ diese Argumente nicht gelten. Begründung: Schließlich würden auch Adoptionen zu „ungewöhnlichen Familienverhältnissen“ führen. Und das Problem von medizinischen Risiken bestünde auch schon jetzt für alle Frauen, die sich einer IVF unterziehen, ein Handel mit Eizellen sei ohnehin verboten.

Die Kurzsichtigkeit des Gerichts ist erschreckend. Ausgangspunkt des Urteils ist ein fragwürdig postuliertes Recht auf ein Kind um jeden Preis. Die Rechte des Kindes werden dabei komplett außer Acht gelassen.

Der Vergleich mit der Adoption sitzt einem Trugschluss auf: Wenn Eltern fremde Kinder uneigennützig in einer Notsituation auffangen und sich großzügig bereit erklären, ihnen ein neues Zuhause zu schaffen, kann dies nicht verglichen werden mit der gezielten Absicht, ein Kind vom Beginn seiner Existenz an dazu zu verurteilen, ein „Adoptionsfall“ zu sein. Hat nicht jedes Kind prinzipiell ein Recht auf einen Vater und eine Mutter?

Geradezu naiv reagiert das Urteil auch auf die Tendenz des weltweit steigenden Eizellenhandels und der damit verbundenen Degradierung des Körpers der Frau zur Rohstofflieferantin. Nicht Unrecht hat der EGMR, wenn er meint, dass dies in gewisser Weise schon bei jedem IVF-Verfahren geschehe. Die Frage nach dem mit einer Eizellspende verbundenen Gesundheitsrisiko wird schon heute heruntergespielt. Fertilitätskliniken weigern sich vorsorglich, für eventuelle Kosten in Folge von gesundheitlichen Problemen aufzukommen und sichern lediglich Notfallhilfe zu, die von der Spenderin berappt werden muss.³

Angesichts der Macht des Machbaren (Rohstofflieferantin Frau für Embryonenforschung oder Fruchtbarkeit, Selektion von lebensunwertem Leben, Keimbahnmanipulation, Designer-Baby, international organisierter Eizellenhandel, Leihmutterchaft usw.) haben sich die ethischen Bedenken gegen künstliche Fortpflanzungsme-

thoden bewahrt. Ein Verzicht auf diese Techniken ist angesichts des Riesenmarktes, den die Produkte „Kind“ und „Gesundheit“ ankurbeln, vorerst kaum denkbar.

Die Erfüllung des verzweifelten Kinderwunsches eines unfruchtbaren Paares soll die Bereitschaft zur Eizellspende in potentiellen Spenderinnen erzeugen – vielleicht, weil sie die Betroffenen persönlich kennen, weil sie in hohem Grad altruistisch sind oder einfach ihr Studium finanzieren müssen.⁴ Es muss Aufgabe des Gesetzgebers sein, Betreffende in diesem Fall vor sich selbst zu schützen. Und das Kindeswohl mit allen Mitteln zu verteidigen.

Referenzen

- 1 Britische Klinik verlost menschliche Eizelle, Dt. Ärzteblatt am 15. März 2010, <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=40434>
- 2 Jadvá V. et al., *Experiences of offspring searching for and contacting their donor siblings and donor*, *Reprod BioMed Online* (2010); 20(4): 523-532
- 3 vgl. Werner-Felmayer G., *Menschliche Eizellen – Lebensspender, Hoffnungsträger und Handelsware*, *Imago Hominis* (2005); 12: 207-215
- 4 Werner-Felmayer G., siehe Ref. 3

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

Johannes Bonelli

Wenn etwas schief geht

Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall. Ein Konsens-Dokument der Harvard-Spitäler

When Things Go Wrong. Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals

Einleitung

Angesichts der sehr unterschiedlichen Art und Weise, in der sowohl Harvard-Kliniken als auch andere Krankenhäuser in den USA mit Patienten über Fehler und unerwünschte Ereignisse kommunizieren, traf sich im März 2004 eine Gruppe von Risiko-Managern und Klinik-Mitarbeitern aus mehreren Harvard-Universitätskliniken, um Probleme im Umfeld dieses Themas zu untersuchen und zu diskutieren. Daraus ist das im Titel zitierte Dokument entstanden, das von allen Harvard-Universitätskliniken unterstützt und verwendet wird.¹

In der Einleitung wird darauf hingewiesen, dass seit der Jahrhundertwende die Reform des Umgangs mit medizinischen Fehlern und medizinischem Fehlverhalten in den Vereinigten Staaten zunehmend im Brennpunkt der Gesundheitsdebatte steht. Patienten, Politiker, Entscheidungsträger und medizinische Berufsgruppen schlagen sich ständig mit einer bemerkenswerten Prävalenz von Behandlungsfehlern und ihren Konsequenzen herum, sei es, dass es sich um Beinahe-Zwischenfälle (Vorkommnisse, die unerwünschte Folgen hätten haben können, aber im konkreten Fall nicht hatten) oder um Fehler handelt, die dem Patienten tatsächlich Schaden zugefügt haben. Die Debatte reicht von gesetzlichen Beschränkungen, finanzieller Entschädigungen in Behandlungsfehlerprozessen bis zu ethischen und moralischen Imperativen im Zusammenhang mit klinischen Zwischenfällen, sei es im Krankenhaus oder im ambulanten Betrieb.

Angst vor der Haftung bei Behandlungsfehlern, Problemen bei der Kommunikation der schlechten Nachrichten und Konfusion hinsichtlich Verursa-

chung und Verantwortlichkeit haben über lange Zeit umfassende und mutige Initiativen behindert, welche den Umgang mit dem Patienten, ihrer Familie und des Klinikpersonals mit medizinischen Fehlern verändern sollten.

Das Konsens-Dokument untersucht den potentiellen Nutzen und die möglichen Risiken einer institutionellen Reaktion, die sich deutlich von jenen unterscheidet, die heute von den meisten Kliniken gewährt wird. Es zielt auf eine rasche und uneingeschränkte Offenlegung sowie auf die emotionale Unterstützung der Patienten und ihrer Familien ab, die von schweren Zwischenfällen betroffen sind.

Hinsichtlich der Reaktion auf Zwischenfälle bestimmen zwei Prinzipien die Empfehlungen dieses Dokuments: Die medizinische Betreuung muss erstens sicher und zweitens patientenorientiert sein. Krankenhäuser müssen nach Meinung der Autoren „lernende Organisationen“ werden, d. h. sie müssen kontinuierlich ihre Fähigkeiten erweitern, jene Ergebnisse zu erzielen, die sie wirklich wollen. Nach einem Zwischenfall ist es oberstes Gebot, den Patienten zu unterstützen und die ärztliche Beziehung aufrecht zu erhalten. Patienten und ihre Familien haben ein Recht darauf, Details der Zwischenfälle und ihre Folgewirkungen zu erfahren. Ein schwerer Zwischenfall sollte eine Flut von Reaktionen auslösen. Die erste Sorge muss sein, weiteren Schaden des Patienten zu minimieren und sein Leiden zu lindern. Als nächstes folgt die Beweissicherung: Die Institutionen müssen sofort alle involvierten Medikamente, Geräte und Aufzeichnungen sichern. Eine eingehende Analyse des Zwischenfalls soll als Ziel ein volles Verständnis

der Umstände des Ereignisses, eine Identifikation der beteiligten Faktoren sowie die Entwicklung von praktischen Empfehlungen für Systemänderungen zur Verhinderung eines erneuten Eintretens eines Zwischenfalls beinhalten. Am Anfang des Dokuments werden einige Definitionen gegeben mit dem Hinweis, dass zur Bezeichnung schlechter Behandlungsergebnisse oft verschiedene Begriffe verwendet werden, was häufig zu Verwechslungen führt. Es wird dabei vor allem zwischen Schädigung und Fehlern bzw. zwischen vermeidbaren und nicht vermeidbaren unerwünschten Ereignissen unterschieden und entsprechend definiert.

Das Dokument gliedert sich dann in drei große Kapitel, nämlich 1. Der Patient und seine Familie, 2. Medizinische Betreuung und 3. Management des Ereignisses. Allerdings zeigt sich dann in der Ausführung, dass sich die Aussagen in den einzelnen Kapiteln in weiten Teilen überschneiden, zahlreiche Wiederholungen sind die Folge.

Der Patient und seine Familie

Nach einem Zwischenfall ist eine umgehende, mitfühlende und ehrliche Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie essentiell. Gerade dieser Aspekt, die Reaktion auf einen Zwischenfall, wird am häufigsten schlecht bewältigt. Ein Versagen der Kommunikation verschlimmert jedoch die Schädigung für den Patienten und für die medizinischen Betreuer, und manche nehmen an, dass dies der Hauptgrund sei, wenn Patienten eine Behandlungsfehlerklage einreichen.

Die Behandlung dieser komplexen Materie erfolgt in dem Dokument in drei Abschnitten. Zunächst geht es um die initiale Kommunikation. Ziel ist es, das Vertrauensverhältnis zu erhalten, wenn dieses durch ein Ereignis belastet wird. Sowohl bei mittelschweren als auch bei schwerwiegenden Fehlern neigen nach Ansicht der Autoren die Patienten signifikant häufiger zu einer Klage, wenn der Arzt den Fehler nicht offenlegt. Es wird daher empfohlen, dass die medizinischen Betreuer den Patienten und eventuell auch seine Familie umgehend über

jedes unerwünschte Ereignis und jeden Fehler informieren, wenn der Patient davon betroffen war, wobei sich die Autoren offensichtlich nicht einig sind, ob auch Fehler, die keine Auswirkung auf den Patienten haben, mitgeteilt werden müssen. Empfohlen wird, dass bei der Offenlegung nur die Fakten des Zwischenfalls, d. h. was passiert ist, nicht aber wie und weshalb es nach Ansicht der Behandelnden zu den Folgen gekommen ist. Informationen sollen auch zeitgerecht, d. h. sobald sie verfügbar sind, weitergegeben werden. Auch sollen die Patienten über die weitere Vorgangsweise genau unterrichtet werden. Gleichgültig, ob der Zwischenfall auf eine spezifische Handlung zurückzuführen ist oder nicht, sollte der verantwortliche Arzt dem Patienten oder der Familie gegenüber die Verantwortung übernehmen. Auf jeden Fall sollte ein medizinischer Betreuer mit einem Vertrauensverhältnis zum Patienten das initiale Gespräch führen. Empfohlen wird auch, dass das primäre Pflegepersonal des Patienten in die Kommunikation einbezogen wird. Wichtig sei auch, dass die Kommunikation nicht nach dem Ereignis abgebrochen wird, sondern dass auch in der Zeit danach ein oder mehrere Gespräche erfolgen sollen. Bei schwerwiegenden Fällen sollten der medizinische und eventuell auch der Verwaltungsdirektor miteinbezogen werden.

In weiterer Folge muss ein Patient psychologisch, sozial und in manchen Fällen sogar finanziell unterstützt werden. Dabei wird folgende Vorgangsweise empfohlen: Der Patient und seine Familie sollten nach ihren Gefühlen über die Schädigung gefragt werden. Dabei sollten die Sorgen des Patienten ernst genommen und auf sie vollständig eingegangen werden. Außerdem empfiehlt es sich, dem Patienten und seiner Familie Kontaktinformationen für klinische, aber auch finanzielle Beratung und Unterstützung zu geben. Nach der Krankenhausentlassung ist es wesentlich, dass Patienten, die einen Zwischenfall erlitten haben, weiterhin die Möglichkeit für Auskünfte und Kommunikation geboten wird. Man sollte daher eine Reihe von Follow-up-Treffen mit dem Patienten

und seiner Familie planen, eventuell auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus für psychologische und soziale Unterstützung sorgen.

Betreuung des medizinischen Personals

Ebenso wie die Patienten und ihre Familien sind auch die medizinischen Betreuer nach einem unerwünschten Ereignis emotional und funktionell schwer angeschlagen. Sie erhalten oft wenig Verständnis und Unterstützung. Das Fehlen eines strukturierten Unterstützungssystems kann langfristige und schädliche Auswirkungen auf die Fähigkeit des Klinikmitarbeiters haben, Patienten nach einem unerwünschten Ereignis zu betreuen. Zur Unterstützung der medizinischen Betreuer sollte daher ein Programm erstellt werden, das auf die vielfältigen unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Mitarbeiter abgestimmt ist. Dies kann bis zur Regelung der Dienstpflichten und Freizeit nach den jeweiligen Erfordernissen gehen. Wichtig dabei ist eine strukturierte Besprechungskultur. Abgesehen von den Akutmaßnahmen werden aber auch verpflichtende Schulungs- und Trainingsprogramme für das Krankenhauspersonal zur Bewältigung von Zwischenfällen gefordert. Die Fähigkeit des medizinischen Betreuers mit den Patienten und ihren Familien auf mitfühlende und rücksichtsvolle Art wirksam zu kommunizieren, insbesondere bei der Offenlegung von Informationen über einen Zwischenfall, ist ein wesentlicher Teil der therapeutischen Beziehung. Die Schulung sollte nicht nur auf die Kommunikation mit den Patienten und ihren Familien abgestellt sein, sondern auch auf den Umgang der Ärzte und des Pflegepersonals mit ihren eigenen Gefühlen. Vorstände und leitende Funktionäre sollten hinsichtlich ihrer generellen Verantwortung geschult werden. Weiters sollte dafür gesorgt werden, dass ein derartiges Training jährlich, d. h. kontinuierlich erfolgen soll.

Management des Ereignisses

Jedes Krankenhaus sollte über schriftliche Richtlinien verfügen, die die Mitarbeiter instruieren,

wie auf einen schwerwiegenden Zwischenfall zu reagieren ist. Diese Politik hat eine doppelte Zielsetzung: 1. Die Mitarbeiter sollen zu einer verantwortungsvollen, einfühlsamen und unterstützenden Betreuung des geschädigten Patienten angeleitet werden, die ein bleibendes Vertrauen wiederherstellt und rechtfertigt. 2. Die Patientensicherheit soll verbessert werden, indem man aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen lernt und durch Systemänderungen die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung minimiert. Auch dazu werden einige Empfehlungen abgegeben. Vor allem sollte das Management seine Verpflichtung zu einer offenen und ehrlichen Kommunikation bekannt geben. Kommt es zu einem Zwischenfall, ist es erste Pflicht des Klinikmitarbeiters, den Patienten durch die erforderlichen medizinischen Maßnahmen vor weiterem Schaden zu bewahren und jede fortdauernde Schädigung zu lindern. Ist die neue Versorgung des Patienten abgeschlossen, müssen sich die Klinikmitarbeiter den Details des Ereignisses zuwenden und alle Informationen über das Ereignis sammeln, die zum Verständnis seiner Ursache erforderlich sind. Damit dies auf zuverlässige Weise geschehen kann, müssen die Institutionen klare Richtlinien entwickeln und bekanntmachen, die genau spezifizieren, wer für welche der folgenden Aktionen verantwortlich ist. Als erstes müssen natürlich verbleibende Bedrohungen eliminiert werden, d. h. unsichere Systeme oder Geräte, aber möglicherweise auch handlungsunfähige Betreuer. Die beteiligten Medikamente und Geräte müssen sichergestellt werden. Für einen Ersatz muss gesorgt sein, wenn ein primärer Betreuer suspendiert werden muss. Bei Uneinigkeiten muss entschieden werden, wer primär für die Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie verantwortlich ist. Alle Untersuchungen sollen so rasch wie möglich durchgeführt werden, solange die Erinnerungen noch frisch sind. Wünschenswert ist eine Abteilung für Risikomanagement der Institution, die die Untersuchung eines Zwischenfalles leiten sollte. Strengste Vertraulichkeit sollte garantiert

werden. Die Ergebnisse der Analyse müssen dann an die oberste Leitung bzw. den Vorstand weitergeleitet bzw. berichtet werden. Weiters muss die Implementierung der Korrekturmaßnahmen sichergestellt und deren Wirksamkeit, aber auch etwaige negative Auswirkungen überwacht werden. Dabei ist eine exakte Dokumentation für eine entsprechende medizinische Betreuung des Patienten wesentlich. Dies auch deshalb, weil sie ermöglicht, aus dem Ereignis zu lernen, und weil sie für den Fall einer nachfolgenden oder behördlichen Aktion genaue Aufzeichnungen liefert. Es werden dann auch einige Punkte aufgezählt, die in dieser Dokumentation enthalten sein sollen, wie z. B. Zeit, Datum und Ort des Gesprächs, Name und Beziehungen der am Gespräch beteiligten Personen, die Besprechung des Ereignisses, der Reaktion des Patienten, die Informationen, die dem Patienten gegeben werden, Hilfsangebote und Reaktionen darauf, die vom Patienten und seiner Familie gestellten Fragen und die Antworten auf diese Fragen, die weiteren geplanten Maßnahmen. Jedenfalls sollte die Dokumentation jegliche abwertende Bemerkung über andere Betreuer sowie Eintragungen, die rechtfertigend erscheinen, vermeiden.

Im letzten Beitrag wird noch darauf hingewiesen, dass all diese Maßnahmen nur dann sinnvoll sind, wenn Zwischenfälle umgehend den leitenden Personen, dem Risikomanagement und anderen betroffenen Parteien berichtet werden, um eine geeignete Behandlung des Patienten und die Kommunikation mit ihm und seiner Familie sicherzustellen und institutionelles Lernen zu fördern. Die Berichterstattung ist der erste Schritt aus einem Ereignis zu lernen. In einem Krankenhaus, das sich der Sicherheit verpflichtet, muss der Berichterstattung dann umgehend eine eingehende Untersuchung zur Aufklärung der dem Ereignis zugrunde liegenden Systemfehler folgen mit dem Ziel der Neugestaltung der Systeme in einer Art und Weise, die die Wahrscheinlichkeit einer Patientenschädigung vermindert. Im Anhang sind dann noch einige modellhafte praktische Hinweise und Formulie-

rungen bzw. Fallbeispiele angeführt.

Im Ganzen kann gesagt werden, dass das vorliegende Konsenspapier ein erster Versuch ist, den Umgang mit Fehlern im Krankenhaus zu systematisieren. Es handelt sich dabei um hilfreiche Unterlagen zur Erstellung eigener Strategien für eine Verbesserung der Fehlerkultur in den jeweiligen Krankenhäusern – ein Thema, das nicht nur in den USA, sondern auch bei uns sehr aktuell ist.

Referenzen

- 1 Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, *When Things go Wrong. Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals, MA Coalition, Massachusetts (2006)*, <http://www.ih.org/NR/rdonlyres/A4CE6C77-F65C-4F34-B323-20AA4E41DC79/0/RespondingAdverseEvents.pdf>; auf deutsch herausgegeben von der Österreichischen Plattform für Patientensicherheit, <http://www.plattformpatientensicherheit.at/>

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

Stephan Sahn

Lost in information? Patienten, Ärzte und das Internet

Lost in Information: Patients, Physicians and the Internet

Zusammenfassung

Das Internet und Elektronachrichtendienste als bedeutsame Beispiele neuer Informationstechnologien bereichern das Instrumentarium der Medizin. Doch sie fordern gleichzeitig das Selbstverständnis der Medizin heraus. Bislang hatten Ärzte die Hoheit über den Informationsfluss. Jetzt liegt die Verfügungsgewalt nahezu ungehindert in den Händen der Patienten. Die Qualität der Informationen über Gesundheit und Krankheit ist häufig mangelhaft. Die Geschwindigkeit, mit der sie verbreitet werden, untergräbt das Prinzip der Verlangsamung als Voraussetzung wissenschaftlichen Diskurses. Internetbasierte Technologie zur Überwachung der Compliance von Patienten bedroht deren Privatsphäre. Das Aufkommen des Internet-Doktors gefährdet die Beziehung von Patienten zu ihren Ärzten. Angesichts der vielen mit der Einführung neuer Technologien verbundenen Vorteile geht es nicht darum, ihren Gebrauch im Sinne einer bloß traditionsverhafteten Kulturkritik zu beklagen. Doch unzweifelhaft haben sie Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis und auf den Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Daher bedarf die Einführung der neuen Informationstechnologien in die Praxis der Medizin einer kritischen Begleitung, um Missbrauch vorzubeugen.

Schlüsselwörter: Informationstechnologie, medizinische Praxis, Internet-Doktor, Arzt-Patienten-Verhältnis

Abstract

The use of internet-technology and e-mail-services have enriched the armamentarium of medical practice. Yet, some of the new developments may challenge medicine's self concept: So far physicians have had the power over flow of information which is now almost completely in the hands of lay people. The information found in the internet is often of low quality. The velocity which the information is spread with endangers the principle of discourse which is a pre-condition of gaining knowledge in science. Internet based surveillance technology may compromise a patient's privacy. The event of the internet-doctor may erode the highly sensitive patient-physician relationship. The introduction of new technology into medical practice is not to moan about. Yet, it deserves careful scrutiny to prevent abuses.

Keywords: Information Technology, Medical Practice, Internet Doctor, Patient-Physician-Relationship

PD Dr. med. habil. Stephan Sahn, Chefarzt Medizinische Klinik I, Ketteler-Krankenhaus, Lichtenplattenweg 85, D-63071 Offenbach/Main und Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Goethe-Universität, Paul-Ehrlich-Strasse 20-22, D-60596 Frankfurt/Main

1. Einleitung

Wer seinem an einem Prostatakrebs erkrankten Angehörigen mit Rat beistehen will, wird im Internet schnell fündig. Befragt man den derzeitigen Giganten der Suchmaschinen, der in Europa eine Monopolstellung einnimmt, stößt man auf 250.000 Seiten, die Informationen bereithalten. Unter dem Schlagwort Brustkrebs finden sich mehr als 900.000 Internetanschriften. Bereits im Jahr 2000 wurden über etwa 100.000 im Internet abrufbare Gesundheitsseiten allein in Großbritannien berichtet.¹ Es versteht sich, dass die schiere Fülle der Angebote zu einem Wissenskollaps führen muss, wollte man auch nur versuchen, die Informationsflut zu bewältigen. Doch die ist wirkmächtig. Ärzte erleben es regelmäßig, dass Patienten sie mit Informationen, die aus dem Internet gewonnen wurden, konfrontieren, wie eine aktuelle Studie aus 2010 belegt.²

Die medizinische Praxis wurde in ihrer langen Geschichte vielfach durch die Integration neuer Technologien Veränderungen unterworfen, deren Ausmaß nicht selten erst rückblickend erkannt wurde. Das Stethoskop schaffte Distanz zum Patienten, denn vor der Erfindung des Instrumentes musste der Arzt sein Ohr auf die Brust des Erkrankten legen, um den Herzschlag zu hören. Die Entdeckung der Röntgenstrahlen, die Labormedizin, der Nachweis infektiöser Erreger haben den Umgang mit den Patienten nachhaltig beeinflusst, etwa wenn Betroffene isoliert werden. Doch die Informationstechnologie weist eine Besonderheit auf, die sie von anderen technischen Errungenschaften unterscheidet, die den Alltag der Medizin prägen. Bislang hatten Ärzte die Hoheit über den Informationsfluss. Das Internet ändert dies grundlegend. Jetzt liegt die Verfügungsgewalt nahezu ungehindert in den Händen der Patienten.³ Das Internet erweist sich subversiv, weil es auch die Frage nach der Behandlungshoheit stellt.

Es liegt auf der Hand, dass die Rolle des Arztes in Frage gestellt wurde. Kann die Information den ärztlichen Entscheidungsprozess womöglich ersetzen, genügt der Google-Doktor? Ärzten hat er

sich bereits als web-basierte Informationsquelle hilfreich erwiesen.⁴ Warum sollten Patienten diese nicht direkt nutzen?

Ebenso halten neue Techniken der interaktiven Informationstechnologien Einzug in Kliniken und Praxen. Smartphones, iPads und andere Systeme sollen die Arbeit von Pflegenden und Ärzten erleichtern.⁵

Diese Entwicklungen gilt es nicht etwa nur zu beklagen im Sinne einer traditionsverhafteten Kulturkritik oder gar eines Kulturpessimismus. Wissenschaftlich fundierte medizinische Praxis strebt nach Neuerung und Fortschritt.⁶ Doch bedürfen die erwähnten Entwicklungen der kritischen Begleitung, denn sie bleiben nicht ohne Wirkung auf das Verhältnis von Patienten zu ihren Ärzten, auf den Umgang mit Krankheit und Gesundheit in der Gesellschaft, das Gebot der Vertraulichkeit (Schweigepflicht), den Datenschutz, das Verständnis von Selbstbestimmung, das Wesen der medizinischen Indikation, um nur einige Aspekte zu benennen.

Im Folgenden sollen einige der hervorstechenden Auswirkungen der ubiquitären Zugänglichkeit medizinischer Informationen und der Gebrauch der neuen Informationstechnologien auf die Praxis der Medizin untersucht werden.

2. Internet und medizinischer Erkenntnisgewinn

Qualität der Informationen im Internet

Die schiere Fülle medizinischer Angebote im Internet lässt eine Überprüfung ihrer Qualität nahezu aussichtslos erscheinen. Im Blick auf einzelne Erkrankungen haben Fachleute versucht, Internetseiten zu bewerten. Wie kaum anders zu erwarten, variiert die Qualität erheblich.⁷ Doch können Seiten mit einer, unter Fachleuten anerkannten Qualität identifiziert werden.⁸ Dafür wurden bereits vor mehr als zehn Jahren Kriterien entwickelt, die den Benutzern helfen sollen, die Qualität der Informationen abzuschätzen. Auf Initiative einer Internet Healthcare Coalition wurde ein e-code für Gesundheitsseiten unter der Ägide der WHO entwickelt.⁹

Doch ist es jedem Nutzer sofort einsichtig, dass nur ein geringer Anteil der Betreiber solcher Seiten die Kriterien einhält.

Mithin ist die Gefahr der Verbreitung von Irrtümern groß. Falsche Meldungen breiten sich sehr schnell im Internet aus. Darauf hat Cass Sunstein eindrücklich aufmerksam gemacht.¹⁰ Ein Gerücht ist mit vielen Seiten verlinkt, die den Inhalt zu bestätigen scheinen. Die Elektronachrichtendienste tragen ebenso zur Verbreitung bei.

Die Internet- und Blogwelt untergräbt durch ihre Beschleunigung das für die Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnis wesentliche Prinzip der Debatte, des Austausches von Argumenten, die auf Gründen basieren. Die ist ohne ein Maß an Verlangsamung, Retardierung, nicht zu haben. Dieser Befund ist nicht allein eine wesentliche Herausforderung für den Bereich der Medizin. Trotz des Anspruchs, Öffentlichkeit in bisher ungeahntem Ausmaße herzustellen, gilt das Umgekehrte: Die erwähnte Beschleunigung und Fülle der Angebote untergräbt das für die Demokratie unverzichtbare Prinzip öffentlichen Raisonnements.¹¹

Für den Bereich der Medizin können die erwähnten Sachverhalte u. U. unmittelbare und ggf. auch für Betroffene schädliche Auswirkungen zeitigen. Dies wurde etwa im Zusammenhang mit den Empfehlungen zur Impfung gegen die Schweinegrippe erst kürzlich eindrücklich bestätigt. Eine Frankfurter Ärztin verschickte Elektronachrichten, in denen behauptet wurde, der Impfstoff verursache bei jedem vierten Geimpften Beschwerden, die dem mysteriösen Golfkriegssyndrom amerikanischer Soldaten gleiche. Sie machte einen Wirkverstärker dafür verantwortlich.¹² Auch der Autor wurde von Patienten mit dieser Nachricht konfrontiert. Später nahm die Ärztin diese Behauptung wieder zurück. Nachweislich wurden viele Bürger durch diese Fehlermeldung von einer Impfung abgehalten, die nach Einschätzung der Fachleute sinnvoll war und eine weitere Ausbreitung der Virusinfektion offensichtlich verhindert hat.¹³

Das Beispiel berührt ein die Allgemeinheit be-

treffendes Problem, den Konflikt zwischen der Freiheit der Meinungsäußerung in freien Gesellschaften und der möglichen Beschränkung von Missbrauch. Mit Blick auf die neuen Informationstechnologien wurde in vielen Staaten darauf noch keine befriedigende Antwort gefunden. Die Diskussion reicht bis weit hinein in den Bereich der Politik. So wurden Parteien gegründet, deren wesentliches Ziel es ist, Zensur im Internet zu verhindern.¹⁴

Für die medizinische Wissenschaft und Praxis werden gesetzliche Verbote wegen des Vorranges der freiheitlichen Meinungsäußerung kaum Abhilfe schaffen, was die Verbreitung von Irrtümern betrifft. Doch können Zertifikate, die die Einhaltung der oben erwähnten Kriterien beurkunden, Quellen mit qualitätsgesichertem Angebot kennzeichnen. Dies wäre ein nicht gering zu schätzender Gewinn für die Nutzer dieser Dienste.

Das Prinzip der Verlangsamung als konstitutives Element der Generierung wissenschaftlicher Erkenntnis

Im Blick auf die Verbreitung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ist das *Prinzip der Verlangsamung* einzufordern. Neues darf erst nach eingehender wissenschaftlicher Diskussion und Prüfung empfohlen werden. Dieses Prinzip ist ein Prinzip der Selbstbeschränkung. Es lässt sich kaum gesetzlich durchsetzen.

Dies gilt in besonderer Weise für die Hersteller neuer Produkte wie die pharmazeutische Industrie. Das Internet wird in vielen Fällen zur vorzeitigen Streuung wissenschaftlich noch nicht abgesicherter Erkenntnisse missbraucht. Ein Kodex der Selbstbeschränkung der Hersteller medizinischer Produkte wäre wünschenswert. Ebenso scheint es erwägenswert, in Analogie zu Presseräten, die in vielen Ländern Missbrauch der Medien kontrollieren, eine Institution zu schaffen, die die Einhaltung eines solchen Kodex überwacht.

Ärzte nutzen das Internet immer häufiger als Ressource für den schnellen Wissenszugriff. Im Alltag der medizinischen Praxis sind sie nicht sel-

ten ebenso wie Laien der Manipulation der Anbieter ausgeliefert. Ärzte stehen aber als Lotsen und nicht zuletzt als diejenigen, die medizinische Produkte verschreiben, an einer zentralen ökonomischen Schaltstelle im Medizinsystem. Daher sind Versuche, deren Entscheidungen zu beeinflussen, endemisch. Für den Umgang von Ärzten mit den Vertretern der Industrie (Pharma-Marketing; Sponsoring von Fortbildungen) wurden bereits vor Jahren Kodizes entwickelt. In ähnlicher Weise gilt es Kriterien zu entwickeln, die die Selbstbeschränkung der Darstellung von Produkten in webbasierten Informationssystemen für die medizinische Praxis regeln.

Die bisherigen Ausführungen könnten den Eindruck erwecken, die Nutzung neuer Informationstechnologien wie des Internets sei vornehmlich eine Gefahr. Dies ist natürlich falsch. Sie eröffnen vielmehr ungeahnte Möglichkeiten der Informationsbeschaffung, der Schulung von Patienten und Aufklärung, die noch vor kurzem als undenkbar galten.

Ein Beispiel ist etwa der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums. Er wird viel genutzt und bietet für den Laien aufbereitet gesicherte medizinische Information. Studien zeigen, dass der Verweis auf qualitätsgesicherte Quellen im Internet nachweislich die informierte Entscheidung von Patienten günstig zu beeinflussen vermag,¹⁵ obgleich bislang Ärzte nur selten auf solche Seiten aufmerksam machen.

