

Editorial	3	
Aus aktuellem Anlass	6	Susanne Kummer Töten heißt Versagen. Belgien legalisiert Kinder-Euthanasie
	7	Dietmar Weixler Die „Petition Menschenwürde“ der Österreichischen Palliativgesellschaft
	12	Giovanni Maio Schwangerschaft auf Abruf? Warum Social Egg Freezing nicht der richtige Weg ist
Schwerpunkt	17	Arndt Büssing, Janusz Surzykiewicz Spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker
	25	Wilhelm Donner Religion: Wider die Reduktion auf ein Therapeutikum
	35	Katharina Westerhorstmann Krankheit als Weg zur Gesundheit: anthropologische Überlegungen
	49	Clemens Pilar Spiritualität und Pseudospiritualität in der Medizin
Fall	60	Hat die Autonomie des Patienten Grenzen?
	62	Michael Peintinger Kommentar zum Fall I
	65	Enrique H. Prat Kommentar zum Fall II
Konsenspapier	68	IMABE Empfehlungen zur Handhabung der Notfallkontrazeption („Pille danach“) bei Frauen nach einer Vergewaltigung
In memoriam	73	Jérôme Lejeune (1926 - 1994) Überlegungen zur Pränatalen Medizin
Nachrichten	79	
Zeitschriftenspiegel	81	
Buchbesprechungen	83	

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: QARANTE, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Feuchtnr

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

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Feuchtnr

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Mag. Monika Feuchtnr

Bankverbindung:

UniCredit Bank Austria AG, 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.

Redaktionsschluss: 10. März 2014

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des
Heftes.

Derzeit ist ein Diskurs über den Zusammenhang zwischen Religiosität und Gesundheit in akademischen medizinischen Kreisen immer noch eine Rarität. Erst nach und nach gestehen wir uns wieder ein, was die Medizin als Kunst des Heilens längst gewusst hat: dass im Menschen Kräfte wirksam sind, die jenseits der bloß naturwissenschaftlichen Natur liegen. Dieser Zusammenhang geriet im szientistischen Zeitalter in Vergessenheit, wurde verdrängt oder gar geleugnet. Auch heute wird die Dimension des Religiösen erst in Randbereichen des akademischen Medizinbetriebes wahrgenommen.

Als bezeichnende Ausnahme dafür kann das „Outing“ von Marsha M. Linehan gelten, die 2011 die Öffentlichkeit und die akademische Welt quasi in Schock versetzte. Die renommierte Professorin für Psychologie an der University of Washington in Seattle hatte in den 1980er Jahren eine Therapie für stark suizidalen Frauen bei Borderline Persönlichkeitsstörungen (BPS) entwickelt, die sogenannte „Dialektisch-Behaviorale Therapie“ (DBT). Sie wird mittlerweile weltweit angewendet und gelehrt.

Als Linehan im Juni 2011 erstmals öffentlich erzählte, wie es zur Entstehung dieser Therapie kam (vgl. *New York Times*, 23. 6. 2011, online), waren die Reaktionen gespalten. Die Psychologin und Therapeutin erzählte, dass sie selbst als junges Mädchen an einer Borderline-Störung gelitten hatte und im Jahr 1961 im Alter von 17 Jahren stationär aufgenommen werden musste. Sie galt als sehr schwierige Patientin: Autoaggression, Selbstverletzungen, mehrere Selbstmordversuche. 1963 wurde sie – wie sich später herausstellte fälschlicherweise – als schizophren diagnostiziert und 26 Monate lang mit schwersten Psychopharmaka, Psychoanalyse und Elektrokrampftherapie behandelt. Es folgte 1967 eine weitere Hospitalisierung wegen autoaggressiver Attacken. Doch dann kam die Wende: In jener Zeit, als die Ärzte sie eigentlich schon aufgegeben hatten und ihr kaum Chance gaben, ein Leben außerhalb eines Krankenhauses zu führen, machte Linhan, wie sie erzählt, eine religiöse Erfahrung, die ihre Heilung bedeutete und sie Jahre später, als sie in den 1980er Jahren als Psychologin bereits wissenschaftlich tätig war, zum neuen Konzept der

Therapie von BPS geführt hat. Im Gebet, nachts, in der Kapelle der Spitalsklinik, als sie „auf das Kreuz“ blickte, so erzählte Linhan, hatte sie eine so überwältigende Erfahrung eines „anderen Guten“, dass sie, als sie ins Zimmer zurücklief, zum ersten Mal in ihrem Leben zu sich sagen konnte: „I love myself.“ Diese religiöse Erfahrung war der Ausgangspunkt ihrer Heilung – und ihres neuartigen Therapiekonzepts der DBT für chronisch suizidale Patientinnen mit Borderline-Störung, das inzwischen auch auf verschiedene andere Patientengruppen (Jugendliche, Patienten mit Essstörungen, im Strafvollzug und andere) spezialisiert ist.

Linhans öffentliches Bekenntnis wurde außerhalb der akademischen Kreise als mutig angesehen – eine Glaubenserfahrung heilt eine junge Frau und weckt in ihr den Wunsch, anderen Betroffenen zu helfen –, zugleich hielten es andere riskant für ihre Karriere und die zukünftige Akzeptanz ihrer – ohnehin längst anerkannten und praktizierten – Therapie (vgl. dazu etwa Klaus Baumanns Darstellung aus der Sicht des Theologen und Psychotherapeuten in *Spiritualität und Gesundheit*, Peter Lang, 2012).

Erst in jüngerer Zeit haben einige wenige psychiatrische Teams, vor allem in den Vereinigten Staaten, den Faktor Religiosität rehabilitiert und zum Forschungsgegenstand erhoben. Die Berührungsängste waren bis dahin stark: 1960 etwa kam ein Review-Artikel im *American Journal of Psychiatry* zur Schlussfolgerung, dass keinerlei Einfluss von Religion auf die mentale Gesundheit nachgewiesen werden könne. Ab Mitte der 1980er Jahre wurde nach und nach Religion als relevante Dimension für die Psychiatrie in einzelnen Studien thematisiert. Ein Forscherteam um Harold G. Koenig von der Duke University gab das *Handbook of Religion and Health* heraus. Darin wurden über 3.000 veröffentlichte quantitative Studien auf die Relevanz von Religion bzw. Spiritualität hinsichtlich verschiedener psychischer Krankheiten wie Depression, Selbsttötung, Angst und Sucht untersucht. Der Zusammenhang war signifikant, obwohl die meisten Psychiater eben diesen leugneten. Ebenso fanden sie einen hohen Einfluss von Religiosität auf Wohlbefinden, Optimismus und Lebenssinn.

In Europa gibt es inzwischen an manchen Universitäten Lehrstühle und Institute für *Spiritual Care* (geistige/religiöse Krankenpflege), die aber noch nicht wirklich ins akademische System integriert sind. Auch in Österreich gibt es ein *Institut für Religiosität in Psychiatrie und Psychotherapie*, das von medizinischen Universitäten nicht wirklich wahrgenommen wird. Hier ist noch ein weiter Weg zu gehen.

Ein Baustein dafür kann die vorliegende Nummer von *Imago Hominis* sein, in dem wir schwerpunktmäßig die Auseinandersetzung mit dem Thema Spiritualität in der Medizin fortsetzen. Arndt Büssing, Mediziner und Professor am Zentrum für Integrative Medizin (Universität Witten/Herdecke) zeigt anhand einiger empirischer Studien, dass viele Patienten mit chronischen Erkrankungen spirituelle Bedürfnisse haben, die im Gesundheitssystem zumeist unberücksichtigt bleiben. Die Wirkung der Religiosität sei kein Therapeutikum, sagt der Wiener Philosoph Wilhelm Donner. Eine allfällige therapeutische Wirkung sei im Bereich nutzbringender und wünschenswerter Placebo-Effekte anzusiedeln, gleichwohl der Placebo-Effekt nicht die gesamte autonome Dimension der Religiosität erklärt.

Die Theologin Katharina Westerhorstmann (Universität Bonn) stellt in ihren anthropologisch-ethischen Überlegungen die Frage, inwieweit Krankheit einen Menschen reifen lassen kann. Während durch die moderne Medizin das Bild eines Lebens ohne Leid propagiert wird, stößt der Mensch früher oder später auf seine Kontingenz und Grenze durch Krankheit. Westerhorstmann zeigt, wie diese „Zumutung“ für den Menschen und seine Umgebung zum Katalysator werden kann, das Leben als anvertraute Gabe und Aufgabe zu erkennen. Clemens Pilar, Theologe und Priester (Kalasantiner, Wien) legt dar, dass neben sinnvollen Ansätzen, die die spirituelle Dimension des Menschen im therapeutischen Bereich berücksichtigen, besonders auf dem Gebiet der Alternativmedizin häufig Therapien zu finden sind, die unter dem Etikett der „Ganzheitlichkeit“ in Wahrheit die Persönlichkeit des Menschen leugnen und lediglich eine Pseudospiritualität anbieten.

E. H. Prat

Susanne Kummer

Töten heißt Versagen. Belgien legalisiert Kinder-Euthanasie

Killing Means Failure: Belgium Legalizes Euthanasia for Children

Belgien hat als erstes Land weltweit grünes Licht für Tötung auf Verlangen bei Kindern und Minderjährigen gegeben. Die umstrittene Gesetzesänderung weitet die seit 2002 bestehende Regelung zur straffreien Tötung auf Verlangen aus - auf alle Bürger ohne Altersbeschränkung.

Der vorzeitige Tod als Dienstleistung für alle, jung und alt, krank oder nur lebensmüde, ausgeführt von staatlich geprüften Fachleuten – ist das die Zukunft des Sterbens, die Belgien uns vor Augen führt? Es ist wohl eher die moralische Bankrotterklärung einer Kultur, die ihre Kompetenz im Umgang mit Leidenden verloren hat und im Rückzugsgefecht die legale Tötung als Befreiung feiert. Auch die Entsorgung jener, die besonders vulnerabel und schutzbedürftig sind: Kinder, Kranke und Alte.

„Wenn ich gestorben bin, sag es bitte nicht meiner Mama, weil die ist sonst traurig.“ Kinderonkologen und Palliativmediziner, die hunderte sterbenskranke Kinder begleitet haben, kennen diese Sätze – und sind empört über das belgische Gesetz.

Kinder haben keine Angst vor dem Tod. Aber sie wollen andere schonen. Sie sterben leichter. Sie leben im Jetzt, ohne Angst vor der Zukunft. Aber Kinder machen sich Sorgen, vor allem um die, die sie traurig anschauen. Kinder können ihre Eltern nicht leiden sehen – und fühlen sich schuldig. „Je mehr Doktor Düsseldorf mit traurigen Augen schweigt, desto mehr fühle ich mich schuldig. Ich habe verstanden, dass ich ein schlechter Kranker bin, ein Kranker, der einem den Glauben daran nimmt, dass die Medizin etwas ganz Tolles ist“, sagt der kleine krebserkrankte Oskar in Eric-Emmanuel Schmitts gleichnamigem Bestseller.¹ Ein Glück, dass der Bub die liebevolle Besucher-Oma in Rosa hatte, die ihm Beistand gab und Liebe statt einer Todesspritze.

Wie soll ein Kind – das weder alleine einen Handyvertrag abschließen noch Zigaretten kaufen darf –, darüber entscheiden, ob es leben oder sterben will? Warum mit Zustimmung der Eltern und eines Psychologen, wie es das belgische Gesetz vorsieht? Und was soll aus einer Gesellschaft werden, in der Gesetze von Kinderärzten, Internisten und Palliativmedizinern verlangen, Menschen zu töten?

Dieser Vertrauensbruch ist durch nichts wettzumachen. Da hilft es auch nichts, von nur fünf Fällen im Jahr zu sprechen. Es geht um ein Todesurteil. Wäre das ein Argument für die Einführung der Todesstrafe – der Hinweis, es käme ohnehin nur einmal im Jahr zu einer Exekution?

Belgien zwingt uns nachzudenken: nicht nur über den assistierten Suizid, sondern auch die Tötung von Neugeborenen, Dementen, Depressiven - und Kindern. Eine Verankerung des Verbots von Tötung auf Verlangen in der österreichischen Verfassung wäre angesichts der erschreckenden Entwicklung einer eiskalten inneren Tötungslogik, die bereits in anderen europäischen Ländern um sich greift, ein deutliches Signal.

Unsere Kultur lebt davon, dass wir auch an den Grenzen des Lebens zueinanderstehen. Wir schulden unseren Kindern, Kranken und Alten eine Kultur des Beistands und nicht eine Unkultur des Entsorgens.

Referenzen

- 1 Schmitt E.-E., *Oskar und die Dame in Rosa*, Fischer Verlag (2005)

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

Dietmar Weixler

Die „Petition Menschenwürde“ der Österreichischen Palliativgesellschaft

The “Human Dignity Petition” of the Austrian Society of Palliative Care

Die Petition der österreichischen Palliativgesellschaft „Verfassungsrechtlicher Schutz der Menschenwürde“ wurde anlässlich des 1. Interdisziplinären Fachtages Palliative Care vom 25. 10. 2013 zum Thema „Die medizinische Betreuung sterbender Menschen – Umsorgung versus Entsorgung“ als Online-Petition auf der Website der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) www.palliativ.at eingerichtet.¹

Die Petition lautet in der Originalversion:

„Sehr geehrter Herr Bundespräsident Dr. Fischer, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete zum Nationalrat,

die Österreichische Palliativgesellschaft zeigt sich besorgt über die Strömungen in Europa zur gesetzlichen Regelung der aktiven Sterbehilfe.

Aus historischen und humanitären Gründen sind wir bestrebt, jene Menschen zu schützen und zu achten, die unter den Ansprüchen eines radikalen utilitaristischen Denkens zu Opfern werden.

Wir verstehen Menschenwürde als einzigartigen unbedingten Wert aus dem alleinigen Grund, Teil der Menschheit zu sein. Der Wert der Menschenwürde ist allen Menschen zu eigen, von der ersten Lebensstunde bis zur letzten. Menschenwürde ist unabhängig von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Herkunft, Nationalität, Gesundheitszustand, mentalem Status oder religiöser Zugehörigkeit. Menschenwürde kann weder erworben werden noch verloren gehen, sie hat intrinsischen Wert – im Gegensatz zum instrumentellen Wert, der in Leistungsgesellschaften vor allem als Funktion des Nutzens und der Wertschöpfung bzgl. des Bruttosozialproduktes definiert wird.

Unter derselben historischen Belastung wie Österreich stehend, hat die deutsche Verfassung im Grund-

gesetz unter Artikel 1 formuliert: 1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Wir fordern daher die österreichischen verfassungsgebenden demokratisch gewählten Organe auf, alles zu unternehmen, dass die Würde des Menschen in Zukunft verfassungsrechtlich geschützt sein wird.“

Die OPG ist eine multiprofessionelle (d. h. nicht allein medizinische) wissenschaftliche Fachgesellschaft. Zu ihren Zielen gehört es, in Österreich Palliative Care im Interesse von Patienten und Angehörigen in allen ihren Dimensionen zu stärken und damit die interdisziplinäre Betreuung von Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen und einer dadurch begrenzten Lebenserwartung zu verbessern.

Eine der Kernaussagen der WHO-Definition der Palliative Care aus 2002 lautet, dass der mehrdimensionale Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankungen keine Absichten verfolgt, den Todeszeitpunkt hinauszuzögern oder ihn vorzeitig herbeizuführen („intends neither to hasten or postpone death“).²

Im Verständnis der OPG umfasst der Begriff der Würde im Kontext des Sterbens deshalb einerseits das Verbot der aktiven Sterbehilfe und des ärztlich assistierten Suizids, sowie andererseits auch die Möglichkeiten der Ablehnung lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen durch Patienten. Beides ist derzeit in Österreich geltendes Recht.

Die Situation außerhalb Österreichs – Extremfall Belgien

Die Abstinenz einer Einflussnahme auf den

Todeszeitpunkt ist für die Europäische Fachgesellschaft für Palliative Care und fast alle nationalen Fachgesellschaften programmatisch. Die Ausnahme schlechthin wird in Belgien gelebt, wo 2002 ein vorzeitiges Ableben durch Euthanasie gesetzlich legitimiert worden ist.

Der Onkologe Jan Bernheim aus der Arbeitsgruppe um den Medizinsoziologen Luc Deliens an der Freien Universität Brüssel und Gent gründete 1979 die erste Palliativorganisation auf dem Europäischen Kontinent und gilt als Promotor eines Konzepts, das er als „integrative Palliative Care“ bezeichnet.³ Er versucht mit diesem Konzept zu argumentieren, dass ärztliches Töten von Menschen mit unheilbaren Erkrankungen und unerträglichem Leid auf deren freiwilliges und ernstliches Verlangen im Versorgungskontext der Palliative Care ohne Widersprüche aufzunehmen ist.

Die Arbeitsgruppe um Deliens⁴ ist aktiv an Tötungen beteiligt und erreichte im Jahr 2013 anhand einiger besonders gelagerter Fälle mediale Aufmerksamkeit: Der Palliativmediziner und Onkologe Wim Distelmans aus der Arbeitsgruppe Deliens vollzog die Tötung an einem 44-jährigen, der an den Folgen seiner Operation zur Geschlechtsumwandlung entsprechend großes Leid empfand, dass ein Euthanasieverfahren eingeleitet und schließlich auch durchgeführt worden ist.⁵ Distelmans wird im zitierten Artikel des *Spiegel* als „umstrittener Pionier der Sterbehilfe“ bezeichnet. Bereits davor erregte Distelmans mediale Präsenz, da er die Tötung der 45-jährigen gehörlosen Zwillinge Marc und Eddy V. vornahm. Der Anlass zur Euthanasie war für die beiden Männer, dass sie „zu erblinden drohten“. Mit 2013 wurde in Belgien die Möglichkeit zur Euthanasie auf Demenzerkrankte ausgeweitet.

Als vorerst letztes und unrühmliches Kapitel hat Belgien nun als erstes Land der Welt Tötung auf Verlangen für Kinder erlaubt - ohne jegliche Altersbegrenzung. Das belgische Abgeordnetenhaus votierte am 13. Februar 2014 für einen entsprechenden Gesetzesentwurf,⁶ der in Hinkunft Tötung auf Ver-

langen bei schwerstkranken und unerträglich leidenden Minderjährigen möglich machen soll. Eine Altersgrenze sieht das Gesetz nicht vor - anders als in den Niederlanden, wo Töten auf Verlangen für Kinder „erst“ ab dem 12. Lebensjahr möglich ist.

Die gesetzlichen Bedingungen lauten: Ein Kind müsse so krank sein, dass die medizinische Situation ausweglos sei und zum Tod führe. Zudem müsse es den Befund dauernder und unerträglicher Schmerzen geben. Die Eltern müssen dem Todeswunsch des Kindes zustimmen. Ferner muss ein Arzt oder Psychologe feststellen, dass der Minderjährige „Urteilsfähigkeit“ besitzt, wie es im Gesetz heißt.

Das Gesetz stieß weltweit auf scharfen Protest - und auch in Belgien selbst. Insbesondere die Entscheidungsfähigkeit von Kindern in Hinblick auf den eigenen Tod wurde in Frage gestellt. Kritiker unterstrichen zudem die hohe Vulnerabilität von Kindern⁷ und die verheerenden gesellschaftlichen Auswirkungen, die die Ausweitung des Tötungsrechts auf Kinder mit sich bringt. Innerhalb von wenigen Tagen erreichte eine europaweite Petition mehr als 210.000 Unterschriften gegen das belgische Gesetz.⁸ Die Initiatoren übergaben die Petition in Brüssel an Belgiens König Philippe. In dem Appell wird das Staatsoberhaupt gebeten, dem am 13. Februar verabschiedeten Gesetz seine Zustimmung zu verweigern.

Insgesamt wird geschätzt, dass etwa ein Drittel der durch „Euthanasie“ getöteten Belgier nicht in das Verfahren eingewilligt hatten (was deswegen den Begriff *Euthanasie* karikiert, weil gerade die „freie Entscheidung“ dazu begriffsbedingend ist).

2010	974
2011	1133
2012	1432

Tode durch Euthanasie in Belgien pro Jahr⁹

Seit vielen Jahren argumentieren Beobachter und Gegner der Euthanasie in Belgien mit dem

Dambruchargument (slippery-slope-argument). Konkret wurde prognostiziert, dass mit der Legalisierung ärztlichen Tötens in Belgien die Türe zu einem Handeln geöffnet wird, das nicht mehr den ursprünglichen Absichten und Anschauungen entspricht, dass durch die prinzipielle Durchlässigkeit eines gesellschaftlichen Tötungsverbot Hemmschwellen herabgesetzt werden und es zur Anwendung an Schutz- und Wehrlosen kommt.

Die Evidenz, dass die Prognose des Dambruches falsch war, wird in erster Linie von der rührigen Forschungsgruppe um Luc Deliens erbracht.¹⁰ Hier hat sich der Bock selbst zum Gärtner gemacht. Die Kenntnis der Ereignisse aus 2013 in Belgien waren der unmittelbare Anlass, dass die Petition Menschenwürde am 25. 10. 2013 gestartet wurde.

Historische Aspekte: Euthanasie und Menschenwürde

Österreich hat sich wie Deutschland an der sogenannten „Aktion T4“ („Aktion Gnadentod“) aktiv beteiligt. Die Geschichte der Tötungen unter dem Begriff *Euthanasie* haben an die 200.000 Opfer gefordert – die Erinnerungen an die Ereignisse in Schloss Hartheim und am Steinhof konnten erst am Beginn der 1980er-Jahre entborgen werden.

Der Begriff der Menschenwürde erhielt durch die Ereignisse des Zweiten Weltkrieges und mit der gezielten und industrialisierten Tötung von Millionen Menschen eine neue Dimension. Darauf fußt die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen vom 10. Dezember 1948 mit ihrem Artikel 1 „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren“ und letztlich das Deutsche Grundgesetz vom 23. Mai 1949 mit seinem Artikel 1 „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“. Das offizielle Österreich hat sich mehrere Jahrzehnte nach dem 2. Weltkrieg eines wahrhaftigen Diskurses zur politischen und historischen Belastung entzogen. Am 26. Oktober 1955 wurde das Bundesverfassungs-

gesetz beschlossen, die Europäische Menschenrechtskonvention wurde 1958 ratifiziert und steht unter Verfassungsrang. Österreich hat in der Rolle des ersten Opfers von Nazideutschland und durch Verdrängung die grundgesetzliche Sicherung der Menschenwürde schlicht verpasst.

Die Menschenwürde ist als Fundament der Grundrechte ein vorgeseztes Phänomen, sie gilt als absoluter Wert und ist in einem Sinne unantastbar, da man sie nicht veräußern kann oder gegen andere Werte abwägen darf. Die OPG bezieht sich auf die inhärente Menschenwürde gemäß einer Definition der Schweizer Ethikerinnen Heidi Albisser-Schlegel und Stella Reiter-Theil.¹¹ Die Autorinnen haben in ihrer Studie aus 2007 auch tatsächlich den Nachweis für den Diskriminierungsfaktor „Alter“ erbringen können. Götz Aly verweist 2013 in seinem historischen Rückblick auf die Motive des Nationalsozialistischen Regimes im Zusammenhang mit der Euthanasie im Rahmen der „Aktion T4“.¹² Aly führt aus, dass „die Organisationen der Krankenmorde den wirtschaftlichen und fiskalischen Nutzen in den Mittelpunkt ihres Vorhabens gestellt haben. Theo Morell nannte in seiner Denkschrift für Hitler vom Sommer 1939 ausschließlich utilitaristische, keinerlei erbhygienische Motive. Soweit sie überhaupt gebraucht wurden, dienten eugenische Argumente als Maske.“¹³ Es erschüttert, dass jene Euphemismen des Dritten Reiches auch heute noch semantisch den Diskurs um die Euthanasie bestimmen: *Sterbehilfe, humaner Tod, sanfte Erlösung*.¹⁴

Der heute von den Euthanasiebefürwortern verwendete Begriff *Sterbehilfe* ist verharmlosend, unklar und impliziert, dass es den Fürsorgeleistungen (*Hilfe*) zuzuordnen ist, einen Menschen zu töten. Im Sinne der Ethik-taskforce der Europäischen Palliativgesellschaft, des Deutschen Ethikrates und anderen anerkannten Schriften zum Thema möchte ich jedoch in diesem Kontext von *Tötung auf Verlangen* bzw. medizinischer Tötung (*medical killing*) gesprochen wissen, da die Handlung den Tod beabsichtigt und zur Folge hat. Es ist

nicht logisch, dass einer Person das Nichtexistieren hilfreich wäre.

Zusammenhang zwischen Logik der Ökonomie und Ruf nach Euthanasie?

Was Sorge bereitet ist, dass das staatliche Gesundheitssystem Österreichs zunehmend ökonomisiert wurde und unter dem Druck der Ökonomie logik alle anderen humanen Werte in den Hintergrund treten. Es ist nicht zu befürchten, dass der Utilitarismus in die Versorgung von Kranken, Schwachen und Randständigen eindringt – er ist längst wirksam. Der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio sagt in seinem Bestseller *Über das Sterben*: Anders kann man sich die Vernachlässigung der Menschen in vielen dieser Institutionen, aber auch zum Teil menschenverachtende Bedingungen, unter denen in Altersheimen gearbeitet und gepflegt werden muss, nicht erklären. Wenn sich nicht grundlegend etwas verändert, wird irgendwann das Stichwort des sozial verträglichen Frühablebens uns alle viel direkter betreffen, als wir derzeit zu denken wagen.¹⁵

Der amerikanische Kardiologe und Friedensnobelpreisträger Bernard Lown weist in seinem Werk *Die verlorene Kunst des Heilens* ebenfalls auf diese Entwicklung hin: „Es betrifft die massiv zunehmende Vermarktung aller menschlichen Beziehungen und Transaktionen. Eine allgemeine Tendenz zeichnet sich ab, fundamentale menschliche Werte ihrer Natur zu berauben und die Bande zu zerreißen, die Lebensgemeinschaften unterhalten. Es ist unbedingt notwendig, dass alle im Gesundheitswesen Tätigen, einschließlich der breiten Öffentlichkeit, begreifen, was auf dem Spiel steht.“¹⁶ Der Moralphilosoph Michael J. Sandel spitzt es nochmals zu: „Was als Marktmechanismus beginnt, tendiert dazu, zu einer aus dem Markt abgeleiteten Norm zu werden.“¹⁷

Gesundheitseinrichtungen werden heute wie Wirtschaftsunternehmen geführt bzw. werden sie z. T. von Wirtschaftsfachleuten gesteuert. Die Anreizsysteme (LKE, DRG) definieren den Medizin-

markt: Das was bezahlt wird, wird gemacht.

Auch an Österreich gehen diese Entwicklungen nicht spurlos vorüber: Palliativeinrichtungen werden – wie alle anderen stationären Einrichtungen – von den Anreizsystemen gesteuert. Die Folge davon ist, dass es bereits eine verinnerlichte Norm für jeden Mitarbeiter ist, dass ein 21-tägiger Aufenthalt die Grenze palliativer Zuwendung markiert (da es sonst zu Punkteabschlägen kommt).

Die Leistungen von AllgemeinmedizinerInnen werden von den Sozialversicherungsträgern nur zu einem Bruchteil honoriert – die Unterstützung von Schwerkranken und Sterbenden durch Praktische Ärzte in Österreich kann heute als ehrenamtliche Leistung angesehen werden.

Ist es Zufall, dass alle Länder, welche gesetzliche Regelungen zur Euthanasie oder ärztlich-assistiertem Suizid etabliert haben (Belgien, Niederlande, Schweiz, Luxemburg, Oregon/USA) unter den 16 wohlhabendsten Ländern der Welt sind und die heftigsten Diskussionen zur Legalisierung medizinischen Tötens (Großbritannien, Australien) ebenso darunter zu finden sind?¹⁸

Peter Bieri argumentiert, dass Menschenwürde ein „Totschlagargument“ ist, dessen Gebrauch beliebig für jede Argumentation herangezogen wird, um auf unhaltbare Zustände zu verweisen. So argumentieren auch Euthanasiebefürworter damit. Bieri vertritt die Ansicht, dass man mit Würde nicht für oder gegen die Legalisierung medizinischen Tötens argumentieren sollte.¹⁹

Es sind jedoch die Konsequenzen von ökonomistischen und (neo)liberalen Maximen, die den Menschen in seiner Würdigkeit beengen und ihn aus diesem Mangel aus der Sicherheit einer zweckentbundnen Daseinsberechtigung freisetzen. Es missachtet die Würde eines Menschen, der keinen ökonomisch bedeutsamen Beitrag zum Allgemeinwohl leistet, ihm jene Mittel vorzuenthalten, die er zu einem sinnerfüllten und selbstbestimmten Leben benötigt.

Wenn eine Gesellschaft es als Wert erkennt, ihren Schwachen und Sterbenden beizustehen, muss

sie dafür Sorge tragen, dass die Würde des Menschen an entsprechender Stelle (im Grundgesetz) geschützt wird – und sie muss dafür Sorge tragen, dass jene mit Ressourcen ausgestattet sind, die sich den Nöten der Betroffenen zuwenden. Nach Albert Camus ist die Beziehung der Grundpfeiler für Zukunft und Entwicklung. Im Bezogensein und aus der personellen Präsenz, die im Sinne der Begründerin des Hospizgedankens, Cicely Saunders signalisiert: „Du hast Wert, weil Du Du bist!“ ist das Gegengewicht zu Entsorgungsideen zu finden.

Referenzen

- 1 *Petition der österreichischen Palliativgesellschaft „Verfassungsrechtlicher Schutz der Menschenwürde“*, <http://www.palliativ.at/online-petition-wuerde.html>
- 2 *WHO Definition of Palliative Care*, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 3 Bernheim J. L., Deschepper R., Distelmans W., Mullie A., Bilsen J., Deliens L., *Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy?* *BMJ* (2008); 336: 864
<http://www.endoflifecare.be/>
- 4 *Sterbehilfe für Transsexuellen in Belgien: „Ich war das Mädchen, das keiner wollte“*, 2. 10. 2013, <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/belgien-sterbehilfe-fuer-transsexuellen-wegen-psychischer-schmerzen-a-925704.html>
- 6 *PROJET DE LOI / WETSONTWERP tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken*, 7 februari 2014, DOC 53 3245/005
- 7 Kummer S., *Töten heißt versagen*, 21. Februar 2014, Die Presse, <http://diepresse.com/home/meinung/gastkommentar/1565433/Toten-heisst-versagen>
- 8 *Petition an den König der Belgier, das Kindereuthanasiegesetz nicht zu unterschreiben*, <http://www.citizengo.org/de/4162-petition-den-koenig-von-belgien-das-kindereuthanasiegesetz-nicht-zu-unterschreiben>
- 9 <http://alexschadenberg.blogspot.ca/2013/03/euthanasia-deaths-increase-by-25-in.html>
- 10 *Legalisation of euthanasia: ‘slippery slope’?* (FWO), <http://www.endoflifecare.be/project/legalisation-euthanasia-%E2%80%98slippery-slope%E2%80%99-fwo>
- 11 Albisser Schleger H., Reiter-Theil S., *„Alter“ und „Kosten“ – Faktoren bei Therapieentscheiden am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden, Ethik in der Medizin* (2007); 19 (2): 103-119
- 12 Aly G., *Die Belasteten. >Euthanasie< 1939-1945. Eine Gesellschaftsgeschichte*, S. Fischer, Frankfurt am Main (2013)
- 13 ebd., S. 60
- 14 ebd., S. 21
- 15 Borasio G. D., *Über das Sterben*, dtv, München (2013), S. 37
- 16 Lown B., *Die verlorene Kust des Heilens*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (2004), S. 17
- 17 Sandel M. J., *Was man für Geld nicht kaufen kann. Die moralischen Grenzen des Marktes*, 6. Aufl. Ullstein, Berlin (2012), S. 78
- 18 *Liste der Länder nach Bruttoinlandsprodukt pro Kopf*, http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_L%C3%A4nder_nach_Bruttoinlandsprodukt_pro_Kopf
- 19 Bieri P., in: *Dimensionen – Welt der Wissenschaft*, Oei vom 2. 1. 2014, <http://oei.orf.at/programm/359554>

* letzter Zugriff auf sämtliche Internetseiten am 13. 1. 2014

OA Dr. Dietmar Weixler, MSc
Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin 1
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien
dr_weixler@yahoo.co

Giovanni Maio

Schwangerschaft auf Abruf? Warum Social Egg Freezing nicht der richtige Weg ist

Pregnancy on Demand? Why Social Egg Freezing is Not the Right Way

„Mutter werden, wann man will“, so titelte ein deutsches Magazin im Sommer 2013, als es über *Social Egg Freezing* berichtete. Mit diesem eher irreführenden Begriff wird das Einfrieren der Eizellen oder von Eierstockgewebe mit dem Ziel, die Keimzellen für eine Schwangerschaft nach eigenem Wunschzeitpunkt einzusetzen, bezeichnet. Bei diesem „Schockgefrieren“ handelt es sich um eine Methode, die ursprünglich dafür gedacht war, jungen Krebspatientinnen die Eizellen zu entnehmen, um sie vor einem Schaden durch die Krebstherapie zu schützen und sie dann später bei gegebenem Kinderwunsch wieder einzusetzen. Handelte es sich also ursprünglich um ein medizinisch angezeigtes Verfahren, so hat sich neuerdings diese Zielsetzung verändert, indem die Methode jetzt sozusagen auf Wunsch eingesetzt wird. Daher auch der Begriff des *Social Freezing*, weil die Indikation (die medizinische Angezeigtheit) allein sozial bedingt ist und nicht krankheitsbedingt. Es geht hier also um nichts anderes als um die Etablierung einer Fertilisationsreserve, auf die man zu einem Zeitpunkt der eigenen Wahl beliebig zurückgreifen zu können glaubt. Bei dieser Methode der Rücklage von Keimzellen als Vorratsschrank wird die Entkoppelung der Fortpflanzung besonders augenscheinlich, und zwar in Form einer zeitlichen Entkoppelung.

Was ist nun davon zu halten? Zunächst erscheint die Methode verheißungsvoll. Sie verspricht, die tickende biologische Uhr endlich anhalten zu können. Sie verspricht nicht weniger als Zeit. So wurde in einem Bericht des *Hamburger Abendblattes* ein anerkannter Reproduktionsmediziner mit folgender Aussage zitiert: „Mit dem social freezing bekommt man etwa zehn bis 15 Jahre geschenkt.“ So sind schon die Fachbegriffe nicht

zufällig gewählt: Mit *Social Freezing* wird eben suggeriert, dass mit den Eizellen auch die verrinnende Zeit in der *rush hour*-Phase des Lebens eingefroren wird. Das macht diese Methode so phantastisch, weil sie an einen Menschheitstraum rührt, den Traum von der Überwindung der Zeit. Soweit die Suggestion. Aber ist das denn tatsächlich so?

Schauen wir zunächst auf die rein medizinische Seite. So einfach es sich zwar anhören mag, Eizellen einzufrieren – *de facto* ist das eine Prozedur, die nicht ohne gesundheitliche Risiken einhergeht. Jeden Monat reift eine Eizelle heran, doch für eine mögliche Schwangerschaft *in vitro* ist es notwendig, mehrere Eizellen zu haben. Daher müssen die Frauen zunächst mit entsprechenden Hormonen stimuliert werden. Allein schon diese Hormonbehandlung ist nicht risikolos, in jedem Fall beschwerlich, weil sie mit deutlichen Nebenwirkungen einhergeht wie Gewichtszunahme, Stimmungsschwankungen und Durchblutungsstörungen. Im schlimmsten Fall kann es zu einer Überstimulation kommen mit entsprechenden Zystenbildungen. Zu den Belastungen der Hormonstimulation kommen noch die Belastungen der Eizellenpunktion, die meist in Vollnarkose erfolgen muss und schon von daher nicht ohne Risiko ist. Hinzu kommt, dass eine Schwangerschaft in späteren Jahren auch mit erhöhten Komplikationsraten einhergeht. Aber es ist ja nicht nur die körperliche Belastung, sondern auch eine nicht unbedeutliche finanzielle Belastung (rund 2.000 Euro), zu der die jährlichen Kosten für das Lagern der Eizellen in Stickstoff kommen, die sich in etwa auf 300 Euro im Jahr belaufen. All diese Kosten werden von den Krankenkassen nicht übernommen.

Lässt sich die Zeit wirklich einfrieren?