Ebenso können Angehörige chronisch Kranker großen Nutzen aus Informationsquellen im Internet ziehen. Diese können eine große Hilfe sein bei der Betreuung der Patienten im Alltag, wie am Beispiel Krebskranker belegt wurde. Doch betrifft dies nicht nur den Bezug weiterer Informationen aus dem Internet. Angehörige wünschen etwa, dass die Behandler für sie auf dem Wege der Elektronachricht häufiger erreichbar sein sollen. So verständlich diese Wünsche sind, so darf nicht außer Acht gelassen werden, was dies an Zeit seitens der Ärzte und Pflegenden in Anspruch nimmt, die vermutlich anderen Patienten abgeht.¹⁶

3. Internetbasierte Technologie als Erweiterung des therapeutischen Instrumentariums

Die neuen Möglichkeiten der Informationstechnologie können das therapeutische Spektrum erweitern helfen. Das Schlagwort Telemedizin mag dies verdeutlichen. In Regionen medizinischer Unterversorgung kann e-Medizin der einzige Weg sein, ein Minimum medizinischer Versorgung sicher zu stellen. In Kooperation mit Helfern medizinischer Assistenzberufe eröffnen interaktive Systeme die Möglichkeit, auch an abgelegenen Orten medizinische Beratung sicherzustellen, diagnostische Entscheidungen von Experten überprüfen zu lassen und ggf. therapeutische Eingriffe durchführen zu können. Doch ist es zwingend notwendig, die Effektivität solcher Netzwerke zu überprüfen.¹⁷

Eine besondere Herausforderung stellte der Gebrauch internetbasierter Informationssysteme im Bereich der Therapie dar. So wurden etwa Programme zur Behandlung der Adipositas entwickelt, bei denen die Patienten auf dem Wege des Internets kontrolliert und überwacht werden.¹⁸ Ziel der Entwicklung dieser Programme war es, Kosten zu reduzieren. Aber völlig offen ist es, wie mit Informationen umgegangen werden soll, die dabei über die Mitwirkung des Patienten, d. h. der Compliance, gewonnen werden. In einer aktuellen Studie haben Ärzte versucht, das Verhalten von Adoleszenten, die zu Bewegung angehalten werden sollten, internetbasiert zu überwachen.¹⁹ Während ein solches Modell hilfreich sein kann, z. B. auf dem Wege der Telemedizin Patienten mit Rhythmusstörungen des Herzens zu überwachen, so stellt die Kontrolle der Compliance der Patienten jedoch einen Eingriff in ihre persönliche Freiheit dar. Deren Intimsphäre wird verletzt, wenn sie sich den Ratschlägen ihrer Ärzte nicht im privaten Bereich zu entziehen vermögen. Es steht zu fürchten, dass fehlende Mitarbeit in Zeiten knapper Ressourcen ökonomisch sanktioniert werden könnte. Die Folgen solcher Überwachungssysteme für das Verhältnis von Arzt und Patienten sind bisher in der Medizinethik kaum bedacht worden.

Die interaktiven Systeme des Internets ermög-

lichen denjenigen, die darüber Kontrolle haben, Informationen über Personen zu sammeln. Die Konsequenzen dieses Sachverhaltes für das allgemeine Persönlichkeitsrecht werden noch nicht in ihrem Ausmaß erkannt. Ebenso wie es Kriminalisten gelingt, Täterprofile aus den elektronischen Spuren herauszufiltern, die die Nutzer im Internet hinterlassen, so ist es Versicherungsgesellschaften ein leichtes, Krankheitsprofile von Personen abzuleiten. Eine Antwort auf diese Herausforderung ist noch nicht gefunden.

4. Medizinische Praxis und der Internet-Doktor

Eine besondere Herausforderung stellen die Informationstechnologien dar, wenn sie vom Patienten selbst für Diagnostik und Therapie genutzt werden. Die Verfügung über das Wissen allein garantiert noch nicht eine profunde medizinische Entscheidung. So berichteten kürzlich Ärzte anekdotisch über die Folgen des Gebrauches von Information aus dem Internet für Betroffene. Während Ärzte vom raschen Zugriff auf das Wissen profitieren können, wie etwa anhand des sogenannten Google-Doctors gezeigt worden ist, kann dies für Patienten negative Folgen zeigen. Bei einer entsprechenden Neigung kann der Hinweis auf bestimmte Symptome bzw. Syndrome bei dem Patienten hypochondrische Reaktionen und Ängste auslösen. Diese Folge kann selbst dann eintreten, wenn die Informationsquelle seriös ist und nur Informationen enthält, die dem Stand der medizinischen Kunst entsprechen.

Wenn etwa Symptome falsch gedeutet werden, leiden Patienten nicht selten unter den psychologischen Folgen. Kompliziert wird dies noch, wenn im Internet unkontrolliert Therapien angeboten werden.

Dies verweist auf eine grundlegende Erkenntnis über das Wesen medizinischer Entscheidungsprozesse. Ärztliche Entscheidungen sind nicht Ableitungen von Wissen, sondern ein Handeln. Das Wissen, die Abschätzung der Folgen von Interventionen muss eingebettet werden in den Lebenszusammen-

hang der Betroffenen. Erst hier erhalten sie Bedeutung. Aber genau diese Leistung kann vermutlich nur schwerlich von den Betroffenen selbst geleistet werden. Hier sind die ärztliche Beratung und die Rolle des beratenden Arztes dringlich notwendig.

In einer freien Gesellschaft kann jedoch nicht verhindert werden, dass Personen auf den Kontakt zu ihren Ärzten verzichten. Deren Kompetenz beruht auf einer durch Ausbildung und unter Anleitung gewonnenen Erfahrung. Auch Informationssysteme, die evidenzbasiertes Wissen vermitteln, ersetzen nicht das Moment der Entscheidung in der medizinischen Praxis. Es gilt, den Einzelfall unter die Regel zu subsumieren. Dies ist aber ein Anwendungsfall nicht der instrumentellen, sondern der praktischen Vernunft. Praxis im Sinne des Aristoteles heißt: handeln.

Dies wird deutlich am Beispiel der Indikation.²⁰ Dabei handelt es sich um ein Ärzten von der Gesellschaft zugestandenes Recht, ein Urteil über die Sinnhaftigkeit einer medizinischen Maßnahme stellen zu dürfen (und die Pflicht, dies auch zu tun!). Dies ist ein Vorrecht. Der Akt der Indikationsstellung enthält ein Werturteil und die daraus abgeleitete Handlungsempfehlung, die jedoch auf evidenzbasiertem Wissen medizinischer Wissenschaft beruhen muss. Dieses Urteil entfällt jedoch bei der Selbstnutzung und diagnostischer/therapeutischer Anwendung internetbasierter Informationen durch die Betroffenen. Damit fehlt aber ein wesentliches Moment medizinischer Praxis.

Die Information, die frei zugänglich ist, kann in vielen Fällen hilfreich sein. Die Einordnung eines Zustandes als Krankheit, die Indikationsstellung und die daraus folgenden sozialen Konsequenzen (Erstattung von Behandlungskosten, Krankschreibung etc.) bedürfen jedoch der intersubjektiven Entscheidung durch eine entsprechende Instanz, wie sie die in Kammern verfasste Ärzteschaft darstellt. Die besondere Rolle, die dem ärztlichen Handeln zukommt, wird in der Pflicht deutlich, einer Ärztekammer anzugehören. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist ein Ort der Freiheit,

der sich aber nicht der Kontrolle entzieht. Ärzte dürfen ihre Profession nicht im Umherziehen ausüben. Doch die Verantwortlichkeit eines Internetdoktors wäre nicht zu fassen, sie flottierte frei. Die Gefahren, die durch eine bloße Eigennutzung und Selbstinterpretation drohen, liegen auf der Hand.

Die neuen Informationstechnologien stellen zudem eine besondere Herausforderung dar für das Verhältnis von Ärzten und Patienten. Dabei geht es nicht nur um den Aufwand, der Ärzten zugemutet wird, Patienten zu helfen, die im Internet gewonnene Information zu verarbeiten. Das Internet kann, wie bereits oben ausgeführt, sogar ein hilfreiches Instrument sein, wenn Ärzte auf qualitätsgesicherte Internetseiten verweisen können. Vielmehr geht es um die Herausforderung, die das Internet darstellt, wenn Ärzte nur noch über das Internet für Patienten erreichbar sind. Es ist eine anthropologische Deformation, wenn der persönliche Kontakt nur noch medial vermittelt stattfindet. Daraus ergeben sich bislang nicht absehbare Konsequenzen, etwa im Blick auf die Zuschreibung von Verantwortung für Folgen, die sich aus Empfehlungen ergeben, die auf Webseiten oder im Rahmen einer internetbasierten Beratung erteilt werden.

Der Medizinethiker Göran Collste hat die ethischen Herausforderungen formuliert, die sich durch das Auftreten des Internet-Doktors ergeben.²¹ Er verdeutlicht sie anhand verschiedener Modelle, in denen die Beziehung zwischen Patienten und Ärzten beschrieben wurde. Beim sog. Ingenieur-Modell kommt es alleine darauf an, bestimmte Informationen, etwa Blutdruck, Temperatur etc. zu bewerten und Folgerungen zu schließen. Diesem Modell kann der Internet-Doktor vielleicht noch gerecht werden. Allerdings erfasst das Ingenieur-Modell nicht die volle Wahrheit der therapeutischen Dimension der Arzt-Patienten-Beziehung. E. Pellegrino und D. Thomasma haben sie als eine „heilende Beziehung“ beschrieben.²² Dabei kommt es im Sinne Martin Bubers auf eine Begegnung zwischen Personen an, auf ein gegenseitiges Verständnis. Die Verpflichtung und die Fähigkeit, eine Diagnose stellen

zu können/zu müssen, gründet in der Erfahrung des anderen und seines Leidens. Dies ist nur hermeneutisch zu ergründen.²³ Die Wahrnehmung des Leids des anderen, die Einordnung in den Lebenszusammenhang, kann nur schwerlich auf der Basis bloß elektronisch vermittelter Kontakte gelingen.

Gleichzeitig ist Vertrauen die Voraussetzung jeder gelingenden Beziehung von Patient und Arzt. Das Vertrauen verweist auf einen wesentlichen Befund hin, der nicht selten vernachlässigt wird. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist asymmetrisch. Der Kranke ist abhängig, auch in seinen Entscheidungsprozessen. Die internetbasierte Diagnostik und Therapie suggeriert aber, dass der medizinische Entscheidungsprozess vom Patient gesteuert wird. Genau dies widerspricht der reduzierten, durch Krankheit eingeschränkten Autonomie des kranken Menschen.²⁴

Die bloß mediale Vermittlung und Kontaktaufnahme von Arzt und Patient verletzt grundlegende Voraussetzungen dieser Beziehung. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Auch ein Richter ist nicht befugt, ein Urteil alleine aufgrund einer Verhandlung im Rahmen einer Videokonferenz zu fällen. Dabei lassen sich ebenso wie in der Medizin Situationen konstruieren, wo auch dies ohne Schaden denkbar wäre. Im Zusammenhang aber von die Person in ihrer Wesenheit betreffenden Dimensionen wie Krankheit (wie auch der Zuweisung von Schuld und Strafe) ist der persönliche Austausch zwingend. Ärztliche Entscheidung in diesem Sinne ist nicht ersetzbar.

Referenzen

- 1 Parker M., Gray J. A., *What is the role of clinical ethics support in the era of e-medicine?*, J Med Ethics (2001); 27: i33-i35
- 2 van Uden-Kraan C. F., et al., *Experiences and attitudes of Dutch rheumatologists and oncologists with regard to their patients' health-related Internet use*, Clin Rheumatol (2010); <http://www.springerlink.com/content/r7h826472orkkm15/?p=66dd2de7145b45b78f6fe200607a1a76&pi=0>
- 3 Hartzband P., Groopman J., *Untangling the Web – pati-*

- ents, doctors and the Internet, *N Engl J Med* (2010); 362: 1063-1066
- 4 Tang H., NG J. H., *Googling for a diagnosis--use of Google as a diagnostic aid: internet based study*, *Br Med J* (2006); 333: 1143-1145
 - 5 Gamble K. H., *Wireless Tech Trends 2010. Trend: smartphones*, *Health Inform* (2010); 24: 26-27
 - 6 Es ist eine ethische Verpflichtung, Segnungen des wissenschaftlichen Fortschritts den Patienten zukommen zu lassen.
 - 7 Vgl. etwa Armstrong W. S., del Rio C., *HIV-associated resources on the internet*, *Top HIV Med* (2009); 5: 151-162
López-Jornet P., Camacho-Alonso F., *The quality of internet information relating to oral leukoplakia*, *Oral Patol Oral Cir Bucal* (2010); epub ahead of print
 - 8 Vgl. etwa Armstrong W. S., del Rio C., siehe Ref. 7
López-Jornet P., Camacho-Alonso F., siehe Ref. 7
 - 9 e-Health Ethics Initiative, *E-health code of ethics*, *Med Internet Res* (2000); 2: E9 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761853/>)
 - 10 Sunstein C. R., *On rumor: How falsehoods spread, why we believe them, what can be done*, Farrar, Straus & Giroux, New York (2009)
 - 11 Sunstein C. R., *Neither Hayek nor Habermas*, *Public Choice* (2007); 134: 87-95
 - 12 Schmitt P. P., *Kreuzzug gegen die Schulmedizin*, Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 16. 03. 2010
 - 13 An dieser Stelle kann selbstredend keine wissenschaftliche Diskussion der Empfehlungen der zuständigen Impfkommisionen erfolgen. Doch ist das Beispiel instruktiv für die Verbreitung offensichtlicher Fehlbehauptungen und ihrer Folgen im Internet und ähnlichen Diensten, hier dem E-Mail-Service.
 - 14 Die Piratenpartei in Schweden und Deutschland.
 - 15 Lin Z. C., Effken J. A., *Effects of a tailored web-based educational intervention on women's perceptions of and intentions to obtain mammography*, *J Clin Nurs* (2010); 16 (epub ahead of print)
Groves N. D. et al., *Effect of informational internet web pages on patients' decision-making: randomised controlled trial regarding choice of spinal or general anaesthesia for orthopaedic surgery*, *Anaesthesia* (2010); 65: 277-282
 - 16 Kinnane N. A., Milne D. J., *The role of the Internet in supporting and informing carers of people with cancer: a literature review*, *Support Care Cancer* (2010); (Epub ahead of print)
 - 17 Rey-Moreno C. et al., *A systematic review of telemedicine projects in Colombia*, *J Telemed Telecare* (2010); 16(3): 114-119
 - 18 Rasu R. S. et al., *Economic evaluation of an Internet-based weight management program*, *Am J Manag Care* (2010); 16: e98-e104
 - 19 Sloomaker S. M. et al., *Accelerometers and Internet for physical activity promotion in youth? Feasibility and effectiveness of a minimal intervention*, *Prev Med* (2010); (Epub ahead of print)
 - 20 Sahn S., *Autonomie, ärztliche Indikation und Entscheidungsfindung*, in: Charbonnier R., Dörner K., Simon S., *Medizinische Indikation und Patientenwille*, Schattauer, Stuttgart (2008), S. 121-129
vgl. auch Sahn S., *Autonomie und medizinische Indikation*, in: Sahn S., *Sterbebegleitung und Patientenverfügung*, Campus, Frankfurt/Main (2006), S. 64-69
 - 21 Collste G., *The internet doctor and medical ethics. Ethical implications of the introduction of the Internet into medical encounters*, *Med Health Care Philos* (2002); 5: 121-125
 - 22 Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *A philosophical basis of medical practice*, Oxford University press, Oxford (1981)
 - 23 Sahn S., *Der moderne Mensch und seine Ansprüche an die Medizin*, *Imago Hominis* (2008) 15: 303-311
 - 24 Sahn S., *Heteronome Aspekte der Selbstbestimmung und Grenzen der Autonomie des kranken Menschen*, in: Sahn S., *Sterbebegleitung und Patientenverfügung*, Campus, Frankfurt/Main (2006), S. 69-72



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

Rafael Capurro

Wandel der Medizin in digitalen Informationsgesellschaften

How Medicine Changes in a Society, Based on Digitalized Information

Zusammenfassung

Dieser Beitrag analysiert die Auswirkungen der digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien auf die Gesellschaft im Allgemeinen sowie auf die Wissenschaft und Praxis der Medizin im Besonderen. Es werden einige technologische Herausforderungen dargestellt, die zu einer Medizin 2.0 führen können, wie zum Beispiel die Informationsüberflutung, Änderungen im Arzt-Patient-Verhältnis sowie das Bild des menschlichen Leibes und die Begriffe von Gesundheit und Krankheit. Der Beitrag schließt mit einem Vorschlag, wie aus ethischer Sicht mit solchen Herausforderungen sowohl in der Prävention als auch in der Therapie im Rahmen von Informationsgesellschaften in Zukunft umgegangen werden kann.

Schlüsselwörter: Medizin, Informationstechnologie, Pathologie, Informationsgesellschaften

Abstract

This paper takes a closer look at the impact of information and communication digital technologies on societies in general as well as on medicine as science and practice. Technological changes that lead to a Medicine 2.0 are given at different levels such as the information overload, the doctor-patient relationship as well as the vision of the human body and the concepts of health and disease. The paper concludes proposing some patterns for the ethical outline of Medicine 2.0 as guidance for the prevention and therapy in information societies.

Keywords: Medicine, Information Technology, Pathology, Information Societies

Univ.-Prof. Dr. Rafael Capurro
Distinguished Researcher in Information Ethics,
School of Information Studies, University of
Wisconsin-Milwaukee, USA
rafael@capurro.de

Einführung

Wir leben in Gesellschaften, deren Selbstverständnis und Möglichkeiten in den Bereichen Wissen, Produktion und Handeln in grundlegender Weise durch digitale Informationstechnologien bestimmt werden.

Nach Michel Foucault lassen sich Technologien folgendermaßen unterscheiden:

1. Technologien der Produktion, die zur Erzeugung und Umformung von Dingen dienen;
2. Technologien von Zeichensystemen, wodurch wir Zeichen und Symbole manipulieren können;
3. Technologien der Macht, die zur Bestimmung menschlichen Verhaltens zu Herrschaftszwecken dienen;
4. Technologien des Selbst, womit Foucault jene Operationen meint, die den Individuen ermöglichen, „mit sich selbst oder mit Hilfe anderer, Operationen mit ihren Leibern und Seelen, ihren Gedanken, ihrem Verhalten und Seinsweisen zu vollziehen, um zu bestimmten Zuständen von Glück, Reinheit, Weisheit oder Unsterblichkeit“ zu gelangen.¹

Dem Gedankengang Foucaults folgend sind Technologien von Zeichensystemen in den digitalen Informationsgesellschaften eng mit den Technologien des Selbst verknüpft.² Das gilt auch für die klassischen Technologien der Zeichenübermittlung wie Schrift und Druck.³ Allerdings beeinflussen digitale Technologien in zunehmendem Ausmaß sowohl die Technologien der Macht wie auch jene der Produktion.

Die heutigen Informationsgesellschaften – und ich spreche immer von „Informationsgesellschaften“ im Plural, da es unterschiedliche Ausformungen derselben je nach Kultur, technischer Entwicklung usw. gibt – lassen sich aus vier in unterschiedlichen Formen vorkommenden und in sich paradoxen Perspektiven charakterisieren:

Informationsüberflutung

Ich nenne das eine paradoxe Eigenschaft, weil es eine Informationsüberflutung genau genom-

men nicht geben kann, zumindest wenn unter Information das Ergebnis eines Selektionsprozesses versteht, der sich auf das richtet, was wir gerade zu benötigen glauben. Paradox ist, dass die Menge der potentiell zugänglichen Information eine (unüberschaubare) Vermehrung der Auswahlmöglichkeiten mit sich bringt. Eine Gesellschaft, in der das Informationspotential und die damit verbundenen Auswahlmöglichkeiten immer umfassender werden, muss sich dem großen Problem hinsichtlich der Kriterien von Wahrhaftigkeit, Relevanz und Qualität der Information stellen.

Interaktivität

Das zweite Kennzeichen heutiger Informationsgesellschaften liegt in der Interaktivität. Diese trennt uns von bisherigen, durch Massenmedien hierarchisch aufgebauten Informationsgesellschaften insofern, als der Benutzer bisher vorwiegend ein Empfänger und nicht zugleich ein Sender war. Die Interaktivität, die sich seit dem Auftreten des Internets rasant entwickelt hat – siehe E-Mail, Blogs und andere Instrumente der digitalen Sozialisation – bedeuten eine klare Zunahme an Wahlmöglichkeiten und bewirken eine Ausweitung der individuellen und kollektiven Freiheit. Paradoxiere sind einige dieser Dienste aber schwer kontrollierbar und können auch für schädliche und zerstörerische Handlungen – wie bei Viren und SPAM – missbraucht werden.

Selbstdarstellung

Drittens haben Individuen und Gruppen in digitalen Informationsgesellschaften ein großes Feld an Möglichkeiten zur Selbstdarstellung eröffnet, die über diejenigen in orts- und zeitgebundenen politischen, sozialen und kulturellen Strukturen weit hinausgehen.

Diese lokalen Rahmenbedingungen sind zwar nicht verschwunden, sie unterliegen aber ihrerseits einem beschleunigten Wandel, der durch verschiedene Arten globaler Vernetzung bestimmt wird.

Materialität

Digitale Informationsgesellschaften erzeugen zwar immaterielle Kommunikationsprozesse, haben aber materielle Voraussetzungen. Alle digitalen Mittel – von den Rohmaterialien bis hin zu den Prozessen für Produktion, Anwendung und Wiederaufbereitung – sind notwendigerweise an biologische Vorgänge gebunden, welche positiver oder negativer Art sein können. Die ökologische Debatte angesichts des gewaltigen Anfalls elektronischen Mülls, der häufig in Entwicklungsländer exportiert wird,⁴ ist äußerst aktuell. Die digitale Weltvernetzung vermittelt nicht nur alles, was digitalisierbar ist, sondern sie durchdringt den physischen Alltag von Millionen von Menschen. Man kann dafür den schillernden Begriff des Cyborgs verwenden, um diese Hybridität unserer individuellen und sozialen Existenz zu kennzeichnen, die eine doppeldeutige ist: Wir leben eingebettet im digitalen Medium, und dieses dringt immer stärker in unseren Leib und unser Leben ein, ohne letztlich die Opazität menschlicher Leiblichkeit und die Endlichkeit menschlichen Existierens aufheben zu können. Diese Durchdringung verursacht nicht nur neue Formen des Krank- und Gesundseins, sondern es verändert auch das Arzt-Patient-Verhältnis und das ärztliche Selbstverständnis, worauf jetzt umrisshaft eingegangen werden soll.

Wandel der Medizin

Die obige Beschreibung heutiger Informationsgesellschaften beansprucht nicht vollständig zu sein, zeigt aber doch klar, dass sie auch zu einem Wandel der Medizin führen muss. Die digitalen Medien werden immer mehr zu einem entscheidenden Lebens- und Leidensfaktor.⁵ Eine künftige Pathologie der Informationsgesellschaften müsste sowohl leiblich-seelische als auch existenzielle Aspekte umfassen. Sie ist Voraussetzung für eine Änderung des aus dem 20. Jahrhundert stammenden Selbstbildes des Arztes/der Ärztin und des Patienten. Die Informationsgesellschaften befinden sich am Anfang eines Weges, ohne genau zu wissen, ob die eine oder andere Richtung besser wäre, nicht

zuletzt, weil die durch Digitalisierung und Biotechnologien ermöglichten lokalen und globalen Wechselwirkungen sich kaum in ihren konkreten Auswirkungen im Voraus ahnen und bewerten lassen.

Georg Marckmann, von der Abteilung für medizinische Ethik der Universität Tübingen und Kenneth Goodman, Direktor des Bioethik-Programms der University of Miami, stellen folgende Fragen im Zusammenhang mit der Zukunft der Medizin und des Arzt-Patienten-Verhältnisses in einer von der digitalen Technologie geprägten Kultur:

- Was lassen sich Informationssysteme über Gesundheit auf geeignete Art und Weise anwenden?
- Wer sollte derartige Systeme nutzen?
- Welche Vorteile und welche Risiken bergen diese Technologien für den Patienten?
- Inwiefern ändert die Informationstechnologie die Beziehungen zwischen Arzt und Patient?
- Inwieweit verändert sich (auch künftig) die ärztliche Entscheidungsfindung?
- Inwiefern verändern digitale Informationstechnologien die Konstruktion von Körper und Krankheit aus medizinischer Sicht?⁶

Die letzte Frage bezieht sich auf die Konstruktion des menschlichen Körpers im Sinne von Körper („body“) und Leib („embodiment“). Die digitale Informationstechnologie ermöglicht nämlich eine Konstruktion des Leibes als digital erfassbare Daten („body as data“). Diese Fragen bestimmen den Bereich dessen, was ich als Medizin 2.0 bezeichne, d. h. einen Paradigmenwandel derselben, auch bezüglich der Auffassung des menschlichen Leibes als Forschungsgegenstand mittels digitaler Technologien und die entsprechenden Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit. Beginnen wir zunächst mit der Darstellung einiger Auswirkungen der oben beschriebenen Merkmale von Informationsgesellschaften auf die Medizin.

Informationsüberflutung im medizinischen Bereich

Informationsüberflutung ist ein Phänomen,

das Ärzte, Patienten und auch die medizinische Forschung selbst angeht. Ärzte und Patienten stehen vor der paradoxen Situation einer Informationsfülle, etwa über eine bestimmte Krankheit, ohne jedoch die Datenfülle anhand des konkreten Falles differenzieren und selektionieren zu können. Das kann zu einer Verunsicherung und Fehlinformation des Patienten führen, aber auch zu einer Art Machtverlust des Arztes gegenüber dem gut informierten und selbstaufgeklärten Patienten.

In ähnlicher Weise wirkt sich die Informationsflut in der Forschung und medizinischen Praxis aus. Denken wir beispielsweise an die „evidence-based medicine“ (EBM), die tendenziell die Relevanz einer Information ausschließlich auf empirische Evidenz stützt und dabei möglicherweise wichtige Informationen in Form von Erzählungen, die aus der Lebenswelt des Patienten stammen – man könnte dementsprechend von „story-telling based medicine“ sprechen – verliert. Beide Methoden ergänzen sich gegenseitig, und sie lassen sich auch auf vielfältige Weise digital vermitteln.

Die Informationsüberflutung beeinflusst die medizinische Ausbildung, sowohl für Studenten als auch für Professoren, eine Situation, die sich fast überall in höheren Studien findet. Pharmaindustrie und ihre Partner wie Apotheken und selbst Ärzte werden sich immer mehr bewusst, wie komplex das digitale Umfeld mit seiner zweideutigen Fülle und seinem Auswahlzwang ist. Diese Situation beeinflusst notwendigerweise sowohl die Entscheidungsfindung des Arztes, wie auch die des Patienten.

Die Arzt-Patient-Beziehung

Als zweites wollen wir den Aspekt der Interaktivität betrachten, der die Beziehung zwischen Arzt und Patient sowohl in der Sprechstunde als auch im Krankenhaus direkt prägt. Für eine Generation, die im Umfeld interaktiver digitaler Informationsgesellschaften aufgewachsen ist, ist es beispielsweise kaum nachvollziehbar, dass ihnen in einem Krankenhaus kein interaktives Patienteninformationssystem angeboten wird. Schließ-

lich verstehen sich diese als mündige Patienten, als Partner, die erwarten, mit dem medizinischen Personal interaktiv in Kontakt treten zu können und Informationen über ihre Krankheit, den Genesungsprozess etc. zu bekommen. Was dieser Patient heute in seinem Zimmer vorfindet, ist bestenfalls ein Fernsehapparat. Denkt man an die vielfach geforderte Unterschrift einer informierten Zustimmung, stellt sich die Frage, was ein interaktives System für die Arzt-Patient-Beziehung bieten sollte, wie beispielsweise eine Selektion von relevanten, personenbezogenen Informationen in einer entsprechenden Qualität, die es dem Patienten erlaubt, von seinem Recht, wissen oder nicht wissen zu wollen, Gebrauch zu machen oder auch nicht.

Privatsphäre und Sicherheit

Es liegt auf der Hand, dass interaktive Prozesse eng mit der Privatsphäre und folglich mit allen auf die Sicherheit des Patienten bezogenen Aspekten verknüpft sind. Es geht also um Vermeidung einer Datennutzung *in böser Absicht* („security“) und um Fälle *unbemerkt* nachteiliger Folgen („safety“) – wobei sowohl das medizinische Personal wie auch die befassete Institution betroffen sind. Letztlich ist auch zu beachten, dass interaktive digitale Netze nun auch Beziehungen der Patienten untereinander ermöglichen, was einen positiven sozialen Rückhalt mit sich bringen kann (z. B. Selbsthilfegruppen), die aber paradoxerweise auch zu einer größeren Verwirrung führen können, etwa durch scheinbar ausreichende Informationen, die aber zu verfehlten praktischen Schlussfolgerungen führen können. Die Frage des Datenschutzes und der Datensicherheit sind jetzt und in Zukunft ein hoch sensibles medizinethisches, -rechtliches und -politisches Thema. Denn: Datenmanipulation kann sich nicht nur auf den Leib, sondern auch auf die gesamte Existenz des Patienten auswirken, vor allem sofern sie Teil einer externalisierten und digital-vernetzten Privatsphäre ist.⁷

Arzt und Patient im 21. Jahrhundert

Die verschiedenen Ausformungen von digitalen Informationsgesellschaften wirken sich auf das Selbstbewusstsein und Selbstverständnis des Arztes und auch des Patienten aus. Wie bereits festgehalten sind Patienten ebenfalls handelnde Personen, d. h. sie können und sollen sich angepasst an die Umstände und in entsprechendem Ausmaß aktiv einbringen. Natürlich gibt es auch den mehr oder weniger passiven oder ferngesteuerten Patienten, dessen Passivität von persönlichen Interessen, Situationen und Optionen abhängt. Genauso gibt es auch Ärzte, die ihr Wissen während des therapeutischen Prozesses nicht mit dem Patienten teilen und interaktive Momente auf die kurze tägliche Visite reduzieren wollen, möglichst nur, um die Unterschrift einer informierten Zustimmung zu erhalten, der ihre ärztliche Behandlungsermächtigung für allenfalls eintretende Eventualitäten erweitert bzw. dazu dient, zeitaufwändige und die Geduld strapazierende Diskussionen mit dem Patienten von vorneherein zu verhindern.

Personenbezogene Medizin

Die Digitaltechnik revolutioniert die medizinische Wissenschaft bereits seit Jahren im Bereich der Diagnostik und der Therapien. Im Zusammenhang mit der Nanomedizin geht man von einer Tendenz zu personenbezogener Medizin aus, wobei die Arzt-Patient-Beziehung mehr und mehr in Richtung Vorherrschaft des Patienten tendiert. Der Ausbau des autonom Handelnden kann freilich paradoxerweise eher zu Problemen statt zu Verbesserungen führen, da die Fähigkeiten des Patienten zu einer richtigen Interpretation der auf seinen Fall bezogenen Daten oft sehr beschränkt sind.⁸

Die Entwicklung der Medizin und der Arzt-Patient-Beziehung umfasst auch das Feld der Anwendung von Steuerungs- und Kontrollsystemen für leibliche Prozesse mit digitalen Implantaten, deren Auswirkungen zum Beispiel auf die Persönlichkeit eines Patienten gravierend sein können.⁹ Eine Überforderung durch Informationen bei mangeln-

der Klarheit der Daten könnte paradoxerweise eine Möglichkeit der Einschränkung der Patientenautonomie bedingen.¹⁰

Der menschliche Leib aus digitaler Perspektive

Abschließend wollen wir den Einfluss digitaler Informationsgesellschaften hinsichtlich der Auffassung des menschlichen Leibes und der Konzepte über Gesundheit und Krankheit bedenken. Unter der Prämisse der von mir oben angesprochenen digitalen Ontologie sind wir nur in der Lage, in dem Ausmaß etwas zu verstehen, in dem wir es in und aus dem digitalen Medium heraus betrachten können. Das bedeutet, dass der menschliche Leib wesentlich als ein Paket digital einsehbarer, durch digitale Methoden, Instrumente und/oder Netze manipulier- und steuerbarer Daten gesehen wird. Es ist einsichtig, dass das Auswirkungen auf die Beziehung der Medizin zum menschlichen Leib hat, die einen rechtlichen Schutz dieser Daten erfordern und die den „corpus“ des klassischen „*habeas corpus*“ in ein „*habeas data*“ umwandeln.¹¹ Diese digitale Sicht des menschlichen Leibes eröffnet auch Möglichkeiten zur Veränderung desselben, die über die medizinische Behandlung mittels digitaler Technik hinausgehen und verschiedene Formen der Hybridisierung von Leib und digitalen Bausteinen umfassen, wie z. B. digitale Implantate¹² und mögliche Verbesserungen („*enhancements*“) von empfindungs-, wahrnehmungs- und emotionsbezogenen Vorgängen. Der amerikanische Philosoph Don Ihde hat den Ausdruck „*bodies in technology*“ geprägt.¹³ Wir können von „*technology in bodies*“¹⁴ sprechen. Die Konzepte von Gesundheit und Krankheit werden ihrerseits als Informationsprozesse betrachtet.