Noch wichtiger ist aber die Frage, inwieweit diese Methoden das Versprechen des Einfrierens der Zeit tatsächlich halten können. Rein naturwissenschaftlich muss hierzu bemerkt werden, dass die weibliche Fruchtbarkeit zwischen 20 und 25 Jahren am höchsten ist und danach stetig sinkt, ab 30 nimmt sie sogar rasant ab, schon ab 27 Jahren rapide. Wenn man diese Methode mit weit über 30 in Anspruch nimmt, ist es also eigentlich schon zu spät. Das belegen die Zahlen; die Chancen, dass man im Alter von 35 mit einer aufgetauten Eizelle, die man mit 30 einfrieren ließ, tatsächlich schwanger wird, liegen bei 7-12 Prozent.¹ Das heißt also, dass zwar die Eizellen als eine psychologische Rückversicherung zurückgelegt werden, aber faktisch ist diese Rückversicherung in den meisten Fällen eher trügerisch. Die Frauen werden also dazu verleitet, sich in einer Scheinsicherheit zu wiegen. Mehr noch, diese Technik verspricht, dass man sich vom Schicksal ganz lösen und die Reproduktion ganz in die eigene Hand nehmen könne. Sie verspricht nicht weniger als eine Zunahme an Autonomie. So wurde in einem Artikel der ZEIT kürzlich eine Frau zitiert, die bezogen auf das *Social Egg Freezing* Folgendes zu Protokoll gab: „Nun können Frauen selbst entscheiden, wie lange sie Kinder bekommen wollen. Damit sind wir Männern gegenüber nicht mehr im Nachteil.“² Wer möchte nicht lieber selbst entscheiden, wie lange man Kinder bekommen kann? Eine solche Verheißung hat insofern eine große Attraktivität. Vor dem Hintergrund der klinischen Zahlen aber entpuppt sich dieses Versprechen geradezu als trügerisch. Denn es mag schon sein, dass man auch jenseits der Vierzig mittels der Methode des *Social Freezing* noch Kinder kriegen kann, von einer Selbstverständlichkeit oder hohen Wahrscheinlichkeit kann jedoch keine Rede sein. Vor dem Hintergrund wenig zuversichtlich stimmender Zahlen hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtsmedizin in einer offiziellen Stellungnahme in kaum zu überbietender Klarheit verdeutlicht: „Das

Einfrieren von Eizellen vor einer Krebstherapie ist gerechtfertigt, um jungen Krebspatientinnen nach dem Behandlungsende eine Schwangerschaft zu ermöglichen. Die Erfolgsraten vor allem bei Frauen über 35 Jahren stellen allerdings keine ‚Versicherung‘ dar, um das Einfrieren als Instrument der Familienplanung einzusetzen.“³

Diesem wissenschaftlichen Statement steht die Wahrnehmung dieser Technik in der Öffentlichkeit gegenüber. In jedem Fall tut sich hier eine Kluft auf zwischen den wie auch immer generierten Hoffnungen und den offiziellen Verlautbarungen der seriösen wissenschaftlichen Gesellschaften. Das *Social Freezing* kann nicht zuletzt ein sehr lukratives Geschäft mit der Angst vieler Frauen bedeuten, und dies zeigt auf, wie schädlich gerade in diesem Bereich die Implementierung von Werbestrategien sein kann, weil die Werbung nicht nur übersteigerte Hoffnungen generiert, sondern überdies eine Bagatellisierung der Risiken bedeuten kann. Der Berner Gynäkologe Michael von Wolff hat diese Kluft sehr schön auf den Punkt gebracht, als er kürzlich in der *Schweizerischen Ärztezeitung* schrieb: „Letztlich sind nur zwei Dinge sicher: Der sicherste Weg zu einem eigenen Kind ist eine Schwangerschaft mit < 35 Jahren und einer der unsichersten ist ein social freezing mit > 35 Jahren.“⁴

Leben im Modus der Multioptionalität

Die Fortpflanzung wird unserem Kontrollbedürfnis unterworfen und die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin suggerieren, man könne die Fortpflanzung geradezu beliebig planbar und den eigenen Wünschen verfügbar machen. Bezeichnenderweise führt die Internetseite „www.familienleben.ch“ die Methode des *Social Freezing* mit folgenden Verheißungen ein: „Passen Kinder in meine Karriereplanung? Will ich mein Leben erst noch ohne Kinder genießen?“ Diese Verheißungen machen deutlich, wie sehr wir dabei sind zu verlernen, dass im Leben alles *seine* Zeit hat. So ist die Zeit des Kinderkriegens die junge Zeit des Aufbaus und nicht die alte Zeit des Arriviertseins, weil man

nur so einen nicht zu großen Abstand zum Kind haben kann. Die Technologien suggerieren, es sei falsch, sich dem zyklischen Verlauf des Lebens unterzuordnen und ihn als gegeben anzunehmen. Stattdessen wird dem Einzelnen die Verantwortung zugeschrieben, selbst die Zeit festzulegen, nach vollkommen eigenen Kriterien. Was zunächst als Zugewinn erscheint, könnte sich bei genauer Betrachtung als Handicap erweisen. Denn die größte Gefahr, die vom *Social Freezing* ausgeht, ist seine suggestive Kraft.

Diese Methode suggeriert, man könne die Zeit anhalten und man könne es sich leisten, sich mit dem Kinderkriegen Zeit zu lassen. Das heißt, dass allein die Existenz dieser Technik Paare dazu veranlassen könnte, die Verwirklichung des Kinderwunsches immer weiter nach hinten zu verschieben, auf einen noch „optimaleren“ Zeitpunkt, weil es ja diese Technik gibt. Bedenken wir, dass wir in einer Zeit leben, in der es Menschen immer schwerer fällt, überhaupt Entscheidungen zu treffen, vor allem aber Entscheidungen bezogen auf den Lebenspartner, bedenken wir, dass gerade heute viele Menschen sich nicht trauen, sich auf einen Partner festzulegen, weil sie insgeheim immer denken, sie könnten auf eine noch bessere „Partneroption“ stoßen, so wird deutlich, wie gefährlich diese Technik ist. Wir leben, wie Peter Groß dies treffend beschrieben hat, in einer Multioptionsgesellschaft. Wir möchten uns so lange wie möglich so viele Optionen wie möglich offenhalten. Jede Verringerung an Optionen kommt uns als Verlust vor, und ab dem Moment, da wir uns für einen bestimmten Partner entscheiden, entscheiden wir uns gleichzeitig gegen viele andere, wir beschneiden also unsere Optionen. Vor diesem Hintergrund sind viele Menschen ihr Leben lang auf der Suche nach der noch besseren Option für ihr Leben und versäumen, sich irgendwann wirklich zu binden. Insofern kann die Technik auch zu einer Einladung werden, in diesem Modus des Multioptionslebens zu verharren – und sich damit auch noch die letzte Chance auf ein Kind zu verbauen.

Es kann sehr hilfreich sein, sich bereits im Vorfeld diese so subtilen Gefahren vor Augen zu führen. Sich vor Augen zu führen, dass das eigentlich Gefährliche an dieser Technik darin liegt, dass sie uns dazu verführen könnte, unsere optionale Lebensweise auch in Bezug auf den Nachwuchs noch zu verstärken, um am Ende womöglich ganz leer auszugehen. Dies zeigt auf, dass eben kein Zusammenhang besteht zwischen einem Zuwachs an Möglichkeiten und der Freiheit, sich für eine dieser Möglichkeiten zu entscheiden. Denn man darf nicht vergessen, dass mit der Potenzierung von Möglichkeiten im Zweifelsfall auch Unfreiheit einhergeht, und zwar Unfreiheit, die aus der Unsicherheit resultiert, aus dem Zweifel, aus dem Zaudern, aus der Angst. Vor lauter Möglichkeiten traut man sich nicht, sich festzulegen, und zwar aus der Angst heraus, sich für das Falsche bzw. nur Zweitbeste zu entscheiden und somit das Optimum zu verfehlen. Wir möchten heute eben in allen Bereichen nicht nur gut, sondern optimal entscheiden, und damit werden wir tendenziell entscheidungsunfähig.⁵

Zeitdruck fokussiert auf das Wesentliche

Etwas Grundlegendes wird hier deutlich: Wir empfinden den Zeitdruck, sich für eine Familie zu entscheiden, als bloße Last, als lästiges Hindernis. Aber wir verkennen, dass aus dem biologisch bedingten Zeitdruck auch ein Wert entspringen kann, und das ist der Wert der Selbstreflexion. Wenn wir wissen, dass wir wenig Zeit haben, werden wir gezwungen, über uns nachzudenken, uns klarzuwerden, welches Leben wir führen wollen. Der Zeitdruck kann also eine Intensivierung des Lebens bedeuten, weil wir gezwungen werden, nach unserer Identität zu suchen und uns Gewissheit darüber zu verschaffen, wer wir sein wollen. Der Zeitdruck ist wie eine Lupe, die auf das Wesentliche fokussiert. Er diszipliniert uns, indem er uns davor bewahrt, uns weiter zu zerstreuen. Er mahnt uns, jetzt zu entscheiden, jetzt Klarheit herzustellen und nicht weiter vor einer Entscheidung zu flüchten. Das heißt, dass der Zeitdruck etwas

Bereinigendes und auch etwas Klärendes haben kann. Man kann sagen, der Zeitdruck ist genauso schmerzhaft wie notwendig für ein gutes Leben. Es stellt sich also die große Frage, ob das *Social Freezing* tatsächlich einen Zeitgewinn bedeutet oder ob es nicht vielmehr dazu verleitet, vor einer Festlegung zu flüchten, einer Entscheidung über Lebensprioritäten weiter auszuweichen.

Etwas anderes kommt hinzu: Es ist heute sehr schwer für junge Frauen, ihre beruflichen Ziele mit den Zielen der Familiengründung so zu vereinbaren, dass sie ohne Konflikte leben können. Vor diesem Hintergrund wird der Plan der Familiengründung oft nach hinten verschoben, bis es nicht mehr geht. Nun hat man eine solche Technik auf den Weg gebracht, und plötzlich scheint dieses Grundproblem etwas entschärft zu sein. Kaum jemand bemerkt, dass man hier ein strukturell-soziales Problem biologisch zu lösen gedenkt. Kaum jemand bemerkt, dass man die strukturell-sozialen Gegebenheiten so belassen möchte, um das Problem stattdessen auf dem Rücken der Frauen zu „lösen“. Man tastet lieber die körperliche Integrität der Frau an anstatt die strukturell-sozialen Verhältnisse anzutasten. Das scheint mir in einem massiven Widerspruch zu der Rhetorik der Freiheit zu stehen, die bei der Implementierung des *Social Freezing* angewendet wird.

Und mehr noch: Man isoliert die Eizellen und glaubt, dass man mit der Konservierung der Eizellen in einem „jungen“ Zustand die Mutter selbst konserviert hätte. Es wird viel zu wenig bedacht, dass zwar die Eizellen eingefroren werden, dass aber nicht nur die Mutter, sondern auch ihr gesamtes Umfeld in dieser Zeit des Eingefrorenenseins weiter „altert“. Das heißt, man hat zwar die Keimzelle eingefroren, aber damit doch nicht die Zeit. Die Zeit des Älterwerdens der Frau schreitet weiter, immer weiter. Und die Zeit des Älterwerdens der Umgebung der Frau, ihr soziales Umfeld, ihre Lebensgewohnheiten, alles passt sich dem zunehmenden Alter an. Das heißt, wenn man glaubt, jetzt könnte das Kind auch später kommen, weil

ja die Eizellen jung geblieben sind, so muss man doch anerkennen, dass dieses Kind in eine vergleichsweise „alte“ Umgebung hineingeboren wird, das heißt, dass der Abstand zur Mutter eben immer größer geworden ist und damit natürlich auch der Abstand zum sozialen Umfeld der Mutter, vielleicht gar zu den Geschwistern, Onkeln, Tanten etc. Das Problem ist hier also der zunehmende Altersabstand des Kindes zu seiner vorangehenden Generation. Man mag jetzt einwenden, dass ja Väter auch keine biologische Uhr hätten und es daher im emanzipatorischen Sinne wäre, durch das *Social Freezing* eine Gleichberechtigung herzustellen. Aber hier wird verkannt, dass die späte Vaterschaft ihrerseits keineswegs moralisch positiv besetzt ist, sondern oft als eine egozentrische Entscheidung wahrgenommen wird.

Die Spirale des Machbaren

All das mag nicht genügen, um das *Social Freezing* zu verbieten, aber diese Überlegungen machen doch deutlich, dass es dringlichste Aufgabe gerade der Ärztinnen und Ärzte sein muss, auf diese Implikationen ebenso hinzuweisen wie auf die technischen Möglichkeiten. Je mehr die Paare nur mit den Möglichkeiten der Technik konfrontiert werden, ohne dass sie darauf vorbereitet werden, was diese Techniken als Herausforderungen für sie und ihr ganzes Leben mit sich bringen, wird sich eine Spirale der Machbarkeit weiterdrehen, und man wird viel zu spät erkennen, was man da eigentlich gemacht hat.

So kann es nicht darum gehen, Paare mit unerfülltem Kinderwunsch mit technischen Möglichkeiten zu konfrontieren und sie dann allein zu lassen, wenn die Technik an ihnen scheitert, möglicherweise gar mit dem Gefühl, nicht die Technik habe versagt, sondern sie selbst. Viele Frauen erfahren den Misserfolg als ein persönliches Scheitern, was eine verquere, aber nichtsdestotrotz dramatische Umkehrung der technischen Obsession in Schuld darstellt. „Ich habe Angst vor dem Versagen (meines Körpers)“ – schon dieser nicht selten

geäußerte Satz sollte einen nachdenklich stimmen.

Könnte eine humane Medizin nicht sogar dazu beitragen, das Scheitern einer Technik im Hinblick darauf, eine Schwangerschaft herbeiführen zu können, nicht nur als ein Versagen zu erfahren, sondern auch im Sinne der Demut vor der letztendlichen Unverfügbarkeit des Kindes? Anstatt eine absolute Kontrollierbarkeit und Verfügbarkeit der Schwangerschaft zu suggerieren, sollten wir auch angesichts des ungeborenen Lebens das zurückgewinnen, was wir vielleicht am meisten verloren haben: eine Grundhaltung der Demut. Denn bei aller Technik wohnt dem Anfang eines Menschen immer noch etwas Geheimnisvolles inne. Es gibt so etwas wie ein Geheimnis der Entstehung des Menschen, und gerade dieses Geheimnis des Anfangs fordert auf zur Demut. Es fordert auf zu der Einsicht, dass das Entstehen eines Menschen nicht als machbar und restlos planbar und immerzu verfügbar, sondern immer als ein unverfügbares Ereignis anzusehen ist. Max Scheler hat das so ausgedrückt: „Demut öffnet das Geistesauge für alle Werte der Welt. Sie erst, die davon ausgeht, dass nichts verdient sei und alles Geschenk und Wunder, macht alles gewinnen.“⁶ Was wir also der Technik zum Trotz bewahren müssen, ist unsere innere Einstellung zu dem Kind, dem wir nicht mit der Haltung des Bestellenwollens gegenüberreten dürfen. Diese Gefahr verbirgt sich hinter der einseitig technischen Lösungsstrategie der modernen Medizin, wie das durch das *Social Freezing* anschaulich zur Geltung kommt.

Referenzen

- 1 Nawroth F., „*Social freezing*“ – Pro und Contra, in: *Der Gynäkologe* (2013); 9: 648-652
- 2 Spiewak M., *Die biologische Uhr anhalten*, in: *DIE ZEIT*, Heft 39 vom 19. Juli 2013
- 3 siehe Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, *Tiefgekühlte Eizellen – Möglichkeiten für spätere Schwangerschaften*, publiziert in: <http://www.dggg.de/leitlinienstellungen/stellungnahmen/> (letzter Zugriff am 20. Februar 2014)
- 4 von Wolff M., „*Social freezing*“: Sinn oder Unsinn?, in:

Schweizerische Ärztezeitung (2013); 94: 393-395, hier S. 395

- 5 Bozzaro C., *Ein Kind ja, aber erst irgendwann... Überlegungen zum Einsatz von Egg- und Ovarian-Tissue Freezing*, in: Maio G., Eichinger T., Bozzaro C. (Hrsg.), *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin – Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*, Karl Alber, Freiburg (2013), S. 233-249
- 6 Scheler M., *Zur Rehabilitierung der Tugend*, Arche Verlag, Zürich (1950), S. 18 ff.

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.
Lehrstuhl für Medizinethik
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Stefan-Meier-Straße 26, D-79104 Freiburg
maio@ethik.uni-freiburg.de

Arndt Büssing, Janusz Surzykiewicz

Spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker

The Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases

Zusammenfassung

Viele Patienten mit chronischen Erkrankungen haben dezidierte psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse, die im Gesundheitssystem zumeist unberücksichtigt bleiben. Während das Thema Spiritualität in einer palliativen Situation eher Beachtung findet, werden spirituelle Bedürfnisse von Patienten mit chronischen Erkrankungen, die nicht primär fatal sind, kaum beachtet, da sie scheinbar nicht in den Verantwortungsbereich des Gesundheitssystems gehören. Auch in einer überwiegend säkularen Gesellschaft äußern chronisch Kranke solche Bedürfnisse, wobei *Religiöse* und *Existenzielle Bedürfnisse* eher gering ausgeprägt sind, während insbesondere Bedürfnisse nach *Innerem Frieden* und *Weitergabe / Generativität* bedeutsam sind. Auch a-religiöse „Skeptiker“ haben umschriebene spirituelle Bedürfnisse, die einer besonderen Berücksichtigung bedürfen, da sie nicht ohne weiteres benannt werden und sich von denen religiöser Patienten in bestimmten Facetten unterscheiden.

Schlüsselwörter: spirituelle Bedürfnisse, chronisch Kranke

Abstract

Many patients with chronic diseases have specific psychosocial and spiritual needs, which in most cases are neither addressed nor recognized by health care professionals. Even in predominantly secular societies where religious and existential concerns are not very pronounced, the specific need for inner peace and “intimacy/generativity” are important for chronically ill patients. The spiritual needs of non-religious or sceptical patients require special attention since they are not easily identified and differ in certain facets from those of religious patients.

Keywords: Spiritual Needs, Chronic Disease, Health Care Professionals

Univ.-Prof. Dr. Arndt Büssing
Professur Lebensqualität, Spiritualität und Coping
Institut für Integrative Medizin
Universität Witten/Herdecke
Gerhard-Kienle-Weg 4, D-58313 Herdecke
Arndt.Buessing@uni-wh.de

Prof. DDr. Janusz Surzykiewicz
Professor für Pastoraltheologie (Schwerpunkt
Gemeindepastoral) und Allgemeine Psychologie
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Pater-Philipp-Jeningen-Platz 6, D-85072 Eichstätt
janusz.surzykiewicz@ku.de

Einführung

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich zunehmend Belege, dass die Spiritualität bzw. Religiosität (SpR) eines Menschen mit Gesundheitsbezogenen Variablen assoziiert ist (Übersicht in¹), obwohl die kausalen Zusammenhänge nicht immer klar sind – insbesondere, da bestimmte Effekte durch ein spezifisches Gesundheitsverhalten und/oder soziale Unterstützung mit beeinflusst werden können. Es scheint aber eindeutig zu sein, dass SpR eine wichtige Ressource im Umgang mit kritischen Lebenssituationen, Krankheit und Leid ist.² Nach Thune-Boyle et al.³ kann SpR das Selbstwertgefühl unterstützen, dem Leben Sinn und Bedeutung geben sowie emotionalen Trost und Hoffnung. Darüber hinaus vermittelt es die Gewissheit eines unbedingten Aufgehobenseins – wie auch immer sich das Leben entwickeln wird (obschon diese Haltung wohl nur wenigen gelingen mag).

Pargament und Mitarbeiter brachten in diesem Zusammenhang den Begriff des religiösen Coping ins Spiel, wobei sie ein positives und ein negatives religiöses Coping unterschieden.⁴ Mit einem positiven religiösen Coping meinten sie eine Sicherheit-gebende Beziehung zu Gott, die Überzeugung, dass das Leben sinnvoll ist sowie eine spirituelle Verbundenheit mit anderen.⁵ Gott wäre hier ein Halt-gebender und unterstützender Partner in der Auseinandersetzung mit dem Leben, inklusive der Frage nach Schuld und Vergebung. Ein negatives religiöses Coping wäre mit einer wenig vertrauensvollen Beziehung zu Gott charakterisiert, mit einer als bedrohlich empfundenen Sicht der Lebenszusammenhänge sowie mit einer eher negativ geprägten Auseinandersetzung mit dem Leben in Bezug auf Sinn und Bedeutung.⁶ Gott würde daher zumeist als strafend und bedrohlich angesehen.

Diese Konzepte – und insbesondere die Operationalisierung mit dem entsprechenden Messinstrument, dem R-COPE⁷ – sind für religiöse Menschen angemessen, für Menschen in einer eher säkularen Gesellschaft jedoch wenig geeignet.

Bei deutschen Patienten mit chronischen

Schmerzerkrankungen schätzen sich die Hälfte nicht als religiös ein (42% als weder religiös noch spirituell, 8% als spirituell aber nicht religiös, 32% als religiös aber nicht spirituell und 18% als religiös und spirituell).⁸ Unter deutschen Patienten mit Multipler Sklerose waren es sogar 70%, die sich als nicht-religiös einschätzten (54% weder religiös noch spirituell, 16% spirituell aber nicht religiös, 19% religiös aber nicht spirituell, 12% religiös und spirituell).⁹ Für 29% dieser Menschen mit Multipler Sklerose war ihr Glaube ein fester Halt in schwierigen Zeiten (52% lehnten diese Aussage ab, 19% waren unentschieden).¹⁰

Diese sich als weder religiös noch spirituell (R-S-) einschätzenden Patienten sind entweder nicht religiös sozialisiert oder lehnen bewusst die Kirche als Institution ab – oder haben kein Interesse an jedweder Form von Spiritualität. Nur wenige (6%) scheinen ihren Glauben aufgrund bestimmter Lebensereignisse verloren zu haben.¹¹

Dennoch können auch vermeintlich a-religiöse oder „skeptische“ Menschen dezidierte spirituelle Bedürfnisse haben, die aber nicht notwendigerweise auch eines religiösen Kontextes bedürfen.