Der menschliche Leib selbst wird nun nicht mehr als perfektionierbar angesehen im Rahmen bestimmter natürlicher, mehr oder weniger unveränderlicher Voraussetzungen mittels konventioneller Verfahren (wobei bestimmte Ideale und Vollkommenheitsvorstellungen epochen- und kulturbezogen veränderlich sind), sondern der Leib wird als ein dank digitaler Technologie z. B.

im Zusammenwirken mit der Molekularbiologie exakt nach individuellen Interessen zu entwerfendes Etwas betrachtet, wobei sich im Fall einer Vererbbarkeit solcher Umwandlungen evtl. Folgen für künftige Generationen ergeben können. Die aktuellen legalen Grenzen im Zusammenhang mit dem Verbot zu Veränderungen des menschlichen Genoms enthüllen diese Interaktionsmöglichkeiten zwischen biologischen Vorgängen, möglichen individuellen und sozialen Wünschen und der fortschrittlichen digitalen Technologie des 21. Jahrhunderts *ex negativo*.

Ausblick

Das Grundproblem digitaler Informationsgesellschaften liegt in einer rastlosen Vermehrung von digitalen Boten und Botschaften und deren möglichen Auswirkungen auf das Leben von Ärztinnen, Ärzten und Patienten in den, wie ich sie nennen möchte, *message societies*. Das ist eine dystopische Sicht der Informationsgesellschaften, die sowohl utopische als auch heterotopische Alternativen voraussetzt oder hervorruft.¹⁵ In beiden Fällen können und sollten Ärztinnen und Ärzte eine ethisch-kritische Sicht einnehmen, zum einen um auf mögliche Illusionen bezüglich der Perfektibilität des menschlichen Leibes und Lebens aufmerksam zu machen. Man denke zum Beispiel an den heutigen *Hype* des sog. Transhumanismus mit seinen vielfältigen Glücksversprechungen über *enhancements* aller Art.¹⁶ Zum anderen aber ist es eine ethische Pflicht, sowohl der Präventivmedizin als auch der Therapeutik, auf Orte und Zeiten außerhalb des *mainstream* der Informationsgesellschaften hinzuweisen, die dem Patienten erlauben, von ihrer rastlosen Boten- und Botschaftsflut, heterochronisch und heterotopisch Abstand zu nehmen.

Wir müssen uns digital-freie Räume und Zeiten leisten. Miriam Meckel spricht mit Recht vom „Glück der Unerreichbarkeit“.¹⁷ Ohne individuelle und soziale Lebensstrategien des Widerstands gegen den Bio- und Infotech-Terrorismus des Glücks werden wir wohl den Anforderungen und Wuche-

rungen der *message societies* im 21. Jahrhundert nicht gewachsen sein, weder als Patienten noch als Ärztinnen oder Ärzte. Das gilt ganz besonders in Bezug auf die Auswirkungen digitaler Informationstechnologien auf die ältere Generation.¹⁸ Es gehört zu den berufsethischen Verpflichtungen einer Ärztin und eines Arztes im 21. Jahrhundert dazu beizutragen, dass diese möglichen psychischen und leiblichen Auswirkungen thematisiert und offen in der Arztpraxis erörtert werden.

Katherine Hayles spricht in Anschluss an Michel Foucault von „embodiment“ im Sinne eines leiblichen und existenziellen Eingebettetseins in einem nicht völlig beherrschbaren oder rational steuerbaren Prozess, im Gegensatz zu „body“ als bloßes Vorhandensein eines Körpers.¹⁹ Dieser Unterscheidung liegt auch der von Franck erwähnten Phänomenologie zugrunde sowie dem vom Schweizer Psychiater Medard Boss zusammen mit Martin Heidegger erarbeiteten „Grundriss der Medizin und der Psychologie“.²⁰ Dabei wird vor allem ersichtlich, dass wir leiblich mit anderen eine Welt, d. h. ein Netz von Bedeutungs- und Verweisungszusammenhängen, teilen, so dass vom Da eines isolierten Menschen, wie Franck irrtümlicherweise mit Bezug auf Heidegger behauptet, keine Rede sein kann.²¹ Eine Fortschreibung und Aktualisierung des Ansatzes von Medard Boss, der sich ausdrücklich auf die „moderne Industrie-Gesellschaft“ bezieht, und der von ihm gegründeten Schule der Daseinsanalyse wäre in Bezug auf digitale Informationsgesellschaften dringend notwendig. Dabei müsste gezeigt werden:

- welche möglichen hypertrophen Formen des Leiblich-Seins, des Sich-Einräumens und des Sich-Zeitigens des heutigen digitalen bzw. hybriden In-der-Welt-Seins es gibt,
- welche Störungen durch eben diese hybride Welt im Gestimmt-Sein des Menschen auftreten,
- und ob und wie die digitale Weltvernetzung das Offenständigsein und die Freiheit des „Daseins“ fördert oder beeinträchtigt.

Ich stimme dem Ansatz von Alice Holzhey-Kunz, einer kritischen Schülerin von Medard Boss, zu, wenn sie schreibt, dass das Leibliche sowohl „vernehmend-offener Art“ ist als auch eine „Eigenständigkeit und Eigengesetzlichkeit“ hat.²² Auf diese Eigengesetzlichkeit leiblicher Prozesse zu achten, ist eine ethische Pflicht des medizinischen Berufs. Zugleich aber müssen Ärztinnen und Ärzte darauf achten, dass die lebensweltliche Einbettung solcher Prozesse nicht aus dem Blick verloren geht, zumal, wenn die Lebenswelt aufgrund ihrer jetzigen und künftigen Hybridität mit den digitalen Informationstechnologien eine direkte oder indirekte Aus- und Einwirkung auf die autonom verlaufenden Lebensprozesse hat. Dies gilt genauso für den Zusammenhang zwischen den leiblichen, den psychischen und den existenziellen Ebenen eines Patienten. Wir müssen, schreibt Holzhey-Kunz, „nicht die Krankheit, sondern den kranken Menschen ins Zentrum des therapeutischen Bemühens“ stellen.²³

Man kann noch weiter gehen und sagen: Wir müssen nicht nur den kranken Menschen, sondern die digitalen Informationsgesellschaften und deren verstopfte Informationsprozesse ins Zentrum der Medizin im 21. Jahrhundert stellen. Der Leib wird dann nicht bloß im Gegensatz zum Körper gesehen, sondern schließt sowohl autonom verlaufende organische Prozesse als auch einmalige kulturelle und historische Prägungen ein, die sich in ihrer Bedeutsamkeit nicht naturwissenschaftlich erschließen lassen.

Referenzen

- 1 Martin L. H., Gutman H., Hutton P. H. (Hrsg.), *Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault*, The University of Massachusetts Press, Amherst (1988), S. 18
- 2 Capurro R., *Leben im Informationszeitalter*, Akademie Verlag, Berlin (1995)
- 3 Capurro R., siehe Ref. 2
- 4 Faulhaber M., Zehle S. (Hrsg.), *Ethics of Waste in the Information Society*, *Int Rev Inf Ethics* (2009); 11: 1-2, <http://www.i-r-i-e.net/issue11.htm>
- 5 Dieser Artikel stellt eine Übersetzung, Überarbeitung und Aktualisierung des in Spanisch verfassten Aufsatzes des Autors: *Medicina 2.0, Reflexiones sobre una patología de la sociedad de la información*, *Humanitas* (2010); 47, dar (http://www.fundacionmhm.org/www-humanitas_es_numero47/revista.html).
- 6 Marckmann G., Goodman K. W., *Ethics of Information Technology in Healthcare*, *Int Rev Inf Ethics* (2006); 5: 1-5, hier: S. 3
- 7 Nagenborg M., El-Faddagh M., *Genetische Informationen: Eigentumsansprüche und Verfügbarkeit*, in: *Int Rev Inf Ethics* (2006); 5: 40-47, <http://www.i-r-i-e.net/issue5.htm>
- 8 EGE (European Group on Ethics in Science and New Technologies), *Ethical Aspects of Nanomedicine*, Opinion No. 21, EGE, Brussels (2007)
- 9 Clausen J., *Ethische Aspekte von Gehirn-Computer-Schnittstellen in motorischen Neuroprothesen*, *Int Rev Inf Ethics* (2006); 5: 25-32, <http://www.i-r-i-e.net/issue5.htm>
- Hildt E., *Electrodes in the brain: Some anthropological and ethical aspects of deep brain stimulation*, in: *Int Rev Inf Ethics* (2006); 5: 33-39, <http://www.i-r-i-e.net/issue5.htm>
- EGE (European Group on Ethics in Science and New Technologies), *Ethical Aspects of ICT Implants in the Human Body*, Opinion No. 20, EGE, Brussels (2005), http://ec.europa.eu/european_group_ethics/docs/avis20_en.pdf
- 10 EGE, siehe Ref. 9
- 11 EGE, siehe Ref. 9, S. 29
- 12 EGE, siehe Ref. 9
- 13 Ihde D., *Bodies in Technology*, The University of Minnesota Press, Minneapolis (2002)
- Capurro R., *Einführung in die Digitale Ontologie*, in: Banse G., Grundwald A. (Hrsg.), *Technik und Kultur. Bedingungen- und Beeinflussungsverhältnisse*, KIT Scientific Publishing, Karlsruhe, (2009); S. 217-228
- 14 EGE, siehe Ref. 9
- 15 Grimm P., Capurro R. (Hrsg.), *Informations- und Kommunikationsutopien*, Franz Steiner Verlag, Stuttgart (2008)
- 16 Schöne-Seifert B., Talbot D. (Hrsg.), *Enhancement. Die ethische Debatte*, Mentis Verlag, Paderborn (2009)
- 17 Meckel M., *Das Glück der Unerreichbarkeit. Wege aus der Kommunikationsfalle*, Murmann Verlag, Hamburg (2007)
- 18 Mordini E., Stacey M. (Hrsg.), *Including Seniors in the Information Society. 28 World Leading Expert Talks on Privacy, Ethics, Technology and Aging. With a Foreword by Viviane Reding*, CIC Edizioni Internazionali, Rom (2008)
- 19 Hayles N. K., *How We Became Posthuman. Virtual Bodies in Cybernetics, Literature, and Informatics*, The University of Chicago Press, Chicago (1999), S. 193 ff.
- 20 Boss M., *Grundriss der Medizin und der Psychologie. An-*

sätze zu einer phänomenologischen Physiologie, Pathologie, Therapie und zu einer daseinsgemäßen Präventiv-Medizin in der modernen Industrie-Gesellschaft, Huber Verlag, Bern (1975)

- 21 Franck G., *Ökonomie der Aufmerksamkeit. Ein Entwurf*, Hanser Verlag, München (1998), S. 244
- 22 Holzhey-Kunz A., *Leiden am Dasein. Die Daseinsanalyse und die Aufgabe einer Hermeneutik psychopathologischer Phänomene*, Passagen Verlag, Wien (2001), S. 64
- 23 Holzhey-Kunz A., siehe Ref. 22, S. 65

Eckhard Beubler

Polypragmasie: Bringt E-Health die Lösung?

Polypragmasia: Will E-Health Yield a Solution?

Zusammenfassung

Arzneimittel haben seltener verlässliche Wirkungen als erhofft und häufiger Nebenwirkungen als erwartet. Werden mehrere Arzneimittel gleichzeitig genommen (Polypragmasie), steigt die Anzahl möglicher Nebenwirkungen und je nach Kombination durchaus in entgegengesetzte Richtungen, z. B. Blutung respektive Thrombose. Elektronische Karteien zur Entdeckung wichtiger Wechselwirkungen sind nur so verlässlich, als die Informationsinhalte der einzelnen Arzneimittel regelmäßig ergänzt werden. Dies ist vor allem bei älteren Arzneimitteln häufig nicht der Fall, es bleiben entsprechende Lücken. Elektronische Überwachung von Arzneiverordnungen können sicher häufige, schwerwiegende und gut bekannte Wechselwirkungen verhindern. Sicher verhindert werden können elektronisch auch Doppelverschreibungen, die aufgrund der unzähligen Generika auf dem Markt an Häufigkeit zunehmen.

Schlüsselwörter: Arzneimittelwechselwirkungen, E-Card, Generika

Abstract

Most prescription drugs are less reliable and have more unwanted side effects than anticipated. Such side effects are further potentiated when more than one drug is prescribed (polypragmasia), thus leading to an increase in unwanted side-effects. Combination of certain drugs in dependence of the second drug may even lead to opposite side effects like bleeding or thrombosis. Databases monitoring unwanted side-effects due to combination of drugs are only of use when they are updated on a regular basis. Especially for "older" drugs, updates on combinatorial side-effects are missing, thus often leaving open gaps. Hence, it is mandatory that such databases are updated on a regular basis to prevent common and severe combinatorial drug side effects. In addition, the maintenance of such a database will also be able to prevent double-subscriptions, which are on the rise due to the many generics currently flooding the market.

Keywords: Drug-Drug Interactions, E-Card, Generics

Univ.-Prof. Mag. Dr. Eckhard Beubler, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie der Medizinischen Universität Graz, Universitätsplatz 4, A-8010 Graz
Eckhard.Beubler@medunigraz.at

Erwünschte und unerwünschte Nebenwirkungen

In unserer mechanistisch orientierten Zeit sollen Arzneimittel möglichst rasch und sicher alle körperlichen und seelischen Veränderungen korrigieren bzw. ausmerzen, die Lebensstil und Überfluss über viele Jahre hinterlassen. Dabei wird die Wirkpotenz vieler Arzneimittel gehörig überschätzt, die Gefährlichkeit hingegen häufig unterschätzt. Arzneimittel werden dem Gesunden verordnet, um Krankheiten fernzuhalten, wie z. B. Statine, um einen Herzinfarkt zu verhindern, oder sie sollen Symptome bestehender Erkrankungen positiv beeinflussen wie z. B. Paracetamol, das bei Grippe das Fieber senkt und Gliederschmerzen erträglich macht. Statine werden 149 Personen vergeblich nehmen, erst der 150ste wird geschützt sein, während eine Änderung der Lebensgewohnheiten wie Ernährung und Bewegung für nahezu alle von Vorteil wäre.¹ Unabhängig von Paracetamol wird die Grippe anhalten, bis das Immunsystem die Viren vernichtet. Insulin verlängert das Leben des Diabetikers, geheilt wird er damit nicht. Arzneimittel senken einen erhöhten Blutdruck, stärken ein schwaches Herz oder erleichtern dem Asthmatiker das Atmen – solange sie eingenommen werden. Eine endgültige Heilung einer Erkrankung erreichen nur Antibiotika, denn sie töten die Erreger der Infektion, wirken aber nicht auf den menschlichen Organismus ein. Arzneimittel haben die Eigenschaft, gewünschte Wirkungen zu vermitteln und unerwünschte Wirkungen herbeizuführen. Die neuen Mittel gegen Depression hemmen ein Transporteiweiß für Serotonin an Nervenendigungen im Zentralnervensystem, Serotonin verschwindet langsamer, und es steht mehr Serotonin zur Verfügung, die Stimmung wird verbessert. Der gleiche Transporter soll auch Serotonin in die Blutplättchen befördern. Wird er gehemmt, können die Plättchen nicht verklumpen, und eine Blutung droht.² Derselbe Mechanismus führt also zur erwünschten und unerwünschten Wirkung.

Spezifische Nebenwirkungen sind demnach

über den Wirkungsmechanismus des Arzneimittels erklärbar, dosisabhängig und treten ab einer gewissen Dosis bei jedem behandelten Menschen auf. Betablocker, auch sogenannte selektive, die zur Blutdrucksenkung eingenommen werden, blockieren auch Betarezeptoren in den Bronchien und führen zur Erhöhung des Atemwegswiderstandes. Sie blockieren auch Betarezeptoren, die im Stoffwechsel eine Rolle spielen und vermindern so die Glycogenolyse.³ Diese unerwünschten Wirkungen sind also besonders bei Asthmapatienten bzw. bei Diabetikern zu beachten. Zu den spezifischen Nebenwirkungen von Arzneimitteln gehören auch irreversible Schädigungen von Organen wie z. B. eine Nierenschädigung durch Langzeiteinnahme von Antirheumatika oder irreversible Bewegungsstörungen durch Langzeiteinnahme von klassischen Antipsychotika. Spezifisch sind auch sekundäre Nebenwirkungen wie Durchfälle aufgrund der Zerstörung der Darmflora bei einer Antibiotika-Therapie. In den genannten Beispielen geht es immer nur um ein Arzneimittel, und die unerwünschte Wirkung ist vorhersehbar.

Mangel an fachübergreifenden Guidelines

Ein Patient verlässt heute aber im Durchschnitt mit 4,5 Arzneimitteln das Krankenhaus. 12 bis 15 Arzneimittel pro Patient sind aber auch keine Seltenheit. Die Ärzte müssen den zahlreichen Diagnosen, die vor allem bei älteren Patienten gestellt werden, Rechnung tragen und entsprechend den Guide Lines der spezifischen Fachgesellschaften Therapien einleiten. Aus Mangel an fachübergreifenden Guide Lines kommt es zur Verordnung zu vieler Arzneimittel, und die Abstimmung untereinander unterbleibt. Arzneimittel, die allein eingenommen, kaum Nebenwirkungen zeigen, können, in Kombination mit anderen, bemerkenswerte und zum Teil gefährliche Nebenwirkungen erzeugen.

Zur Erläuterung einige Beispiele möglicher Wechselwirkungen: Eine der am häufigsten verordneten Arzneimittelgruppen sind Magenschutzpräparate vom Typ Protonenpumpenhemmer (PPI). Diese neuen Magenschutzpräparate haben

kaum Nebenwirkungen. Nimmt der Patient aber gleichzeitig ein Arzneimittel zur Hemmung der Blutgerinnung, ein sogenanntes Cumarin (z. B. Marcoumar), so wird dieses, in Gegenwart des Magenschutzpräparates, langsamer in der Leber abgebaut, seine Wirkung nimmt dadurch zu. Die Folge könnte eine schwere Blutung sein.⁴ Andererseits kann dasselbe Magenschutzpräparat die Aktivierung von Clopidrogrel (z. B. Plavix) verhindern, das die Aggregation der Blutplättchen hemmen soll. Damit wird dessen Wirkung verhindert, eine Thrombose könnte die Folge sein.⁵ Ein und dasselbe Arzneimittel also, das allein verabreicht ein völlig harmloser Magenschutz ist, könnte in Kombination mit einem Präparat eine Blutung und in Kombination mit einem anderen Präparat das Gegenteil, nämlich eine Thrombose hervorrufen.

Die sogenannten Benzodiazepine sind heute die am meisten verwendeten Beruhigungsmittel und Schlafmittel und werden in Abhängigkeit ihrer Wirkungsdauer als Tagessedativa oder eben als Schlafmittel eingesetzt. Sie werden im Körper abgebaut und verlieren damit ihre Wirkung. Protonenpumpenhemmer blockieren den Abbau von einigen Benzodiazepinen, diese wirken länger als erwartet, in der Folge können Stürze oder Unfälle auftreten.⁶ Drastische Wechselwirkungen gibt es mit dem sehr kurz wirksamen Benzodiazepin, Midazolam, das intraoperativ zur Bewusstseinsausschaltung des Patienten eingesetzt wird. Steht der Patient unter antiepileptischer Behandlung mit Carbamazepin werden die das Midazolam abbauenden Enzyme induziert, und das Mittel wirkt überhaupt nicht: Der Patient wird bei vollem Bewusstsein operiert (was schon der Fall war). Im Gegensatz dazu würde ein Arzneimittel aus der Gruppe der Makrolidantibiotika aber den Abbau von Midazolam hemmen und der Patient in der Folge nicht aufwachen.

Jetzt noch ein Beispiel zu überschätzten Arzneimittelwirkungen: Weit verbreitet ist heute die prophylaktische Einnahme von Aspirin, um Schlaganfall und Herzinfarkt zu verhindern. Für Risikopatienten mag das noch einen Sinn erge-

ben, und Patienten, die schon einen Infarkt hatten, sind gut beraten, Aspirin täglich einzunehmen. Gesunde Menschen aber hätten keinen Profit davon: 2000 Personen müssten ein Jahr lang täglich Aspirin einnehmen, um einen Herzinfarkt zu verhindern.⁷ Einer von 50 jedoch entwickelt bei dieser Behandlung eine schwere Blutung.⁸ Der prophylaktische Effekt wird also durch eine häufig auftretende Nebenwirkung aufgehoben. Eine Reihe auch sehr oft verordneter Arzneimittel könnten diese Gefahr schwerer Blutungen durch Aspirin-Gabe noch verstärken wie z. B. entzündungshemmende Schmerzmittel (Antirheumatika), Antidepressiva vom Typ Serotonin-Rückaufnahmehemmer (SSRI)⁹ oder gerinnungshemmende Arzneimittel. In allen Beispielen war hier immer nur die Rede von zwei Arzneimitteln, zugleich eingenommen. Unser Fachwissen und unsere Phantasie reichen nicht aus, abzuwägen, was passiert, wenn ein Patient über 12 Arzneimittel einnimmt. Bei über 20% der Patienten ist das aber laut Statistik der Krankenkassen der Fall. Die Kunst des Arztes also besteht darin, mit einer sorgfältigen Auswahl der wichtigsten Arzneimittel die Lebensqualität eines Menschen zu verbessern und sie nicht durch Gabe von zu vielen Arzneimitteln zu verringern.

Wechselwirkungskarteien: Kein automatisches Update

Allen in dem System Tätigen ist aber klar, dass das nicht immer möglich ist, zumal die Guide Lines der einzelnen Fachdisziplinen die Ärzte zwingen, vorliegende Erkrankungen mit den entsprechenden Arzneimitteln zu behandeln. Man denke sich einen Patienten von 70 Jahren, Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes, fortschreitendem Parkinsonismus und chronischer Herzinsuffizienz. Unter 10 Arzneimitteln wird der Arzt hier nicht auskommen. Welche Möglichkeiten hat der Behandler nun, die gegenseitige Beeinflussung der Arzneimittel hinsichtlich Wirkung, Wirkungsdauer, Abbau und Ausscheidungsgeschwindigkeit usw. zu beurteilen? Ohne computerisierte Wechselwirkungskar-

teien sind solche Beurteilungen heute unmöglich, doch auch die besten Wechselwirkungskarteien sind nur so vollständig, wie die Fachinformationen der einzelnen Arzneimittel vollständig hinsichtlich Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sind. Neue Arzneimittel müssen hinsichtlich Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln dem heutigen Stand der Wissenschaft entsprechen. Die Fachinformation älterer Arzneimittel wird aber im Großen und Ganzen dem Stand der Wissenschaft der Zeit entsprechen, zu der sie erstmals zugelassen wurden. Ergänzungen der Fachinformation erfolgen danach, wenn drastische Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen und neue Erkenntnisse eine Änderung erfordern. Ein automatisches „updaten“ der Fachinformation ist aber nicht die Regel. Ein Beispiel soll diesen Umstand erläutern: Bei einem eben erst zugelassenen Arzneimittel, dem Aliskiren, Handelsname Rasilez, ist in der Fachinformation der Absatz über Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sehr lang. So wird auch auf die sogenannten ABC-Transportproteine und die Wechselwirkungen, die auf Beeinflussung dieser Proteine beruhen, Bezug genommen.¹⁰ Arzneimittel, die diese Transportproteine hemmen, können die Resorption des gegenständlichen Arzneimittels verfünffachen, andere Arzneimittel, die diese Transportproteine induzieren, können die Resorption des gegenständlichen Arzneimittels komplett hemmen. Der behandelnde Arzt wird über die Wechselwirkungskartei auf diesen Umstand aufmerksam gemacht und kann entsprechend die Dosierung verändern. Der Arzneistoff Verapamil, ein Kalziumantagonist, lange Zeit in der Hochdrucktherapie und bei Herzrhythmusstörungen eingesetzt, ist ein bekannter Hemmer des Transportproteins, von dem hier die Rede ist (P-Glycoprotein). In der experimentellen Forschung wird Verapamil als Modellsubstanz eingesetzt, um Einfluss von P-Glycoprotein auf die Resorption bzw. auf das Eintreten anderer Stoffe ins Gehirn zu beurteilen. Verapamil wurde 1964 erstmals zugelassen, die Transportproteine waren damals unbekannt. 2006

wurde die Fachinformation letztmals geändert, die Transportproteine waren schon längst bekannt, in der Fachinformation werden sie mit keinem Satz erwähnt. Das ist auch heute im Jahr 2010 noch so der Fall. Der Hersteller des Originalpräparates hat kein Interesse, Geld freiwillig in weitere Forschungen dieses Arzneimittels zu stecken, da die Ärzte Verapamil als Generikum verschreiben (müssen). Die Hersteller der Verapamil Generika werden freiwillig auch keine Forschungen durchführen. Die Wechselwirkung zwischen Verapamil und den P-Glycoprotein-Substraten werden also weiterhin in Wechselwirkungskarteien nicht auftauchen.

Aber auch bei neueren Arzneimitteln wird man in der Interaktionskartei nicht alle relevanten Wechselwirkungen entdecken, welche aber in der wissenschaftlichen Literatur zugänglich wären. So hemmen die Antiemetika, Tropisetron bzw. Granisetron, die analgetische Wirkung von Paracetamol komplett.¹¹ Für ein krebserkranktes Kind, das wegen seiner Chemotherapie ein Antiemetikum bekommt und als einzige Schmerztherapie Paracetamol erhält, ist das fatal. Der Arzt wird ihm seine Schmerzen nicht glauben, die Interaktionskartei schweigt sich aus.

Generika und die Gefahr der Doppelverschreibung

Hier ist eine große Gefahr der Zulassung von Generika verborgen, deren Erzeuger naturgemäß kein Interesse an neuen Erkenntnissen haben. Das Arzneimittel, längstens eingeführt und bekannt, verkauft sich auch ohne Forschung, ja auch ohne besonderen Werbeaufwand. Der Entwickler des Originalpräparates steckt sein Geld auch lieber in Neuentwicklungen als ein Präparat zu beforschen, mit dem die Generika-Erzeuger ihr Geschäft machen. Wer übernimmt aber die Verantwortung für diesen Stillstand?

In einer sorgfältigen Publikation aus Schweden wurde ermittelt, dass 3,1% aller Todesfälle auf Arzneimittelneben- oder Wechselwirkungen zurückzuführen sind: von den 1520 Fällen also 49 Todesfälle.¹² Nur in einem der genannten Fälle hat der Arzt

auf einen Zusammenhang mit den verschriebenen Arzneimitteln hingewiesen. Krass ausgedrückt haben die nach den Guide Lines verordneten Arzneimittel zur Lebenszeit- und Qualitätsverlängerung das Leben der Betroffenen verkürzt. In 74% dieser Todesfälle waren es Blutungen, die zum Tod führten, verursacht durch Arzneimittel wie: Thrombozytenaggregationshemmer, nicht-steroidale Antirheumatika und Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, meist in Kombination miteinander. Ein elektronisches Überwachungssystem hätte längst Alarm geschlagen und verstärkte Kontrolle gefordert. Die Forschungsergebnisse dieser schwedischen Gruppe lassen sich gut auf Österreich übertragen, zumal arzneimittelbedingte Todesfälle von unseren Pathologen nicht gesucht werden.

Beim Probelauf des Arzneimittelsicherheitsgurtes im Bundesland Salzburg wurde in wenigen Monaten die Hyperkaliämie als häufige Interaktions-Komplikation erkannt, viele Patienten wurden vor der konsequenterweise folgenden Nierenschädigung bewahrt. Durchaus gängige Arzneimittel aus der „state of the art“ Palette können in Kombination eine Hyperkaliämie nach sich ziehen: ACE-Hemmer, kaliumsparende Diuretika, Angiotensin-Antagonisten (Sartane) und Antirheumatika. Die resultierende Dialyse-Pflichtigkeit dieser Patienten kostet ein Vermögen im Vergleich zu regelmäßigen Kalium-Messungen, die nicht in allen Bundesländern von der Krankenkasse bezahlt werden. Die elektronische Überwachung von Arzneimittelkombinationen wäre also nur dann ein Schutz, wenn vernünftige Analysen daran gekoppelt sind.

Zurück zu den Generika: Es ist keine Seltenheit, dass Arzneistoffe heute in 10, 20 und mehr „Verkleidungen“ auf dem Markt kommen. Ein und derselbe Arzneistoff kann also unter vielen Namen verordnet werden, die ein verschreibender Arzt unmöglich alle kennen kann. Die Folge sind Doppelverschreibungen. Ein gewissenhafter Patient würde von diesem Arzneimittel zu hohe Dosen einnehmen. Vor allem in Kombination mit mehre-

ren anderen Arzneimitteln könnte das üble Folgen haben. Hier wäre eine elektronische Überwachung außerordentlich hilfreich, der Doppelverordnung wäre ein Riegel vorgeschoben.

Das ungelöste Problem der Compliance

Ein ungelöstes Problem bleibt aber die Compliance, die die Disziplin des Patienten bezeichnet, verordnete Arzneimittel entsprechend der Anweisung des Arztes einzunehmen. Laut WHO beträgt die Compliance bei über fünf Arzneimitteln pro Patient nur mehr 50%. Tauchen für den Patienten Arzneimitteln unter anderem Namen, anderer Verpackung, anderer Form und Farbe auf, so ist nicht zu erwarten, dass die Compliance verbessert wird. Zur Behandlung akuter Befindlichkeitsstörungen wird der Patient auch Arzneimittel einnehmen, die er bisher nicht gekannt hat. Ein Patient, der chronisch-prophylaktisch Arzneimittel einnehmen muss, wird möglicherweise bei Umstellung auf Generika die neuen, unbekanntenen Arzneimittel weglassen. Hier ist auch ein enormer Kostenfaktor involviert. Kästchen und Laden sind ohnehin schon gefüllt von verschriebenen, bezogenen, aber nicht genommenen Arzneimitteln. Die teuersten Arzneimittel sind zweifellos die nicht eingenommenen, jedenfalls aus der Sicht derer, die diese Arzneimittel mitfinanzieren müssen. Für den Patienten selbst mag es von Vorteil sein, das eine oder andere Arzneimittel nicht zu schlucken, nur fehlt ihm das Fachwissen für die Auswahl der optimalen Kombination. Hier wird auch ein elektronisches Überwachungssystem nicht viel ausrichten, es sei denn, der Patient belohnt das Interesse, das man für ihn bekundet, mit einer besseren Einnahmedisziplin. Bei der chronischen Arzneimittelleinnahme ist aber auch diese Disziplin vergänglich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei einer bestehenden Polypragmasie Wechselwirkungen, soweit sie dem verwendeten System bekannt sind, elektronisch ausgeschaltet werden und Mehrfachverordnungen mit hoher Sicherheit vermieden werden können. Die Compliance, vor al-

lem was chronisch – prophylaktische Arzneimittel betrifft, wird sich auch durch den Einsatz elektronischer Überwachungssysteme nicht nennenswert verbessern. Für viele Patienten würde letztlich der Verzicht auf die Anwendung von „Evidence-based medicine“ um jeden Preis die Lebensqualität erheblich verbessern.

Referenzen

- 1 Collins R. et al., *MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebocontrolled trial*, *Lancet* (2002); 360: 7-22
- 2 Hergovich N. et al., *Paroxetine decreases platelet serotonin storage and platelet function in human beings*, *Clin Pharmacol Ther* (2000); 68: 435-442
- 3 Mutschler E. et al., *Mutschler Arzneimittelwirkungen*, 9. Auflage, WVG, Stuttgart (2008)
- 4 Labenz J., *A summary of Food and Drug Administration-reported adverse events and drug interactions occurring during therapy with omeprazole, lansoprazole and pantoprazole*, *Aliment Pharmacol Ther* (2003); 17: 1015
- 5 Alban S. et al., *Klinisch relevante Interaktion zwischen Clopidogrel und PPI*, *Österr. Apotheker-Zeitung* (2009); 63: 595
- 6 Gerson L. B., *Proton pump inhibitors and their drug interactions: an evidence-based approach*, *Eur J Gastroenterol Hepatol* (2001); 13: 611
- 7 Hansson L. et al., *Aspirin for primary prevention of cardiovascular disease?*, *Drug Ther Bull* (2009); 47: 122-125
- 8 Taha A. S. Et al., *Famotidine for the prevention of peptic ulcers and oesophagitis in patients taking low-dose aspirin (FAMOUS): a phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled trial*, *Lancet* (2009); 374: 119-125
- 9 de Abajo F. J. et al., *Association between selective serotonin reuptake inhibitors and upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study*, *Br Med J* (1999); 319: 1106-1109
- 10 Linnet K. et al., *A review on the impact of P-glycoprotein on the penetration of drugs into the brain. Focus on psychotropic drugs*, *Eur Neuropsychopharmacology* (2008); 18: 157-169
- 11 Pickering G. et al., *Analgesic effect of acetaminophen in humans: first evidence of a central serotonergic mechanism*, *Clin Pharmacol Ther* (2006); 79: 371-378
- 12 Wester K. et al., *Incidence of fatal adverse drug reactions: a population based study*, *Br J Clin Pharmacol* (2007); 65: 573-579

Klaus Schindelwig

E-Health aus Sicht der Krankenanstalt

E-Health – the Hospital's View

Zusammenfassung

Zunächst wird versucht eine Begriffsklärung für E-Health zu finden, wobei sich als Ergebnis heraus stellt, dass es sich bei E-Health weniger um einen Wissenschaftsbegriff, sondern mehr um einen Modebegriff handelt, der als Überbegriff für Projekte verwendet wird. Anschließend wird der Frage nachgegangen, was eine „E-Health-Krankenanstalt“ von einer „Krankenanstalt ohne E-Health“ unterscheidet und ob es von Nutzen ist, E-Health in einer Krankenanstalt verstärkt einzusetzen. Dabei wird vorgeschlagen, dass zuerst mittels Strategiefindungsprozess Klarheit über die Ziele erlangt werden soll, die erreicht werden sollen und es wird auf die Besonderheiten von E-Health-Projekten eingegangen, insbesondere auf die Erhöhung des Sicherheitsaspektes, den steigenden Dokumentationsaufwand und die speziellen Datenschutzanforderungen, speziell jene für ein geeignetes Berechtigungssystem. Zum Abschluss wird ein Zukunftsbild gezeichnet, E-Health als Second Life – Mein E-Health-Avatar.

Schlüsselwörter: E-Health, Datenschutz, Elektronisches Vergessen, E-Health-Avatar

Abstract

Looking at definitions for eHealth one has to recognize that the term eHealth is often more a fashionable term being used to characterize certain projects than a well defined scientific concept. Furthermore, the question is being investigated, how an “eHealth Hospital” differs from a “Non-eHealth Hospital”, especially focusing on whether the application of eHealth technologies brings any benefit for a health provider. It will be shown that it is necessary to gain clarity about the goals to be achieved by eHealth via a strategy-finding process and afterwards a closer look at peculiarities of eHealth projects will be taken, such as an improved data security and privacy level, a role based secure access to the system and the constantly increasing need for documentation in our healthcare system. Finally a future state will be developed, implementing eHealth as a kind of Second Life with a patient represented by an eHealth Avatar that could deliver possible future health scenarios for a certain person.

Keywords: E-Health, Privacy, Unimpossibility of Electronics Assembly to Unlearn Something, E-Health Avatar

Mag. Klaus Schindelwig, MSc.
Personalsysteme, Datenschutz, TILAK GmbH
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck
Klaus.Schindelwig@tilak.at

Begriffsklärung

Bevor E-Health an Krankenanstalten eingesetzt werden kann, stellt sich zuerst die Frage, was unter E-Health zu verstehen ist und wo die Neuerungen zu den bisherigen Gesundheitsversorgungen bzw. Krankheitsbehandlungen liegen.

Steht das „e“ nur für den Wechsel von konventionellen Arbeitsmethoden zu elektronisch unterstützten Arbeitsabläufen, oder versteckt sich dahinter mehr? Soll damit eine neue Lebenseinstellung, ja ein neues Gesundheitsbewusstsein zum Ausdruck gebracht werden oder steht „e“ für eine Marketingmaßnahme, um alten Wein in neuen Schläuchen zu verkaufen? Wird sich der Begriff E-Health im Sprachgebrauch bald abgenutzt haben und durch einen anderen Kunstbegriff wie „Virtual Health“ oder „Future-Health“ ersetzt werden? Oder wird der Begriff geschärft werden und Eingang in den fixen Sprachgebrauch finden?

Derzeit wird sich nicht leugnen lassen, dass E-Health weniger einen Wissenschaftsbegriff, sondern mehr einen Modebegriff darstellt. War vor einigen Jahren noch überall von Telemedizin die Rede, so ist dieser Begriff außer Mode gekommen und durch E-Health ersetzt worden, obwohl die darunter verstandenen Projekte oft dieselben geblieben sind.

Dementsprechend liest sich auch die im Jahr 2005 auf der 58. World Health Assembly der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellte Definition, die eigentlich eine Umschreibung darstellt, wonach *„E-Health den kostengünstigen und sicheren Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien beschreibt, um die allgemeine Gesundheit zu fördern“* – darin eingeschlossen sind die Unterstützung des Gesundheitssystems und der Gesundheitsberichterstattung, die Gesundheitsförderung sowie allgemein Wissen und Forschung.

E-Health lässt sich somit nicht klar definieren, sondern wird als Überbegriff für Projekte verwendet, die einer gewissen Zielsetzung folgen oder bestimmte Kriterien aufweisen.

E-Health-Krankenanstalten

Neben der Klärung, wofür E-Health nun wirklich steht, stellt sich für Krankenanstalten zunächst die Frage: Wieso soll eine Krankenanstalt Investitionen im Bereich E-Health tätigen und in welchem Verhältnis stehen die Investitionen zum erwarteten Nutzen? Was unterscheidet überhaupt eine „E-Health-Krankenanstalt“ von einer „Krankenanstalt ohne E-Health“? Sind es eine höhere Fortschrittsgläubigkeit, ein verstärkter IT-Einsatz oder eine höhere IT-Durchdringung, oder sind es eine bessere Patientenorientierung, eine effizientere und effektivere medizinische Behandlung und eine bessere Zusammenarbeit über intra- und extramurale Grenzen?

Ist es von Nutzen, E-Health in der eigenen Krankenanstalt verstärkt einzusetzen und somit zur E-Health-Krankenanstalt zu mutieren, oder ist es vielleicht doch geschickter konservativ zu agieren, um eventuelle Fehlinvestitionen zu vermeiden?

Je nach gewählter Fragestellung verschiebt sich automatisch der Focus der E-Health-Anwendung, nämlich vom technikorientierten Ansatz hin zum zielorientierten Ansatz.

Eine Krankenanstalt, die E-Health verstärkt einsetzen will, sollte zunächst in einem Strategiefindungsprozess Klarheit über die Ziele erlangen, die sie durch den Einsatz von E-Health-Projekten erreichen will.

Ein derartiger Zielfindungsprozess wurde auch von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe aus ganz Österreich mit Schwerpunkt Tirol² erarbeitet, als Ergebnis wurde die „Tiroler e-Health Strategie“ entwickelt. Dabei wurde anhand einer Zieldefinition festgesetzt, was mit e-Health³ erreicht werden soll:

„a) Wichtige medizinische Informationen sollen den behandelnden Ärzten (elektronisch) über die einzelnen Einrichtungen hinaus zugänglich gemacht werden. Eine Zusammenschau der relevanten Gesundheitsinformationen eines Patienten (z. B. Medikamente) soll ermöglicht, aber gleichzeitig durch ein entsprechendes Berechtigungssystem vor missbräuchlicher Verwendung geschützt werden.“

b) *Relevante Inhalte sollen bei Bedarf rasch zur Verfügung stehen, eine Informationsüberflutung aber gleichzeitig vermieden werden.*

c) *Der Bürger bzw. Patient soll selbst auf seine eigenen medizinischen Informationen zugreifen und zum Teil selbst Daten eingeben können (z. B. Blutdruckwerte).*

d) *In die genannten elektronischen Systeme sollen im Sinne von „Wissensmanagement“ auch Begleit- und Hilfsinformationen integriert werden können (z. B. Leitlinien, Standards und Erläuterungen).*

e) *Mit e-Health sollen durch Überwindung räumlicher Distanzen Gesundheitsdienstleistungen näher an den Patienten heran gebracht und eine flächendeckende medizinische Versorgung unterstützt werden (z. B. Tele-radiologie).“*

Ausgehend von solch einer Zieldefinition können dann geplante Projekte bewertet werden und diejenigen ausgewählt werden, die der Strategie am ehesten entsprechen.

Legt man sich im Anschluss an einen solchen Zielfindungsprozess auf mehrere E-Health-Projekte fest, so gilt es, bei der Umsetzung noch einige Besonderheiten zu beachten.

Zusatzanforderungen, die bei E-Health-Projekten auftreten

Eine Besonderheit besteht darin, dass bisherige Arbeitsabläufe bei einem Umstieg auf E-Health wesentlich kritischer hinterfragt werden und dadurch oft Mehraufwendungen entstehen. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen.

Erhöhung des Sicherheitsaspektes:

Früher war bzw. es ist immer noch Usus, dass bei einem Anruf eines niedergelassenen Arztes, der einen Arztbrief oder Befund wünscht, das Dokument ohne jede Identitätsprüfung an die angegebene Nummer gefaxt wird, obwohl damit ein erhebliches Sicherheitsrisiko verbunden ist. Der Anrufer könnte beispielsweise auch der Arbeitgeber und nicht der behandelnde Arzt sein. Trotzdem ist dieser Ablauf in den meisten Krankenanstalten Österreichs gelebte Praxis.

Beim Umstieg auf ein elektronisches System wird sofort der Sicherheitsaspekt in den Vordergrund gestellt. Es dürfen nur noch zwischen eindeutig identifizierten und berechtigten Personen verschlüsselt Daten übertragen werden. Weiters muss eine gesetzliche Grundlage als Rechtfertigung für die Übermittlung vorliegen oder, wenn diese nicht vorhanden ist, muss der Patient der Übermittlung zustimmen. Diese Zustimmung des Patienten hat die anfragende Person einzuholen und zu dokumentieren.

Durch diese Sicherheitsmaßnahmen ist das elektronische System viel besser vor Missbrauch geschützt, aber es entstehen dadurch auch Mehraufwendungen wie z. B. das Einholen der Einverständniserklärung der betroffenen Patienten, die den Usern erst vermittelt werden muss. Diese werden leider oft als bürokratischer Ballast betrachtet. Und dies, obwohl eigentlich nach der bestehenden Gesetzeslage in Österreich schon bisher Arztbriefe nur mit Einverständnis der Patienten übermittelt werden dürfen.⁴

Verstärkte Dokumentation aller Arbeitsschritte:

Transparenz und Nachvollziehbarkeit sind gern verwendete Begriffe, wenn Prozesse qualitätsgesichert werden sollen. Qualitätsgesicherte Prozesse werden im Rahmen von E-Health-Projekten als Selbstverständlichkeit betrachtet. Die nachweisbare Dokumentation aller Arbeitsschritte verursacht jedoch auch Kosten in nicht unerheblichem Ausmaß und hinterlässt bei den Usern das Gefühl, es mit einem bürokratischen System zu tun zu haben.

Datenschutz und E-Health

Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass das Thema Datenschutz im Rahmen von E-Health-Projekten zu den am meisten und emotionalsten Diskussionspunkten gehört. Ist man nicht in der Lage, bei E-Health-Projekten diesen Punkt erfolgreich zu behandeln, verliert das Projekt seine Akzeptanz und hat nur wenige Chancen auf eine erfolgreiche Umsetzung – und dies zu Recht.

Datenschutz bedeutet, sich so zu verhalten, dass das entgegengebrachte Vertrauen anderer, die einem ihre personenbezogenen Daten überlassen haben, nicht enttäuscht wird. Diesem Grundsatz sollten auch E-Health-Projekte entsprechen. Was bedeutet dieser Grundsatz aber im Konkreten?

- a) Der Betroffene ist einzubinden, ob Daten von ihm übermittelt werden dürfen.
- b) Ohne gesetzliche Grundlage oder ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen hat eine Übermittlung zu unterbleiben.
- c) Effizienzsteigerung oder Qualitätssicherung sind kein ausreichender Grund, um den Geheimhaltungsanspruch des Betroffenen zu brechen.
- d) Die Datensicherheit ist entsprechend dem Umfang der gespeicherten und verwendeten Daten zu erhöhen, um Missbrauch entgegen zu wirken.
- e) Ein Berechtigungssystem muss vorliegen und ständig weiter entwickelt werden.
- f) Ein Kontrollsystem muss implementiert sein, um auch zu gewährleisten, dass die vorgesehenen Sicherheitsmaßnahmen eingehalten werden und Missbrauchsfälle konsequent geahndet werden.

Schwierigkeiten bereitet bei E-Health-Projekten oft die Gestaltung des Berechtigungssystems.

Als Leitsatz wird diesbezüglich immer wieder genannt: „Jeder soll auf die Daten zugreifen können, die er für die Patientenbehandlung benötigt.“ Dies greift jedoch zu kurz, da die Definition, welche Daten für welche Art der Behandlung notwendig sind, für das Gesamtspektrum der Behandlungen nicht existiert und zudem der Patient nach diesem Leitsatz nicht eingebunden ist.

Zur Gestaltung eines Berechtigungssystem für ein E-Health-Projekt, beispielsweise dem bereichsübergreifenden Austausch von Gesundheitsdaten, stehen zwei prinzipielle Möglichkeiten zur Auswahl.

- a) Während eines Behandlungsverhältnisses wird nachgefragt, welche Daten verwendet werden dürfen. Damit sich der Patient entscheiden

kann, werden die Daten einfach kategorisiert. Die Kriterien, die beispielsweise beim Stufenmodell und auch im Vorschlag für das Berechtigungssystem ELGA dafür vorgesehen wurden, sind: Zeit, behandelnde Einrichtung, Fachrichtung, Dokumententyp (Arztbrief, Befund,...).

- b) Alternativ besteht die Möglichkeit, dass der Patient nicht im Behandlungszusammenhang, sondern im Vorfeld mittels Berechtigungsmatrix definiert, welche Einrichtung bzw. welche Personen (Hausarzt) welche Daten von ihm einsehen dürfen.

Beide Möglichkeiten haben Vor- und Nachteile: Bei der ersten Möglichkeit muss der Patient jedes Mal um seine Zustimmung gebeten werden. Bei der zweiten Möglichkeit muss man die betroffenen Patienten dazu bringen, die Berechtigungsmatrix, die auch vorausgefüllt sein kann, frei zu geben bzw. zu befüllen.

E-Health und die Unfähigkeit „elektronisch zu vergessen“

Eine weitere Besonderheit, die im Zuge von E-Health-Projekten, aber auch generell bei der elektronischen Archivierung von Krankengeschichten auftritt, sind die Beschwerden von Patienten darüber, dass ihre Daten nach einer gewissen Zeit nicht gelöscht werden oder als nicht mehr relevant gekennzeichnet werden, also kein „Elektronisches Vergessen“ eintritt.

Hintergrund der Beschwerden ist zumeist, dass die Patienten mit bestimmten Tatsachen oder Diagnosen nicht mehr konfrontiert werden wollen, da sie diese als belastend empfinden. Dies hängt auch damit zusammen, dass die elektronisch gespeicherten Daten auch nach einem langen Zeitraum noch so wirken, als ob sie erst vor kurzem geschrieben wurden.

Auch dazu ein Beispiel: Eine Frau im Alter von 45 Jahren lässt sich an einer Abteilung für Frauenheilkunde behandeln. In der elektronisch geführten Krankengeschichte findet sich der Hinweis auf eine Depression. Die Gynäkologin fragt bei der

Anamnese nach, ob die Frau noch Depressionen hat oder nicht, worauf diese entrüstet äußert, dass sie nur einmal ein Familienproblem mit 16 Jahren gehabt habe und irgend ein junger Assistenzarzt dies als Depression dokumentiert hat, was aber nicht korrekt war, und dass sie seit nunmehr fast 30 Jahren immer wieder mit der Frage konfrontiert werde, ob sie depressiv sei.

Um solche Fälle zu vermeiden, wird es Überlegungen zu einem elektronischen Vergessen geben müssen. Das Beispiel verdeutlicht aber auch noch ein anderes Problem. Wie soll reagiert werden, wenn die Gesundheitsakte/Krankengeschichte falsche Daten enthält, sich der dokumentierende Arzt aber weigert, diese Daten richtig zu stellen?

Der Arzt kann sich diesbezüglich auf die Dokumentations- und Archivierungspflicht nach dem Krankenanstaltengesetz berufen. Der Patient kann, da es sich um eine gesetzliche Grundlage handelt, nicht auf das Lösungsrecht nach dem Datenschutzgesetz berufen, auch wenn er ein Gutachten eines anderen Arztes vorlegt, welches den Nachweis erbringt, dass die andere Diagnose falsch ist.

Hier stellen sich also zwei Ansprüche im Widerstreit zueinander, wobei derzeit der gesetzliche Anspruch immer überwiegt, was aus Patientensicht alles andere als zufriedenstellend ist.

Zukunftsbild E-Health als Second Life – Mein E-Health-Avatar

Das Second Life⁵ hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass neben dem realen Leben noch ein zweites, virtuelles Dasein besteht. Dieses eingebettet in eine meist surreale Spielwelt, weist allerdings meist deutliche Unterschiede zum realen Leben auf, da oft versucht wird, im virtuellen Dasein positive Seiten mehr in den Vordergrund zu stellen und negative zu verheimlichen, um so in der jeweiligen Community ein attraktives Mitglied zu sein. Dies kann so weit führen, dass das virtuelle Dasein überhaupt keine Gemeinsamkeiten mehr zur realen Person aufweist, oder auch, dass mehrere Second

Lives geführt werden, um für einzelne Neigungen immer einen typischen Charakter parat zu haben.

Für die Medizin lässt sich daraus ein Zukunftsszenario entwerfen: Bevor sich jemand in medizinische Behandlung begibt, lässt er sich zuerst sein virtuelles medizinisches Abbild, seinen Avatar, der mit allen zur Verfügung stehenden medizinischen Informationen über ihn behaftet ist, in einer künstlich nachgebildeten Gesundheitsversorgungswelt behandeln. Diese Gesundheitswelt wird ständig über die aktuellen Benchmarkvergleiche und sonstigen verfügbaren Daten (etwa aus Zufriedenheitsanalysen) der realen Gesundheitseinrichtungen „gefüttert“, damit die Prognose des Behandlungsergebnisses eine hohe Eintrittswahrscheinlichkeit hat.

Der Avatar kann mit demselben Krankheitsbild in den verschiedensten Gesundheitseinrichtungen behandelt werden, was dem User ermöglicht, den Behandlungserfolg und die Behandlungskosten zu vergleichen bzw. zu eruieren, wo man insgesamt die höchste Erfolgsquote zu erwarten hat bzw. welche Kosten für die einzelnen Behandlungen entstehen. Darüber hinaus bekommt der User über seinen Avatar auch noch angezeigt, ob die zwischenmenschliche Komponente in den jeweiligen Gesundheitseinrichtungen passt und man davon ausgehen kann, sich auch wohl zu fühlen.

Umgekehrt kann der User den Avatar auch in die Rolle des Mediziners schlüpfen lassen, um zu erfahren, welche Entscheidungen dieser zu treffen hat.

Wenn ein Mediziner diesen Absatz liest, wird er sich vielleicht die Frage stellen, ob er dann nicht nur Patienten, die sich über das Internet ein „Halbwissen“ aufgebaut haben, darüber aufzuklären hat, wo das tatsächliche medizinische Problem liegt, sondern dass er in Zukunft auch noch erläutern muss, wieso er eine andere Behandlungsmethode vorschlägt als der in der virtuellen E-Health-Welt behandelnde Arzt.

Erweitert man diesen Spielgedanken um den Aspekt, dass neben erhobenen medizinischen Daten auch noch ständig Echtzeitdaten wie Blutdruck, Herzfrequenz, Schlafrhythmus, Trainingsdaten,

Impfdaten übermittelt werden und psychologische Tests eingespeist werden, so wird das Bild des Avatar immer mehr mit dem realen medizinischen Bild der Person übereinstimmen. In ferner Zukunft übermittelt der Bürger dann nicht mehr seine Krankengeschichte, sondern seinen E-Health-Avatar an verschiedene Gesundheitseinrichtungen und fragt an, welche Behandlung sie vorschlagen und welche Behandlungskosten damit verbunden sind.

Eine weitere interessante Zukunftsperspektive in diesem Bereich ist es, den E-Health-Avatar einen Zeitsprung mit der jeweiligen jetzigen Lebensführung machen zu lassen. Dann erhält man eine Zukunftsprognose, wann mit welcher Erkrankung zu rechnen ist bzw. wo die derzeitige Lebenserwartung liegt und mit welcher Lebensqualität man zu rechnen hat.

Als Vergleich zum Erstergebnis kann dann eine Lebensgewohnheit geändert werden, z. B. statt des Konsums von 20 Zigaretten pro Tag keine Zigaretten mehr, und man erhält die geänderte Zukunftsprognose. Oder aber man lässt sich errechnen, wie man sich verhalten muss, um am längsten zu leben.

Zukunftsmusik? Ja sicherlich, aber zielen nicht jetzt schon eine Vielzahl medizinischer Tests, insbesondere die genetischen Tests darauf ab, ein genaues Zukunftsbild zu liefern, welchem Krankheitsrisiko man ausgesetzt ist und ob man durch Verhaltensänderungen das Risiko einer Erkrankung vermindern kann oder nicht?

Aus Sicht des Datenschutzes könnte sich der E-Health-Avatar auch als Bumerang erweisen. Denn wenn dieser tatsächlich einen hohen Übereinstimmungsgrad zu persönlichen Gesundheitsdaten besitzt, ist er auch sofort ein Objekt der Begierde für Versicherungen, Arbeitgeber, Polizei usw., die Personen damit kategorisieren und für die Zukunft planen können, etwa die Frage, ab welchem Zeitpunkt die Versicherungspolizze gekündigt werden soll, weil das Risiko für Ausgaben steigt, oder wann man seine Attraktivität für den Arbeitgeber verliert, weil die Leistungsfähigkeit voraussichtlich nachlässt.

Konklusion

Es spricht viel dafür, E-Health-Projekte verstärkt an Krankenanstalten zum Einsatz zu bringen. Jedoch sollte man sich nicht von einem technikverliebten Ansatz in der Gestaltung verleiten lassen, sondern anhand einer definierten Strategie den Einsatz kalkulieren. So kann gewährleistet werden, dass durch das E-Health-Projekt auch ein konkreter Nutzen eintritt, der den investierten Aufwand übersteigt. Zudem sind bereits vor Projektstart klare Konzepte zu den Themen Sicherheit und Datenschutz auszuarbeiten, um nicht Gefahr zu laufen, die Akzeptanz der Betroffenen durch Missbrauchsfälle zu verlieren.

Referenzen

- 1 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-en.pdf
- 2 Die e-Health-Strategie Tirol wurde im Auftrag der Tiroler Gesundheitsplattform unter Koordination von Georg Lechleitner, Thomas Schabetsberger und Johannes Schöch erstellt und im September 2009 durch den Tiroler Gesundheitsfonds abgenommen und freigegeben.
- 3 Bei dem Begriff E-Health wurde das „e“ bewusst klein geschrieben, um zum Ausdruck zu bringen, dass nicht die Technik sondern die Gesundheit im Vordergrund stehen soll.
- 4 Vgl. § 35 Abs. 4 Tiroler KAG
- 5 Wikipedia: Second Life (deutsch: zweites Leben, von Teilnehmern kurz „SL“ genannt) ist eine Online-3D-Infrastruktur für von Benutzern gestaltete virtuelle Welten, in der Menschen durch Avatare (eine künstliche Person, ein virtueller Stellvertreter) interagieren, spielen, Handel betreiben und anderweitig kommunizieren können. Das seit 2003 verfügbare System hat 15 Millionen registrierte Benutzerkonten, über die rund um die Uhr meist rund 60.000 Nutzer gleichzeitig in das System eingeloggt sind.

Lukas Stärker

Elektronische Gesundheitsakte – ELGA: Solides Fundament notwendig!

ELGA, Electronic Health Record in Austria: In Need of Solid Foundations

Die „Elektronische Gesundheitsakte“ (ELGA) ist eines der gegenwärtig größten EDV-Projekte im Österreichischen Gesundheitswesen. Konkret geht es dabei darum, bestimmte Patientendaten Ärzten, Krankenhäusern und anderen sogenannten „Gesundheitsdiensteanbietern“ („GDAs“) im Behandlungs- bzw. Bedarfsfall zur Verfügung zu stellen. ELGA soll ein „Super-Inhaltsverzeichnis mit qualifizierten Suchfunktionen“ sein. Damit soll eine bereichs- bzw. sektorenübergreifende Behandlung erleichtert werden.

Organisation der ELGA

Die Projektentwicklung der ELGA erfolgt durch die durch Bund, Länder und gesetzliche Krankenversicherung gegründete ELGA-GmbH (vormals „Arbeitsgemeinschaft ELGA“ – ARGE ELGA).

ELGA-Basiskomponenten

Die ELGA besteht aus folgenden Basiskomponenten:¹

- ein österreichweit einheitlicher, EU-kompatibler *Patienten-Index* zur eindeutigen Identifikation der im österreichischen Gesundheitswesen in Behandlung stehenden Personen.
- ein österreichweit einheitlicher *Gesundheitsdiensteanbieter-Index* („GDA-Index“) zur eindeutigen Identifikation der befugten Gesundheitsdienstleister in Österreich.
- ein österreichweit einheitliches *Dokumenten-Register*, in dem die für die weitere Behandlung relevanten Gesundheitsdokumente der Patienten registriert werden können. Die Speicherung der Dokumente selbst erfolgt bei den Gesundheitsdienstleistern bzw. den von ihnen beauftragten EDV-Dienstleistern.

- ein datenschutzkonformes *Berechtigungsregelwerk*, aus dem klar hervorgeht, wer wann auf welche registrierten medizinischen Dokumente zugreifen darf.
- ein *Portal*, über das die einzelne Bürgerin, der einzelne Bürger, gesicherte Gesundheitsinformationen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen abrufen kann, über das sie/er aber auch Zugang zu den über sie/ihn registrierten medizinischen Dokumenten erhält und nachvollziehen kann, wer wann auf diese Daten zugegriffen hat.

Als erste Anwendungsfelder der ELGA sind ab dem Jahr 2012 geplant:

- Entlassungsdokumente (Arzt-/Patientenbrief)
- Laborbefunde,
- Radiologiebefunde und
- die e-Medikation

Für eine grafische Darstellung der ELGA-Architektur siehe Abb. 1.

Status quo: Fehlendes Fundament, viele offene Fragen

Schon seit Jahren laufen Vorbereitungsarbeiten und Vorarbeiten zur Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA). Bereits wiederholt wurde der Start von ELGA angekündigt. Allerdings: Bis dato fehlt ein tragfähiges ELGA-Fundament. Dies kann wohl nur ein solides, klares und den Anforderungen sämtlicher Akteure und der Patienten entsprechendes ELGA-Gesetz sein.

Genau darin liegt die Schwachstelle dieses Projektes: Anstatt mit diesem sauberen Fundament zu beginnen, auf dem das „ELGA-Haus“ dann aufgebaut werden könnte, wurden zuerst Lastenhefte, Machbarkeitsstudien, Marktanalysen, ein

Memorandum of Cooperation, eine Kosten-Nutzen-Analyse (die weder Auskunft über die Kosten gibt, noch den Nutzen aufzeigt), Funktionsanalysen, Anforderungsdokumente, Positionspapiere, Case-Studies, Management-Summaries, Übersichtsfolien etc. im Gesamtumfang von mehreren Tausend Seiten erstellt.

Darin wurden die wesentlichen Fragen bis dato jedoch noch nicht beantwortet. Hierzu zählen insbesondere Fragen, wie

- ob für Patienten und Ärzte eine Mitwirkungsmöglichkeit oder Mitwirkungspflicht besteht,
- ob dies nur für bestimmte Gruppen gilt oder nicht,
- welche Kosten inkl. Folgekosten realistischerweise anfallen werden,
- wer die Kosten inkl. Folgekosten trägt,
- wo der medizinische Nutzen für Ärzte und Patienten liegt,
- jene nach dem ELGA-Sicherheitskonzept,
- man einen wirksamen Datenschutz garantiert,
- wie die Einhaltung der Regelungen garantiert/überprüft wird,

- jene nach der Haftung,
- die Anwender zur jeweiligen EDV kommen, wie diese aktualisiert wird, etc.,
- welche Sanktionen im Missbrauchsfall drohen bis zu der Frage
- nach einem verbindlichen ELGA-Gesetz („Rechtsfundament“).

Befasst war mit diesem Problemkreisen eine Vielzahl an Arbeitsgruppen, Projektlenkungsausschüssen, Expertenbeiräten, Steuerungsgruppen, Projektlenkungsbeiräten, ein „Review-Team“, „Akzeptanzmanager“ sowie Beratungsgremien der ARGE ELGA, nunmehr ELGA-GmbH. Hinzu kommen Erwartungshaltungen großer Firmen, die „ein gutes Geschäft“ wittern.

All dies sind zweifellos Versuche, das Projekt zu beschleunigen. Konkret reichen sie vom „Nachvor-Treiben“ bis zum „Vor-sich-her-Treiben“ der Projektorganisation. Nur: Warum lässt man sich so nach vorne treiben? Noch dazu ohne Fundament? Oder sollen so bewusst Fakten geschaffen werden? Es ist Vorsicht geboten, dass das Haus „ELGA“ nicht auf dem sprichwörtlichen Sand ge-

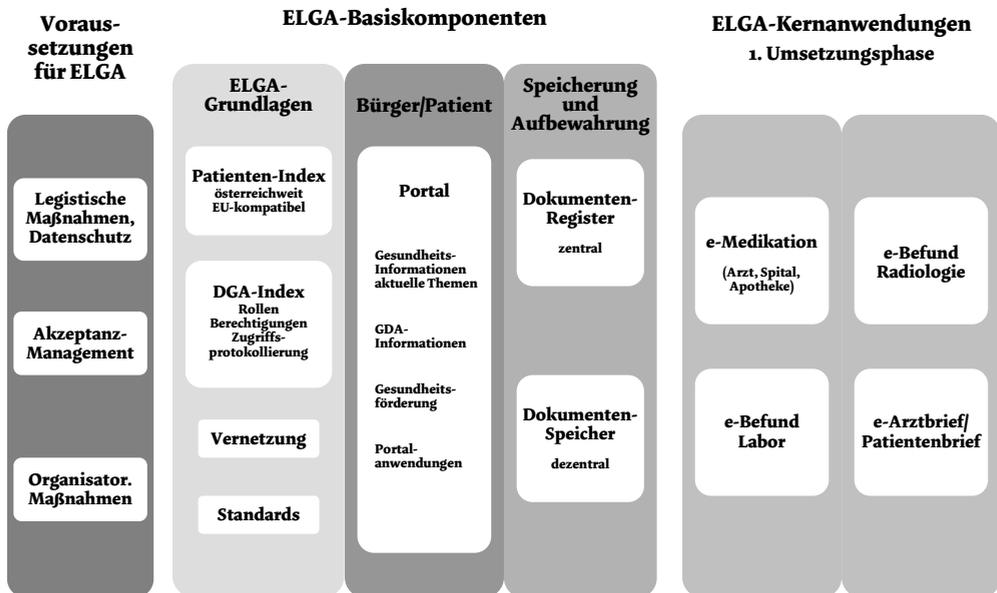


Abb. 1: Grafische Darstellung der ELGA-Architektur²

baut wird. Bildlich gesprochen: Man weiß zwar noch nicht, wie das Haus aussehen soll, dafür steht schon fast fest, wie die Zimmer eingerichtet werden sollen und wer die Möbel liefern darf. Diese Vorgangsweise ist nicht nachhaltig zielführend und bedarf einer Änderung!