Spirituelle Bedürfnisse

Spirituelle Bedürfnisse werden am ehesten in der palliativen Begleitung kranker Menschen thematisiert, seltener in der Begleitung von Menschen, die an chronischen, aber nicht primär fatalen Erkrankungen leiden. Moadel et al. beschrieben, dass Tumorpatienten Hilfe bei der Bewältigung ihrer Ängste sowie Hoffnung und spirituelle Ressourcen suchten; sie suchten Menschen, um mit diesen über den Sinn des Lebens, das Sterben und den Tod sowie die Suche nach innerem Frieden sprechen zu können.¹² Aber bereits nach der Diagnosestellung und der nachfolgenden Auseinandersetzung mit den Implikationen für den weiteren Lebensverlauf treten bei chronisch Kranken umschriebene spirituelle Bedürfnisse auf, nicht erst am „Ende des Lebens“.

Die in der Literatur beschriebenen spirituellen

Bedürfnisse lassen sich hinsichtlich vier miteinander verbundener Kerndimensionen kategorisieren:¹³ (1) Verbundenheit (Liebe, Zugehörigkeit, Partner-Kommunikation, Entfremdung etc.), (2) Friede (innerer Friede, Hoffnung, Ausgeglichenheit, Vergebung, Distress etc.), (3) Sinn/Bedeutung (Lebenssinn, Selbstverwirklichung etc.) und (4) Transzendenz (spirituelle Ressourcen, Beziehung zu Gott / dem Heiligen, Beten etc.). Diese können als ein konzeptioneller Bezugsrahmen für Forschung und Praxis angesehen werden.

Mit Hilfe des Spiritual-Needs-Fragebogens (SpNQ)¹⁴ lassen sich verschiedene Bedürfnisse quantifizieren, die sich faktoriell zusammenfassen lassen als

- *religiöse Bedürfnisse*: sich an eine höhere Präsenz wenden können; beten (für sich selbst, für andere, mit jemandem), an einer religiösen Feier teilnehmen; religiöse/spirituelle Bücher/Schriften lesen
- *existenzielle Bedürfnisse*: auf das bisherige Leben zurückschauen; jemandem aus einem bestimmten Abschnitt des Lebens vergeben; eigene Vergebung erlangen; mit jemandem über die Frage nach dem Sinn im Leben sprechen; mit jemandem über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod reden; einen Sinn in Krankheit oder Leiden sehen können
- *Bedürfnisse nach Innerem Frieden*: mit jemandem über Ängste und Sorgen reden; ungelöste Dinge aus dem Leben klären; in die Schönheit der Natur eintauchen; an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen; inneren Frieden finden
- *Bedürfnis nach Weitergabe/Generativität*: jemandem Trost spenden; eigene Lebenserfahrungen weitergeben; etwas von sich verschenken wollen; Gewissheit haben, dass das eigene Leben sinn- und wertvoll war
- *Beziehungsbedürfnisse*: mit der Familie verbunden sein; größere Zuwendung durch andere; sich jemandem liebevoll zuwenden können; dass sich jemand aus der Ge-

meinde kümmert.¹⁵

Der validierte SpNQ-Fragebogen kann zur Identifizierung spezifischer Bedürfnisse genutzt werden, auf die dann konkret mit einem Gesprächsangebot reagiert werden sollte – und aufgrund seiner Standardisierung auch als Messinstrument für Forschungszwecke, da die Intensität des entsprechenden Bedürfnisses erfasst wird.

Ob ein entsprechendes Bedürfnis tatsächlich „spirituell“ ist, hängt vom jeweiligen Kontext und dem Hintergrund des Patienten ab. Das Bedürfnis nach Vergebung hat für einen religiösen Menschen sicherlich eine andere Bedeutung als für einen a-religiösen, der dennoch den Wunsch nach psycho-emotionaler Entlastung haben kann.

Fasst man diese entsprechenden Bedürfnisse zu Faktoren zusammen, so zeigt sich, dass *Religiöse Bedürfnisse* und *Existenzielle Bedürfnisse* bei chronisch Kranken eher gering und Bedürfnisse nach *Innerem Frieden* und *Weitergabe / Generativität* stark ausgeprägt sind.¹⁶ Diese sind – mit der Ausnahme von den Bedürfnissen nach *Weitergabe / Generativität* – bei Männern signifikant geringer ausgeprägt als bei Frauen. Patienten mit Tumorerkrankungen hatten zudem signifikant stärker ausgeprägt spirituelle Bedürfnisse als Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen.¹⁷

Zusammenhänge zwischen spirituellen Bedürfnissen und Lebensqualitäts-assoziierten Variablen

Bei Patienten mit chronischen Schmerz- und Tumorerkrankungen hingen die *Religiösen Bedürfnisse*, *Existenziellen Bedürfnisse* und Bedürfnisse nach *Innerem Frieden* nur schwach ($0.1 < r < 0.2$; $p < 0.01$) mit der multidimensionalen Lebensqualität der Patienten zusammen, aber nicht signifikant mit dem Symptom-Score oder der Schmerzbeeinträchtigung.¹⁸

In einer überwiegend weiblichen Gruppe von Patienten mit Fibromyalgie konnte gezeigt werden, dass insbesondere die *Existenziellen Bedürfnisse* und die Bedürfnisse nach *Innerem Friede*

den moderat ($0.3 < r < 0.5$; $p < 0.01$) mit Angst und Depressivität sowie der Intention, der eigenen Krankheit entkommen zu können („Flucht vor Krankheit“) und einer eingeschränkten mentalen Lebensqualität assoziiert waren.¹⁹ Hier zeigte sich zudem ein moderater ($0.3 < r < 0.5$; $p < 0.01$) Zusammenhang zwischen der Beeinträchtigung durch die Fibromyalgie-Symptome und dem Bedürfnis nach *Innerem Frieden*.²⁰

Von Relevanz ist scheinbar der „Leidensdruck“ der Betroffenen auf der einen Seite sowie die Bedeutung, die der Krankheit und ihrer Symptomatik zugeschrieben wird. So fanden sich bei chronisch Kranken signifikante, moderate Zusammenhänge zwischen *Religiösen Bedürfnissen* und *Existentiellen Bedürfnissen* auf der einen und der Krankheitsinterpretation „etwas Wertvolles“ auf der anderen Seite, während negative Krankheitsinterpretationen (z. B. Bestrafung, Schwäche) mit diesen Bedürfnis-Kategorien nicht oder nur schwach assoziiert waren.²¹ Diese transformative (und für Gesunde nur schwer nachvollziehbare) Perspektive, dass Krankheit etwas „wertvolles“ sein könnte, an dem man innerlich wächst, gelingt spirituell/ religiös eingestellten Menschen scheinbar leichter.²² Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass die Sicht von Krankheit als „Ruf nach Hilfe“ moderat mit *Religiösen Bedürfnissen* assoziiert war.²³ Hier könnte die Intention im Vordergrund stehen, dass eine göttliche Instanz helfend in den Krankheitsprozess und den weiteren Verlauf des Lebens eingreift, um Leid abzuwenden.

Insbesondere das Bedürfnis nach *Weitergabe/ Generativität* scheint für Patienten von Bedeutung zu sein, da es den Wunsch abbildet, seine Lebenserfahrungen weitergeben und jemandem Trost spenden zu können, und Gewissheit zu haben, dass das eigene Leben sinn- und wertvoll war bzw. ist. Die Patienten scheinen aus der Rolle des Kranken und Behandelten heraustreten und (aus ihrer Lebenserfahrung schöpfend) anderen helfen zu wollen.²⁴ In dieser generativen Aktivität erleben sie sich vermutlich als nicht mehr dem Einfluss der den

Alltag dominierenden Krankheitssymptomatik unterliegend, sondern wieder als selbstkompetent und „nützlich“. In der Tat zeigten qualitative Untersuchungen von Murray et al. mit Schwerstkranken, dass sich spirituelle Bedürfnisse dahingehend ausdrückten, ein Gefühl des Selbst-Wertes aufrecht erhalten zu können, eine nützliche Rolle im Leben inne zu haben und aktiv im Leben mit der Familie und den Freunden sein zu können.²⁵

Spirituelle Bedürfnisse bei „Skeptikern“

Patienten, die keinerlei religiöse Zugehörigkeit hatten, zeigten signifikant geringere *Religiöse Bedürfnisse*, *Existentielle Bedürfnisse* sowie *Bedürfnisse nach Weitergabe/Generativität*, während sich ihr Bedürfnis nach *Innerem Frieden* nicht signifikant von dem derjenigen unterschied, die (nominell) eine Religionszugehörigkeit hatten.²⁶

In der Gruppe der Menschen mit chronischen Schmerzerkrankungen ließ sich eine Subgruppe identifizieren, die angab, dass sie als rational eingestellte Person keinerlei Glaube an „höhere Wesenheiten“ bräuchte. Zwar hatten diese ablehnenden „Skeptiker“ erwartungsgemäß signifikant geringere *Religiöse Bedürfnisse*, jedoch unterschieden sich ihre anderen Bedürfnisse nicht signifikant von denen der „nicht-Skeptiker“.²⁷

Nichtsdestotrotz äußerten 10-13% dieser ablehnenden Menschen auch dezidierte religiöse Bedürfnisse, z. B. für sich beten zu können, dass jemand für sie betet und an einer religiösen Feier (Gottesdienst) teilnehmen zu können.²⁸ Auch das Bedürfnis nach Vergebung (24%) und jemandem zu vergeben (27%) wurde geäußert. Diese Dimension der Vergebung ist aber nicht notwendigerweise Ausdruck eines religiösen Bedürfnisses.

Es haben also auch a-religiöse „Skeptiker“ umschriebene spirituelle Bedürfnisse, die einer besonderen Berücksichtigung bedürfen, da sie nicht ohne weiteres benannt werden und die sich von denen religiöser Menschen in bestimmten Facetten unterscheiden.

Zuständigkeiten

Wer ist für diese spirituellen Bedürfnisse „zuständig“? Der professionelle Seelsorger, das Pflegeteam, Ärzte, Psychologen – andere Erkrankte?

Eine Untersuchung von Balboni und Mitarbeitern mit amerikanischen Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen ergab, dass sich die meisten in ihren spirituellen Bedürfnissen durch das medizinische System nicht bzw. nur minimal unterstützt fühlten, während sich circa die Hälfte aber auch nicht bzw. nur minimal durch eine Religionsgemeinschaft unterstützt fühlten.²⁹ Da eine Unterstützung der spirituellen Bedürfnisse jedoch mit einer signifikant besseren Lebensqualität der Patienten einherging,³⁰ wird dieser Befund bedeutsam.

Auch die Mehrheit deutscher Tumorpatienten wünschte sich, dass sich ihr Arzt für ihre spirituelle Orientierung interessiert.³¹ In einer Untersuchung mit (ambulant) Schmerzpatienten aus Deutschland antworteten 23%, dass sie mit einem Pfarrer/Seelsorger über ihre spirituellen Bedürfnisse sprechen, 20% hatten keinen Ansprechpartner – und für 37% war es wichtig, mit ihrem Arzt über diese Bedürfnisse zu sprechen.³² Der Arzt wird sich hierfür aber gar nicht zuständig und ausgebildet fühlen, sodass viele Patienten mit chronischen Erkrankungen wohl mit ihren spirituellen Bedürfnissen alleine bleiben.

Das Gesundheitssystem fokussiert – aus vielen Gründen – auf die primären Bedürfnisse ihres „Zuständigkeitsbereiches“ (Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen, Reparatur körperlicher Defekte, Wiederherstellung physischer und psychischer Gesundheit, etc.), während die Sorge um finanzielle und körperliche Sicherheit sowie Selbstverwirklichung und Realisierung von Entwicklungspotentialen patientenseitig verortet wird. Eine ärztliche oder pflegende Profession in genau diesem eng umschriebenen Sinne verstanden, hat in der Tat keine weitergehende Zuständigkeit; jedoch gehört zum Grundanliegen der helfenden Professionen eigentlich (und durchaus

auch idealisiert) die umfassende Begleitung eines kranken und leidenden Menschen, die in die Wiederherstellung seiner körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Gesundheit und allgemeine Lebenszufriedenheit mündet – auch wenn dies nicht immer möglich ist und oftmals auch eine Überforderung der eigenen Potentiale der Angehörigen der Gesundheitsberufe darstellt.

Ärzten und Pflegenden könnte bei der notwendigen Identifizierung der psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse die Rolle einer ersten Anlaufstelle zukommen, diese Bedürfnisse überhaupt wahrzunehmen. Erst dann können konkrete und gezielte Reaktionen erfolgen – wobei dem Signalisieren einer Gesprächsbereitschaft oft schon eine große „lösende“ Bedeutung zukommt. Aufgrund der Vielfältigkeit der entsprechenden Bedürfnisse ist eine interdisziplinäre Begleitung notwendig, sodass das gesamte therapeutische/unterstützende Team gefordert ist, also Ärzte, Pflegende, Psychologen/Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorger etc. – auch unter Einbezug der Angehörigen, die oftmals selber am Kranksein des Partners, der Eltern, der Kinder leiden und dezidierte psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse haben.

Referenzen

- 1 Koenig H. G., King D., Carson V. B., *Handbook of Religion and Health*, 2nd edition, Oxford University Press (2012)
- 2 Koenig H. G., Cohen H. J., Blazer D. G., Pieper C., Meador K. G., Shelp F., Goli V., DiPasquale R., *Religious coping and depression in elderly hospitalized medically ill men*, *Am J Psych* (1992); 149: 1693-1700
Koenig H. G., *Religious beliefs and practices of hospitalized medically ill older adults*, *Int J Geriatr Psych* (1998); 13: 213-224
Büßing A., Ostermann T., Matthiessen P. F., *Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SpREUK questionnaire*, *Health Qual. Life Outcomes* (2005); 3: 10 (<http://www.hqlo.com/content/3/1/10>)
Büßing A., Ostermann T., Koenig H. G., *Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic diseases*, *Int J Psychiatry Med.* (2007); 37: 39-57
Büßing A., Michalsen A., Balzat H. J., Grünther R. A.,

- Ostermann T., Neugebauer E. A., Matthiessen P. F., *Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions?*, *Pain Med.* (2009); 10: 327-339
- Cotton S., Puchalski C. M., Sherman S. N., Mrus J. M., Peterman A. H., Feinberg J., Pargament K. I., Justice A. C., Leonard A. C., Tsevat J., *Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS*, *J Gen Intern Med.* (2006); 21 Suppl 5: S5-13
- Zwingmann C., Wirtz M., Müller C., Körber J., Murken S., *Positive and negative religious coping in German breast cancer patients*, *J Behav Med.* (2006); 29: 533-547
- Zwingmann C., Müller C., Körber J., Murken S., *Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer*, *Eur J Cancer Care* (2008); 17: 361-370
- Levine E. G., Aviv C., Yoo G., Ewing C., Au A., *The benefits of prayer on mood and well-being of breast cancer survivors*, *Support Care Cancer* (2009); 17: 295-306
- Wiechman Askay S., Magyar-Russell G., *Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery*, *Int Rev Psychiatry* (2009); 21: 570-579
- Wachholtz A. B., Pearce M. J., *Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain?*, *Curr Pain Headache Rep.* (2009); 13: 127-132
- Dezutter J., Luyckx K., Schaap-Jonker H., Büssing A., Hutsebaut D., *God Image and Happiness in Chronic Pain Patients: The Mediating Role of Disease Interpretation*, *Pain Medicine* (2010); 11: 765-773
- 3 Thune-Boyle I. C., Stygal J. A., Keshtgar M. R., Newman S. P., *Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature*, *Soc. Sci. Med.* (2006); 63: 151-164
- 4 Pargament K. I., Smith B. W., Koenig H. G., Perez L., *Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors*, *J Scien Study Relig* (1998); 37: 710-724
- 5 ebd.
- 6 ebd.
- 7 ebd.
- 8 Büssing A., Michalsen A., Balzat H. J., Grünther R. A., Ostermann T., Neugebauer E. A., Matthiessen P. F., siehe Ref. 2
- 9 Büssing A., Withr A. G., Humbroich K., Gerbershagen K., Schimrigk S., Haupts M., Baumann K., Heusser P., *Faith as a resource in patients with multiple sclerosis is associated with a positive interpretation of illness and experience of gratitude/awe*, *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* (2013a); Article ID 128575, 8 pages (<http://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/128575/>), letzter Zugriff am 30. Januar 2014)
- 10 ebd.
- 11 ebd.
- 12 Moadel A., Morgan C., Fatone A., Grennan J., Carter J., Laruffa G., Skummy A., Dutcher J., *Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population*, *Psychooncol* (1999); 8: 378-385
- 13 Büssing A., Koenig H. G., *Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases*, *Religions* (2010); 1: 18-27
- 14 Büssing A., Balzat H. J., Heusser P., *Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer. Validation of the spiritual needs questionnaire*, *Eur J Med Res* (2010); 15: 266-273
- Büssing A., Janko A., Kopf A., Lux E. A., Frick E., *Zusammenhänge zwischen psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen und Bewertung von Krankheit bei Patienten mit chronischen Erkrankungen*, *Spiritual Care* (2012); 1: 57-73
- 15 ebd.
- 16 Büssing A., Janko A., Baumann K., Hvidt N. C., Kopf A., *Spiritual needs among patients with chronic pain diseases and cancer living in a secular society*, *Pain Medicine* (2013); 14: 1362-1373
- 17 ebd.
- 18 Büssing A., Janko A., Baumann K., Hvidt N. C., Kopf A., siehe Ref. 16
- 19 Offenbaecher M., Kohls N., Toussaint L. L., Sigl C., Winkelmann A., Hieblinger R., Walther A., Büssing A., *Spiritual needs in patients suffering from fibromyalgia*, *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* (2013); Article ID 178547, 13 pages (<http://dx.doi.org/10.1155/2013/178547>), letzter Zugriff am 30. Januar 2014)
- 20 ebd.
- 21 Büssing A., Janko A., Baumann K., Hvidt N. C., Kopf A., siehe Ref. 16
- 22 Büssing A., Michalsen A., Balzat H. J., Grünther R. A., Ostermann T., Neugebauer E. A., Matthiessen P. F., siehe Ref. 2
- 23 Büssing A., Janko A., Baumann K., Hvidt N. C., Kopf A., siehe Ref. 16
- 24 Büssing A., Janko A., Kopf A., Lux E. A., Frick E., siehe Ref. 14
- 25 Murray S. A., Kendall M., Boyd K., Worth A., Benton T. F., *Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers*, *Palliat Med* (2004); 18: 39-45
- 26 Büssing A., Janko A., Baumann K., Hvidt N. C., Kopf A., siehe Ref. 16
- 27 Büssing A., Janko A., Baumann K., Hvidt N. C., Kopf A., siehe Ref. 16

- 28 Büssing A., Janko A., Baumann K., Hvidt N. C., Kopf A., siehe Ref. 16
- 29 Balboni T. A., Vanderwerker L. C., Block S. D., Paulk M. E., Lathan C. S., Peteet J. R., Prigerson H. G., *Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life*, J Clin Oncol. (2007); 25: 555-560
- 30 Murray S. A., Kendall M., Boyd K., Worth A., Benton T. F., siehe Ref. 25
- 31 Frick E., Riedner C., Fegg M. J., Hauf S., Borasio G. D., *A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences*, Eur J Cancer Care (2006); 15(3): 238-243
- 32 Büssing A., Michalsen A., Balzat H. J., Grünther R. A., Ostermann T., Neugebauer E. A., Matthiessen P. F., siehe Ref. 2

Wilhelm Donner

Religion: Wider die Reduktion auf ein Therapeutikum

Religion: Against its Reduction to a Therapeutic

Zusammenfassung

Etliche Studienergebnisse stellen einen Zusammenhang zwischen Spiritualität und erfolgter Genesung her. Auch wenn die Daten stimmig erhoben wurden, wird suggeriert, dass man sich nur für den Glauben entscheiden müsse, dann wären schon einige Lebensjahre dazu gewonnen. Diese Befunde wirken verführerisch. Der Beitrag geht kritisch der Tendenz nach, Spiritualität als Medizin zu betrachten. Es geht um die Rückgewinnung eines substantiellen Religionsverständnisses. Schon der Versuch, die Spiritualität des Patienten medizinisch zu rekonstruieren, ist zum Scheitern verurteilt. Die Medizin muss sich vor einem holistischen Ansatz hüten, da auch sie nur einen Teil der Realität im Blick hat.