Empfehlenswert wäre es daher, im nächsten Schritt insbesondere

1. die gesetzlichen Grundlagen als solides Fundament – das sämtliche offenen Fragen klärt – einmal im Entwurfstadium fertig zu stellen und mit den Vertretern der betroffenen Hauptakteure, also den Ärztinnen und Ärzten, zu akkordieren, denn ohne diese wird eine ELGA nicht umsetzbar sein;
2. die ELGA Abfragemodalitäten möglichst anwenderfreundlich, effektiv und effizient so zu gestalten, dass die gewünschte Information jeweils punktgenau am Bildschirm ist; Stichworte Dokumentenformat CDA-Level 3 und entsprechende EDV-Programme, die ausnahmsweise die Arbeit erleichtern und nicht verkomplizieren;
3. den medizinischen Nutzen von ELGA für Ärztinnen und Ärzte sowie für Patientinnen und Patienten aufzuzeigen;
4. Kosten (inklusive Folge- und Wartungskosten) und Kostentragung klar und im Konsens mit den Hauptakteuren verbindlich festzulegen.

Danach ist im übernächsten Schritt zu klären, wie weit sämtliche andere, bis dato bereits erstellte ELGA-Konzepte, Unterlagen, Papiere, Ablaufdarstellungen, Grafiken, Dokumentstrukturen und Dokumentformate den hier angeführten Punkten entsprechen. Falls ja, können sie eingebaut werden; falls nein, sind sie entsprechend abzuändern.

So kann sicher gestellt werden, dass die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) auf einem soliden Fundament steht und zu einem deutlich spürbaren medizinischen Nutzen führt – derzeit ist diese Verbesserung für Patienten und Ärzte noch nicht garantiert.

Referenzen

- 1 Vgl. Bundesgesundheitskommission 04.05.2007, TOP 5
- 2 ARGE ELGA, erste Umsetzungsschritte 22.02.2007

Dr. Lukas Stärker
stv. Direktor der Österreichischen Ärztekammer
Weihburggasse 10-12, A-1010 Wien
post@aerztekammer.at

Christian Spaemann

Wie autonom ist der Mensch am Ende des Lebens?*

How Autonomous Are Individuals at the End Of Life?

Einleitung

Vor einiger Zeit wurde ein befreundeter Internist zu seiner adeligen Großmutter auf deren Landsitz gerufen. Diese geistig völlig klare, in der Großfamilie hoch angesehene Mutter zahlreicher Kinder und Kindeskinde erklärte ihm unumwunden, dass sie mit dem Leben abgeschlossen habe. Sie verlangte von ihrem Enkel die Todesspritze. Seine Antwort, dass er bereit sei, alles für sie zu tun, nur das nicht, ließ sie zunächst nicht gelten und provozierte ihn mit dem Hinweis auf seine mögliche Feigheit. Die Situation löste sich schließlich in Wohlgefallen auf. In dieser kurzen Szene zeigt sich die ganze Problematik der Autonomie des Menschen, wenn es um seinen Tod geht. Gibt es einen objektiven, unabhängig vom Fluss der menschlichen Beziehungen festlegbaren Standpunkt, von dem aus ein Mensch seinen Tod selbst bestimmen kann?

Der Ruf nach Selbstbestimmung und Patientenrechten steht immer am Anfang, wenn es um die Zulassung aktiver Sterbehilfe und assistierten Suizid geht, auch wenn dies, wie wir noch sehen werden, einer inneren Logik folgend, immer zu einer Ausweitung der Euthanasiepraxis hin zur nichtfreiwilligen Euthanasie führt. Das Autonomieargument, die Forderung nach aktiver Sterbehilfe auf Verlangen, wurde bereits 1990 von der späteren niederländischen Gesundheitsministerin Borst-Eilers als Taktik bezeichnet. Es ginge dabei, so die Ministerin, um einen ersten Schritt der Entkriminalisierung der Euthanasie. Unter ihrer Ägide hat sie diese in den Niederlanden weiter durchgesetzt. Das Autonomieargument beeindruckt und nimmt die Medien in

Beschlag. Es wurde schon von den Nationalsozialisten ins Feld geführt, um die Bevölkerung auf die geplante Euthanasiemaßnahmen einzustimmen. Hier sei an den hochkarätig besetzten UFA-Spielfilm des Schauspielers und Regisseurs Wolfgang Liebeneiner mit dem Titel „*Ich klage an*“ erinnert, der 1942 in die Kinos des damaligen Deutschen Reiches kam. Es ging darum, mit Emphase die Bevölkerung auf die Notwendigkeit der Freigabe der Tötung auf Verlangen einzustimmen. Bis auf einige wenige Sequenzen folgt der Film der heute gängigen Argumentationslinie der Euthanasiebefürworter.

Es ist also, je nach gesellschaftlichem Kontext, eine wiederholte Auseinandersetzung mit dem Autonomieargument notwendig. Diesem Argument, möchte ich mich im Folgenden widmen. Dabei soll das Problem, das immer die Frage des Verhältnisses von Individuum und Gemeinschaft berührt, anhand dreier weiterer Fallbeispiele beleuchtet werden. Anschließend wird die Fragwürdigkeit des hinter der Forderung nach aktiver Sterbehilfe liegenden Autonomiekonzeptes diskutiert, um dann die den Anfangsargumenten für die Freigabe der Tötung auf Verlangen innewohnende Logik aufzuzeigen, mit der es regelmäßig zur Ausweitung der Euthanasie hin zur Tötung ohne Verlangen kommt. Zum Schluss soll die hinter der Euthanasiediskussion liegende eigentliche Problematik, die unsere grundsätzliche Einstellung gegenüber menschlichem Leid berührt, angesprochen werden.

Fallbeispiele

Das erste Fallbeispiel betrifft die Sterbephase ei-

* überarbeitete Version des gleichnamigen Vortrags auf der Internationalen Hartheim Konferenz „Sinn und Schuldigkeit“ am 21. April 2007 in Schloss Hartheim

ner, an einer Vasculitis leidenden, ca. 70-jährigen Patientin in einer neurologischen Universitätsklinik, die bei vollem Bewusstsein sehr qualvoll dem Tode entgegen ging. Jedes Mal, wenn die Angehörigen das Zimmer betraten, kam es zu einer dramatischen Verschlechterung der Beschwerden. Die Angehörigen zeigten sich dem Leid gegenüber völlig hilflos. Es kam hier zu einem für solche Situationen typischen Wechselspiel: Die Hilflosigkeit der Angehörigen erzeugten eine Hilflosigkeit bei der Patientin mit verstärkter Atemnot und diese wiederum verstärkten die Hilflosigkeit und Verzweiflung der Angehörigen. Es war nicht mehr festzustellen, wer mit wem jetzt am meisten Mitleid hatte. Erst als ein erfahrener Seelsorger den Raum betrat, kehrte Ruhe ein, die Patientin konnte in Würde sterben.

Angenommen, die Todesspritze wäre zur Verfügung gestanden: Inwieweit könnte hier von einer selbst bestimmten Entscheidung der Patientin gesprochen werden? Wessentwegen hätte sie nach der Spritze verlangt oder ein entsprechendes Angebot angenommen? Wegen ihrer selbst oder wegen der Angehörigen? Unerträgliches Leid wäre als Begründung dokumentiert worden. Welches Leid war hier unerträglich: das der Patientin oder das der Angehörigen? Oder das Leid, das aus dem Zusammenspiel beider resultiert?

Wir sehen an diesem Beispiel, dass sich Leid nicht losgelöst von den menschlichen Umgebungsbedingungen differenzieren und bewerten lässt. Bei Freigabe der aktiven Sterbehilfe wäre eine missbräuchliche Induktion oder Unterstellung von Sterbewünschen bei Schwerstkranken Tür und Tor geöffnet. Allzu leicht käme es zur Projektion eigener Vorstellungen. Befragungen in den Niederlanden haben ergeben, dass 50 Prozent der Ärzte ihren Patienten bereits aktive Sterbehilfe vorgeschlagen haben.

Das angeführte Fallbeispiel passt auch gut zu dem Befund, dass es keineswegs in erster Linie unerträgliche Krankheitssymptome und Schmerzen sind, welche zu einem Wunsch nach Sterbehilfe führen. Befragungen von Ärzten in den Niederlanden haben ergeben, dass es die Erfahrung von Sinnlosigkeit des Leids, die Angst vor dem Verlust an Würde und vor Abhängigkeit sind, die weiter oben rangieren.¹ Die Aussagen der Betroffenen deuten demnach auf Ängste, Sorgen und Zweifel, die ganz wesentlich von den vorhandenen menschlichen Beziehungen beeinflusst werden. Ein Befund, der von der Hospizbewegung mit ihrer reichen Erfahrung geteilt wird.

Das zweite Fallbeispiel betrifft einen ca. 80-jährigen Patienten, der nach einem schweren Suizidversuch mit Barbituraten aus der Herzüberwachung

angegebene Gründe	wichtigster Grund	einer der Gründe (Mehrfachnennungen möglich)
Sinnloses Leiden	29%	56%
Angst vor bzw. Vermeidung von Entwürdigung	24%	46%
Unterträgliches Leiden	18%	42%
Angst vor noch größerem Leiden	7%	26%
Angst vor Ersticken	7%	13%
Schmerzen	5%	35%
Lebensüberdruß	4%	14%
Nicht länger eine Belastung für Familie oder Umgebung sein wollen	2%	22%
Andere	3%	14%

Tab. 1: Von den Patienten genannte Gründe für den Wunsch nach aktiver Euthanasie oder assistiertem Suizid²

einer Münchener Universitätsklinik in die Psychiatrie übernommen wurde. Bei der Exploration stellte sich heraus, dass der Patient über Jahre mit der *Gesellschaft für humanes Sterben* in Augsburg in Kontakt stand, die ihn mit Informationsmaterial und entsprechenden Medikamenten versorgte. Der Patient sammelte diese im Hinblick auf eine mögliche Situation, in der er nicht mehr leben wolle. Es zeigte sich ein Mensch, der in den Jahren vor seinem Suizidversuch immer mehr in die Vereinsamung geraten war. Ich fragte ihn bewusst naiv, ob diese Sterbehilfeorganisation sich um ihn gekümmert habe, was natürlich nicht der Fall war. Ich rief bei der Organisation in Augsburg an, schilderte den Fall und fragte nach, warum man den Patienten nicht besucht und versucht habe, ihm aus seiner Einsamkeit zu helfen. Die Dame am Telefon erklärt mir, dass sie dafür nicht zuständig seien. In den weiteren Gesprächen entwickelte der Patient Ärger, ja Wut darüber, dass er jahrelang von dieser Organisation auf die Frage des Suizids eingeeengt wurde. Er fühlte sich durch die Ideologie dieser Leute missbraucht.

Man kann an diesem Beispiel sehen, dass wir die Wirklichkeit der Mitmenschen verändern können, je nachdem, wie wir selbst zum Leben stehen. Das ‚Ja zum Leben‘ bedeutet Engagement, bedeutet Entwicklung von Phantasie und Kreativität. Hätten die Mitarbeiter der Organisationen diesen Mann besucht, mit ihm Kaffee getrunken und wären mit ihm spazieren gegangen, so hätten sie seine Wirklichkeit positiv verändern können. Die Nicht-Zuständigkeit betrifft vielleicht den Schalterbeamten bei der Post oder den Straßenbahnfahrer, nicht aber eine Organisation, an die sich Menschen um Hilfe wenden. Es gibt da, wo es um menschliche Not, in diesem Fall sogar um Leben und Tod geht, keinen neutralen Bedienungsstandpunkt außerhalb menschlicher Solidarität. Als Angehöriger, Freund oder professioneller Helfer kommt man in der Konfrontation mit einem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe nicht um die Grundentscheidung herum, wie man selber zum Leben steht. Die Entscheidung kann nicht einfach an den Betroffenen abgetreten werden!

Drittes Fallbeispiel: Es handelt sich um eine ca. 75-jährige Patientin in einer neurologischen Universitätsklinik, die an einer unheilbaren Erkrankung litt und pflegebedürftig war. Sie war bei vollem Bewusstsein. Als der zuständige Arzt den erwachsenen Kindern erklärte, dass ihre Mutter noch ca. zwei Jahre zu leben habe, war die Enttäuschung in ihren Gesichtern nicht zu übersehen. Das Erbe eines Hauses stand durch die Finanzierung der zu erwartenden Pflege auf dem Spiel. Diese in streng protestantischer Tradition stehende einfache Frau war nicht gewohnt, an sich selber zu denken. Sie wäre die erste gewesen, die nach der Todesspritze verlangt hätte, um ihren Kindern das Erbe zu sichern.

Ich hatte genau diesen Fall bei einer Diskussion zum Thema Sterbehilfe mit namhaften Vertretern der aktiven Euthanasie aus den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland zur Sprache gebracht – und erntete dafür Gelächter. Genau dies sei ja, so die Befürworter der Sterbehilfe, die autonome Freiheit der Patientin: ihren Kindern das Erbe sichern zu können.

Wir sind hier beim ganz handfesten ökonomischen Aspekt der Euthanasie angelangt. Was sich hier abzeichnet, ist nicht offen, sondern versteckt. Es liegt gleichsam in der Luft. Ist die Möglichkeit der Tötung auf Verlangen und des assistierten Suizids einmal eröffnet, so kommt derjenige, der für die Familie und Gesellschaft nichts mehr leisten kann, zunehmend von Pflege abhängig wird und finanzielle und seelische Ressourcen in Anspruch nimmt, unweigerlich in die Lage, sich zumindest vor sich selbst rechtfertigen zu müssen, warum er noch lebt. Angesichts des zunehmenden Anteils alter Menschen in unserer Bevölkerung, der Kostenexplosion im Gesundheitswesen und der durch kleiner werdende Familien knapperen menschlichen Ressourcen, kann sich jeder selbst ausmalen, mit welcher gesellschaftlichen Dynamik die so genannte Autonomie des Einzelnen konfrontiert sein wird. Die Dynamik der Entsorgung von Alter, Leid und Krankheit durch Entsorgung der Alten, Leidenden und Kranken braucht heute keine nati-

onalsozialistische Ideologie vom „gesund zu erhaltenden Volkskörper“ mehr.

Kritik

Es stellt sich bei der gegenwärtigen Euthanasiedebatte immer wieder die Frage, inwieweit der Mensch eine von seinen menschlichen Umgebungsbedingungen unabhängige Autonomie besitzt. Diese Frage berührt natürlich alle Lebensbereiche. Entscheidet man sich z. B. für eine medizinische Maßnahme, beispielsweise für eine Operation, so lässt sich solch eine Entscheidung häufig in Frage stellen. Hätte es andere Möglichkeiten gegeben? Hätte man doch noch abwarten sollen? Wir müssen Entscheidungen fällen, die auf Abwägungen nicht absoluter Art beruhen und nicht rückgängig zu machen sind. Das menschliche Leben ist durch seine zeitliche Struktur so und nicht anders beschaffen. Es nimmt über Entscheidungen seinen Lauf, über sie entstehen neue Lebenskontexte. Auch die Einstellung einer medizinischen Maßnahme, vielleicht sogar in Hinblick auf ein Zulassen des Sterbens, gehört dazu. Aber auch diese Entscheidung bedeutet in gewisser Weise eine Entscheidung für das Leben: Der Organismus selbst geht seinem natürlichen Ende entgegen. Eine Tötungshandlung dient indessen nie dem Leben. Die Todesspritze bringt den Gesunden wie den Kranken um. Sie ist vom ethischen Status her mit einer passiven Sterbehilfe nicht zu vergleichen. Tötung verändert keine Kontexte, sondern beendet alle Kontexte. Die Entscheidung für aktive Sterbehilfe würde also etwas Absolutes darstellen und müsste zu ihrer Legitimation eine Art kontextunabhängige Gültigkeit beanspruchen. Genau dies ist aber, wie die Fallvignetten zeigen sollten, nicht möglich. Wir können uns nicht aus unseren menschlichen Lebenszusammenhängen herausnehmen, wie es die Angestellten der *Gesellschaft für humanes Sterben* zu tun versuchen. Wie wir sahen, bedeuten solche Versuche nur, anderen, lebensfeindlichen Kontexten den Raum zu überlassen: Der Arzt, der bei der Frau mit der termina-

len Vaskulitis zur Todesspritze greift, würde vom Kontext einer verworrenen Mitleidssituation im Zusammenspiel der Patientin mit ihren überforderten Angehörigen bestimmt. Die *Gesellschaft für humanes Sterben* lässt sich vom Einsamkeitskontext des alten Herren in München bestimmen, und die Ärzte an der neurologischen Universitätsklinik würden von den indirekten Auswirkungen der nach dem Erbe gierenden Kinder ihrer Patientin bestimmt. Die Selbstbestimmung des Menschen ist demnach vom jeweiligen Lebenskontext wesentlich mitbestimmt. Dieser Lebenskontext wiederum bestimmt sich auch von den Haltungen der Mitmenschen, die dem Betroffenen entgegengebracht werden. So bestimmt z. B. die Haltung des Enkels gegenüber seiner adeligen Großmutter, die ganz offensichtlich ihre Stellung in der Großfamilie austesten will, wesentlich ihren Lebenskontext: „Ich bin bereit alles für Dich zu tun, aber die Todesspritze wirst Du von mir niemals bekommen“; oder „Ja, wenn Du Dir sicher bist, bekommst Du von mir die Todesspritze.“ Diese beiden Aussagen des Enkels und die hinter diesen Aussagen liegenden Werthaltungen bedeuten für seine Großmutter zwei verschiedene menschliche Lebenswelten, gegenüber denen kein objektiver Standpunkt bezogen werden kann.

Wenn schon, wie wir gesehen haben, Selbstbestimmung im normalen Leben des Menschen etwas Relatives, Kontextabhängiges ist, wieso sollte sie gerade in Zuständen der Schwäche, des Leids und der Abhängigkeit von anderen besonders stark sein? Muss es nicht misstrauisch machen, wenn in einer Zeit der Zunahme des Anteils alter Menschen, kleiner werdender Familien und knapperer Ressourcen im Gesundheitswesen der selbst bestimmte Tod zum Thema gemacht wird?

Die Tendenz zur Ausweitung der Euthanasie

Wie ist es möglich, dass eine Bewegung unter dem Banner der Selbstbestimmung antritt und regelmäßig beim Gegenteil, der Tötung ohne ausdrückliches Verlangen landet? Die Euthanasiege-

setze in Belgien und den Niederlanden sehen so genanntes unerträgliches Leid als wesentliches Kriterium, einen Menschen zu töten. Nicht unähnlich der Entwicklung in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts, lässt sich dabei folgende zwingende Logik beobachten: Der Wunsch nach Zulassung aktiver Sterbehilfe tritt zunächst unter dem Gewand der Forderung nach Autonomie und Patientenrechten auf: Der Einzelne habe das Recht, über sein Leben selbst zu entscheiden. Es sei nicht zumutbar, jemanden zu zwingen, unerträgliches Leid durchzustehen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass in der ersten Phase der Forderung nach aktiver Sterbehilfe von terminalen Leidenszuständen die Rede ist. Die Rechtsprechung und Gesetzgebung in den Niederlanden und Belgien führten aber immer weiter von der Sterbephase weg zu todesfernen körperlichen und seelischen Leidenszuständen. Das im Mai 2002 in Belgien in

Kraft getretene Gesetz zur Sterbehilfe sieht seelische Qualen als eine eigenständige und hinreichende Bedingung für eine Tötung auf Verlangen vor und eröffnet damit ausdrücklich die Möglichkeit von Euthanasiemaßnahmen an Menschen mit psychischen Leiden. Warum sollte das Recht auf einen selbst bestimmten Tod auf terminale oder körperliche Leidenszustände beschränkt sein? Die Tendenz zur Ausweitung der Sterbehilfe in diese Richtung wird auch in der Empfehlung einer holländischen Ärzte-Kommission aus dem Jahre 2004 deutlich, die Regeln über aktive Sterbehilfe sogar dann anzuwenden, wenn der Todeswunsch allein dem Lebensüberdruß entspringt. So ist es auch nicht verwunderlich, dass inzwischen namhafte Vertreter der Euthanasiebewegung in den Niederlanden öffentlich den selbst bestimmten Tod als den Tod der Zukunft preisen. Sie wünschen sich, dass in Zukunft die Gesundheitsämter Suizid-Sets vorhal-

		1990	%	1995	%	2001	%
1a	Todesfälle in den Niederlanden	129.000	100	135.500	100	140.500	100
1b	Todesfälle bei denen ein Arzt beteiligt war	94.000	73,0	99.000	73,0		
2	Wunsch nach Sterbehilfe	8.900	7,0	9.700	7,1	9.700	6,9
3	durchgeführte Sterbehilfe	2.300	1,9	3.200	2,4	3.500	2,5
4	ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung	400	0,3	300	0,2	300	0,2
5	Lebensbeendigung ohne entsprechenden Wunsch	1.000	0,8	900	0,7	1.000	0,7
6	Verstärkung der Schmerz- und Symptombehandlung	22.500	17,5	20.000	14,8	27.800	19,8
6a	<i>ausdrücklich zur Lebensverkürzung</i>	1.350	1,0	2.000	1,5	2.100	1,5
6b	<i>teilweise zur Lebensverkürzung</i>	6.750	5,2	3.200	2,4		
6c	<i>unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung</i>	14.400	11,3	14.800	11,0	25.800	18,4
7	Beendigung oder Unterlassen einer Behandlung (incl. künstl. Ernährung)	22.500	17,5	27.300	20,1	28.500	20,3
7a	Auf Verlangen des Patienten	5.800	4,5	5.200	3,8	<i>mit und ohne ausdrückliches Verlangen</i>	
7b	Ohne ausdrückliches Verlangen						
	1. <i>ausdrückliches oder teilweises zur Lebensverkürzung</i>	5.840	4,5	14.200	10,5	17.900	12,7
	2. <i>unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung</i>	10.850	8,4	7.900	5,8	10.800	7,5

Tab. 2: Entwicklung der Euthanasie in den Niederlanden von 1990 – 2001³

ten, die sich die Bürger dort abholen können.

Hat man einmal das sog. unerträgliche Leid begrifflich als Kriterium für die Straffreiheit des Tötens auf Verlangen und des assistierten Suizids etabliert, ergibt sich die Konsequenz, dass man nicht so ungerecht sein will, demjenigen den Gnadentod vorzuenthalten, der diesen Wunsch nicht äußern kann oder dem man solch eine Entscheidung nicht zumuten will. Insofern ist es nahezu unvermeidlich, von der aktiven Sterbehilfe auf Verlangen, zur aktiven Sterbehilfe ohne Verlangen überzugehen. Vor diesem Hintergrund wird es verständlich, dass es in den Niederlanden inzwischen zu jährlich mindestens 3.100 Fällen aktiver Lebensbeendigung ohne Verlangen, entsprechend 2,2% aller Sterbefälle kommt, wobei die Dunkelziffer als deutlich höher anzusehen ist. Nimmt man die Schmerzbehandlungen mit teilweiser Intention zur Lebensverkürzung hinzu, sind es ca. 6.300 Menschen, entsprechend ca. 4,5% aller Todesfälle. Diese Sterbehilfe ohne Verlangen betrifft zu 45% einwilligungsfähige Patienten. Zur Begründung hierfür wird in den Einzelfällen angegeben, dass dies das Beste für die Patienten gewesen sei und eine Diskussion mehr Schaden als Gutes bewirkt hätte.⁴ Die übrigen aktiven Lebensbeendigungen ohne Verlangen betreffen geistig und körperlich behinderte Neugeborene ebenso wie schwer Demente und andere Patienten, bei denen zuvor weitere lebensverlängernde Maßnahmen eingestellt wurden.

Ein weiterer Schritt in dieser Logik ist dann, wie in den Niederlanden bereits erfolgt, der Schritt hin zur Tötung des Patienten bei Unzumutbarkeit des Leidens für die Umgebung.

Dass hierbei Patienten wie z. B. Demente oder Komatöse zu Tode kommen, bei denen keineswegs sicher ein subjektives unerträgliches Leiden vorliegt, hat die Staatskommission für Euthanasie in den Niederlanden bereits 1985 damit begründet, dass der wegen völliger Sinnlosigkeit durchgeführte Behandlungsabbruch „zu einem fortschreitenden, unaufhaltbaren, körperlichen und geistigen Verfall des Patienten“ führt, „der auch für seine

nächste Umgebung (Familie und Pflege) eine unhaltbare und unerträgliche Situation bedeuten kann“. In diesem Fall müsse, so wörtlich, „der Arzt das Leben straflos beenden können“.⁵

Wie wir sehen, beginnt hier das Nicht-Mitansetzen-Können von Leid eine Rolle zu spielen.

Schluss

Die bisherige Entwicklung der Euthanasie in Europa, insbesondere in den Niederlanden, lässt die innere Konsequenz erkennen, mit der sich eine Kultur des Todes ausbreitet, wenn einmal die bisher geltende Grenze des ärztlichen Auftrages dahingehend überschritten wird, dass nicht dem Leidenden so gut und so viel wie möglich geholfen, sondern der Leidende selbst beseitigt wird.

Der Dambruch ist vor allem dann unvermeidlich, wenn es sich hierbei nicht um Einzel- und Grenzfälle handelt, die im Einzelfall ein mildes Gerichtsurteil zu erwarten haben, sondern um eine gängige Praxis, die, wie in den Niederlanden, ihren Niederschlag in Richtlinien von Standesorganisationen und gesetzlichen Regelungen findet.

Die Forderung nach Selbstbestimmung ist nur die Eintrittspforte zur Euthanasie. Es kann sich hierbei nicht um die eigentliche Motivation hinter der Euthanasiebewegung handeln. Wo liegt das eigentliche Problem?

Seit Jahrzehnten haben wir es weltweit mit einer immer differenzierteren *Quality of Life-Forschung* zu tun. Im Vordergrund unseres Bewusstseins steht die Bewertung von Zuständen als eigentlicher Qualität des menschlichen Lebens. Das Kostbare des Lebens als solches, nämlich das Sein von Menschen, Tieren und Pflanzen, tritt in den Hintergrund. Leiden muss demnach um jeden Preis beseitigt werden. Dabei droht das aus dem Blickfeld zu geraten, was der Wiener Psychiater Viktor Frankl als *Einstellungswert* bezeichnet hat. Nach Frankl gehört es zu den ureigensten Möglichkeiten des Menschen, sich gegenüber einem Schicksal so oder so zu verhalten. Der Mensch kann sich darin ganz persönlich neu entfalten. In seiner Haltung dem Unabänder-

Zeitspanne	%
< 1 Tag	13
1 Tag – 1 Woche	35
1 Woche – 1 Monat	30
1 - 6 Monate	17

Tab. 3: Zeitspanne zwischen erstem ausdrücklichem Sterbewunsch und Durchführung der Euthanasie⁶

lichen gegenüber kommt seine Haltung zum Wert des ganzen Lebens zum Ausdruck, der Wert, der im Grunde er selber ist. Diese Einstellung betrifft keineswegs allein den Leidenden selber, sondern muss ganz wesentlich von den Mitleidenden, den Angehörigen, Ärzten, Pflegern und Seelsorgern mitgetragen, ja vielleicht sogar stellvertretend für den Betroffenen gelebt werden. Sie müssen an den Wert des Lebens des ihnen anvertrauten glauben und entsprechende Unterstützung geben.

Die Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben bedeutet auch, seinen Wert nicht an Bewusstseinszustände zu knüpfen. Neugeborene, demente oder bewusstlose Menschen sind eben Menschen und von ihrer Potentialität her auf ein volles Menschsein hingebordnet.

Bei Freigabe der Möglichkeit gezielter Tötungshandlungen von Ärzten an Patienten wäre gesamtgesellschaftlich mit einer weiter schwindenden allgemeinen Bereitschaft zum Schutz menschlichen Lebens zu rechnen. Die Tötung von Menschen und die Beihilfe zum Suizid als Mittel zum Zweck der Befreiung von Schmerz und Leid ist kein ärztliches Therapiemittel und daher vom ärztlichen Auftrag nicht gedeckt. Dies soll so bleiben.

Referenzen

- 1 nach van der Wal G. et al., *Euthanasia and assisted suicide II. Do Dutch family doctors act prudently?*, *Family Practice* (1992); 9: 135-140
- 2 nach van der Wal G. et al., siehe Ref. 1
- 3 Onwuteaka-Phillipsen B. D. et. al., *Euthanasia and Other End-of-Life Decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001*, *Lancet* (2003); 302: 395-399
- 4 vgl. Jochemsen H., *Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Holland. Empirische Befunde und gesellschaftliche Ent-*

wicklung, *Imago Hominis* (2001); 8: 31-47

- 5 Reuter B., *Die gesetzliche Regelung der aktiven ärztlichen Sterbehilfe des Königreichs der Niederlande – ein Modell für die Bundesrepublik Deutschland?*, Peter Lang, Frankfurt/Main (2002), S. 77-78
- 6 nach van der Wal G. et al., siehe Ref. 1

Prim. Mag. Dr. Christian Spaemann
Klinik für psychische Gesundheit, Krankenhaus
St. Josef der Franziskanerinnen von Vöcklabruck
Ringstraße 60, A-5280 Braunau
Christian.Spaemann@khbr.at

Thomas Piskernigg

Verbot von Samen- und Eizellenspende: eine Menschenrechtsverletzung?

Banning Sperm and Egg Donations: a Violation of Human Rights?

Zusammenfassung

Der Beitrag analysiert die jüngste Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) zum Thema IVF, in welcher der EGMR einige sich aus dem österreichischen Recht ergebende – tatsächlich wohlbegründete – Beschränkungen künstlicher Fortpflanzungstechniken für menschenrechtswidrig erklärt. Das EGMR-Urteil wird mit einer Entscheidung des österreichischen Verfassungsgerichtshofes zum selben Thema verglichen. Die Analyse fällt sehr kritisch aus und zeigt Mängel und Widersprüche in der Argumentation des EGMR auf. Dem Gerichtshof wird auch eine Überschreitung seiner Kompetenzen vorgehalten, welche Fragen nach der Verbindlichkeit dieses Urteils aufwirft.

Schlüsselwörter: In-Vitro-Fertilisation, Menschenrechte, Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Verfassungsgerichtshof

Abstract

The article analyses a recent judgement of the European Court of Human Rights (ECHR) concerning In-Vitro-Fertilization, in which the ECHR declares – indeed well founded – Austrian restrictions of artificial procreation techniques as contradicting human rights. This judgement is compared with a decision of the Austrian Constitutional Court on the same topic. The analysis turns out very critical and shows deficits and contradictions in the arguments of the ECHR. The Court is charged with an ultra vires action which causes questions about the binding force of that judgement.