Schlüsselwörter: Religion, Spiritualität, Therapie, Krankheit, Schulmedizin

Abstract

Several studies seem to show a causal relationship between spirituality and successful recovery. These studies suggest that by coming to faith, one can add some years to one's life span. Such findings are tempting as they seem to support the trend of considering spirituality a medicine. We need to recover a useful understanding of religion. The attempt to reconstruct a patient's spirituality through medicine is doomed to failure. Medicine today is well advised not to engage in such a holistic approach since it only looks at a part of reality.

Keywords: Religion, Spirituality, Therapy, Disease, Traditional Medicine

CR Dr. Wilhelm Donner
Gaullachergasse 31/6, A-1160 Wien
wilhelm.donner@aon.at

*Man wird niemals mit einer Gläubigkeit glauben,
die nützlich ist und man wird dann wirklich glauben,
wenn Gott das Herz geneigt gemacht hat.*
Blaise Pascal in den Pensées zu Psalm 118,36.

Einführung

Traditionelle Theologie und europäische Schulmedizin geben keine verlässlichen Auskünfte über die Zusammenhänge und vor allem Wechselwirkungen von Spiritualität und Medizin. Das scheint im Sinn des Phänomens zu liegen, nicht nur weil die Menschen allesamt grundverschieden sind, sondern auch, weil es so viele Wege zu Gott gibt wie es Menschen gibt.¹

Zweifelloos ist es ein Auftrag an die Menschheit und die medizinische Wissenschaft, das Leiden und den Schmerz der Mitmenschen – aber auch den eigenen – zu lindern. Doch die Fähigkeit, das auferlegte Leid anzunehmen, ist weit weg entfernt von jeglicher Pathologie. Dem „Sechsten Kondratieff“ von Wirtschaftstheoretiker und Zukunftsforscher Leo A. Nefiodow,² einem Werk, das die Konjunktur und Basisinnovationen der Humangeschichte untersucht, ist zu entnehmen: „Unnötiges Leid in der Welt wird vermieden, wenn die Menschen sich konsequent darum bemühen, nach Gottes Geboten zu leben. Im Gegensatz zum Buddhismus besitzt die psychosoziale und seelische Ebene im Christentum eine zentrale Bedeutung. Paulus sagt: ‚Einer trage des anderen Last, so werdet ihr das Gesetz Christi erfüllen‘.“

Nicht zuletzt deshalb scheint es geboten, den scheinbar etwas „veralteten“ ideologiekritischen Faden wieder aufzugreifen, nachdem in der gegenwärtigen Medienwelt verstärkt Sendungen und Beiträge zu Themen über neuere medizinische Tendenzen ausgestrahlt und publiziert werden, die das traditionelle Verständnis und das über die Jahrhunderte hergestellte Gleichgewicht von Medizin und Spiritualität verstören.

Spiritualität und Medizin verheißen Heilung, ja mehr noch: Beides will Erlösung (z. B. von Schmerzen) und Heil. In inzwischen längst ver-

gangenen Zeiten wie dem frühen 20. Jahrhundert war es noch die Politik, die solches verhiess. Aber die Politik hat sich in diesem Feld nun einmal restlos diskreditiert, diese Heilsfunktion wurde definitiv verbraucht. Totalitarismuskritiker meinen sogar nicht ganz zu Unrecht „missbraucht“! Nationalismus, Nationalsozialismus, Marxismus, Freu-domarxismus, etc. stehen für diese Exzesse.⁴

Nach dem Jahr 1968, als die Verbindung von Politik und Chiasmus tumultartig, karnevalesk und – um mit Hegel zu sprechen – als Farce endgültig zu Grabe getragen wurde, nahm in den westlichen Industriegesellschaften die sogenannte Esoterik die Rolle des Heilsversprechens ein. Vornehmlich fernöstlicher Herkunft (z. B. Buddhismus, Taoismus) und um die Perfektionierung geistig-körperlicher Selbsttechniken bemüht, hat sich inzwischen auch diese Ressource erschöpft.

Die vielzitierte und vielbeschworene Rückkehr zur Religion unserer Gegenwartsgesellschaften bedürfte einer gesonderten Analyse hin auf ihre Triftigkeit, die vielschichtigen Suchbewegungen in unerschlossenen Sinnsphären sowie die ungebrochene Nachfrage an Psychotherapien in all ihren Spielarten sind fraglos feststellbar und für jedermann evident.

Zu Beginn des 5. Jahrhunderts, als Augustinus in „De civitate Dei“ (413 – 426) vom sterbenden Leben spricht, wird im „Abendland“ begonnen, das Sterben im Leben auch philosophisch mit zu bedenken. Und es wird zugleich – im Unterschied zu anderen Weltregionen – mit Trauer begleitet. Das Sterben ist eben eine bittere Erfahrung.⁵

Er setzt sich mit der These Epikurs auseinander, dass der Tod das Leben des Menschen überhaupt nicht betreffe, denn solange der Mensch lebt, sei er nicht im Tode, und wenn er im Tode sei, dann lebe er nicht mehr. Der Tod sei daher für das Leben ohne Bedeutung. Es war die Intention Epikurs, den Menschen die Angst vor dem Tod zu nehmen und dem Leben den Sinn aus ihm selbst zu geben.

Augustinus weist diese Argumentation entschieden zurück. Denn der Mensch ist das ein-

zige Wesen auf der Welt, das weiß, dass es sterben muss. Und nach ihm erfährt der Mensch in der Hinfälligkeit des Leibes aber auch die Angewiesenheit auf Anderes.⁶

Spiritualität, Christentum, Synkretismus

„Spiritualität“ ist in seiner heutigen Bedeutung kein sehr alter und ebenso kein exakt abgegrenzter Terminus. Als Synonym für Frömmigkeit setzte er sich zunächst im französischen Sprachraum gegen Ende des 19. Jahrhunderts durch. Unter Spiritualität (französisch „spiritualité“) verstand man Formen der Lebenspraxis und Übungen wie z. B. Exerzitien. Im säkularen Sprachgebrauch wird „spirituality“ mitunter nicht nur mit Frömmigkeit, sondern mit Religiosität im allgemeinen Sinne assoziiert.

Nicht nur im deutschen Sprachraum entwickelte sich der Begriff der „Spiritualität“ während der letzten zwei Jahrzehnte zu einem Schlagwort. Als solcher ist er keineswegs mehr auf die christlichen Ausprägungen von Frömmigkeit beschränkt, er findet sich vielmehr in allen möglichen Formen neuer Religiosität. Unter „spiritus“ ist ja ursprünglich der Heilige Geist im Sinne der biblischen Überlieferung nach der christlichen Glaubensauslegung zu verstehen. Der Geistbegriff hatte jedoch im Laufe der vergangenen Jahrhunderte seinen spezifisch christlichen Bedeutungsgehalt weitgehend eingebüßt.⁷

In einem transversalen, mitunter verqueren Sinn wird der Begriff heute auch auf nichtchristliche Religionen – insbesondere auf fernöstliche – angewandt, obwohl das Wort eigentlich christlichen Ursprunges ist. Nicht wenige Zeitgenossen betrachten Spiritualität als eine an keine kirchliche Lehre gebundene Form der Religiosität. Dies entspricht auch einer zu beobachtenden Tendenz hin zu den von dem Pastoraltheologen Paul Zulehner so bezeichneten „Religionskomponisten“ sowie zu einem Synkretismus der Religionen. Unter Spiritualität können auch Zen-Meditation des Buddhismus, die Mystik des Sufismus im Islam,

das Denken der Anthro- und Theosophie sowie diverse Formen des Neopaganismus, Spiritismus, Okkultismus, westlicher Reinkarnationsglaube bis hin zu Praktiken der Alternativmedizin firmieren.

Zwischen Populismus und Wellness-Ideologie

Zahlreiche Symposien und Kongresse deuten mittlerweile darauf hin, dass man sich aber auch in der medizinischen Wissenschaft wieder für die religiöse Dimension von Krankheit und Gesundheit zu interessieren anschickt. Geht es um Spiritualität und Heilung, werden zumeist verschiedene empirisch-wissenschaftliche Studien amerikanischer Herkunft herangezogen und zitiert, wonach der Glaube an Gott eine unmittelbare und vor allem gesundheitsförderliche Kraft habe. Man stellte die sogenannten Sterbetafeln der statistischen Zentralämter gegenüber und will damit der mitunter verblüfften Öffentlichkeit klar machen, dass es zwischen dem regelmäßigen sonntäglichen Kirchgang und der jeweiligen Lebenserwartung einen direkt proportionalen oder zumindest einen unmittelbaren Zusammenhang gebe.

Man kann einwandfrei anerkennen, dass dies alles in dem Sinne stimmig erforscht wurde und dabei methodisch valide Ergebnisse erzeugt wurden. Aber die Schlussfolgerungen sind zu kurz gegriffen. Ebenso geht dies mit einer illegitimen Indienstahle des religiösen Glaubens für Zwecke einer Wellness-Ideologie einher, die auf einfachem Weg die Funktionalitäten und Kausalitäten vermischt. Es wird damit suggeriert, dass man sich nur für den Glauben an Gott entscheiden müsse, und schon würde man ohne zusätzliche Maßnahmen ein paar weitere Lebensjahre dazugewinnen.

Dieser populärwissenschaftliche Trend, der paradigmatisch für eine Wendung des gegenwärtigen Zeitgeistes zu stehen scheint, beinhaltet auch – ob bewusst erzeugt oder nicht – eine strategische Ausrichtung, deren Träger und Subjekt sich anonym verhält. Als einer möglichen Arbeitshypothese wäre daher zu folgen, dass es eine breite, mit manchen Medien abgestimmte ideologische Offensive gibt,

den christlichen Glauben an Gott mit dem modernen Gesundheitsbewusstsein zu verschmelzen.

Dafür gibt es nicht nur zahlreiche Evidenzen, sondern es schließt sich auch die naheliegende Frage an: Und warum soll das schlecht sein? – Ein neues, modernes Gesundheitsbewusstsein sei doch mehr als notwendig. Ist es etwa nicht hilfreich, wenn unter dem Diktat der angespannten finanziellen Lage bei den Krankenkassen und der von den Regierungen beschlossenen Sparpakete auf andere Quellen der Heilkraft ausgewichen wird? Oder, um es pointiert zu formulieren: von der gesetzlichen und sozialen Krankenversicherung zur spirituellen, metaphysischen Krankenversicherung?

Gesundheit und Religion: Wissenschaftliche Studien

Der Zusammenhang von Gesundheit, Ethik und Religion ist seit 1968 ein wissenschaftliches Thema, mehr als 200 Studien liegen dazu vor. Tatsächlich lässt sich in empirischen Studien ein Konnex und in Einzelfällen sogar ein kausaler Zusammenhang herstellen und in der Folge auch nachweisen. Aber die Frage wäre zu stellen: Was soll eine solche Wissenschaft? Was will uns diese Art von Ergebnissen mitteilen? Respektiert die Wissenschaft bei solcherlei Forschungen überhaupt ihre Grenzen?

Auch wenn die Grenzziehung zwischen Forschung und Lebenstechnik nicht in jedem Fall leicht fällt, wäre es dennoch im Sinne der Aufrechterhaltung wissenschaftlicher Legitimität und Glaubwürdigkeit geboten, die Unterschiedlichkeit dieser beiden Bereiche anzuerkennen.

Im Folgenden sollen dennoch einige amerikanische und europäische Untersuchungen kursorisch gestreift werden, die einen kausalen Zusammenhang von Glaube und Heilung zum Gegenstand haben. Dabei ist zu beachten, dass es bei der Forschung über Spiritualität – verstanden als möglicher Teil ärztlichen Handelns – notwendig ist, den Begriff der Spiritualität zu präzisieren. Mangelnde Begriffsklärungen führen denn notwendig zu methodischen Mängeln bei den klinischen Studien.

Im Anschluss an die Studien von David B. Larson lässt sich zwischen Religion, Religiosität und Spiritualität unterscheiden. Sinngemäß definiert er sie wie folgt: Religion ist demnach ein „organisiertes System von Glauben, Praxis und Symbolen, das helfen soll, einer höheren Macht näher zu kommen.“⁸ Religiosität ist vielmehr eine persönliche Einstellung, die ein bestimmtes Bewusstsein und Verhalten zur Voraussetzung hat. Spiritualität wird als persönliche Grundeinstellung verstanden, die sinnstiftend wirkt und eine transzendierende Selbstreflexion ermöglicht, die religiös sein kann oder auch nicht.⁹

Religiöse Menschen sind weniger oft von Depression, Suchtkrankheiten oder Suizid betroffen als Atheisten. Dies ist das Ergebnis einer österreichisch-amerikanischen Übersichtsstudie, die jüngst im *Journal of Religion and Health* veröffentlicht wurde.¹⁰ Das Team um Raphael Bonelli, Psychiater und Neurologe an der Sigmund-Freud-Universität in Wien, und seinem Kollegen Harold G. Koenig, Vorstand des Center for the Study of Religion/Spirituality and Health an der Duke University, untersuchte alle Forschungsarbeiten zu Religiosität und psychischer Gesundheit, die seit 1990 weltweit in den meistzitierten psychiatrischen und neurologischen Fachzeitschriften erschienen sind.

72 Prozent der relevanten Studien zeigten, dass die psychische Gesundheit mit dem Ausmaß, in dem sich ein Mensch religiös-spirituell engagierte, stieg, bei 18 Prozent war der Zusammenhang nicht eindeutig, nur bei fünf Prozent fiel er negativ aus. Für Bonelli bestätigen diese detaillierten und umfangreichen Daten den stabilisierenden Faktor von Religiosität. „Natürlich werden aber immer wieder auch religiöse Menschen psychisch krank oder nehmen sich das Leben“, räumt der Psychiater ein, „eine 100-prozentige Garantie gebe es nie.“ Für Bonelli sind die Studienergebnisse klarer Auftrag an Psychiater und Therapeuten, die vorhandene Religiosität von Patienten als nutzbare Ressource anzusehen, nach der man durchaus „ebenso wie nach der Familie“ fragen solle.

Nach den Forschungsergebnissen, die von David B. Larson und seinem Team vom Nationalen Zentrum der amerikanischen Gesundheitsforschung gesammelt wurden, ergaben Vergleiche zwischen religiösen und nichtreligiösen Menschen, dass gläubige Personen im Vergleich zu den wenig oder gar nicht gläubigen Personen zu 60 Prozent weniger unter Herzkrankheiten leiden. Die Selbstmordrate bei religiösen Menschen sei sogar 100 Prozent niedriger, und sie leiden sogar noch weniger unter Bluthochdruck. Das Verhältnis von Nichtrauchern und Rauchern bei Gläubigen und Ungläubigen sei eins zu sieben.¹¹

Säkulare Psychologie erklärt solche Fälle mit „psychologischer Wirkung“. Dies bedeutet, dass der Glaube die Moral der Menschen erhöht und dass die Moral für die Gesundheit notwendig ist.

Nach Patrick Glynn, der dem Islam nahesteht, bringen jene Philosophien und ideologischen Systeme, welche im Widerspruch zur Natur des Menschen stünden, stets Sorgen und Niedergeschlagenheit. Die moderne Medizin sei angesichts dieser Entdeckungen auf dem Weg, zu erkennen, dass die Heilkunst neben den rein somatischen Methoden auch andere Möglichkeiten habe, so Glynn.

Dale A. Matthews, David B. Larson und Constance P. Barry legten weitere Untersuchungen vor (erschieden in den Gesammelten Studienergebnisse von David Larson, Nationales Institut für Gesundheitsforschung).¹² So zeigen Studien, dass Patienten durch Glauben und Gebet nach Operationen weniger lang bettlägerig sind, weniger Schmerzmittel benötigen und ihr Blutdruck schneller sinkt. Für den Mediziner Dale A. Matthews ist es klar: Es braucht beides, gute medizinische Versorgung und die Kraft des Gebetes. Er schreibt: „Im Neuen Testament wird das griechische Wort ‚sozo‘ sowohl für ‚heilen‘ wie für ‚erlösen‘ verwendet, so dass das irdische Gesundwerden und die Befreiung – z. B. von seelischen Verletzungen – miteinander verknüpft werden.“¹³

Mediziner der Universität von Alabama untersuchten 1991 den Umgang mit Stress und Angst vor

einer Herzoperation. Von 100 Herzpatienten, die eine Bypass-Operation erwarteten, gaben die weitestmeisten (97 Prozent) an, dass sie vor der Operation beteten, über zwei Drittel von ihnen berichteten, dass für sie das Gebet hilfreich war.

Elisabeth McSherry¹⁴ erforschte die Wirkung von Seelsorge an 700 älteren Herzpatienten, die mit kostenintensiven und komplizierten Methoden behandelt werden mussten. Die eine Gruppe der Senioren wurde im üblichen Maße von Krankenhausseelsorgern betreut – durchschnittlich drei Minuten pro Tag. Die zweite Gruppe erhielt intensive tägliche Besuche, die im Schnitt eine Stunde dauerten. Ergebnis: Die seelsorgerlich besser betreuten Patienten konnten das Spital 1,8 bis 2,1 Tage früher verlassen. Der verstärkte Seelsorgedienst kostete das Spital 100 Dollar mehr pro Patient, doch durch die frühere Entlassung wurden diese Kosten mehrfach eingespart.

Eine Studie des Psychiaters Harold George Koenig der Duke-University (North-Carolina) hat den Wert des gemeinsamen Gebetes im Gottesdienst untersucht. Die im Jahr 1996 veröffentlichte Untersuchung ist die größte Studie, die je über Gemeinschaftsleben durchgeführt wurde. Koenig fand an 4.000 zufällig ausgewählten Senioren heraus: Ältere Menschen, die regelmäßig Gottesdienste besuchen, sind weniger depressiv und körperlich gesünder als diejenigen, die allein zu Hause beten.

Dass Religion und Spiritualität für eine optimale medizinische Betreuung von Patienten eine wichtige Rolle spielen, zeigte auch eine kürzlich in der *Psychiatrischen Praxis* veröffentlichte Studie.¹⁵ Wissenschaftler von der Abteilung für Psychiatrie der *Universität Münster* fanden heraus, dass Religion und Spiritualität bei drei von vier Patienten eine mehr oder weniger große Rolle spielten. Es gab zudem deutliche Hinweise dafür, dass Religiosität einen positiven Effekt für die Krankheitsbewältigung hatte.