Keywords: In-Vitro-Fertilisation, Human Rights, European Court of Human Rights, Austrian Constitutional Court

Korrespondenz:
Dr. Thomas J. Piskernigg
c/o IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

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

1. Einleitung

Seit der Erlassung des Fortpflanzungsmedizinengesetzes (FMedG) im Jahre 1992 besitzt Österreich eine im internationalen Vergleich eher restriktive Regelung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung. Das FMedG war das Resultat eines breiten und lang dauernden Diskussionsprozesses, in dem Vertreter eines Totalverbots der IVF ebenso zur Sprache kamen wie Befürworter einer weitgehenden Freigabe der extrakorporalen Reproduktionstechniken.¹ Auch IMABE war an diesem Prozess beteiligt² und hat dem kontroversen Thema breiten Raum gegeben.³ Der Gesetzgeber hat als Kompromiss zwischen diesen Positionen schließlich eine relativ stark beschränkte Zulassung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung etabliert.

Arten der medizinisch unterstützten Fortpflanzung sind gemäß § 1 (2) FMedG insbesondere

- das Einbringen von Samen in die Geschlechtsorgane einer Frau;
- die Vereinigung von Eizellen mit Samenzellen außerhalb des Körpers einer Frau und darauf folgend das Einbringen der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter oder den Eileiter einer Frau (In-Vitro-Fertilisation – IVF);
- das Einbringen von Eizellen oder von Eizellen mit Samen in die Gebärmutter oder den Eileiter einer Frau.

Als bedeutsame Restriktionen, die sich aus dem FMedG ergeben, sind beispielhaft folgende anzuführen: Nach dem FMedG darf eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur innerhalb einer Ehe oder Lebensgemeinschaft von Personen verschiedenen Geschlechts bei entsprechender medizinischer Indikation vorgenommen werden (§ 2 [1] und [2] FMedG). Weiters ist für die IVF und das Einbringen von Eizellen oder von Eizellen mit Samen in die Gebärmutter oder den Eileiter einer Frau nur die Verwendung von Keimzellen des jeweiligen Paares zulässig (homologe IVF bzw. sonstige Techniken), nicht jedoch die Verwendung von Keimzellen, die von anderen Personen „gespendet“ (Samen-, Eizellenspende) wurden (heterologe IVF

bzw. sonstige Techniken). Nur bei der „einfachen“ künstlichen Besamung der Frau kann auch das Spermium eines „Spenders“ herangezogen werden, wenn der Same des Ehegatten bzw. Lebensgefährten nicht fortpflanzungsfähig ist (vgl. § 3 FMedG).

Am 01.04.2010 hat jedoch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) ein Urteil⁴ gefällt, welches Österreich möglicherweise⁵ zu einer sehr weitgehenden Lockerung der Gesetzeslage zwingen und auch Auswirkungen auf andere nationalstaatliche Regelungen in Europa haben wird, etwa in Deutschland. Dieses Urteil steht im Gegensatz zum bezugshabenden Erkenntnis des österreichischen Verfassungsgerichtshofes (VfGH), der schon im Jahre 1999 die Verfassungsmäßigkeit bzw. Menschenrechtskonformität der vom EGMR beanstandeten Bestimmungen festgestellt hat⁶. Da sich allerdings Österreich zur Beachtung der Urteile des EGMR völkerrechtlich verpflichtet und diese Verpflichtung auch in das österreichische Verfassungsrecht übernommen hat (Artikel 46 EMRK), sitzt der EGMR letztlich gleichsam „am längeren Ast“.

Im folgenden sollen die angefochtenen Bestimmungen und die wesentlichen Gründe für die Etablierung derselben angeführt und im Lichte der gegensätzlichen Argumente der beiden Gerichtshöfe analysiert werden (die Urteilsausfertigungen sind nach Punkten gegliedert, nachstehende Zitate folgen dieser Punktgliederung).

2. Die Beschwerdeführer vor dem EGMR

Beim EGMR hatten sich zwei Paare mit jeweils unterschiedlichen Problemen beschwert: Paar 1, eine Frau mit eileiterbedingter Sterilität und ein unfruchtbarer Mann; Paar 2, eine unter Gonadendysgenese leidende Frau (d. h. sie konnte überhaupt keine Eizellen produzieren) und ein gesunder Mann. Beide Paare waren verheiratet. Die „medizinische Lösung“ für Paar 1 wäre eine IVF mit Eizellen der Ehefrau und Samenzellen eines fremden Mannes gewesen, für Paar 2 eine IVF unter Verwendung von (von einer fremden Frau) „gespendeten“ Eizellen und Samenzellen des Ehegatten, also

in beiden Fällen eine heterologe IVF.

Nach dem oben Gesagten war die „medizinische Lösung“ (heterologe IVF) in beiden Fällen rechtlich unzulässig. Daher versuchten die Paare, ihr (vermeintliches) Recht auf ein „eigenes“ Kind im Rechtsweg bis hinauf zum EGMR durchzusetzen.

3. Die wesentlichen Argumente der Gerichtshöfe

a) Der von der EMRK im Bereich der Fortpflanzungsmedizin eingeräumte „weite Ermessensspielraum“ nationaler Gesetzgeber

Beide Gerichtshöfe sind sich zunächst insofern einig, als Fragen der Fortpflanzungsmedizin, da eng mit der von der EMRK garantierten freien Entscheidung über die Erfüllung eines Kinderwunsches zusammenhängend, in den Anwendungsbereich des Artikel 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) fallen; der EGMR bezieht auch Artikel 14 EMRK (Diskriminierungsverbot) mit ein, der VfGH den Gleichheitssatz der österreichischen Bundesverfassung (Artikel 7 Bundes-Verfassungsgesetz).⁷ Eingriffe in das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens dürfen an sich nur unter bestimmten Voraussetzungen vorgenommen werden.⁸ Beide Gerichtshöfe betonen hier jedoch angesichts der Komplexität der Problematik und des Fehlens eines Konsenses unter den Vertragsstaaten der EMRK einen weiten Ermessensspielraum für die staatliche Gesetzgebung.⁹

Die aus diesen allgemeinen Festlegungen gezogenen Schlüsse sind jedoch schon auf grundsätzlicher Ebene durchaus unterschiedlich, wobei der VfGH zunächst einen „strengeren“ Eindruck macht: Der Gesetzgeber dürfe medizinisch unterstützte Fortpflanzung nicht generell verbieten.¹⁰ Weiters könne ein Fortschritt in der medizinischen Wissenschaft, der bestimmte Befürchtungen hinsichtlich der Auswirkungen künstlicher Fortpflanzungstechniken widerlege oder gewisse zunächst bestehende Risiken minimiere bzw. ausschließe, zu einer Verengung des staatlichen Ermessensspielraumes – im Sinne der Notwendigkeit der Aufhebung be-

stimmter gesetzlicher Restriktionen – führen.¹¹

Der EGMR sagt hingegen, „dass es keine Verpflichtung für einen Staat gibt, eine Gesetzgebung dieser Art einzuführen und künstliche Fortpflanzung zu erlauben.“ Ein generelles Verbot künstlicher Fortpflanzung wäre demnach möglich.¹² Gleich danach findet sich freilich, dies ist aus ethischer Sicht zu betonen, schon der entscheidende „Giftzahn“ in der Argumentation des EGMR, der einschränkende Regeln für die künstliche Fortpflanzung wesentlich erschwert: *„jedoch wenn einmal die Entscheidung getroffen ist, künstliche Fortpflanzung zu erlauben, und unbeschadet des weiten Ermessensspielraumes der Vertragsstaaten, dann muss der gesetzliche Rahmen für diesen Zweck in einer kohärenten Art ausgeführt sein, welche es ermöglicht, die betroffenen unterschiedlichen legitimen Interessen adäquat und im Einklang mit den sich aus der Konvention ergebenden Verpflichtungen zu berücksichtigen.“*

Was die Gerichtshöfe im Einzelnen aus diesen grundsätzlichen Festlegungen folgern, wird gleich unten ausgeführt.

b) Für und Wider das Verbot der Eizellenspende

Wie oben schon erwähnt, diskutiert der EGMR die Einschränkungen nach österreichischem Recht vor dem Hintergrund des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens i. V. m. dem Diskriminierungsverbot. Er fragt, ob die unterschiedliche Behandlung der IVF je nach dem, ob sie mit oder ohne Eizellenspende erfolgt, eine „objektive und vernünftige Rechtfertigung hat“.¹³

Zunächst hält er fest, dass *„Bedenken basierend auf moralischen Überlegungen oder auf sozialer Akzeptanz in sich keine hinreichenden Gründe für ein Totalverbot einer bestimmten Technik künstlicher Fortpflanzung sind. Solche Gründe mögen besonders gewichtig sein bei der grundsätzlichen Entscheidung für oder gegen eine Erlaubnis künstlicher Fortpflanzung, und der Gerichtshof möchte hervorheben, dass es keine Verpflichtung für einen Staat gibt, eine Gesetzgebung dieser Art einzuführen und künstliche Fortpflanzung zu erlauben.“* Da Österreich freilich kein generelles Verbot

künstlicher Fortpflanzung etabliert hat, kann der Gerichtshof auf Basis dieser Überlegungen die vom österreichischen Gesetzgeber seinerzeit und vom Staat Österreich im aktuellen Verfahren ins Treffen geführten moralischen Bedenken in der Bevölkerung als Begründung für das Verbot der Eizellenspende schnell vom Tisch wischen.¹⁴

Diese m. E. doch mehr als subtile Differenzierung – Relevanz moralischer Bedenken in der Gesellschaft für die grundsätzliche Frage der Zulässigkeit künstlicher Fortpflanzung, aber Irrelevanz für das Ausmaß der Zulassung – trifft der österreichische VfGH nicht und anerkennt bestehende moralische Bedenken als Rechtfertigung zwar nicht für ein generelles Verbot künstlicher Fortpflanzung, aber doch für die vom österreichischen Gesetzgeber getroffenen Einschränkungen.¹⁵

Auch die Begründung für das Verbot der Eizellenspende, die auf die Gefahr des Missbrauchs der IVF zur genetischen „Selektion“ von Kindern, die mögliche Ausbeutung von (womöglich sozial schwachen) Frauen als Eizellenspenderinnen und die medizinischen Risiken solcher Eingriffe Bezug nimmt, akzeptiert der EGMR nicht. Nach Ansicht des Gerichtshofes gebe es vielmehr ausreichende gelindere Mittel, um diesen Gefahren vorzubeugen: So werde im FMedG die Durchführung der IVF ohnehin nur Ärzten gestattet, *„die besonderes Wissen und Erfahrung auf diesem Gebiet haben und an die ethischen Regeln ihres Berufes gebunden sind.“* Weiters existieren zusätzliche gesetzliche Sicherheitsmaßnahmen und sei die Zahlung eines Entgelts für Eizellen- oder Samenspenden verboten. Generell weist der Gerichtshof darauf hin, dass sich diese Bedenken auch gegen die homologe IVF verwenden ließen, sodass die Argumentation Österreichs in gewisser Hinsicht inkonsequent sei.¹⁶ Der VfGH akzeptierte hingegen die vom EGMR verworfenen Argumente.¹⁷

Eine besondere Bedeutung für die Argumentation des VfGH zur Rechtfertigung der Unterscheidung zwischen homologer und heterologer IVF hat im Einklang mit den Gesetzesmaterialien der Umstand, dass durch die Eizellenspende sozusagen die

Trennung zwischen genetischer und „plazentarer“ Mutterschaft erfolge. Dadurch können für das in vitro gezeugte Kind aufgrund „ungewöhnlicher Beziehungen“ zusätzliche psychische Konflikte entstehen.¹⁸ Der EGMR nahm auf diese Gedankenführung des VfGH zwar Bezug, meinte aber, *„unübliche Beziehungen in einem weiteren Sinn sind den Rechtsordnungen der Vertragsstaaten gut bekannt. Familienbeziehungen, welche nicht dem typischen Eltern-Kind-Verhältnis basierend auf einer direkten biologischen Verbindung entsprechen, sind nichts Neues und haben schon in der Vergangenheit existiert, seit Etablierung des Rechtsinstituts der Adoption [...] Aus diesem allgemeinen Wissen würde der Gerichtshof schon schließen, dass es keine unüberwindbaren Hindernisse gibt, um Familienverhältnisse, welche aus einer erfolgreichen Nutzung der gegenständlichen künstlichen Fortpflanzungstechniken resultieren, in den allgemeinen Rahmen des Familienrechts und anderer verwandter Rechtsbereiche zu bringen.“*¹⁹ Ein Hauch von Ironie ist in der Formulierung des EGMR m. E. nicht zu übersehen.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass der EGMR die Argumentation des VfGH unvollständig wiedergibt und nur deshalb den Schein argumentativer Überlegenheit gegenüber dem VfGH zu erwecken vermag. Wer die Entscheidung des VfGH hingegen genau liest, wird auch auf folgende Passage stoßen: *„Dem [...] Vergleich mit der Adoption steht wieder entgegen, daß durch diese keine ungewöhnlichen biologischen, sondern bloß rechtliche Verhältnisse hergestellt werden, die jenen gleichen, wie sie zwischen biologisch verwandten Eltern und Kindern bestehen. Diese rechtlichen Verhältnisse knüpfen ihrerseits an faktische soziale Verhältnisse an, die sich schon vor der Adoption eingestellt haben [...] Auch sie dürfen aber zulässigerweise nur hergestellt werden, wenn sie dem Wohl eines nicht eigenberechtigten Wahlkindes entsprechen.“*²⁰ Manchmal sind die Argumente, welche der EGMR „übersieht“, tatsächlich interessanter als jene, welche er zwecks (scheinbar) leichter Widerlegung heranzieht.

Schließlich verwirft der EGMR auch das Argument, bei Eizellenspenden könnte das legitime In-

teresse von Kindern, über ihre wahre Abstammung informiert zu werden, nicht befriedigt werden. Dieses Informationsrecht sei nämlich „kein absolutes“, und es könne durch entsprechende rechtliche Lösungen (der Gerichtshof verweist hier auf die französische Regelung der anonymen Geburt) eine ausgewogene Balance zwischen den einschlägigen öffentlichen und privaten Interessen gefunden werden.²¹ Der VfGH hat sich mit diesem Aspekt im von ihm geführten Verfahren übrigens nicht näher befassen müssen.

c) „Einfache“ Besamung (Insemination) mit „fremdem“ Spermia ja, IVF mit „fremdem“ Spermia nein?

Wie oben schon erwähnt, erlaubt das FMedG die Verwendung von Spermia, das nicht vom Ehegatten/Lebensgefährten der Frau stammt, sondern von einem „Samenspender“, für die „einfache“ Besamung, für die IVF hingegen nicht. Der EGMR hatte sich somit zu fragen, ob diese Differenzierung gerechtfertigt sei.

Der EGMR verweist hinsichtlich der bisher (siehe oben b) erörterten Argumente der österreichischen Regierung zunächst darauf, dass diese entweder nicht auf diese Konstellation passen oder bereits widerlegt seien.²² So muss er sich nur mit einem Zusatzargument auseinandersetzen, welches auf die Effizienz rechtlicher Regeln Bezug nimmt: Auf das Verbot der „einfachen“ Besamung mit „fremdem“ Samen sei deshalb verzichtet worden, weil diese Technik schon lange praktiziert worden und die Kontrolle aufgrund der einfachen Anwendbarkeit der einschlägigen Techniken (dabei seien nicht einmal besondere medizinische Kenntnisse nötig) nicht effektiv möglich sei. Bei der IVF sei eine effektive Kontrolle angesichts des höheren Aufwandes an technischen Mitteln und Kenntnissen eher möglich, sodass die Differenzierung gerechtfertigt sei. Der EGMR anerkannte zwar das Effektivitätsargument grundsätzlich, hob aber im Gegensatz zum VfGH²³ hervor, der Kinderwunsch stelle einen so wichtigen Gesichtspunkt dar, dass ein Verbot der Samenspen-

de für eine IVF letztlich einen unverhältnismäßigen Grundrechtseingriff darstelle.²⁴

4. Abschließende Würdigung

Allgemein lässt sich zunächst sagen, dass nach den Maßstäben des EGMR den Vertragsstaaten de facto nur die Möglichkeit bleibt, künstliche Fortpflanzung entweder ganz zu verbieten (was politisch wohl in den weitaus meisten EMRK-Vertragsstaaten unrealistisch sein dürfte) oder aber in sehr weitem Umfang zuzulassen. Dies erinnert ein wenig an die bisherige²⁵ Linie des EGMR zur Abtreibungsfrage, zumal er etwa einerseits die irische (Verfassungs-) Rechtslage i. w. akzeptiert, welche²⁶ die rechtliche Gleichstellung geborener und ungeborener Menschen vorsieht und dementsprechend ein (fast) lückenloses Abtreibungsverbot enthält,²⁷ andererseits jedoch dann, wenn ein Staat Abtreibung zumindest in beschränktem Umfang zulässt, stark zur Ausweitung tendiert.²⁸

Die vom EGMR gepflogene „Alles-oder-nichts-Argumentation“ kann m. E. schon im Grundsatz nicht überzeugen. Bei der Frage der Zulassung gefährlicher oder sonst bedenklicher Tätigkeiten und Verfahren steht der Gesetzgeber immer vor dem Problem der Interessenabwägung, deren Ergebnis keineswegs mathematisch exakt bestimmbar ist und daher je nach Interessengewichtung unterschiedlich ausfallen kann.

Als jedermann bekanntes Beispiel ist das mit großen und mitunter schnell bewegten Massen verbundene Autofahren zu nennen. Gesetzgeber auf der ganzen Welt nehmen die Risiken dabei grundsätzlich in Kauf und lassen den KFZ-Verkehr aufgrund der positiven Auswirkungen (Mobilität der Bevölkerung, Förderung wirtschaftlichen Austausches etc.) weitestgehend zu, statuieren aber auch mitunter empfindliche Geschwindigkeits- und Gewichtsbeschränkungen, zumal das Risiko mit steigendem Gewicht und Geschwindigkeit des KFZ tendenziell steigt. Bei dieser Interessenabwägung treffen nationale Gesetzgeber bisweilen sehr unterschiedliche Regelungen, wie etwa das Fehlen eines

allgemeinen Tempolimits für die meisten PKW auf deutschen Autobahnen im Gegensatz zum absoluten Tempolimit von 130 km/h in Österreich zeigt.

Im Prinzip nichts anderes hat der österreichische Gesetzgeber bei der Zulassung der von vielen Bedenken und Risiken begleiteten künstlichen Fortpflanzungstechniken gemacht und sich dabei im internationalen Vergleich mit guten Gründen für einen eher vorsichtigen Zugang entschieden. Aufgrund der Bedeutung des Kinderwunsches für viele aus eigenem fortpflanzungsunfähige Paare hat er bestimmte Techniken zugelassen (insbesondere die homologe IVF), andere, weil mit höheren Risiken als die zugelassenen verbunden (z. B. die heterologe IVF mit Samen- bzw. Eizellenspende), hingegen nicht.

Es ist schon richtig, wenn der EGMR meint, medizinische Risiken und Missbrauchsgefahren bestehen auch bei der homologen IVF und könnten daher auch für ein gänzlich Verbot der IVF ins Treffen geführt werden. Ebenso wenig ist aber die Risikohöherung bei der heterologen IVF zu bestreiten. Wenn der EGMR den EMRK-Vertragsstaaten sogar die Möglichkeit eines gänzlichen Verbots künstlicher Fortpflanzungstechniken einräumt, wieso sollte dann die gesetzliche Inkaufnahme der mit diesen Techniken verbundenen Risiken bis zu einem gewissen *Ausmaß* – aber eben nicht darüber – unzulässig sein? Dies erscheint ähnlich abwegig, wie dem Gesetzgeber aus menschenrechtlichen Überlegungen nur die Wahl zu lassen, das Autofahren entweder ganz zu verbieten oder aber frei von jeglichem Tempolimit zuzulassen.

Ebenso abwegig ist der Versuch des EGMR, die sich aus der Aufspaltung von genetischer und, wie der VfGH sich ausdrückt, „plazentarer“ Mutterschaft im Fall der Eizellenspende ergebenden Gefahren unter Verweis auf die Adoptionsmöglichkeit unter den Teppich zu kehren. Dass es einen Unterschied macht, ob man auf *schon bestehende* schwierige soziale Verhältnisse unterstützend reagiert (indem man etwa durch Adoption sozial benachteiligten Kindern die Möglichkeit gibt, in „besseren Verhältnissen“ aufzuwachsen), oder aber durch „Aufspaltung

gen“ der Mutterschaft wie bei der Eizellenspende potentiell prekäre familiäre Konstellationen *bewusst heraufbeschwört*, sollte eigentlich unmittelbar einleuchten. Diesbezüglich ist den obzitierten Überlegungen des VfGH nichts hinzuzufügen.

Aus alledem folgt: Hätte sich der EGMR an seine eigenen grundlegenden Prämissen – weiter Ermessensspielraum des Gesetzgebers bei medizinisch und ethisch umstrittenen Fragen – gehalten, hätte er wie der VfGH die österreichische Regelung als menschenrechtskonform bestätigen müssen. Stattdessen hat er aber de facto die Rolle eines Ersatzgesetzgebers eingenommen und rechtspolitische Festlegungen getroffen, die dem demokratischen Wettbewerb in den Vertragsstaaten überlassen werden sollten. Die EMRK ist bekanntlich insbesondere unter dem Eindruck der Verbrechen des NS-Regimes bzw. der Parole „Nie wieder!“ etabliert worden und hat daher selbstverständlich zu Recht breiten Konsens gefunden. Wer hätte sich damals gedacht, dass der EGMR die ihm zugedachte Stellung als Hüter elementarer Menschenrechte dazu verwenden würde, ganz bestimmte (und wie er selbst einräumt, keineswegs unumstrittene) gesellschaftspolitische Positionen zu propagieren?

Der renommierte Verfassungsrechtslehrer und ehemalige deutsche Bundespräsident und Präsident des deutschen Bundesverfassungsgerichts a. D., Roman Herzog, hat angesichts vergleichbarer Tendenzen auf Seiten des aufgrund der Verträge über die Europäische Union eingerichteten Europäischen Gerichtshofes (EuGH) ein Plädoyer mit dem Titel „Stoppt den Europäischen Gerichtshof!“²⁹ verfasst. M. E. sollte man sich unter Heranziehung der Wiener Vertragsrechtskonvention (WVK) auch in Österreich überlegen, welche Konsequenzen Kompetenzüberschreitungen des EGMR für die Verbindlichkeit seiner Entscheidungen haben.

Das gegenständliche EGMR-Urteil sollte aber auch Anlass sein, ganz grundsätzlich die Zulassung künstlicher Fortpflanzungstechniken zu hinterfragen, wenngleich die Durchsetzung eines Totalverbots der IVF derzeit politisch unrealistisch erscheint.

Referenzen

- 1 Als zeitgenössische Publikationen wären etwa zu nennen Bernat E. (Hrsg.), *Lebensbeginn durch Menschenhand* (1985); BMFJK (Hrsg.), *Familienpolitik und künstliche Fortpflanzung* (1986); Posch W., *Rechtsprobleme der medizinisch assistierten Fortpflanzung und Gentechnologie* (Gutachten zum 10. Österreichischen Juristentag [1988]). Auch die *Erläuterungen zur Regierungsvorlage* des FMedG (216 der Beilagen zu den Nationalratsprotokollen, XVIII. GP) sowie der bezughabende *Bericht des Justitaausschusses* des Nationalrates (490 der Beilagen zu den Nationalratsprotokollen, XVIII. GP) geben einen guten Einblick in den Diskussionsstand und die Motive des Gesetzgebers.
- 2 Z. B. IMABE, Schweizerische Gesellschaft für Bioethik, Zürich (Hrsg.), *Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens*, Fassbaender, Wien (1989)
- 3 U. a. Imago Hominis 4/2002: IVF – Hinterfragung einer Praxis; Bertolaso M., Gaudino C., *Leben aus dem Labor?*, Imago Hominis (2007); 14: 110-112; IMABE-Info IVF (2/2006), <http://www.imabe.org/index.php?id=623>
- 4 Fall S. H. und andere gegen Österreich, Beschwerdenummer 57813/00
- 5 Bei diesem Urteil handelt es sich – ähnlich wie beim vor einigen Monaten gefällten umstrittenen „Kruzifix-Urteil“ gegen Italien – um eine Entscheidung, die von einer aus sieben Richtern bestehenden Kammer des Gerichts gefällt wurde (Artikel 29 Europäische Menschenrechtskonvention – EMRK). Gemäß Artikel 43 EMRK könnte eine Partei – in dem Fall also z. B. Österreich – eine Verweisung an die aus 17 Richtern (Artikel 27 [1] EMRK) bestehende Große Kammer beantragen, wenn sie mit dem Kammerurteil nicht einverstanden ist. Ein Urteil der Großen Kammer ist von vornherein unanfechtbar; ein Urteil der „kleinen“ Kammer wird endgültig, wenn die Parteien erklären, dass sie eine Verweisung der Rechtssache an die Große Kammer nicht begehren, wenn binnen drei Monaten keine Verweisung an die Große Kammer beantragt wird, oder wenn der Verweisungsantrag vom Ausschuss der Großen Kammer abgelehnt wird (Art. 44 EMRK). Im Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrages (Ende Mai 2010) war öffentlich nicht bekannt, ob Österreich die Verweisung an die Große Kammer beantragen würde.
- 6 Geschäftszahlen G 91/98, G 116/98, Sammlungsnummer (VfSlg.) 15632
- 7 VfGH Pkt. B. 1. ff., B. 2.6. ff., EGMR Pkt. 56. ff.
- 8 Wortlaut des Artikels 8 EMRK: (1) *Jedermann hat Anspruch auf Achtung seines Privat- und Familienlebens, seiner Wohnung und seines Briefverkehrs.*
- (2) *Der Eingriff einer öffentlichen Behörde in die Ausübung dieses Rechts ist nur statthaft, insoweit dieser Eingriff gesetzlich vorgesehen ist und eine Maßnahme darstellt, die in einer demokratischen Gesellschaft für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist.*
- 9 VfGH Pkt. B. 2.4.2.2., EGMR Pkt. 68. f. (mit rechtsvergleichenden Hinweisen)
- 10 Pkt. B. 2.4.
- 11 Pkt. B. 2.4.2.4.
- 12 Pkt. 74.; diese wie auch die folgenden Zitate sind meine eigenen Übersetzungen aus dem englischen Originaltext des Urteils.
- 13 Pkt. 72.
- 14 Pkt. 73. f.
- 15 Pkt. B. 2.3.2. ff.
- 16 Pkt. 75. ff.
- 17 Vgl. insbes. Pkt. B. 2.4. ff.
- 18 Pkt. B. 2.6. ff.
- 19 Pkt. 79. ff.
- 20 Pkt. B. 2.6.2.
- 21 Pkt. 82. ff.
- 22 Pkt. 90.
- 23 Pkt. B. 2.6.1.2.
- 24 Pkt. 91. ff.
- 25 „Bisherige“ deshalb, weil beim EGMR derzeit ein die Abtreibungsregelung in Irland behandelndes Verfahren anhängig ist, das unter anderem die Frage eines „Rechts auf Abtreibung“ thematisiert und einen Paradigmenwechsel in der Abtreibungsfrage – es ist zu befürchten, mit einer die Abtreibung stark begünstigenden Tendenz – bringen könnte.
- 26 Wie übrigens der formell im Range eines einfachen Gesetzes stehende § 22 ABGB in Österreich, wobei in Österreich nicht zuletzt auf strafrechtlicher Ebene leider nicht dieselben Konsequenzen gezogen werden wie in Irland.
- 27 Fall D. gegen Irland, Beschwerdenummer 26499/02
- 28 So hinsichtlich der polnischen Regelung der medizinischen (nicht vitalen) Indikation im Fall Tysiac gegen Polen, Beschwerdenummer 5410/03. Eine ausführliche kritische Erörterung dieses Urteils und verwandter Entscheidungen des EGMR findet sich bei Piskernigg T., *Gesetzesvorstoß gegen die „Kind als Schaden-Rechtsprechung“ des OGH*, Imago Hominis (2007); 14: 227-242 (S. 230 ff.).
- 29 Gemeinsam mit Lüder Gerken, erschienen in der FAZ vom 08.09.2008

Kindesmissbrauch: Therapie kann Pädophilie-Rückfällen effizient vorbeugen

Die schlechte Nachricht: Pädophilie ist nicht heilbar. Rund ein Prozent aller Männer sind laut einer Studie der *Berliner Charité* davon betroffen, in Deutschland entspricht das rund 250.000 Männern. Die gute Nachricht: Vorbeugende Therapien für pädophile Männer und Verhaltenskontrolle sind möglich. „Wir verringern Realitätsverzerrungen, fördern das Vermögen, sich in Opfer einzufühlen und beziehen Partner oder Angehörige ein. Auch Medikamente können sehr hilfreich sein, um sexuelle Impulse zu unterdrücken“, erklärt der Leiter des Instituts für Sexualmedizin der Berliner Charité, Klaus Beier, in der FAZ. „Für seine Neigungen kann man niemanden verantwortlich machen, wohl aber für sein Verhalten“, sagt Breier. Der Sexualmediziner hält die mangelnde Kontrolle des Internets als Quelle pornographischer Bilder für unverantwortlich: „Das ist ein großer unethischer Menschenversuch, und mir ist völlig rätselhaft, warum der so ungehindert ablaufen kann.“ Die sexuelle Präferenzstruktur bilde sich im Jugendalter aus und sei danach unveränderbar. Im Internet seien Missbrauchsabbildungen immer einfacher zu erreichen, sie senken die kritische Selbstwahrnehmung der Nutzer und damit vermutlich auch die Schwelle zur direkten Tat. Studien würden zeigen, dass Jugendliche schon sehr früh Erstkontakt mit Pornographie im Netz haben. Wenn sich die Präferenzstruktur in der frühen Jugend manifestiere, hinterlassen solche Bilder bereits in Zwölf- bis Dreizehnjährigen tiefe Spuren.

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 28. Mai 2010

Genetik: Craig Venters Technologie ohne Schöpfungsakt

Dem US-Genetiker und Biotechnologe Craig Venter und seinem Team gelang es, ein Bakterium mit einem künstlichen Genom auszustatten. „Die Möglichkeit, die Software des Lebens umzuschreiben, wird eine neue Ära der Wissenschaft einleiten – und mit ihr neue Produkte und Anwendungsmöglichkeiten ergeben“, erklärte Venters Unternehmen *J. Craig Venter Institute*. Das Team veröffentlichte seine Ergebnisse in *Science*. Sind die neuen Zellen tatsächlich ein „Schöpfungsakt“? Venter selbst spricht von der „ersten, sich selbst reproduzierenden Spezies auf unserem Planeten, deren Eltern ein Computer sind“. Etwas bescheidener geben sich Kollegen und Kommentatoren: Venters pompös verkündete „synthetische Biologie“ sei eine Biologie aus dem Setzkasten – für Einzeller, Würmer und Mollusken, er sei ein genialer Selbstvermarkter und Wortschöpfer, kommentierte die *Süddeutsche Zeitung*.

Mit ihrer jetzt vorgestellten Forschungsarbeit haben Venter und seine Kollegen vor allem den Beweis erbracht, dass ein im Labor hergestelltes Genom überhaupt funktionstüchtig ist, wenn man es in eine Zelle ohne eigenes Erbgut verpflanzt. Allein dazu waren rund 40 Millionen Dollar – 32 Millionen Euro – nötig, sowie ein Team von 20 Forschern, das mehr als zehn Jahre lang mit dieser Aufgabe beschäftigt war. Die Wissenschaftler, so die *Berliner Zeitung* hätten bisher aber weder ein völlig neues Genom konstruiert, noch ein vollständig künstliches Lebewesen geschaffen. Sie bauten das Erbgut eines Bakteriums nach und schleusten das künstlich geschaffene Genom in ein anderes Bakterium ein.