Eine weitere Studie an der Universität Bern unter der Leitung von René Hefti (Chefarzt der dortigen Klinik SGM Langenthal und Leiter des

Forschungsinstitutes für Spiritualität und Gesundheit) ist noch unabgeschlossen.¹⁶ Erste Zwischenergebnisse: Gläubige Christen seien gesünder als Atheisten, und wenn sie erkranken, können sie mit ihren Beschwerden besser umgehen. Atheisten und Agnostiker neigten mehr zu körperlichen und seelischen Gebrechen (Drogensucht, Neurosen, Depressionen), zu egoistisch-aggressivem Verhalten und seien durch Selbstmord stärker gefährdet. Gläubige Christen bemühten sich vermehrt, sich gesünder zu ernähren, bewegen sich mehr in freier Natur und seien in ihren Gemeinden in ein Beziehungsnetz eingebunden. Gesundheit im ganzheitlichen Sinne könne ohne Religion nicht erreicht werden.

Samuel Pfeifer schreibt dazu im CDK-Bulletin 2/2001¹⁷: „In meiner ärztlichen Erfahrung hat sich gezeigt, dass eine christliche Gemeinde wesentlich zur Rehabilitation von psychisch leidenden Menschen beitragen kann.“

Eine Studie an der deutschen Universität Trier unter der Leitung von Sebastian Murken¹⁸ kam zum Schluss, dass die Ergebnisse bei psychosomatischen Patienten auch negativ sein können, wenn der Patient ein strenges und strafendes Gottesbild hat. Er habe dann kein stabiles Selbstwertgefühl und komme sich klein und minderwertig vor. Diese Studie wurde an 465 Patienten durchgeführt. Welche Erfolge sich bei Patienten durch eine gute Seelsorge und Gebet erzielen lassen, wurde bei der Studie nicht untersucht. Das Pflegepersonal ist jedenfalls in hohem Maße gefordert und auf sich gestellt, wenn dem Patienten in Fragen des Glaubens und der Religion beigegeben werden soll.

Kritische Würdigung

Die empirischen Befunde der „Glaubensmedizin“ wirken zugegebenermaßen verführerisch. Doch es geht darum, von einem funktionalen zu einem substantiellen Religionsverständnis zu gelangen. Es wurde ja bereits „halböffentlich“ und ernsthaft in medizinischen Fachorganen¹⁹ diskutiert, ob Ärzte religiöse Tätigkeiten verordnen sol-

len. Doch wenn Religion zum Therapeutikum wird, befindet man sich auf direktem Weg zur Trivialisierung von Religion.

Unter Fachleuten klaffen die Meinungen weit auseinander. Für die einen ist es ein Abgleiten der Medizin in die Esoterik, für die anderen ein dringend notwendiger Schritt zu einer ganzheitlichen und kostengünstigeren Medizin. Jeder chirurgische Eingriff ist in gewissem Sinn eine existentielle Bedrohung. Viele Patienten suchen in schweren körperlichen oder seelischen Krankheitssituationen Halt im Glauben oder besinnen sich auch nur auf ihre religiösen Wurzeln. Krankheit ist damit eine Chance, geistlich zu wachsen. Der Glaube vermittelt Halt, Wert und Sinn und damit Grundlagen für eine positive Lebensgestaltung. Der Glaube kann jedoch nicht nur Hilfe, sondern auch Belastung sein. So kann die Überzeugung, dass die Krankheit eine Strafe Gottes sei, den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen.

Hier lauert eine Reihe von Gefahren, die die Erwartungshaltungen erkrankter Menschen auf breiter Ebene gefährden können: natürlich für die somatische Gesundheit selbst, dann aber auch in der Sphäre des religiösen Glaubens. Um einen Heilungsprozess ganzheitlich überhaupt erst in Gang zu setzen, dürften zwei Voraussetzungen beim Patienten unumgänglich sein: Zum einen braucht es die zweckfreie Hingabe an ein höheres Drittes, zum anderen ein Vertrauen ohne Vorbedingung.

Die Leib-Seele-Einheit des Menschen scheint viel zu komplex verfasst zu sein, als dass man sie mit einem Modell der Deziision steuern könnte. Im Übrigen dürften neue Normvorgaben nach dem Muster „Glaube und du wirst geheilt“ in der Sache nicht allzu hilfreich sein. Gesundheit wie Heilung brauchen in zeitlicher und kausaler Dimension jenen Raum, der frei ist von jeglichem Druck auf den Patienten. Solch ein psychischer Druck gerät unweigerlich zum Leistungs- und Erfolgsdruck.

Vom Standpunkt der Religion könnte man unter Umständen auf der Gegenseite sogar ein taktisches Manöver unterstellen, wonach es sich

in diesem Fall um die jüngste Invektive des weltanschaulichen Atheismus handeln könnte, um den Glauben der Christenheit zu diskreditieren. Indem ein kausaler oder zumindest wirkmächtiger Zusammenhang zwischen dem Glauben und der somatischen Heilkraft herzustellen versucht wird, kann der Glaube an Gott nur verlieren bzw. fremde Lasten übernehmen. Warum? Weil im Falle der Erfolglosigkeit nur einer die Verantwortung bei diesem Heilungsprozess zu tragen hätte, es wäre der Gott der Christenheit und jener Religionen, die ein Eingreifen Gottes in das Weltgeschehen für möglich halten. Die als überwunden geglaubte Theodizee-Problematik könnte sich auf einer völlig neuen Ebene unter den neuen Umständen wieder Bahn verschaffen.

Vertrauen als basale Haltung und Bindemittel in der Religion

Bei aller Professionalität, die in der vorangegangenen Schilderung sichtbar wurde, ist das Gelingen von therapeutischen Prozessen eine Gnade und Grund für Dankbarkeit. Heilung liegt nicht allein in menschlicher Hand. Spiritualität weiß um die Unverfügbarkeit von Leben und Gesundheit um deren Geschenkcharakter. Spiritualität in der Medizin bedeutet, die eigene Endlichkeit, aber auch die Endlichkeit der Heilkunst zu akzeptieren und sie nicht zur Heilslehre zu stilisieren. Es bedeutet auch, dass Ärzte und Patienten sich gegenseitig von übertriebenen Erwartungen entlasten und mit dem Scheitern umzugehen verstehen, auch im Fall chronischer bzw. als unheilbar geltender, letaler Krankheiten.²⁰

Medizin, aber auch Pflege sind nicht nur eine Wissenschaft bzw. Technik, sondern vor allem auch Kunst, die – wie jede Kunst – auch der Inspiration bedarf. Die seit einigen Jahren boomenden und sehr hilfreichen Pflegewissenschaften an den verschiedenen medizinischen Universitäten und Fachhochschulen sollten diesen Umstand vielleicht stärker in Augenschein nehmen, anstatt die Professionalisierung und Verwissenschaftlichung

der neuen Pflegeberufe unentwegt zu betonen.

Spiritualität in der Pflege hat sehr viel mit Vertrauen zu tun, ohne das wirksame Pflege nicht gelingen kann. Pflegenden benötigen Vertrauen in ihre Fähigkeiten und in die zur Verfügung stehenden Mittel. Patienten und ihre Angehörigen brauchen wiederum Vertrauen in die Fähigkeiten der Pflegekräfte.

Spiritualität stiftet die Atmosphäre, in der die Kommunikation zwischen Arzt bzw. Pfleger und Patient stattfindet. Sie verbindet ebenso wie sie voneinander unterscheidet. Vertrauen ist gleichsam eine akzeptierte Abhängigkeit. Darin liegt ein Hinweis auf das Bewusstsein absoluter Abhängigkeit, das Friedrich Schleiermacher als Wesen der Religion beschrieben hat. Vertrauen ist stets auch Glaube.²¹

Fazit

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse lassen aus naturwissenschaftlicher Perspektive selbstverständlich keine weiterreichenden Schlussfolgerungen zu, als dass eine allfällige therapeutische Wirkung eines praktizierten Glaubens im Reich nutzbringender und wünschenswerter Placebo-Effekte anzusiedeln ist.

Gleichwohl erklärt der Placebo-Effekt allein nicht die gesamte angesprochene Dimension. Die religiöse Dimension ist als autonom zu verstehen, und der Placebo-Effekt wäre dabei allenfalls als ein Medium anzusehen, wobei das Mittel der Autosuggestion für rein somatische oder integrale Bewusstseinsprozesse instrumentalisiert wird, das auf die menschliche Leib-Seele-Einheit abzielt.

Die Humanmedizin ist trotz ihrer hervorragenden Leistungen dazu aufgerufen, einen grundlegenden Lernprozess einzuleiten. Es geht darum, jenes Verstehen zu eröffnen, dass die Medizin nur einen Teil der Wirklichkeit sieht und sehen kann. Im Endeffekt ist dies ein Prozess der Selbstbeurteilung.

Allein der Versuch, die spirituellen Dimensionen des Patienten medizinisch zu rekonstruieren

ren, ist m. E. zum Scheitern verurteilt. Hier wäre die Grenze des Kompetenzbereiches der Medizin überschritten. Damit soll mitnichten angedeutet werden, dass das Gebet eines Arztes für seinen Patienten nutzlos wäre, sondern vielmehr, dass es nur dann als sinnvoll zu verstehen sei, wenn der Arzt als gläubiger Mensch dieses Gebet spricht.

Die Widersprüchlichkeit der therapeutischen Wirkung von Gebeten wird ebenso von der Fachmedizin konzediert. Während verschiedene Studien den Nachweis zu erbringen glauben, dass das regelmäßige Gebet oder meditative Mantras positive Effekte auf das Herz- und Kreislaufsystem haben, führen andere Studien zu dem Ergebnis, dass Gebete – z. B. bei Herzpatienten – keine nachweisliche Heilwirkung entfalten.

Wie schon ausgeführt, scheint diese Art der Fragestellung unsachgemäß und wird weder dem religiösen Glauben noch der Heilkraft der Medizin auch nur einigermaßen gerecht. Durchaus bemerkenswert ist auch, dass für die christliche Philosophie – nicht so für die Theologie – des 20. Jahrhunderts der Zusammenhang von Spiritualität und Heilung ein Anathema ist.²² Als einzige Ausnahme davon wäre der französische Philosoph Michel Henry (1922 – 2002) zu nennen, der eine materiale Phänomenologie des Lebens zu begründen versuchte.

Nach Henry führt die Erkenntnis seit dem Indie-Welt-Kommen der christlichen Botschaft nicht mehr zum absoluten Leben bzw. zum Heil, sondern der Weg führt über „Selbstaffektation“.²³ Anselm von Canterbury hat dies als erster erkannt und vollzogen, indem er die Umwandlung einer affektiven Verschmelzung mit dem absoluten Leben in ein rational vermitteltes Vorgehen vorangetrieben hat. Mit der Substitution dieser Verschmelzung tritt das christliche Projekt des individuellen Heils hinter die Spekulation über „die Beweise der Existenz Gottes“²⁴ zurück und zwar bis zu Immanuel Kant, der diesen Spekulationen ein Ende setzen wird.

Ein Paradox der Humanmedizin besteht darin, dass sie für sämtliche Bereiche des Menschlichen

zuständig ist, ihr aber ein holistischer Ansatz in der Alltagspraxis verwehrt ist. Das ist gewiss eine große Herausforderung für die einzelnen Ärzte.

Zwar heißt es bereits im Eid des Hippokrates: „Heilig und rein nach göttlichem und natürlichem Recht werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.“ Daraus ist die Bezugnahme der medizinischen Berufsverantwortung im Grund des Glaubens verankert. Aber demselben Hippokrates von Kos wird der folgende Ausspruch zugeschrieben, der eine Trennung der Aufgaben und Sphären einmahnt: „Medicus curat, natura sanat, Deus salvat“.

Der Mensch ist also nicht nur entweder gesund oder krank. Daher sollte die Medizin

- sich für die wichtige Bedeutung der spirituellen Dimensionen im Menschen offen halten bzw. diese respektvoll anerkennen, ohne sie für sich zu vereinnahmen
- konstatieren, dass diese Dimensionen eine nachweisbare Wirksamkeit auf die Heilung haben können, diese jedoch nicht kausal erklärbar ist und
- diese Dimensionen je nach Möglichkeit auch fördern, z. B. durch die Unterstützung von Seelsorgeeinrichtungen in den Krankenhäusern.

Gegenwärtig erleben wir die moderne Medizin oftmals auch als unpersönliche Apparatemedizin und als erkaltet. Und sie weckt Begehrlichkeiten nach dem ewigen Leben im Immanenten.

Oder, um es mit dem französischen Dramatiker und Existenzialisten Jean-Paul Sartre (1905 – 1980) auszudrücken: „Wenn man sieht, was die Medizin heute fertigbringt, fragt man sich unwillkürlich: Wie viele Etagen hat der Tod?“ Die Medizin und ihre stationären Einrichtungen müssen menschlicher werden und die darin verbrachte Zeit sollte sinnerfüllend erlebt werden können. Und ist der Patient gläubig, möge er Raum darin finden, sich auf Gott zu besinnen und beten zu können, ohne dass diese Praxis zwanghaft durch wissenschaftliche Evaluation begleitet wird.

Referenzen

- 1 So lautete auch eine Aussage des späteren Papstes Benedikt XVI. aus dem Jahre 1996, als er noch als Kardinal Joseph Ratzinger den Vorsitz der römischen Glaubenskongregation innehatte.
- 2 Nefiodow L. A., *Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information*, 6. Auflage, Rhein-Sieg Verlag, St. Augustin (2007)
- 3 Galaterbrief 6,2
- 4 vgl. in diesem Zusammenhang auch den Vortrag „Glück und Seligkeit“ von Kardinal Christoph Schönborn beim gleichnamigen Symposium vom 20. April 2013 im Wiener Palais Liechtenstein.
- 5 Augustinus, *De civitate Dei*, XIII, 6: ... nulli bona est. Habet enim asperum sensum.
- 6 vgl. Mader J., *Aurelius Augustinus. Philosophie und Christentum*, St. Pölten/Wien (1991), S. 84 f.
- 7 vgl. *Die Wurzeln von Spiritualität*, in: *Spiritualität in der Medizin*, 9. November 2007, <http://sciencev1.orf.at/science/koertner149984> (letzter Zugriff am 3. Februar 2014)
- 8 vgl. auch Wiener interreligiöse Ärzteplattform, die sich an dieser Unterscheidung orientiert
- 9 vgl. auch Gisinger C. et al., *Seelsorge und Spiritualität bei Krankheit und Pflege*, Österreichische Ärztezeitung 15/16 – 2007, S. 28-29
- 10 Bonelli R. M., Koenig H., *Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review*, *J Relig Health*, (2013); 52(2): 657-673
- 11 Glynn P., *God: The Evidence, The Reconciliation of Faith and Reason in a Postsecular World*, Prima Publishing, California (1997) S. 80 f.
- 12 Matthews D. A., Larson D. B., Barry C. P., *The Faith Factor: An Annotated Biography of Clinical Research on Spiritual Subjects*, Rockville, Maryland (1993)
- 13 Matthews D. A., *Glaube macht gesund*, Herder, Freiburg (2000)
- 14 siehe McSherry E., *Economic impact of chaplaincy on the hospital environment*, *Care Giver* (1987); 4(1): 29-41
McSherry E., *Modernization of the clinical science of chaplaincy*, *Care Giver* (1987); 4(1): 1-13
- 15 Reker Th., Menke R., *Religiöse und spirituelle Einstellungen psychiatrischer Patienten*, *Psychiat Prax* (2013); 40(01): 43-48
- 16 siehe Hefti R., *Integration spiritueller Aspekte in der Behandlung psychosomatischer Patienten*, Postervortrag beim Kongress „Psychosomatik und Spiritualität“ am 11. Dezember 2009 in Rheinfelden (CH).
- 17 *Christen im Dienst an Kranken*, CDK-Bulletin 2/2001, Bärenschwil
- 18 Murken S., *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*, Waxmann Verlag, Münster-Berlin (1998)
- 19 siehe den Beitrag von Utsch M., Ehm S., *Glaube und Gesundheit. Historische Zusammenhänge und aktuelle Befunde*, in: Ehm S., Utsch S. (Hrsg.), *Kann Glauben gesund machen? Spiritualität in der modernen Medizin*, Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen, EZW-Texte Nr. 181, in dem darüber berichtet wird.
- 20 vgl. *Die Wurzeln von Spiritualität*, siehe Ref. 7
- 21 ebd.
- 22 siehe dazu auch: Coreth E. SJ, Neidl W. M., Pfligersdorffer G. (Hrsg.), *Christliche Philosophie im katholischen Denken des 19. und 20. Jahrhunderts*, 3 Bände, Graz-Wien-Köln, Verlag Styria (1990). Besonders Band 3: *Moderne Strömungen im 20. Jahrhundert*
- 23 vgl. Henry M., *C'est Moi la Vérité. Pour une philosophie du christianisme*, Editions du Seuil, Paris (1996). Dt.: Henry M., „Ich bin die Wahrheit“. *Für eine Philosophie des Christentums*, Karl Alber Verlag, Freiburg/München (1999), S. 214 f.
- 24 Anselm von Canterbury, *Proslogion, Lateinisch-deutsche Ausgabe von F. S. Schmitt*, Frommann-Holzboog Verlag, Stuttgart/Bad Cannstatt (1984), S. 75

Katharina Westerhorstmann

Krankheit als Weg zur Gesundung: anthropolo- gische Überlegungen

Disease as a Path to Recovery: Anthropological Reflections

Zusammenfassung

Krankheit sowie grundsätzlich schweres körperliches Leiden gehören wohl zu den größten und schwierigsten Herausforderungen des menschlichen Lebens überhaupt. Dennoch wird die Frage, ob Krankheit eine positive Bedeutung für das Leben gewinnen kann, in medizinethischem Kontext recht häufig aufgeworfen. Anhand von Beispielen aus dem Leben von Kranken, jedoch vor allem mithilfe anthropologisch-ethischer Überlegungen wird in diesem Beitrag der Frage nachgegangen, ob – bei einem weiter gefassten Begriff vom „Gesund-Sein“ – Krankheit ein Weg sein kann, das Wesentliche im Leben besser zu erkennen und dadurch paradoxerweise als Mensch in der Krankheit zu „gesund“? Der Begriff der „Kontingenzt“ soll dazu ebenso ein Ansatzpunkt sein wie das Verstehen des Lebens als „Gabe“. Auch die sozialen Implikationen des Krank-Seins werden vor dem Hintergrund sinnsuchender Annahme reflektiert.

Schlüsselwörter: Gesundheit, Krankheit, Kontingenzt, Leben als Gabe, Coping

Abstract

Sickness and severe physical suffering are probably the biggest and most difficult challenges in life. The question of whether sickness and disease can have any positive aspects has been discussed in the context of medical ethics. Using examples from the lives of the sick, this article investigates the broader concept of “well-being” with anthropological and ethical considerations in mind, and considers the question whether disease can be a way to recognize what is important in life – and thereby lead to the paradox of “healing through sickness”? This emerges from the concept of “contingency” and from accepting life as a “gift”. The social implications of sickness can also influence the search for meaning in disease and suffering.