„Leben herstellen – ist nicht schon das Zusammenspiel dieser beiden Worte ein Widerspruch?“ Der Freiburger Ethiker Giovanni Maio hält in einem bemerkenswerten Aufsatz im *Technology Review* der gängigen Reduktion des Begriffes Leben auf rein naturwissenschaftliche Kategorien den Spiegel vor: Die große Differenz zwischen Leben und Ding sei, dass der Gegenstand, das künstlich hergestellte Ding eben eine Maschine sei. Echtes Leben könne nicht kontrolliert werden, präzisiert Maio. Er sieht im Denken der Synthetischen Biologie die „Gefahr einer mechanistischen Entwertung allen Lebens“, die es auf Machbares reduziert. Demgegenüber sollte eine Haltung gefördert werden, wonach Leben „einen inneren Wert besitzt, etwas Kostbares ist, das am Ende nur als Gabe betrachtet werden kann, auf die man nicht mit Stolz blicken, sondern die man nur in Dankbarkeit annehmen kann“.

Science, doi:10.1126/science.1190719

Süddeutsche Zeitung, 21. Mai 2010

Berliner Zeitung, 21. Mai 2010

Technology Review, 28. Mai 2010

Public Health: Schwierige Familienverhältnisse begünstigen ADHS bei Kindern

ADHS-Kinder kommen fast zur Hälfte aus Eineltern-Familien oder aus Familien der sozialen Unterschicht. Dies stellten schwedische Public Health-Forscher fest, die die Ergebnisse ihrer Untersuchung nun in der *Acta Paediatrica* veröffentlichten. Anders Hjern vom *Centre for Health Equity Studies (CHES)* in Stockholm und seine Mitarbeiter untersuchten die Verordnungen von Ritalin und anderen Therapiearzneien bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Da in Schweden sämtliche Geburten mit einer Identifikationsnummer versehen werden, kann die Abgabe dieser rezeptpflichtigen Medikamente mit der Personnummer verglichen werden.

Die Forscher stellten dabei fest, dass Knaben stärker betroffen sind als Mädchen. Sie erhalten dreimal häufiger ein Medikament. Mütter mit der geringsten Schulbildung hatten zu 130 Prozent häufiger ein Kind mit ADHS als besser ausgebildete Mütter; Kinder von Alleinerziehern bekamen bis zu 54 Prozent häufiger ein ADHS-Medikament verordnet als Kinder, die mit beiden Elternteilen wohnten. Auch der Empfang von Sozialhilfe in der Familie erhöhte die Wahrscheinlichkeit einer ADHS-Medikation um 135 Prozent. Nach den Berechnungen der Forscher erklärt ein niedriges Bildungsniveau der Mutter 33 Prozent aller ADHS-Erkrankungen. Weitere 14 Prozent konnten auf den Faktor alleinerziehender Elternteil zurückgeführt werden.

Acta Paediatrica (2010); 99: 920-924

Niederlande: Parlament debattiert über „Letzte-Wille-Pille“ für Menschen ab 70

In den Niederlanden wird jetzt, neun Jahre nach der Legalisierung der Euthanasie, der nächste Schritt vorbereitet: Die „Letzte-Wille-Pille“ für Menschen über 70 Jahre. Wer als Pensionist nicht mehr leben will, soll ein Recht auf Beihilfe zum Selbstmord haben, egal, ob krank oder gesund. Die einflussreiche Organisation „Right to Die“, die in den Niederlanden bereits seit 1973 aktiv ist und dort nach eigenen Angaben 100.000 Mitglieder hat, läutete diese Diskussion durch eine Unterschriftenaktion ein. Von deren Erfolg sei man „überwältigt“ gewesen, hieß es aus dem Büro der Euthanasie-Organisation. Nun beschäftigte sich das Parlament mit den Forderungen, darunter mit jener, auch nicht-medizinisches Personal auszubilden, damit sie tödliche Injektionen verabreichen oder Suizid-Pillen an gesunde, über 70-jährige Menschen verteilen können. „Zertifizierte Selbstmord-Assistenten“ könnten besser unterscheiden, ob es sich bloß um eine vorübergehende Depression oder einen „anhaltenden Herzenswunsch“ zu sterben handle, argumentieren die Lobbyisten, wie die britische Zeitung *Daily Telegraph* berichtet.

Österreich setzt in der Bewältigung von Leid und Schmerz auf eine andere Karte: Der Dachverband „Hospiz Österreich“ und die Wiener Caritas fordern ein Sterbehilfeverbot in der österreichischen Verfassung und zeigen sich hinsichtlich einer Umsetzung zuversichtlich. Der Umgang mit Menschen am Ende des Lebens sei entscheidend für das menschliche Antlitz einer Gesellschaft, heißt es in einer veröffentlichten gemeinsamen Erklärung. Die Organisationen fordern darin die Regierung auf, ein klares „Ja“ zur Hospizarbeit zu setzen. Wer sich gegen aktive Sterbehilfe ausspreche, müsse für eine

optimale Sterbebegleitung und bestmögliche Schmerzbehandlung Sorge tragen. Ein in der Verfassung verankertes Sterbehilfeverbot wäre „nicht nur ein Bekenntnis zum Leben, sondern auch ein Signal über die Grenzen unseres Landes hinaus“, heißt es in der Erklärung.

Daily Telegraph 10. März 2010

http://www.hospiz.at/pdf_dl/10_03_21_Euthansieverbot_in_Verfassung.pdf, 21. März 2010

Public Health: Ist eine Fast-Food-Steuer gegen Adipositas sinnvoll?

Der Preis für Softdrinks hat sich in den USA in den letzten 20 Jahren halbiert, auch für Pizza müssen die US-Amerikaner deutlich weniger ausgeben. Diese fallenden Preise haben den Konsum dieser Fast-Food-Produkte enorm gesteigert und damit das Übergewicht der Menschen verstärkt, sagen Forscher der *Universität in North Carolina*. Sie fordern eine künstliche Verteuerung dieser Lebensmittel. Eine gezielte Steuer könnte laut einer in den *Archives of Internal Medicine* publizierten Studie die Ernährungsgewohnheiten verbessern und einen sinnvollen Beitrag gegen die ausufernde Adipositas-Epidemie leisten.

Die Wissenschaftler ließen seit Mitte der 80er-Jahre die Teilnehmer der Studie *Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA)* dreimal ausführliche Fragebögen zu ihren Ernährungsgewohnheiten ausfüllen. Körpergröße und -gewicht wurden jeweils gemessen, anhand der Konzentration von Glukose und Insulin im Blut die Insulinsensitivität bestimmt. Studienleiter Kiyah Duffey setzte die gewonnenen Daten mit den Lebenshaltungskosten in Beziehung und bestimmte die „Preis-Elastizität“. Das ist der Einfluss, den der Preis auf die Zusammensetzung der Nahrung hat. Ihre Untersuchung zeigte: Je billiger Fast Food wird, desto mehr wird davon gegessen, desto dicker sind die Menschen und desto ausgeprägter ist die Insulinresistenz.

Die Autoren ziehen nun den Umkehrschluss: Eine Steuer auf diese Nahrungsmittel (oder der Verzicht auf Subventionen für potenziell schädliche Nahrungsmittel) könnte die Ernährungsgewohnheiten wieder verbessern. Eine 18-prozentige Steuer auf Fast Food könnte langfristig die US-Amerikaner im Durchschnitt um 5 Pfund (2,3 kg) pro Person und Jahr verschlanken, schätzen die Wissenschaftler.

Archives of Internal Medicine (2010); 170: 420-426

Studie: Kinder von Fremdsamenspendern suchen nach ihrer Identität

Wie gehen Kinder mit dem Wissen um, dass sie

nicht auf natürlichem Weg, sondern künstlich entstanden sind und dass sie sich einem Fremdsamenspender verdanken? Suchen sie nach ihrem biologischen Vater oder potentiellen Halbgeschwistern? Ja, zeigt eine Studie in *Reproductive BioMedicine Online*, eine der wenigen Publikationen, die auf die psychischen Folgen bei künstlich gezeugten Kindern eingeht, erhoben unter Mitgliedern der Donor Sibling Registration (DSR), einem US-Register, das den Kontakt zwischen dem Nachwuchs von ein und demselben Samenspender ermöglicht.

165 Kinder, die alle durch Fremdsamenspende (heterologe Insemination) entstanden sind, beteiligten sich an der Umfrage. Das Ergebnis: 92 Prozent aller Kinder wollten wissen, wer ihre genetischen Verwandten sind. 64 Prozent aller Befragten suchten sowohl nach Halbgeschwistern als auch nach ihrem genetischen Vater, 13 Prozent nur nach dem Samenspender und 15 Prozent nur nach Halbgeschwistern. Ein Großteil der Kinder gab als Grund für ihre Teilnahme an dieser Umfrage an, dass ihnen etwas von ihrer persönlichen und genetischen Identität fehle.

Generell hat sich in den letzten Jahren unter den durch Insemination von Dritten gezeugten Kindern ein wachsendes Interesse entwickelt, ihre Samenspender und potentiellen Halbgeschwister ausfindig zu machen und zu kontaktieren. Viele hatten sich beklagt, dass ihnen Informationen über ihren „Samenvater“ vorenthalten wurden. In vielen Staaten ist es deshalb zur Abschaffung der Anonymität der Spender gekommen. Bei In-vitro-Fertilisation sind Samen- und Eizellenspenden derzeit in Österreich verboten.

Reprod BioMed Online (2010); 20: 523-532

Klinische Tests: Abgebrochene Studien überschätzen Medikamentenwirkung

Viele Studien sind von vornherein so angelegt, dass sie beim Erreichen bestimmter Parameter automatisch als erfolgreich beendet werden können. Immer öfters werden dann die Testreihen verkürzt – zum einen aus ethischen Gründen, um der Placebo-Patientengruppe oder anderen schwerkranken Menschen das besser Medikament nicht unnötig länger vorzuenthalten, andererseits spielen auch Einsparungsgründe eine Rolle, denn: Klinische Studien sind teuer und langwierig.

Nun hat ein internationales Forscherteam die verkürzten klinischen Tests unter die Lupe genommen. Ihr Ergebnis: Der frühe Abbruch der Studie birgt das Risiko, dass die positiven Effekte der untersuchten Therapie deutlich überschätzt werden, berichtet Studienleiter Dirk Bassler von der *McMaster University* in Hamilton/

Kanada im *Journal of the American Medical Association*.

Die Wissenschaftler berufen sich auf einen Vergleich von insgesamt 91 wegen Erfolgs abgekürzter Studien mit äquivalenten Untersuchungen, die über den zu Beginn geplanten Zeitraum hinweg durchgeführt wurden. Die gleichen Therapien zeigten in abgebrochenen Studien deutlich stärkere positive Effekte als in solchen Studien, die über den gesamten vorgesehenen Zeitraum liefen. Damit wäre so mancher „Erfolg“ ein nur scheinbarer, der mitunter auf Verzerrungen zurückzuführen ist.

Als mögliche Ursache vermuten die Forscher bei abgebrochenen Studien einen Selektionseffekt durch zufällige Häufungen von positiven Ergebnissen zu einem frühen Zeitpunkt in der Studie. Dafür spricht auch, dass ein positiver Effekt bei Studien mit kleinen Probandenzahlen bis etwa 500 Teilnehmern überproportional hoch ausfällt, während bei umfangreicheren Studien meist auch bei frühzeitigem Abbruch realistische Ergebnisse zu Stande kamen.

Die Autoren fordern, dass frühzeitig abgebrochene Studien in der Medikamentenbewertung gesondert berücksichtigt werden sollten. Sonst bestünde die Gefahr, dass der Nutzen einer Behandlung insgesamt überschätzt wird. Sie empfehlen deshalb, klinische Tests nach Möglichkeit planmäßig zu beenden, und Studien, in denen das nicht geschehen ist, grundsätzlich mit Misstrauen zu betrachten.

J Am Med Assoc (2010); 303: 1180-1187

Public Health: Zuviel Fernsehen macht Kinder dick und unbeweglich

Immer mehr deutsche Kinder leiden an Übergewicht und werden immer unbeweglicher. Ein Grund dafür liegt im Fernsehkonsum. Zu viel Fernsehen schadet Kinder nachhaltig, untermauert nun eine kanadische Langzeitstudie. „Die frühe Kindheit ist eine entscheidende Zeit für die Entwicklung des Gehirns und die Entstehung von Verhalten“, erläuterte Studienleiterin Linda S. Pagan von der *Universität Montreal*. Wenn Kleinkinder zu viel Zeit vor dem Fernseher verbringen, wirkt sich das langfristig negativ aus, so die im *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* publizierten Studie.

Die Forscher zeichneten im Rahmen der *Quebec Longitudinal Study of Child Development* das Fernsehverhalten von 1.314 Kindern zwischen zweieinhalb und viereinhalb Jahren auf und brachten sie in Relation mit dem Verhalten der Kinder als 10-Jährige. Bei mehr als zwei Stunden Fernsehkonsum im Kleinkindalter haben diese Kinder mit zehn Jahren in der Schule eher Probleme, ernähren sich schlechter, sind eher übergewichtig als ihre Al-

tersgenossen und neigen auch noch als Zehnjährige zu weniger Bewegung. Eltern sollten den entsprechenden Richtlinien der amerikanischen Akademie für Kindermedizin folgen: Diese empfiehlt so wenig TV-Konsum wie möglich für Kinder unter zwei Jahren, für Kinder generell nicht mehr als zwei Stunden täglich.

Arch Pediatr Adolesc Med (2010); 164: 425-431

Belgien: Euthanasie häufig ohne Zustimmung des Patienten

Acht Jahre nach der Legalisierung wird die aktive Sterbehilfe in Flandern häufig praktiziert – und nicht selten erfolgt sie – bei dementen oder komatösen Patienten – auch ohne deren Einwilligung. Die Medikamente werden oft von Krankenschwestern verabreicht – wenn auch meist in Anwesenheit eines Arztes –, die dabei ein hohes Risiko eingehen, sich strafbar zu machen, berichtet das *Deutsche Ärzteblatt*.

Aktive Sterbehilfe ist derzeit in den drei Benelux-Ländern und Arzt-assistierter Suizid in zwei US-Bundesstaaten (Washington und Oregon) legal. In Kanada wird sie derzeit heftig diskutiert, was das *Canadian Medical Association Journal* veranlasste, Studien zu den Erfahrungen in Belgien zu publizieren, wo die Sterbehilfe 2002 legalisiert wurde.

Eine der Studien wurde in Flandern durchgeführt. Kenneth Chambaere von der *Vrije Universiteit* in Brüssel befragte Ärzte zu einer repräsentativen Stichprobe von 6.927 Todesfällen. Wenn man davon ausgeht, dass Mediziner, die Sterbehilfe praktizieren, aus Angst vor juristischen Folgen (auch wenn ihnen Anonymität zugesichert wurde) eher nicht antworten, könnte die Prävalenz sogar noch höher sein, als die von Chambaere genannten Zahlen.

Demnach erfolgten 2007 in Belgien insgesamt 3,8 Prozent aller Todesfälle durch Euthanasie, in 2 Prozent wurde die Tötung auf Wunsch des Patienten durchgeführt, in 1,8 Prozent ohne Zustimmung des Patienten. Die beiden Patientengruppen unterschieden sich: Die aktive Sterbehilfe mit Zustimmung des Patienten wurde in der Regel bei Patienten unter 80 Jahren (Anteil 79,6 Prozent) durchgeführt, von denen viele im Endstadium einer Krebserkrankung waren (80,2 Prozent), und sie fand häufig in der Wohnung des Patienten statt (50,3 Prozent). Die Tötung von Patienten ohne deren Zustimmung wurde überwiegend bei Patienten über 80 Jahren (53 Prozent) durchgeführt, die zumeist im Krankenhaus starben (67 Prozent). Es handelte sich überwiegend um demente oder komatöse Patienten. Diese Gruppe wird laut Studie durch die belgische Ge-

setzung einem erhöhten Risiko ausgesetzt, gegen ihren früheren Willen getötet zu werden.

Deutsches Ärzteblatt, 18. Mai 2010

CMAJ, doi:10.1503/cmaj.091876

England: 1.200 Herzinfarkte weniger durch Rauchverbot

Gesetze zu Rauchverboten in der Öffentlichkeit haben einer im *British Medical Journal* erschienenen Studie zufolge allein im ersten Geltungsjahr in England 1.200 Herzinfarkte verhindert. In England, dem größten Landesteil Großbritanniens, leben 49 Millionen Menschen. Es habe eine „bedeutende Abnahme“ von akuten Herzinfarkten gegeben, sagt Studienleiterin Anne Gilmore von der *University of Bath*. Die Wissenschaftler hatten Angaben aus den Notaufnahmen englischer Krankenhäuser zwischen Juli 2002 und September 2008 ausgewertet. Somit standen Daten des Zeitraums von fünf Jahren vor Inkrafttreten des Rauchverbots an Arbeitsplätzen sowie in Bars und Restaurants per 1. Juli 2007 sowie die Daten von 15 Monaten bestehenden Rauchverbots zur Verfügung. Von Juli 2007 bis Juli 2008 sei die Zahl der Herzinfarkte um 2,4 Prozent gesunken, abgenommen hätten vor allem die Notfälle bei Männern und Frauen über 60.

Br Med J (2010); 340: c2161

Medicina e Morale

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch
2010/1

Articoli:

J. Aznar: Ulipristal acetate. A new emergency contraceptive. Ethical aspects of its use;

A. Sutton: Dementia, human dignity and help to die: a theological perspective;

P. Del bon, G. Beretta, C. Wührer, A. Conti: Comunicazione, informazione e relazione tra paziente oncologico, personale sanitario e familiari. Risultati di una indagine sul campo;

F. Rosa, A. Parodi: Medicine among méfis, phrónesis and téchne.

2010/2

Articoli:

V. Mele: Federalismo in sanità e giustizia: l'abc per una riflessione bioetica e giuridica;

M. Casini: L'indisponibilità della vita umana nella prospettiva del biodiritto;

J. Aznar: Could IPS cells be clinically useful?;

J. N. Lafferriere: La regulación jurídica de la investigación sobre células troncales.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

18. Jahrgang Heft 1, 2010

Leitartikel:

Johannes Brantl: Wachstumsmarkt Vaterschaftstests. Ethische Implikationen gendiagnostischer Abstammungsuntersuchungen;
Hans-Martin Schönherr-Mann: Das utopische Denken als Begründung einer globalen Ethik: eine philosophische Perspektive im Anschluss an Hans Küngs Projekt Weltethos;
Karsten Weber: Gewalt in den Medien – methodologische, wissenschaftstheoretische und medien-

thische Reflexionen.

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch

18. Jahrgang, Heft 2, 2010

Christian Kopetzki: Editorial;

Beiträge:

Manuela Stadler: Abgrenzung von ärztlichen Ordinationsstätten bzw. Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien;

Franz Urlsberger: Möglichkeiten des Arzneimittelherstellers zur Abwehr des Parallelhandels.

18. Jahrgang, Heft 3, 2010

Christian Kopetzki: Editorial;

Reinhard Resch: Organisationsverschulden der Krankenanstalt aus Sicht des Arbeitnehmers;

Nikolaus Herdega: Die Kostentragung von ärztlichen Anordnungen bei Freiheitsbeschränkungen nach dem Heimaufenthaltsgesetz;

Lukas Stärker: Die ASVG-„Vertragspartner“-Schiedskommission.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

17. Jahrgang, Heft 2, 2010

Ferdinand Kerschner, Wilhelm Bergthaler, Eva Schulev-Steindl:

Editorial;

Wilhelm Bergthaler: Industrie- und Gewerbeparks: Rechtsproblem des Anlagenregimes und des Nachbarschutzes (Teil 1).

Anthropotes

Rivista ufficiale del Pontificio

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

Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch

Anno XXV, n. 1 – 2009

Articoli:

G. Marengo: Il contesto storico-teologico delle catechesi;

T. Akoha: Les catéchèse de Jean-Paul II sur l'amour humain: une

bonne nouvelle et un défi pour les cultures africaines;

A. Chundellikat: Pastoral and Theological Significance of the 'Catechism On Human Love' in Indian Context;

J. Merecki: Sulla ricezione della teologia del corpo in Polonia;

J. Granados: The Theology of the Body in the United States;

L. Vives Soto: Iluminar la verdad del amor conyugal. La teología del cuerpo en la teología de lengua española.

Anno XXV, n. 2 – 2009

Articoli:

H. Ponsot: Paul et la mariage;

G. Salmeri, M. Gilsoul : Risposta al Prof. H. Ponsot;

J. Atkinson: St. Paul and Marriage: A Hermeneutic;

N. Baumert: La relazione tra i coniugi: amore o sottomissione?;

M. Binasco, A. Necchi Binasco: Risposta al Prof. N. Baumert;

J.-B. Edart: Chiesa-Corpo/Chiesa-Sposa;

B. Ognibeni: Chiesa come corpo e Chiesa come sposa nelle lettere di Paolo ai Corinzi;

M. Waldstein, S. Waldstein: Risposta al Prof. B. Ognibeni;

A. Vanhoye: Omelia in occasione della Santa Messa presso la Basilica di San Paolo fuori le mura.

Hastings Center Report

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Volume 40 No. 2, 2010

From the Editor: The View from Within;

Another Voice: John A. Robertson: Is There an Ethical Problem Here?;

In Practice: Jay Baruch: Hug or Ugh?; At Law: Lawrence O. Gostin: What

Duties Do Poor Countries Have for the Health of Their Own People?;

Policy & Politics: I. Glenn Cohen: Medical Tourism: The View from

10,000 Feet;
 Essays:
 Thomas H. Murray: Making Sense of Fairness in Sports;
 Jan Todd, Terry Todd: Scenes from the Front Lines;
 Susan Gilbert: The Biological Passport;
 Theodore Friedmann: How Close Are We to Gene Doping?;
 Alice Dreger: Sex Typing for Sport;
 Articles:
 Aaron D. Levine: Self-Regulation, Compensation, and the Ethical Recruitment of Oocyte Donors;
 Bernard G. Prusak: What Are Parents For?;
 Perspective: Ira Byock: Dying with Dignity.

Acta Philosophica

Rom, Italien
 Quartalzeitschrift in Italienisch
 Vol. 19 (2010), fasc. I
 Studi:
 Ariberto Acerbi: Jacobi e l'interpretazione fichtiana della Lettera a Fichte (1799). Realismo, idealismo, nichilismo;
 Stephen E. Brock: Metafisica ed etica: la riapertura della questione dell'ontologia del bene;
 Lourdes Flamarique: La tesis del final de la modernidad y las tendencias de la filosofía contemporánea;
 Emmanuele Morandi: Il concetto di "relazione sociale" nella teoria sociologica di Pierpaolo Donati.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch
 XLIII/1, 2010
 Estudios:
 Enrique Alarcón: Libertad y necesidad;
 Enrico Berti: Metafisica y libertad en la filosofía antigua;
 Ángel Luis González: Ser personal y libertad;
 Giuseppe Nicolaci: Cómo la libertad

entra en la filosofía;
 Rogelio Rovira: Si quidem Deus est, unde mala? Examen de la adecuación del argumento del libre albedrío como solución de la aporía capital de la teodicea;
 Alejandro G. Vigo: Libertad como causa. Heidegger, Kant y el problema metafísico de la libertad.

Acta Medica Catholica Helvetica

Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz
 12. Jahrgang, Heft Nr. 1/2010 (April 2010)
 Weihbischof Marian Eleganti: Das Gewissen;
 Josef Bättig: Erasmus von Rotterdam;
 Simea Schwab: Menschenwürde und Leid;
 Simea Schwab: Der Mensch als Geschöpf und Ebenbild Gottes;
 Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz: Fließende Identität? Philosophische Aspekte der Menschenwürde im Blick auf Gender;
 Peter Ryser: Stellungnahme der VKAS zu den vom Bundesrat vorgeschlagenen Modifikationen des Art. 115 StGB bzw. Art. 119 MStGB betreffend organisierter Sterbehilfe;
 Rudolf Ehmann: Lebensgefahr durch Yasmin? Lungenembolien mit Folgen;
 Otto Jungo: Humanae Vitae – Reaktion katholischer Ärzte 1968.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch
 56/2, 2010
 Abhandlungen:
 Gunther Weitz: Künstliche Ernährung aus Sicht des Mediziners;
 Margit Haas, Helen Kohlen: Künstliche Ernährung am Lebensende. Die Rolle der Pflegenden;
 Stefan Lorenzl: Flüssigkeit und Ernährung am Lebensende. Entscheidungsfindung und medizinisch-ethische Problembereiche;

Eberhard Schockenhoff: Bestandteil der Basispflege oder eigenständige Maßnahme? Moraltheologische Überlegungen zur künstlichen Ernährung und Hydrierung;
 Matthis Synofzik, Georg Marckmann: Sondenernährung. Die Bedeutung evaluativer Vorstellungen eines guten Lebens für die Entscheidungsfindung;
 Oliver Tolmein: Die rechtlichen Rahmenbedingungen der sogenannten künstlichen Ernährung.

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.



Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis

Jochen Vollmann, Jan Schildmann, Alfred Simon (Hrsg.)
Campus Verlag, Frankfurt/ Main 2009
303 Seiten
ISBN 978-3-593-39052-9

Aspekte der klinischen Ethik sind in einer pluralistischen und schnelllebigem Zeit wie der unseren ein willkommener Ansatz, all das einer kritischen Prüfung zu unterziehen, was bereits etabliert ist und was an Veränderungen ins Haus steht. Daher haben die Herausgeber, Medizinethiker in Bochum und Göttingen, eine Reihe von Referenten für Beiträge auf der „Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin 2008“ in Bochum aufgebeten, um sich der klinischen Ethik als neuem Arbeitsfeld innerhalb einer empirischen Medizinethik zu widmen.

Die Hauptthemen: Klinische Ethikberatung; ausgewählte Themen aus klinischer Ethik; empirische Ethik des Arzt-Patienten-Verhältnisses gegenüber dem Selbstverständnis der Heilberufe. Ferner findet sich im Anhang eine Stellungnahme der deutschen Bundesärztekammer zur Ethikberatung.

Den Beginn machen Nancy N. Dubler und Carol B. Liebman, zwei New Yorker Bioethikerinnen (Fall-Demos rund um sterbende Patienten und deren unzufriedene Angehörige) mit Schwerpunkt Mediation (Ethikberatung auf heiklem Terrain). Gerald Neitzke (Hannover) setzt fort mit einer Erläuterung der Formen und Strukturen klinischer Ethikberatung, wie sie z. B. im Expertenmodell und in der „Prozessberatung“ vorliegen – und kommt zu dem etwas trivialen Schluss, dass am Ende ein Konsens das bestmögliche Ziel ist. Joachim Boldt (Freiburg) schlägt sich in seiner „klinisch angewandten Ethik“ ebenfalls mit uneinsichtigen Angehörigen herum und setzt auf Zeit: Die gediegene Auseinandersetzung mit allen Aspekten des Falles verlangsamt zwar den Fortgang, führe aber zu besser abgesicherten Kompromissen und zum Konsens („verlangsamende Interpretationshilfe“). Mit der Evaluation von Methoden der klinischen Ethikberatung beschäftigen sich auch Jan Schildmann

und Jochen Vollmann (Medizinethiker in Bochum), indem sie der Hoffnung Ausdruck verleihen, dass durch detaillierte Beschreibung der Zielsetzungen von Beratungsmodellen eine längst fällige Evaluation ermöglicht werden könne.

Auch der Hannoveraner Ethikprofessor Daniel Strech gibt sich bescheiden, wenn er von einer „Diskussion erster Schritte“ in der „Rationierungsberatung“ spricht. Die Differenzierung gegenüber der Rationalisierung (aus weniger mach mehr!) ist schwierig, weil unter diesem Terminus in der Praxis der Krankenhäuser schon längst Rationierung (Selektion und Beschränkung) betrieben werde. Er spricht sich für Schulung aus, deren gesundheitsökonomische Inhalte den Rezensenten frappant an das seit 20 Jahren praktizierte Qualitätsmanagement erinnern. Gemäß diesem Duktus folgen auch Kapitel wie: Identifizierung hausinterner Kernprobleme, Entscheidungsunterstützung (unter Einbeziehung einer Ethikberatung) und Evaluation. Hier zeigen sich auch die Grenzen der Ethikberatung, wenn die an sich guten Argumente der Kliniker im Dissens zu Rationalisierungsbestrebungen der Wirtschaft stehen – schließlich fehlen ja in der Regel objektive Orientierungspunkte. So wird, nach deutschem Recht, in dubio pro caso entschieden, weil schließlich der Streit nicht auf dem Rücken des Patienten ausgetragen werden dürfe.

Braucht die stationäre Altenpflege Ethikberatung? Die Medizinethikerin Gisela Bockenheimer-Lucius und Sylvia Sappa (Frankfurt) berichten über eine Bedarfserhebung. Fazit: Wenngleich ethische Probleme in Altenheimen nicht an der Tagesordnung zu sein scheinen, so wünschen sich doch 85 Prozent der Befragten eine Unterstützung in Sachen Ethik. Das „Qualifizierungsprogramm Hannover“ (zur Ethikberatung im Krankenhaus) wird als erfolgversprechender Ansatz zur Schulung bzw. zur Akzeptanz der Ethikberatung vorgestellt (Dörries/Neitzke/Vollmann/Simon).

Den Abschnitt „Themenfelder klinischer Ethik“ eröffnet die Medizinethikerin Dagmar Schütz (Aachen) mit ihrem Beitrag zur Praxis-

tauglichkeit der Konsensfindung im Rahmen der nichtinvasiven pränatalen Diagnostik (PND). Zu Recht betont sie die Verunsicherung der Mütter, wenn ein verdächtiger Befund (z. B. Hormonstatus, Dicke der Nackenfalte des Fötus) erhoben wird, der zur Entscheidung über eine nachfolgende invasive Diagnostik zwingt, verbunden mit neuen Risiken und Unsicherheiten: Es gehe doch keineswegs um Therapiemöglichkeiten, sondern um Abtreibung oder nicht. Die Vorreiter der PND prägten dafür den Euphemismus „Reproduktive Autonomie“, die gewahrt werden müsse, ungeachtet der hohen Rate an falsch positiven Befunden. Es müsse also die Initiative ausdrücklich von der Schwangeren ausgehen, betont die Autorin. Eine medizinische Indikation zur PND sei unzulässig. Das „Shared Decision Making“ solle – um seiner Rolle gerecht zu werden – auch normativ ethische Aspekte einbeziehen, damit die Autonomie der Schwangeren gegenüber der PND nicht zur Leerformel verkomme.

Eine Heidelberger Gruppe unter Federführung des Urologen Johannes Huber stellt eine multimedial gestützte Aufklärung vor (Sonografie, Film, Videos etc.), welche das ärztliche Informationsgespräch entlasten und die Information optimieren könne.

Der Beitrag aus Österreich gilt der hierzulande gesetzlich fundierten Patientenverfügung (PatV). Julia Inthorn vom Wiener Institut für Ethik und Recht in der Medizin berichtet über Beobachtungsprotokolle, die bei Beratungsgesprächen zur Errichtung von PatVs mitgeschnitten wurden (59 Fälle). Sie versucht, die Daten auf Basis von „Grounded Theory“ auszuwerten, und präsentiert die Ergebnisse dieses ersten Studienabschnittes – ein schwieriges Unterfangen angesichts der geringen Fallzahl (bis jetzt liegen insgesamt nur etwa 2000 Errichtungen einer PatV in Österreich vor). Die zentralen Aussagen betreffen unter anderem die Gestaltung des Gesprächs, mit welchem die Motivation der Klienten geprüft wird. Die Motive betreffen z. B. das Bedürfnis nach einer umfassenden Information, die Schaffung eines Instrumentes zur Abwehr medizinischer Maßnahmen bzw. zur Konstruktion eines Ersatzes

für eine Vertrauensperson, die Entlastung der Angehörigen und anderes mehr. Die Autorin räumt ein, dass beim Vorliegen einer PatV gerade diese Motivation der Errichtung hinterfragt werden müsse, damit sie „für den behandelnden Arzt verstehbar sei“ – womit Aussagen über Behandlungsablehnungen naturgemäß ihre Eindeutigkeit einbüßen.

Unter Federführung von Gerald Neitzke (Hannover) berichtet eine multizentrische Arbeitsgruppe über den verantwortungsvollen Umgang mit der sog. Terminalen Sedierung, wie sie seit etwa 20 Jahren bei Sterbenden praktiziert bzw. propagiert wird. Es werden Qualitätsstandards diskutiert, welche die Entscheidungsfindung (Indikation), die Methodik und Form der Durchführung solch einer Sedierung am Lebensende betreffen. Schließlich sei die Sedierung zwar kein biologischer, so doch ein „sozialer Tod“: eine Tatsache, die eine psychosoziale Begleitung unabdingbar mache.

Der knapp gehaltene nächste Abschnitt über die Möglichkeiten der empirischen Forschung in der Medizin- und Bioethik wird von Markus Rothhaar (Erlangen) und Julia Dietrich (Thüringen) gestaltet. In ihren Beiträgen betonen sie die vielfachen Probleme, wenn individuelle ethische Beweggründe auf dem Umweg der empirischen Sozialforschung in allgemein gültige Normierungen (Gesetze, Verordnungen, PatV) umgesetzt werden müssen.

Es liegt in der Natur der Beratung, dass Asymmetrien zwischen Arzt und Patient vorgegeben sind, die in der Kommunikation kompensiert werden müssen. Einen Beitrag dazu steuern Matthias Kettner und Matthias Kraska von der Universität Witten/Herdecke bei, reflektierend auf die bereits historische Typisierung von Emanuel & Emanuel (1992), welche kritisiert und in Frage gestellt wird, soweit sie die besagten Asymmetrien abzuschwächen scheint. Die Autoren plädieren für einen „kommunikationsphilosophischen Ansatz“, welcher der Realität qua Steilheit der Asymmetrie eher entspreche und eine bessere Basis zur Kompensation biete.

Der Bieler Wissenschaftsforscher Nils B. Heyen diskutiert in seinem wichtigen Beitrag die Nichtdi-

rektivität in der humangenetischen Beratung (werteneutrale Vermittlung von Information). Solch ein Prinzip könne kaum aufrecht bleiben, wenn „Rat gesucht“ wird bzw. wenn es um objektiv unverhandelbare Werte geht (Lebensschutz im engeren Sinn), die in der Diskussion um Pränataldiagnostik, Stammzellen, Sterbehilfe etc. aufgeweicht werden. Der Autor stellt fest, dass eine ärztliche Beratung im Ertragen der Spannung zwischen Autonomie und Abhängigkeit ihre Professionalität erweist. Wird die Beratung einer Standardisierung (Ent-Individualisierung) unterworfen, wird diese Spannung zunichte gemacht und der Geist der Beratung negiert, sodass die Beratung unprofessionell werde. Dies bedeute, dass die Nichtdirektivität z. B. bei der genetischen Beratung ein krasser Fall von Unprofessionalität sei – wemgleich der Autor versichert, damit nicht der bewussten Einflussnahme (Direktivität) das Wort reden zu wollen. Hier darf der Rezensent anmerken, dass die Hilfsbedürftigkeit auf keinen Fall als „systemstörende Abhängigkeit“ abqualifiziert, sondern mit Behutsamkeit „dirigiert“ werden darf, wenn man den reproduktivgenetischen, ethisch begründeten Nöten der Ratsuchenden gerecht werden will. Schade, dass der Autor nach so gewissenhafter Diskussion der Aspekte seinen Beitrag mit schwammig formulierten Schlussbemerkungen versieht, in denen er gerade bei jenen Fragen, die letztlich den Schwangerschaftsabbruch nach sich ziehen, der Nichtdirektivität „durchaus eine Berechtigung“ zugesteht und sie nur für die prädiktive somatisch-genetische Beratung verurteilt (Eugenik-Vorwurf).

Den Abschluss des Buches bildet ein Abdruck der Stellungnahme der zentralen Ethikkommission (ZEKO) bei der Deutschen Bundesärztekammer: „Ethikberatung in der klinischen Medizin, 24. Jänner 2006“. Hier wird die zunehmende Gründung von klinischen Ethikkomitees ausdrücklich begrüßt, die multiprofessionell ausgerichtet und aus speziell ausgebildeten Personen bestehen. Für den Leser bleibt unklar, wie die gleichzeitig formulierte Forderung nach Diskretion, Privazität und Indi-

vidualität in der Beratung dabei erhalten bleiben kann. Im Kommentar dazu wird versprochen, die Akzeptanz und Effizienz laufend zu evaluieren...

Der vorliegende Band Nr. 29 aus der traditionsreichen Reihe „Kultur der Medizin“ soll also einen Beitrag zur Propagierung der Errichtung von beratenden Ethikkommissionen bilden. Das Ergebnis ist ambivalent: Wenn es schon undenkbar ist, dass die/des Ratsuchende vor einer Kommission erscheint, so scheint es auch wenig zielführend, wenn der individuelle Berater nur in ständigem bzw. wiederholtem Kontakt mit der Kommission agieren darf. Die Zukunft wird zeigen, ob diese Modelle einer Evaluierung standhalten werden oder aber einem ethisch wohlfundierten, menschenfreundlichen Paternalismus in der Beratung weichen müssen. Asymmetrie hin oder her, die zentrale Vertrauensperson, damit auch letzter Verantwortungs- und Entscheidungsträger muss der kluge Arzt sein, der sich dem hohen ethischen Anspruch des Lebensschutzes und der Wahrung der Würde der Person verpflichtet weiß.

Leider wird der Band gerade diesem Aspekt nicht gerecht, sondern ergeht sich in weitgehend theoretischen Diskussionen über die Errichtung von Kommissionen, die eher zu einer Verzettlung als zur Konzentrierung der Verantwortung auf qualifizierte (Einzel-)Personen zu führen scheinen.

F. Kummer

Operation Gesundheit: Über Risiken und Nebenwirkungen der modernen Medizin

Michael Imhof

Pattloch Verlag, München 2009

384 Seiten

ISBN 978-3-629-02195-3

Zunächst regt an diesem Buch gleich der Titel zum Nachdenken an. Unter „operatio“ findet man im Lateinlexikon „das Arbeiten, die Arbeit, Verrichtung, das Gewerbe“. Womit wird sich das Buch beschäftigen? Vielleicht sollen unsere Anstrengungen und Verrichtungen, die zur Erlangung der Gesundheit nötig sind, angesprochen werden. Geht es um einen chirurgischen Eingriff? Oder wird gar

das Verkommen von Teilen des Medizinbetriebes ins Gewerbliche aufs Korn genommen? Vielleicht ist das Gesundheitswesen insgesamt gemeint, das heilender Eingriffe bedarf?

Wir erfahren es im Vorwort. Es geht in dem Buch „um die Existenz, ja das Überleben der modernen Medizin“ im Spannungsfeld der klassischen ärztlichen Ethik, die danach sucht, die bestmögliche medizinische Versorgung sicherzustellen, und einer sozialen Ethik, die versucht, das ärztliche Handeln den begrenzten finanziellen Ressourcen der Solidargemeinschaft anzupassen. *Operation Gesundheit* behandelt die Frage, wie das Überleben der modernen Medizin im Spannungsfeld von Heilversprechen und Kostenbewusstsein gesichert werden kann. Im Zentrum stehen dabei Möglichkeiten und Risiken des medizinischen Fortschrittes und die ethischen Grenzen in Diagnostik und Therapie – festgemacht an Beispielen wie aus dem Alltag in der Frühgeborenen-, der Intensiv- und der Transplantationsmedizin, es geht um Stammzellforschung und Gentechnik, aber auch um die Gier medizinischer Lobbyisten, um Bürokratie und entmündigte Ärzte, kurz um den Stellenwert des Menschen und Menschlichkeit in der modernen Medizin.

Der Autor war früher als Chirurg mit onkologischem Schwerpunkt tätig. Nunmehr liegt sein Arbeitsschwerpunkt auf der Tätigkeit als Medizin-Gutachter. Daneben ist er auch künstlerisch als Maler tätig. Das Buch ist sehr gut lesbar, ja geradezu spannend geschrieben.

Man kann die Vielseitigkeit des Autors nur bewundern. Es beginnt mit einem Rückgriff auf Hippokrates und die medizinischen und ethischen Errungenschaften der hippokratischen Medizin. Imhof tut dies nicht bloß historisierend, sondern er arbeitet die Kernpunkte der alten Medizin als „Zehn Gebote des Hippokrates“ in zeitgemäßer Formulierung sehr praktikabel heraus.

„Segen und Fluch des medizinischen Fortschritts“ – die Überschrift des nächsten großen Kapitels wird an ganz konkreten Krankengeschichten aus den Bereichen Frühgeborenenmedizin, Inten-

sivmedizin und Transplantationsmedizin erläutert. Die ethischen Dilemmata werden so sehr gut verständlich gemacht.

Im Kapitel „Wirtschaftsfaktor Gesundheit“ erfährt man anhand konkreter Zahlen, um welche Summen es im Gesundheitsbereich geht und mit welchen Auswirkungen marktwirtschaftliches Denken vieles in der Medizin bestimmt. Gezielt werden auch – so der Autor – lukrative Geschäftsbereiche und Märkte erschlossen, wie etwa die „Anti-Aging-Medizin“. Andererseits werden Milliardengelder durch überflüssige Untersuchungen verschwendet.

Die bürokratischen Zwänge in der Verwobenheit mit Verwaltung und Politik kommen nicht zu kurz in der Darstellung. Ein besonders interessanter Abschnitt des Buches ist der Bereich der ärztlichen Behandlungsfehler. Durch seine Gutachtertätigkeit kann der Autor in diesen Bereich sehr authentische Einblicke geben. Er berichtet vom Druck, den Versicherer auf Gutachter ausüben und davon, wie schwierig es oft für Patienten ist, die tatsächlich Opfer von Behandlungsfehlern wurden, ihre Schadenersatzansprüche durchzusetzen.

Imhof geht auf den allgemeinen Werteverfall ein, weiters auf die – wie er sie nennt – „Zeitbombe“ der Zivilisationskrankheiten, auf Grundfragen der Bioethik (Stammzellenforschung, Klonen, Präimplantationsdiagnostik, Schutzwürdigkeit des Embryos), Alter und Tod, Sterben in Würde. Was kann und soll die Medizin am Lebensende leisten?

Die Stärke des Buches liegt in der vielfältig gegliederten Darstellung des modernen Medizinbetriebes und seiner ethischen Probleme. Die einzelnen Bereiche werden sehr interessant und inhaltsreich dargestellt und laden ein, selbst darüber zu reflektieren. Die Konsequenzen, die nach Imhof zu ziehen sind, bestehen im Wesentlichen darin, den individuellen Menschen wieder in den Mittelpunkt zu stellen, ganzheitlich vernetzt zu denken und technokratisches Denken durch individuelle Zuwendung auszugleichen. Er wendet sich damit an die Behandelnden. Man vermisst eine Forderung an das Ethos des Patienten, selbst mit Maß und Ziel

zu leben, keine unverhältnismäßigen Risiken durch Freizeitabenteuer usf. einzugehen. In einer Zeit, in der so viel vom mündigen Patienten gesprochen wird, müsste bei einer „Operation Gesundheit“ für diejenigen Krankheiten, die wir durch unsere Lebensführung beeinflussen können, auch die Ethik des Patienten eingefordert werden.

Für ein zukünftiges Ethos fordert Imhof das, „was seit Jahrtausenden die tragenden Säulen des medizinischen Ethos gewesen sind“: Ehrfurcht vor dem Leben; die Achtung eines jeden Menschen; Verantwortung, Fürsorge, dienendes Mit-Sein und *Sym-Pathein* mit den Kranken und Schwachen. „Das ist das Vermächtnis des Hippokrates, sein Auftrag an uns.“ Alles in allem ein sehr lesenswertes Buch. Die praktisch-ethischen Schlussfolgerungen und Forderungen sind nicht neu, was nicht heißt, dass sie nicht zu beherzigen wären.

R. Klötzl

Medizin, Ethik und Menschenrechte. Geschichte – Grundlagen – Praxis

Andreas Frewer, Stephan Kolb, Kerstin Krása (Hrsg.)
 Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2009
 329 Seiten
 ISBN 978-3-89971-698-6

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.“ – So beginnt das „Genfer Gelöbnis“, das 1948 vom Weltärztebund (World Medical Association) feierlich verabschiedet wurde. Ob bei gefährlichen Forschungsversuchen vom „Dritten Reich“ bis heute, bei Folter unter Mitwirkung von Ärzten sowie bei der Beteiligung von Ärzten bei Abschiebemaßnahmen gegen Flüchtlinge: Damals wie heute gilt es für den Arzt, diesem Anspruch gerecht zu werden. Damals wie heute gibt es internationale Beispiele, in denen Mediziner ihren Heilauftrag gegenüber dem Patienten oder dem hilfsbedürftigen Menschen grundlegend verletzt haben. Damals wie heute gerät der Arzt immer wieder in einen Interessenskonflikt und muss sein Handeln ethisch reflektieren.

Diesem Themenkreis widmeten sich die Ringvorlesungen „Medizin, Ethik und Menschenrechte“ 2007/2008 und die damit in Zusammenhang stehenden Vortragsveranstaltungen des „Forum Medizin und Menschenrechte“ an der Professur für Ethik in der Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg. Der vorliegende erste Band der Schriftenreihe „Medizin und Menschenrechte“ soll die Ergebnisse dokumentieren und erörtert – jeweils auf der Basis von zahlreichen Literaturnachweisen – ausgewählte Brennpunkte internationaler medizinischer Menschenrechtsarbeit.

Nach einer Einführung von Andreas Frewer legen er sowie Wolfgang U. Eckart als Medizinhistoriker sowie Klaus Melf, peace-health project manager am Centre for International Health in Tromsø, Norwegen, zunächst die geschichtlichen Grundlagen. Wolfgang U. Eckart erinnert vor allem an Verletzungen der Menschenrechte unter dem NS-Regime mit Beteiligung der Medizin. Die Aufarbeitung dieses Kapitels soll dazu beitragen, derartige systematische Verletzungen der Menschenrechte durch Forscherdrang und Priorität „reiner Wissenschaft“ zukünftig – konkret etwa betreffend Humanexperimente in Gefängnissen – zu vermeiden. Der Artikel von Andreas Frewer stellt die Konsequenzen nach dem Zweiten Weltkrieg vor, geht dabei besonders auf die Rolle Albert Schweitzers ein und betont, dass letztlich „einzig das vorbildliche Beispiel für gelebte Humanität nachhaltig überzeugen konnte“. Gesundheit und Frieden sind oft zwei Seiten der gleichen Medaille. Gesundheitspersonal ist Akteur für Frieden und Menschenrechte, sowohl implizit als Teil von gewöhnlichen Gesundheitsleistungen als auch explizit durch den bewussten Fokus auf Gewaltvorbeugung und Förderung eines nachhaltigen Friedens, erklärt Klaus Melf in seinem Beitrag.

Im zweiten Abschnitt des Bandes werden theoretische Grundlagen der Menschenrechte in Bezug auf Medizinethik vertiefend erörtert. Mit besonderer Gewichtung Kants betont Otfried Höffe, Professor für Philosophie an der Universität Tübingen, dass „die Menschheit guten Grund hat, all denen

eine unantastbare Würde zuzusprechen, die Menschenantlitz tragen“, und zwar im Sinne einer an das bloße Menschsein geknüpften „Mitgiftwürde“, im Gegensatz zur „Verantwortungswürde“. Alles andere wäre Willkür und würde so gegen die Gerechtigkeit verstoßen. Auf die medizinisch-bioethischen Aspekte von Menschenwürde und Menschenrechte konzentriert sich der Beitrag von Markus Rothhaar. Der Medizinhistoriker problematisiert die Sophistik im Bereich Angewandter Ethiken, die sich auch im bioethischen Diskurs in Deutschland breit gemacht habe und bringt Probleme und offene Fragen auf den Punkt, die sich durch eine Deutung der Menschenwürde als subjektives „Recht auf Nicht-Instrumentalisierung“ ergeben. Besonders ausführlich und eindringlich rückt Kinder- und Jugendpsychiater Torsten Lucas die Realität ethischer Interessenskonflikte („dual loyalty“) anhand von Beispielen einer Komplizen- und Täterschaft von Medizinern bei schwerwiegenden Verstößen gegen die Menschenrechte einerseits und der Verfolgung gewissenhafter Ärztinnen und Ärzte andererseits in den Blickpunkt. Die internationalen Beispiele von Ärzten, als Behandler von Folterüberlebenden, als Mitarbeiter staatlicher Sicherheitsdienste, als Mitwirkende bei Zwangsamputationen, Hinrichtungen oder Abschiebungen, sprechen für sich und geben seiner Forderung Gewicht, im Rahmen der Ausbildung diesbezüglich zu sensibilisieren und das zähe Ringen um den Menschenrechtsstandard in diesem Bereich nicht aufzugeben.

Das Folterverbot ist auf rechtliche Institutionalisierung angewiesen, die allein dem politischen Kampf gegen die Folter Durchschlagskraft verleihen kann, so Heiner Bielefeldt in seinem Beitrag. Derartige institutionelle Fortschritte und weitere Bemühungen seien zwar vorhanden, jedoch droht ihnen, in der aktuellen Entwicklung der Boden entzogen zu werden. Dies einerseits durch sophistische Sprachregelungen, die das Wort „Folter“ vermeiden wollen, andererseits durch die wiederholt vorgetragenen Einwände gegen die Absolutheit des Folterverbots, wodurch ermöglicht werden soll, lebensret-

tende Informationen aus mutmaßlichen Terroristen herauszupressen. Mit Klarheit und Nachdruck zeigt Bielefeldt, Direktor des Deutschen Instituts für Menschenrechte, diese Entwicklungen auf und betont, dass, „wer in der Selbstbindung des Staates in Form des Folterverbots eine Schwäche (oder gar eine strukturelle Unterlegenheit des Staates gegenüber ‚zu allem bereiten‘ Terrorgruppen) sieht, nicht verstanden hat, was Rechtsstaatlichkeit bedeutet und worin die Stärke des Rechtsstaates besteht“.

Dieter Janssen, Dozent am Philosophischen Institut der RWTH Aachen, skizziert die Debatte um „humänitäre Eingriffe versus Interventionsverbot“ in ihrer Entwicklung, aktuellen Bedeutung und den politischen Zusammenhängen und bietet Lösungsansätze, um das UN-System geeigneter für die Erfüllung der Schutzverpflichtung der grundlegenden Menschenrechte zu machen.

Der dritte Abschnitt des Buches ist schließlich der Praxis, konkret aktuellen Fallbeispielen medizinisch-humanitärer Hilfe und Menschenrechtsarbeit in einzelnen Konflikten, gewidmet. Richard Munz beschreibt, wie internationale Katastrophenhilfe zwingend auf mediale Aufmerksamkeit angewiesen ist, von einer wirklichen Zusammenarbeit zwischen den Medien und den Hilfsorganisationen im Sinne und zum Wohle der Katastrophenopfer bisher allerdings noch nicht viel zu erkennen ist. Der Lehrbeauftragte im Master-Studiengang „Internationale Humanitäre Hilfe“ in Bochum fordert eine Professionalisierung internationaler Katastrophenhilfe.

Mit dem geographisch nächstgelegenen konkreten Beispiel einer Problematik in der Umsetzung der Menschenrechte in der Praxis beschäftigt sich die Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse Waltraud Wirtgen in ihrem Beitrag über traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland und die Beteiligung von Ärzten bei Abschiebungsmaßnahmen, insbesondere durch die Attestierung der Reisefähigkeit für Asylwerber.

Monika Hauser zeigt als Fachärztin für Gynäkologie und Gründerin der Frauenrechtsorganisation *medica mondiale* auf, dass selbst von Fachleuten

sexualisierte Gewalt nicht als Folter klassifiziert wird und trotz Aktionsplänen und völkerrechtlichen Fortschritten in der Rechtsprechung auf diesem Gebiet noch viel zu tun ist.

Auch im Beitrag von Dennis Dijkzeul und Rebekka Bernholt, die beide am Institut für Friedenssicherungsrecht und Humanitäres Völkerrecht in Bochum tätig sind, wird – am Beispiel der Demokratischen Republik Kongo – sexualisierte Kriegsgewalt thematisiert. Sie analysieren, wie humanitäre Organisationen unterschiedlich an dieses Problem heran – und damit umgehen. Zuletzt bietet Kerstin Krása einen Rechtsvergleich im Bezug auf weibliche Genitalverstümmelung in Deutschland und anderen westeuropäischen Ländern. Die Autorin zeigt, dass medizinische Berufsgruppen (auch) in Europa immer wieder mit weiblicher Genitalverstümmelung konfrontiert sind, viel zu ihrer Vermeidung beitragen können. Voraussetzung dafür sind fundierte medizinische und moralische Kenntnisse bzw. ein Bewusstsein für dieses Thema.

Manche inhaltlichen Wiederholungen, die vielleicht noch auf die ursprüngliche mündliche Vortragsweise hindeuten, und teilweise gehäufte Tippfehler sind eingangs des Buches bemerkbar, jedoch nicht weiter störend.

Aus den dargestellten geschichtlichen Hintergründen wird deutlich, wie oft der Arzt im Spannungsfeld zwischen Menschenrechten, Medizin und Moral steht und welche Auswirkungen seine Mitwirkung an Menschenrechtsverletzungen haben kann. Die theoretischen Grundlagen der Menschenrechte bieten eine zusammenfassende, aktuelle Übersicht, wobei mit Tiefgang und Klarheit Schwerpunkte wie die Problematik der Folter oder der humanitären Intervention beleuchtet werden. Die Berichte aus der Praxis liefern konkrete, professionelle und internationale Einblicke.

Als roter Faden zieht sich durch die Beiträge, wenn auch nicht immer explizit ausgedrückt, dass sich am individuellen ärztlichen Dilemma (zwischen Arzt und Forscher zum Beispiel) nichts ändert, so hoch der Wert der eingangs erwähnten De-

klaration und vergleichbarer Grundsatzdokumente im Allgemeinen auch einzuschätzen ist. Dieses Dilemma bleibt weiterhin als Gewissens- und Pflichtenkonflikt der ethischen Verantwortlichkeit des handelnden Arztes übertragen. Dementsprechend wiederholt sich auch die Forderung nach einem entsprechenden Ethikunterricht im Medizinstudium.

Insgesamt wurden im vorliegenden Werk geschichtliche und theoretische Beiträge mit aktuellen und profunden Einblicken in die Praxis zu einem gelungenen Gesamtband verbunden.

M. Schörghuber

Mensch und Maschine. Wie Brain-Computer-Interfaces und andere Innovationen gelähmten Menschen im Alltag helfen

Karl-Heinz Pantke (Hrsg.)

Mabuse Verlag, Frankfurt/Main 2010

183 Seiten

ISBN 978-3-940529-59-6

Wenn bei Menschen mit schwerster Schädigung des Gehirns oder der Muskulatur die Kommunikation mit der Umwelt nahezu unmöglich geworden ist, kommt der Computer zu Hilfe. Dieses „nahezu“ wurde zu einer Herausforderung an Neurophysiologen und Techniker, deren mittlerweile errungenen Erfolge sich sehen lassen können. Sie werden dem interessierten Leser dieses Bands nahe gebracht.

Der Herausgeber Karl-Heinz Panke hatte mit 40 Jahren einen schweren Schlaganfall erlitten und war ins „Locked-in-Syndrom“ (LIS) gefallen. Dabei handelt es sich um einen Zustand der Unfähigkeit sich zu bewegen oder in irgendeiner Form zu kommunizieren, während die kognitiven Fähigkeiten voll erhalten sind: Man ist also wahrlich „gefangen im eigenen Körper“, wie Pantke das andernorts beschreibt. Er wurde Mitbegründer des Vereins „LIS e. V.“, einer Organisation von Überlebenden des LIS. Mittlerweile ist er Inhaber eines Lehrauftrags an der Berliner Katholischen Hochschule für Sozialwesen.

Die Konzeption des Buches stützt sich auf Beiträge von offensichtlich mehrheitlich jungen, dynamischen Forschergruppen in Berlin und ande-

ren deutschen Zentren, sowie im niederländischen Maastricht. Sie alle bemühen sich, ihren Stil und die Fachterminologie auch für Laien verständlich zu gestalten – was den Medizinerinnen, Technikern, Informatikern und Computerspezialisten auch gut gelingt.

Je nach spezieller Fachrichtung geben die Autoren und Autorinnen anschauliche Schilderungen der Möglichkeiten und Probleme, wie man Restfunktionen (z. B. Augenbewegungen), Elektroenzephalogramm (EEG), Messung von Blutfluss und Sauerstoffsättigung etc. im Gehirn nützen kann, um sich buchstäblich in die Reaktionen, ja Gedanken des Patienten „hineinarbeiten“ zu können. Dabei werden Signale generiert bzw. aufgefangen, die zu einfachen Mitteilungen transformiert werden. Dies geht von „Ja-Nein“-Funktionen über ein blickgesteuertes Buchstabieren bis zur Transformation in Sprache und die Bedienung von PC, TV-Apparat und zum Einsatz von Robotern.

Bald wird ersichtlich, dass derartige Geräte nicht mehr länger auf Sciencefiction beschränkt, sondern geeignet sind, Menschen in katastrophalen Situationen über Jahre ein Leben mit – nach eigenen Angaben – hoher Qualität zu ermöglichen.

Neben dem erwähnten LIS (meist nach Schlaganfall) sind es die Patienten mit Amyotrophischer Lateralsklerose (ALS), die im Verlauf von oft vielen Jahren ihrer Erkrankung eine immer wieder der aktuellen Situation angepasste elektrophysiologische Unterstützung benötigen. So ist bekannt, dass der Physiker Stephen Hawking (ALS-Patient seit 47 Jahren) seinen Sprachcomputer über einen Wangenmuskel steuert. Hingegen ist weniger bekannt, dass er eine ganze Reihe von Leidensgenossen allein in Deutschland hat, die ebenfalls künstlich beatmet werden und dennoch Vorträge halten und die Welt bereisen. In Österreich bekannt ist Franz Josef Huainigg (Wien), der in ganz ähnlicher Verfassung seine Bücher schreibt und politische Funktionen ausübt (bis vor kurzem im Nationalrat).

In einem der Beiträge (A. Kübler und C. Neuper) wird erwähnt, dass die beatmeten Patienten mit ALS ihre subjektive Lebensqualität so hoch wie

bei Gesunden einschätzten (77% des Optimums) und auch höher als die nicht beatmeten Leidensgenossen (64% des Optimums, etwa entsprechend „Reizdarm“ oder „Magengeschwür“).

So lernt der Laie, wozu evozierte Potenziale dienen, wie die wichtige, aber extrem unpraktische funktionelle Magnetresonanz (fMRT) die Entwicklung der handlicheren funktionellen Near-Infrared-Spectroscopy (fNIRS) vorantreiben hilft: faszinierende Aspekte, konkrete Ansätze und immer mehr bereits realisierte Anwendungen im Dienste von Kommunikation via Bildschirm und „Eye-Gaze“ (Starr-Blick-Steuerung), Sprachcomputer und Roboter (z. B. FRIEND). So fehlen auch nicht die schriftlichen Lebens- und Lobesgeschichten von Betroffenen.

Die Lektüre der Beiträge wird durch zahlreiche, gut ausgewählte Abbildungen unterstützt – welche allerdings von einem größeren Format und Mehrfarbigkeit profitiert hätten. Leider haben sich auch gehäuft Druckfehler eingeschlichen. Die Schwerpunkte der Beiträge (Entwicklung, Anwendung, Probleme der BCIs) überlappen sich notgedrungen Weise, sodass man sich auf teils umfängliche Wiederholungen einstellen muss. Hier hätte ein fachkundiges Lektorat eine schöne Aufgabe in der Gruppierung und Abstimmung der Berichte vorgefunden.

Diese Schrift ist zweifellos eine Bereicherung für alle jene, die (noch) nicht mit den Problemen des elektronischen Gedankenlesens und des BCI konfrontiert worden sind: Eine genussvolle Lektüre für jene, denen nicht nur das Schicksal von ALS- und LIS-Patienten auf die Seele drückt, sondern die auch den Übergang von Science-fiction in Science-reality zu schätzen wissen.

F. Kummer

Symposium „Fehlerkultur in der Medizin“

19./20. November 2010 im Festsaal der AUVA, Wien

Programm

Freitag, 19. November 2010

14.00: Begrüßung

14.45 – 16.30: Fehler als Faktum und Herausforderung

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff, Universität Köln: *Irren ist menschlich: Zur Rolle der Fehler- und Sicherheitskultur in der Patientensicherheit*

Univ.-Prof. Dr. Norbert Pateisky, AssekuRisk AG: *Tödliche Fehler in der Kommunikation*

17.00 – 18.00: Fehlerkultur: ökonomische und rechtliche Perspektive

Univ.-Prof. Dr. Michael Memmer, Universität Wien: *Behandlungsfehler und Schadenersatz*

Dr. Wolfgang Kuntzl, Ecclesia GrECo Hospital Versicherungsmakler GmbH: *Wirtschaftlicher Nutzen bei besserer Fehlerkultur*

18.00 – 19.00 Strategien der Kommunikation bei Fehlern

Dr. Markus Schwarz, Egon Zehnder: *Interne Kommunikation: Fehleraufarbeitung im Team*

Univ.-Doz. Dr. Titus Gaudernak, IMABE: *Externe Kommunikation: Wie bringe ich es dem Patienten bei?*

Samstag, 20. November 2010

9.00 – 10.15: Fehlerkultur: ethische und psychologische Perspektive

Univ.-Prof. DDDr. Clemens Sedmak, King's College London: *Fehler: Persönliche Schuld und ethische Perspektive*

Mag. Dr. Gabriele Cerwinka, MSc, Kommunikationstrainerin: *Umgang mit Angst, Scham und Schuld bei Fehlern*

10.45 – 12.00 Fehlerkultur in der Praxis

Dr. Andreas Greslehner, Ärztlicher Direktor der AUVA: *Wie funktioniert Fehlermeldung bei uns?*

Dr. Esther Thaler, ÖQMed: *Qualitätssicherung bei niedergelassenen Ärzten*

Pflegedirektorin Astrid Engelbrecht, KH Hietzing: *Fehlerkultur in der Pflege*

Mag. Helga Tieben, Director Regulatory, Compliance & Innovation, Pharmig: *Fehlerkultur in der Pharmaindustrie*

Dr. Bettina Schade, AGES PharmMed: *Pharmakovigilanz – Medikamentensicherheit in der Praxis*

Dr. Gerhard Mann, Wiener Städtische Versicherung: *Fehler als Kostenfaktor*

Nähere Informationen finden Sie auf

<http://www.imabe.org/index.php?id=1392>

Die Veranstaltung ist mit 10 Punkten für das Fortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer approbiert.

Veranstalter

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)

Mitveranstalter: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), Österreichische Ärztekammer, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Anmeldung

per eMail: anmeldung@imabe.org

Teilnahmegebühr: € 30, begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldeschluss: 10. November 2010

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)

2010: Nr 1: Sucht und Alkohol

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: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

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

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

Vorschau

Imago Hominis · Band 17 · Heft 3/2010
Schwerpunkt: Neurobiologie

Editorial	91	
Current Issues	94	Jan Stejskal AIDS: Between Myth, Truth and Facts
	99	Susanne Kummer Surrogate Motherhood: What About the Best Interests of the Baby?
	101	Johannes Bonelli When Something Goes Wrong
Focus	105	Stephan Sahm Lost in Information: Patients, Physicians and the Internet
	113	Rafael Capurro How Medicine Changes in a Society, Based on Digital Information
	121	Eckhard Beubler Polypragmasia: Will E-Health Yield a Solution?
	127	Klaus Schindelwig E-Health – the Hospital's View
Discussion	133	Lukas Stärker ELGA, Electronic Health Record in Austria: In Need of Solid Foundations
	136	Christian Spaemann How Autonomous Are Individuals at the End of Life?
Juridical Comment	143	Thomas Piskernigg Banning Sperm and Egg Donations: a Violation of Human Rights?
News	150	
Journal Review	154	
Book Reviews	157	
Announcement	165	Symposium „Fehlerkultur in der Medizin“