Keywords: Health, Sickness, Contingency, Life as a Gift, Coping

PD Dr. Katharina Westerhorstmann
Moraltheologisches Seminar
Katholisch-Theologische Fakultät
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Regina Pacis-Weg 1, D-53113 Bonn
westerhorstmann@uni-bonn.de

Schaut man nun in bioethische oder allgemein geisteswissenschaftliche Werke der vergangenen Jahre zum Thema „Krankheit“, so stellt man fest, dass zugleich Ausgangs- und Zielpunkt der Überlegungen häufig darin liegt, der Krankheit oder dem Kranksein etwas Positives abzugewinnen.¹ Meist geht es darum, einen Sinn in der Krankheit auszumachen oder auch die anthropologische Grundgegebenheit der Anfälligkeit für Krankheiten herauszuarbeiten, um aufzuzeigen, dass die Möglichkeit, krank zu werden, einfach zum Menschsein dazugehört. Dies scheint auch sinnvoll zu sein, liegt es doch zunächst nicht auf der Hand, im Kranksein einen positiven Wert zu entdecken. Menschen erfahren das Betroffensein von Krankheit normalerweise als eine negative Erfahrung.² Als Leiden und Beeinträchtigung des Wohlbefindens, als Einschränkung in der Bewältigung der täglichen Aufgaben oder sogar als regelrechten Angriff auf die eigene physische Integrität.

So bedarf es jeweils zuvor einer intensiven Beschäftigung mit dem Thema und zugleich der persönlichen Auseinandersetzung mit der Krankheitssituation wie auch mit sich selbst, um eine existenzielle Bedeutung bzw. einen Sinn in der Krankheit zu entdecken. Dies kann der Mensch letztlich nur persönlich leisten, wenngleich die Hilfestellung von Angehörigen, Pflegepersonal oder Ärzten durchaus wünschenswert ist bei der Einordnung der Krankheit in das Ganze eines menschlichen Lebens.³

In ähnlicher Richtung möchte auch dieser Beitrag der Frage nachgehen, ob Krankheit und Heilsein lediglich als Gegensatzpaar aufeinander bezogen sind, oder ob sich Perspektiven aufzeigen lassen für eine kreative Verbindung zwischen beiden. Die hier vorgelegten Gedanken zielen demnach auf die Beantwortung der Frage, *ob Krankheit unter gewissen Umständen als eine zutiefst menschliche Grenze im Leben angenommen werden und dadurch möglicherweise zu einer „Gesundung“ des Menschen in seiner Ganzheit, als leib-seelisches Wesen, beitragen kann.*

Die Ambivalenz der persönlich-individuellen Auseinandersetzung

Wenn ein Mensch ernsthaft erkrankt oder auch unter einer chronischen Erkrankung leidet, steht er unmittelbar in der Herausforderung des „Umgangs“ mit dieser Situation. Fraglos kann man versuchen, das Leid, in das man sich hineingestellt sieht, weitgehend zu ignorieren, zumindest so lange, bis die Auseinandersetzung unausweichlich wird. Immer jedoch bedarf es wohl personaler Stärke und Wahrhaftigkeit, sich dem Widerfahrenen zu stellen, vor allem wenn die Erkrankung kaum noch Hoffnung auf Besserung oder das Überleben zuzulassen scheint. Bei langfristigen oder dauerhaften Erkrankungen, die nicht lebensbedrohlich sind, hat sich der inzwischen weit verbreitete Ansatz des „Coping“ als Bewältigungsstrategie bewährt. Bei chronischen Krankheiten, mit denen ein Patient häufig sein Leben lang konfrontiert sein wird, soll diese Herangehensweise an die eigene Krankheit „eine glückende, positive und nicht nur neutrale Reaktion auf Probleme und Krisen“⁴ ermöglichen. Für von Engelhardt eröffnet gerade die Perspektive auf das Ganze des Lebens, unabhängig von Gesundheit und Krankheit als absolut gesetzten Kriterien, eine Chance, trotz und in der Krankheit das eigene Leben als gelungen zu empfinden.

Die Suche nach einem Sinn in der Krankheit ist jedoch dem Patienten selbst aufgegeben und bleibt meist ambivalent. Sie kann nicht als verordnete Krankheitsbewältigung, sei es vom Arzt oder von Angehörigen, verlangt werden oder so weit ausarten, dass sich die erkrankte Person zusätzlich unter Druck gesetzt fühlt, nun dem (zumeist ja verborgenen) positiven Wert der Erkrankung auf den Grund zu gehen. Entsprechend ähnelt die Coping-Strategie zuweilen tatsächlich einer „Tyrannei des gelingenden Lebens“⁵ indem sie die Belastung durch die Krankheit noch zu verschärfen droht. „Mit der Forderung nach Sinngebung steht der Umgang mit Krankheit unter einem Erfolgsdruck und Kranken wird aufgebürdet, was kein Gesunder von Krankheit eingestehen würde, nämlich

dass ihr ein Sinn abzugewinnen sei.“⁶ Aus diesem Grund hob bereits Viktor von Weizsäcker hervor, der „Sinn der Krankheit“ sei „nur vom Kranken aus realisierbar, vom Arzt aus darf er nicht gefordert werden.“⁷ Tatsächlich darf einer Banalisierung fremden Leids durch zu schnelle Lösungen des Krankheits-Problems von außen nicht Vorschub geleistet werden.⁸ Gleichwohl kann ein Scheitern an der Überforderung durch das Kranksein kein angemessenes Ziel darstellen, das Patienten ernsthaft zu wünschen ist, sodass sensible Hilfestellungen in dieser Hinsicht durchaus angezeigt sein können.

Ogleich erkrankte Menschen in ihren körperlichen und manchmal auch in den seelischen Kräften eingeschränkt sind, können sie darin sogar zu Vorbildern werden. Ein „gelungener“ Umgang mit Krankheit nötigt den Außenstehenden zumeist tiefe Bewunderung ab. Der Schriftsteller Reinhold Schneider beispielsweise galt zum einen als „schwieriger Patient“ und beeindruckte gleichzeitig durch die „geduldige Art, wie er sein Leiden trug“.⁹

Der deutsch-jüdische Philosoph Franz Rosenzweig (1886 – 1929) kann ebenfalls impulsgebend durch seine Art der Auseinandersetzung mit Krankheit sein, da an ihm ablesbar ist, inwiefern der Kranke nicht ausschließlich passiv bleibt im Krankheitsprozess und zum bloßen Objekt wird von Therapie und Behandlung, sondern sich aktiv zu seinem Kranksein verhalten kann. Rosenzweig erkrankt 1921 sechszwanzigjährig an Amyotropher Lateralsklerose (ALS). Fortschreitende Lähmungen aller Muskeln sind die Folge sowie der damit verbundene Verlust der Sprachfähigkeit. Trotz aller Einschränkungen arbeitet Rosenzweig weiter, zunächst noch aus eigener Kraft, später dann mit Hilfe von Schreibkräften und vor allem mit Unterstützung seiner Frau, die es ihm ermöglicht, noch bis kurz vor seinem Tod mit der Außenwelt zu kommunizieren. Dennoch beschreibt Rosenzweig seine Krankheit nicht als ein Leiden, sondern neutral als einen „Zustand“ und in diesem Zustand sei es möglich, nicht nur Leiden zu erfahren, sondern

auch Freuden. „Ein Zustand, in den man allmählich hineingerutscht ist und an den man sich infolgedessen gewöhnt hat, ist kein Leiden, sondern eben ein – Zustand. In dem also Platz für Leiden und Freuden ist, wie in jedem andern“.¹⁰

Diese Perspektive auf seine Krankheit erlaubte es ihm, trotz der Ausweglosigkeit seiner Lage nicht zu verzweifeln, sondern weiter intensiv zu arbeiten und die Krankheit mit größtmöglicher Gelassenheit zu nehmen.¹¹ Vor allem erschloss sich ihm etwas Positives an seinem Kranksein: Während einige Menschen sich überfordert abwendeten, fühlten sich andere, mit denen sich zuvor kein Kontakt ergeben hatte, nun zu ihm hingezogen und wollten mit ihm sein, sodass Rosenzweig, inzwischen vollständig gelähmt, bemerkt: „So wird das Leben nicht ärmer. Das ist meine merkwürdigste Erfahrung. Soviel einem genommen wird, soviel wird einem gegeben. Das ist kein Gesetz, man kann nicht vorher damit rechnen, es löst das Herz nicht aus Angst und Hoffnung, aber man hat es erfahren, hinterher ist es ein unendlicher Trost und ein uner-schöpflicher Grund zum Danken.“¹²

Kontingenz als Teil der „*conditio humana*“

Wenn man grundsätzlicher an die Frage herangeht, wie sich der Mensch Krankheit und Leid stellen kann, so kann die Perspektive auf die „Kontingenz“ einen ersten sinngebenden Horizont eröffnen. Darin, dass der Mensch krank werden, leiden und sogar sterben kann, erkennen von jeher Philosophie und Theologie nicht nur die Folgen eines „Zufalls“, sondern der „Kontingenz“ des menschlichen Lebens. Nach klassischer Definition betrifft die „Kontingenz“ den Bereich des Nicht-Notwendigen (*nec necessarium*) bzw. dessen, was je anders sein könnte (*quod potest aliud esse*), und wird so zur „Variablen“ der Möglichkeit.¹³ Kontingenz im menschlichen Leben kennzeichnet demnach alle unvorhergesehenen, nicht-notwendigen Ereignisse wie auch Bedingungen, die vor allem zu Beginn, ebenso existenziell jedoch auch am Ende des Lebens zu finden sind. Dabei handelt es sich um die Unver-

füßbarkeit der Bedingungen und der Ausgestaltung von Situationen, die dem Menschen durch seine Fähigkeit zur Reflexion zum einen aufgeht und zum anderen zugleich aufgegeben ist.¹⁴ Dem Menschen ist bereits durch sein Dasein die Aufgabe gestellt, das, was ihm in seinem Leibsein widerfährt, geistig zu reflektieren und irgendwie für sich fruchtbar zu machen. Dies gelingt jedoch nicht in jedem Fall und wird vor allem dann zur Herausforderung, wenn sich die Grenzen der leiblichen Existenz im Tod unabweichlich aufdrängen.¹⁵

In seinem Gegebensein als leibseelisches Wesen erlebt der Mensch mithin nicht nur das Leben wie auch alles Ihm-Widerfahrende als kontingent, vielmehr wird ihm seine gesamte Existenz darin zugleich als nicht nur faktisch, sondern eben zugleich als kontingent bewusst. Diese Kontingenzsituation des Daseins selbst wird für den Menschen, wenn er dies zulässt, zur Herausforderung, die sein Selbstverhältnis um die Verantwortung für das eigene Leben als Aufgabe erweitert („Leibsein als Aufgabe“).¹⁶ „Die Kontingenz menschlichen Lebens und deren Erfahrung sowie die Aufgabe ihrer Bewältigung stellen ... eine *anthropologische Konstante* ... dar.“¹⁷

Dabei ist nicht nur das „Wie“ des Körpers jener zufallsartigen Zuschickung verdankt, sondern zugleich seine unmittelbaren Entstehungsbedingungen hinsichtlich Ort und Zeit und den Umständen der Zeugung. Hannah Arendt beschreibt dieses Faktum treffend als Grunddatum der „Natalität“, das einerseits allgemein zur *conditio humana* gehört und in das andererseits bereits die weiteren Lebensumstände des Handelns- und Herstellen-Könnens bzw. der Arbeit vorgezeichnet sind.¹⁸ Darüberhinaus „umfasst aber die Condition humaine, die menschliche Bedingtheit im Ganzen, mehr als nur die Bedingungen, unter denen den Menschen das Leben auf der Erde gegeben ist. Menschen sind bedingte Wesen“,¹⁹ also wesenhaft kontingent.

Auch die Lebensumstände, Unvorhergesehenes, Katastrophen und Unfälle gehören in den Bereich der Kontingenz und werden vor allem dann

als solche wahrgenommen, wenn sie kein „Happy End“ aufweisen können, also nicht „noch einmal gutgegangen sind“, sondern im Gegenteil Ursache von Schmerz und Leiden wurden.²⁰

Die moderne Medizin weckt Erwartungen, die eigene Kontingenz überwinden zu können

Auch die neuen Techniken der modernen Medizin sind nicht geeignet, die menschliche Kontingenz abzuschaffen, sondern entlassen gerade in dem Bemühen, alles Kontingente disponibel und autonom gestaltbar zu machen, aus sich heraus wiederum zugleich neue Kontingenzen, sodass hinsichtlich des „natalitäts- und mortalitätsbezogenen Bereichs“ von einer Dialektik gesprochen werden kann.²¹ Es muss als Errungenschaft der modernen Medizin gelten, dass inzwischen viele Krankheiten tatsächlich „heilbar“ bzw. (z. B. durch Impfung oder Prävention) vermeidbar sind und so auch ihre Lebensbedrohlichkeit verloren haben. Gleichzeitig kann die Motivation, die hinter dem enormen Forschungserfolg der Wissenschaft steht, Bedenken wecken. So wird doch häufig versucht, den Eindruck zu erwecken, die gänzliche Befreiung des Menschen von Leid sei nur eine Frage der Zeit (oder auch der Gelder, die für Forschung zur Verfügung gestellt werden). Es muss hinsichtlich der modernen Medizin daher konstatiert werden, dass hier zuweilen unterschwellig der maßlose Anspruch erhoben wird, die menschliche Kontingenz, die Endlichkeit, lediglich als ein physisches Übel behandeln und so eines Tages womöglich sogar aus der Welt schaffen zu können.²²

„Es liegt an der Wissenschaft, die Behebbarkeit eines Leidens in Aussicht zu stellen, und im Handumdrehen wird es zum Skandal, zum ‚sinnlosen Leiden‘, dessen Beseitigung um der Menschenwürde das ethisch Gebotene ist. Diese philanthropische Heuchelei leistet der Maßlosigkeit des Bemächtigungstrebens Vorschub.“²³

Inzwischen ist es gelungen, einen Großteil der Unsicherheiten des Lebens, die als negativ, ja lebensbedrohlich erfahren wurden, durch entsprechende Vorsorge oder Therapie in den Griff zu bekommen. Gleichzeitig ist es trotz großer An-

strebungen bislang nicht gelungen, die „insecuritas humana“²⁴ als Grundgegebenheit menschlicher Existenz zu überwinden. Entsprechend diagnostiziert Gethmann für unsere Zeit: „Hinter den Hoffnungen und Visionen, die die Anstrengungen zur Überwindung von Krankheiten leiten, steht oft mehr oder weniger explizit die Vorstellung von einem menschlichen Leben ohne die Not, Kontingenzerfahrungen überhaupt aushalten und verarbeiten zu müssen.“²⁵

Unbewusst scheint es also vielen nicht nur darum zu gehen, Linderung in konkretem Leid zu erfahren, sondern das Betroffensein von dem Vorzeichen der Mortalität letztlich grundsätzlich aus der menschlichen Erfahrung zu eliminieren. So wird „die Überwindung des Todes oder zumindest sein möglichst langes Hinausschieben ... zum Ziel medizinisch-technischen Handelns.“²⁶ Auch das gesellschaftliche Klima scheint mehr und mehr durch die Perspektive der Machbarkeit geprägt zu sein, wodurch beispielsweise der Geschenkcharakter des menschlichen Lebens grundsätzlich aus dem Blick zu geraten droht.²⁷

So zeigt sich gegenwärtig eine gewisse Kontingenzverdrängung.²⁸ Der Kontingenzgedanke macht unmissverständlich deutlich, dass es sich beim *malum physicum*, zu dem Krankheit, aber auch der Tod gehört, letztlich um das *malum metaphysicum* (Leibniz) handelt, die menschliche Grundgegebenheit der Unvollkommenheit und Begrenztheit.

Hier sei nun gefragt, ob die gegenwärtige Tendenz, Krankheit und Leid aus dem menschlichen Leben möglichst zu verbannen, um leidfrei und immer länger leben zu können, einen positiv-kreativen Umgang mit Krankheit, Leid und Tod möglicherweise verhindert und so das positive Potenzial von Kontingenzerfahrung übersehen lässt.

Der Wunsch, ohne Leid zu leben

Die Vorstellung, eines Tages werde der Mensch vollständig Macht, nicht nur über die Natur, sondern auch über seinen Körper gewonnen haben, erscheint auf den ersten Blick übertrieben. Bei

genauerem Hinsehen jedoch zeigen aktuelle Entwicklungen auf dem medizinischen „Markt“, dass es letztlich offenbar doch um die Erreichung jenes bereits genannten Zieles geht, bei dem der Mensch sein Leben und seine Umwelt so weit im Griff hat, dass sein Leben nicht mehr von äußeren Einflüssen, sondern nur noch von seinem Willen und seinen Lebensentwürfen abhängt.

Besonders deutlich zeigt sich die Diskrepanz zwischen dem Wunsch, das eigene Leben im Griff zu haben, und der Erfahrung der tatsächlichen Gegebenheiten am Anfang und schließlich vor allem auch am Ende des Lebens. Auch hier wird sowohl bei der künstlichen Empfängnisverhütung und Befruchtung wie auch bei den zum Teil überzogenen Erwartungen an ein geregeltes Sterben mit Hilfe einer gut formulierten Patientenverfügung offenkundig versucht, die Umstände von Geburt und Tod möglichst weitgehend zu regeln und Unvorhergesehenes zu vermeiden. Neue technische Möglichkeiten werden häufig lediglich auf Chancen und Risiken hinsichtlich ihres Gebrauchs untersucht, nicht jedoch auf den Wandel des Menschenbildes und des menschlichen Selbstverständnisses, der mit der Entwicklung biomedizinischer Techniken gleichzeitig einhergeht.²⁹ Dies ist beispielsweise im Hinblick auf die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik und damit häufig verbundenen Selektion durch PID sowie vor allem durch den neuen Bluttest für Trisomie 21 zu beobachten. Wie ein Symptom verrät es den dahinterliegenden Wunsch, nicht nur Leid (das eigene oder das des Kindes) vermeiden, sondern das Leben in seiner mangelnden Eindeutigkeit „korrigieren“ zu wollen, dem Einzelnen mehr „Planungssicherheit“ für die unsicheren Momente des Lebens zu ermöglichen und so das Unerwartete, Zugemutete unter Umständen auch abweisen zu können.³⁰

Die Antwort auf die Kontingenz: Das Sein als Gabe verstehen

Trotz aller Bedrohtheit und Fragilität des menschlichen Lebens wird es dem Menschen als

Geschenk anvertraut, das von einem Anderen herkommt. Ob der je einzelne Mensch sich und sein Leben in den schicksalhaften Erfahrungen am Lebensanfang und -ende nun konkret als eine Gabe versteht, oder seine Lebensumstände als Zumutung empfindet, hängt dann fundamental vom Verständnis des Menschseins ab. Das Verständnis des Seins als „Gabe“ findet sich vor allem in der Philosophie und Theologie des 20. Jahrhunderts und ist inspiriert von der dialogischen Philosophie.³¹ Der grundlegende Gedanke, dass dem Menschen sein Leben anvertraut wird als Gabe und Aufgabe, kann zugleich das Verstehen der Gabe als grundsätzliche anthropologische Konstante implizieren: dass nämlich zum einen erst im Empfangen der Gabe der Mensch zu sich selbst kommt und eigenes Sein „ausbildet“ (Gabe demnach ontologisch zu verstehen ist), dass zum anderen die Gabe einen personalen (dialogischen) Gehalt aufweist, die Geber und Beschenkten miteinander verbindet.³² „Weil also der Mensch Zielgestalt des Ereignisses der Seinsschenkung ist, und weil es ihm zugleich selbst aufgegeben ist, zu subsistieren, d. h. personal die ontologische Differenz zu vollziehen, deshalb kommt nun alles darauf an, *wie* er das Sein interpretiert, d. h. *wie* er darin sich selbst erfährt und empfängt und so als Freiheit lebt.“³³

Dies ermöglicht, auch Kontingentes im Leben phänomenologisch als Gabe zu verstehen und ein „Ja zum Leben“³⁴ zu sprechen. Zum Empfang der Gabe bedarf es beim Menschen der aktiven Zustimmung zum (passiven) Entgegennehmen, das das Vertrauen in die Gutheit des Gegebenen voraussetzt.³⁵ Die Frage nach dem Geber der Gabe bleibt zentral, da sich ansonsten alle kontingenten Einzelgaben nicht in einen Gesamtsinn fassen lassen. Ein solcher „Gesamtsinn“ für das gegebene Sein wird dem Menschen jedoch zumeist erst im Glauben oder durch einen vertrauensvollen „Sprung“ von der „Existenz zur Transzendenz“ (Ricoeur), d. h. auf den (ganz) Anderen hin, zugänglich.³⁶ Grundsätzlich geht es in der Erkenntnis des eigenen Lebens als einer Gabe vor allem um Selbstbe-

scheidung und Anerkenntnis des Größeren, dem man hinsichtlich eines Gesamtsinns vertraut. Der Schöpfer als unendliches und vollkommenes Sein setzt anderes Sein ins Dasein und gibt ihm darin einen begrenzten Anteil an seiner Seinsfülle. Das eigene Leben als unverdientes Geschenk anzuerkennen und damit die Verantwortung für ein den Möglichkeiten angemessenes gutes Leben zu übernehmen, entlastet das Individuum einerseits und stellt es andererseits in den größeren Rahmen der Wirklichkeit als Ganzer hinein.

Entweder also weiß sich der Mensch bereits im Glauben in Relation zu seinem Schöpfer oder aber es bedarf des Sich-Einlassens auf ein personal-göttliches Gegenüber. Dieser Sprung in die „Geschöpflichkeit“ bringe Willentliches und Unwillentliches, Erstrebtes und Gegebenes an der „Gabe“ des Seins zur Abhebung und lasse sie (dankbar) als „Aufgabe“ und Antwort auf einen Ruf erkennen.³⁷ Somit kann der phänomenologische Ansatz am „Sein als Gabe“ geeignet sein, die einseitige Subjektorientiertheit der Moderne ins Gleichgewicht zu bringen. Das Sein nicht nur grundsätzlich als Gabe zu verstehen, sondern letztlich auch den Tod wirklich anzunehmen, kann jedoch wohl nur mit dem Ausblick der Hoffnung auf ein kommendes, besseres Leben oder in der Hingabe für das Leben eines Anderen gelingen.³⁸

Sein als Gabe: Ein theologischer Zugang?

Das Sein als „Gabe“ zu verstehen setzt nicht nur voraus, dass der Mensch sich selbst das Leben nicht zu geben weiß, sondern dass es jeweils einen Anderen gibt, der Geber jener Gabe des Lebens ist.³⁹ Der Versuch, der Gabe habhaft zu werden, sie für sich auszuschöpfen und zu beherrschen, muss daher misslingen.⁴⁰ Der theologische Zugang erlaubt eine Bewältigung von Krankheit, die über den anthropologischen Ansatz hinausreicht. Erst in der Beziehung zu Gott als der Seinsfülle kann dem Menschen die Sinnhaftigkeit des Daseins als solche vollständig aufgehen. So ergibt sich schon im Alten Testament „durch die Bemühung des Glaubens Israels, mit den Lebensminderungen in Leid und

Tod ins Reine zu kommen, eine neue Möglichkeit vor dem Hintergrund dieser Beziehung zu Gott, *auch dem Leid und dem Tod einen Sinn zu geben*, dessen Horizont nicht einfach identisch ist mit den Grenzen des Lebens diesseits der Todesgrenze.⁴¹

Ebenfalls nach alttestamentlichem Zeugnis hat der Gott Israels Mit-Leid mit den Menschen,⁴² sodass der verheißene Messias zugleich ein Leidender ist, der sich mit jedem einzelnen Menschen solidarisiert. „Er hat unsere Krankheit getragen und unsere Schmerzen auf sich geladen.“⁴³ Im Christentum begegnet dem Menschen dann im Messias der menschengewordene Gott, der „selbst dieses Leiden auf sich genommen hat.“⁴⁴ Dadurch, dass Gott in Christus die Kontingenz bis zur letzten Konsequenz auf sich nahm – bis in den Tod – verändert sich für den Gläubigen auch die eigene Erfahrung von Krankheit und Leid.⁴⁵ Da sich Gott als die Liebe selbst offenbart und die Menschen zur ewigen Gemeinschaft mit sich einlädt,⁴⁶ wird – in der Auferstehung des Sohnes – schließlich dem Tod der letzte Schrecken genommen. Der unheilbar erkrankte bzw. sterbende Mensch kann sich in seiner Fragilität und Begrenztheit dem unendlichen Gott anvertrauen und so, in Krankheit und bevorstehendem Tod, Trost finden durch das Leiden Christi, den Glauben an einen letzten Sinn des Daseins und die Hoffnung auf eine unzerstörbare Zukunft bei Gott.⁴⁷ Nach Fraling bedeutet dies konkret: „Wo menschliches Leben an seine Grenzen stößt, eröffnen sich für den Glaubenden nach und nach die *Chancen eines Überstiegs*: ... einer Hoffnung auf die Zukunft.“⁴⁸ Der Christ darf sich in seiner Leiderfahrung zugleich in Gemeinschaft mit dem gekreuzigten Christus wissen und erhält seinerseits Anteil am erlösenden Leiden seines Herrn.⁴⁹ In seiner zweiten Enzyklika „Spe salvi“ bringt Benedikt XVI. diesen Zusammenhang eindrücklich auf den Punkt: „Nicht die Vermeidung des Leidens, nicht die Flucht vor dem Leiden heilt den Menschen, sondern die Fähigkeit, das Leiden anzunehmen und in ihm zu reifen, in ihm Sinn zu finden durch die Vereinigung mit Christus, der

mit unendlicher Liebe gelitten hat.“⁵⁰ Für Reinhold Schneider wurde deshalb die Krankheit zur Erfahrung der konkreten Zuwendung und Fürsorge Gottes. „Am Kranken soll die Herrlichkeit Gottes offenbar werden: das Wunder, das er an ihm tut. Krankheit ist die Heimsuchung der Gnade.“⁵¹

Dieser Gedanke ist ohne den Glauben an einen personalen und liebenden Gott schwer nachvollziehbar. Jedoch lässt sich dem Nichtglaubenden auch dann die Möglichkeit eines dem Wesen des Menschen gemäßen Umgangs mit Krankheit und Leid vor dem Hintergrund des Seins als einer Gabe eröffnen, wenn die Frage nach dem Geber der Gabe letztlich unbeantwortet bleibt. Konstruktive Anstöße aus der Theologie bieten durchaus eine Bereicherung auch für ein modernes philosophisches Menschenbild: „Aus der Gottesebenbildlichkeit wird dabei die Idee eines göttlichen Wesenskerns eines jeden Menschen: seiner unsterblichen Seele. Aus der Gotteskindschaft wird die Idee, dass unser Leben eine Gabe sei, aus welcher wie bei jeder Gabe Verpflichtungen folgen, die unsere Verfügung über uns selbst einschränken. Dabei ist natürlich auch die Seele als Gabe gedacht; sie wird vom Menschen nicht erworben, sondern von Gott geschaffen und dem Menschen ‚eingehaucht‘.“⁵² Dieser Ansatz ermöglicht somit eine „Neuartikulation dieser Idee [der Gabe] für alle, Gläubige wie Ungläubige.“⁵³

Sich als leiblich verfasst verstehen

Zuweilen wird die Leiblichkeit als solche erst dann zum Gegenstand der persönlichen Auseinandersetzung, wenn sie durch Beschwerden gewissermaßen auf sich aufmerksam macht. „Krankheit und Behinderung sind die Widerfahrnisse, die einen unausweichlich mit dem Faktum Leib zu sein konfrontieren. Sie sind es, die uns darauf stoßen, dass unsere Weise zu sein heißt leiblich zu existieren.“⁵⁴ Gadamer nennt dies die „Verborgenheit der Gesundheit“, die erst in dem Moment bewusst werde, wenn sie fehle.⁵⁵ Ansonsten findet sich der Mensch in seiner Natur, wenn auch unreflektiert, immer bereits in einem Leib vor.

So bedeutet das Krankwerden sowie das Leiden daran zum einen, sich bewusst zu werden, als leiblich verfasste Person der unausweichlichen Tatsache, dass es Krankheit gibt, ins Auge sehen zu müssen. Zum anderen bedeutet es, konfrontiert zu werden mit einem „wichtigen Anstoß, sich der eigenen Leiblichkeit, Schwäche, Bedürftigkeit, Endlichkeit bewusst zu werden.“⁵⁶ So kann Krankheit vom Menschen zum Anlass genommen werden, den tieferen Fragen des Menschseins auf den Grund zu gehen „und bildet damit vielleicht sogar einen der wesentlichen Ursprünge des philosophischen Denkens überhaupt.“⁵⁷

Was es heißt, ein Mensch zu sein: Krankheit als Weg zur „Gesundung“ als Mensch

Dass eine Krankheit jedoch selbst ein Weg zur „Heilung“ sein kann, liegt auf den ersten Blick nicht unbedingt nahe. Eine direkte Kausalität, in dem Sinne, dass die eine Krankheit die andere überlagert und somit faktisch zu deren „Heilung“ führt, kommt wohl nur in den seltensten Fällen vor. Wenn Krankheit tatsächlich eine Art der Heilung ermöglicht, so geschieht dies zumeist nicht direkt im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Verhältnisses, sodass „durch“ diese Krankheit Heilung direkt hervorgerufen wurde. Jedoch besteht manchmal durchaus eine kausale, mittelbare Beziehung zwischen Krankheit und Heilung, in der eine konkrete Erkrankung zur Bedingung der Möglichkeit einer Genesung oder sogar Heilung wird.⁵⁸

Wenn es darum geht, aufzuzeigen, dass Kranksein manchmal eine Funktion innerhalb eines größeren, umfassenden Gesundungsprozesses des Menschen zukommt, soll vorab kurz erläutert werden, inwiefern Erkrankungen oder Verletzungen unter Umständen dazu beitragen können, weitere Erkrankungen zu vermeiden. Anschließend werden wir dem Sinnpotenzial des Krankseins und Krankwerdens intensiver nachgehen, wengleich hier nur erste Anstöße gegeben werden können.

Krankheit und deren Behandlung ermöglicht Zufallsfund und positive Nebenwirkungen

- a) Wenn Patienten wegen auftretender Beschwerden einen Arzt aufsuchen, kommt es vor, dass im Rahmen der Diagnostik plötzlich eine weitere Erkrankung entdeckt wird, deren Existenz bislang sowohl dem behandelnden Arzt als auch dem Patienten selbst nicht bekannt war. Ein solcher „Zufallsfund“, oft zu einem verhältnismäßig frühen Zeitpunkt, an dem die Erkrankung bei dem Patienten noch keine gesonderten Beschwerden hervorgerufen hat, kann harmlos sein, eröffnet zuweilen jedoch auch Perspektiven für einen besonders günstigen Verlauf der Therapie und die damit zusammenhängenden Heilungschancen. Wenn zum Beispiel die ärztliche Untersuchung aus Anlass einer akuten Gastritis zugleich die Erkenntnis eines Tumors zu Tage fördert, bietet diese Erkenntnis die Möglichkeit, nicht nur die Magenschleimhautentzündung, sondern zugleich die Krebserkrankung möglicherweise rechtzeitig zu behandeln. Somit haben in einem solchen Fall die Beschwerden bzw. die Erkrankung selbst mittelbar im Sinne eines positiven Mitnahmeeffekts Einfluss auf die Heilungschancen.
- b) Ein ähnliches Phänomen liegt vor – und dies führt uns einen Schritt weiter in unserer Argumentation – wenn eine Verletzung bzw. deren Therapie eine bereits vorhandene oder sich anbahnende Erkrankung offenbart und den Ausbruch verhindern oder sogar wesentlich zur Heilung der zweiten Erkrankung beitragen kann. Wenn z. B. nach einer Außenbandruptur, einem Bänderabriss, den sich der Patient oder die Patientin beim Joggen zugezogen hat, einige Zeit der Ruhe und der eingeschränkten Mobilität verordnet wird, kann es sein, dass dadurch nicht nur die Bänderverletzung kuriert wird, sondern zugleich ein bislang nicht realisiertes, beginnendes Burnout-Syndrom noch rechtzeitig abgewendet werden kann. Die durch die Verletzung

notwendig gewordene Erholung kann geeignet sein, einen Erschöpfungszustand für eine Weile zu lindern und das Empfinden zu schärfen für das Bedürfnis nach angemessenen Ausgleichs- und Rekreationsphasen.

Die Krankheit nutzen, um Prioritäten und die eigene Zeitlichkeit zu überdenken

Die eigentliche hier angestrebte Überlegung zielt jedoch auf einen weitergehenden Aspekt des individuellen Umgangs mit Krankheit und dessen Folgen. Wenn sich ein Mensch durch eine akute ernsthafte Erkrankung wie einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt plötzlich aus dem Berufsleben herausgerissen sieht und möglicherweise nicht nur einige Wochen, sondern viele Monate der Rehabilitation und Rekonvaleszenz bedarf, kann das Hineingestellt-Sein in eine derart herausfordernde neue Lebenssituation ganz neue Perspektiven für die Lebensgestaltung eröffnen. Beispielsweise wird zuweilen ein in Berufs- oder Privatleben verwirklichter Perfektionismus korrigiert und das Leben fortan nicht mehr nach Leistungs- oder Erfolgskriterien beurteilt. Dass solche Umorientierung während einer Krankheit gelingen kann, dazu bedarf es verschiedener Faktoren, wie der grundsätzlichen Bereitschaft, die Zeit der Krankheit nicht als „Totalausfall“ zu betrachten und eigene Grenzen zu akzeptieren. Jedoch benötigt nicht nur der Erkrankte eine Offenheit gegenüber dem, was das Leben auch an Einschränkungen physischer Art mit sich bringt. Die familiäre Umgebung, der Arbeitgeber, schlicht die Gesellschaft als Ganze kann dem Menschen und seinem Wohl nur gerecht werden, wenn die Grenzen des Einzelnen auch dort geachtet werden. Das System der ausgleichenden, auf Solidarität basierenden Krankenversicherung entspricht – zumindest konzeptuell – dem Anspruch an die Gesellschaft, dass die Starken und Unabhängigen die Schwachen und Benachteiligten unterstützen. Dass dennoch zukünftig eine vertiefte Reflexion über das Menschen- und Gesellschaftsbild notwendig sein wird, lässt sich kaum bestreiten.

Ähnlich wie das Alter dem Menschen eine Verlangsamung der Abläufe abnötigt und die Mobilität einschränkt, zwingt auch die Krankheit den Menschen häufig zu einem langsameren Lebenswandel. Aber auch die ständige Beschleunigung ist nicht automatisch ein Kennzeichen von Gesundheit, sondern trägt durchaus krankmachende Züge, so dass viele Menschen in den westlichen Gesellschaften unter diversen physischen Symptomen leiden, die der ständigen Zeitknappheit, dem Übermaß an Arbeit und dem Raubbau an den eigenen Kräften geschuldet sind. „Mehr Zeit für das Wesentliche“ im Sinne eines ausgeklügelten Zeitmanagements empfiehlt ein Ratgeber ganz lapidar sowie in allen Bereichen „Entschleunigung“.⁵⁹ Dies ist vor allem im Umgang mit älteren Menschen von großer Bedeutung, da diese zumeist Hilfe brauchen, ihre Situation sowie das ambivalente Zeitempfinden anzunehmen: Einerseits vergeht die Zeit im Alter gefühlt noch schneller als vorher. Gleichzeitig nehmen die eigene Bewegungsfähigkeit und die Lebenszeit faktisch ab; auch die Mobilität schwindet. Das Modewort von der „Entschleunigung“ trifft somit sowohl das Faktum (für Menschen mit Einschränkungen) wie auch die Notwendigkeit, in einer Gesellschaft, die primär auf Arbeit, Leistung und Erfolg ausgerichtet ist, „Räume“ personaler Entfaltung zu wahren, sich Zeit zu nehmen für Beziehungen, kulturelle Angebote und nicht verzweckte Naturerfahrung.

Ein entschleunigtes Leben, wenngleich es für die Person oder ihr Umfeld eine Herausforderung darstellen mag, ermöglicht daher in signifikanter Weise, sich tatsächlich dem Wesentlichen und den großen Fragen des Lebens neu zuzuwenden. Vertiefte Begegnung zwischen Kranken und gegenwärtig Nichtkranken, zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen (Inklusion) werden zudem vereinfacht möglich auf der Grundlage eines gemeinsamen sozialen Fundamentes, sodass nicht mehr die ausgeschlossen sind, die mit der Geschwindigkeit in Arbeits- und Erwerbsleben nicht mithalten können.

Krankheit als „Motor“ für Solidarität und Vermenschlichung der Gesellschaft

Die wachsende Individualisierung der Menschen, die in politischen Debatten zumeist als „Autonomie“ thematisiert und positiv gewertet wird, geht häufig zugleich mit Isolation und Vereinsamung einher. Dass der Mensch als Subjekt seiner Entscheidungen und Wünsche sich nicht selbst genügt, erfährt er zuweilen erst in Erfahrungen von Einschränkung, Behinderung oder Krankheit. Darin erschließt sich die Relevanz persönlicher Beziehungen, sodass Kranksein im besten Fall auch eine soziale Herausforderung bedeutet.

Sich in Zeiten der Krankheit in eingeschränkter Mobilität oder verminderter geistiger Aufnahmefähigkeit wiederzufinden, kann daher nicht nur schmerzhaft für die Person selbst sein, es kann ihr gleichzeitig die Sinne schärfen für die Situation und Verfassung anderer Kranker wie auch Behinderter.⁶⁰ Die normale Erfahrung fremden Leids bleibt doch eher äußerlich und führt selbst bei echtem Engagement nur sehr eingeschränkt zu einem Nachempfinden dessen, was dem kranken, behinderten oder schlicht dem alten Menschen widerfährt.⁶¹ Die Bedürfnisse von Menschen in einem durch Krankheit, Behinderung oder Alter beeinträchtigten Allgemeinzustand werden für den selbst erkrankten Einzelnen plötzlich plausibel, wenngleich die Unterschiedlichkeit der individuellen Wahrnehmung immer noch eine Grenze des Nachempfindens darstellt.

Auf diese Weise kann eine als Teil des menschlichen Lebens akzeptierte Krankheit den Blick für die Bedürfnisse und die Gegebenheiten des Lebens derer eröffnen, die nicht in derselben Weise an gesellschaftlichen Angeboten partizipieren können wie gesunde Menschen. Es bedarf daher der Anstrengung, das Verstehen zu fördern und die Gesellschaft durch wachsende Sensibilität für die Benachteiligten zu vermenschlichen. Nicht nur die Kranken brauchen Gesunde an ihrer Seite, die sie unterstützen, auch die Gesunden bedürfen der Kranken, sodass es sich tatsächlich um Gegen-

seitigkeit und ein Miteinander handelt und nicht ausschließlich um ein Füreinander des (gesunden) Einen für den (kranken) Anderen. Auch die Gesellschaft als Ganze kann auf die Kranken, Alten und mit einer Behinderung Lebenden und ihren Beitrag nicht verzichten, um das Menschliche nicht aufs Spiel zu setzen, sondern zu wahren und gleichzeitig die Erinnerung an spezifische Bedürfnisse und Unterstützungsnotwendigkeiten wachzuhalten.

„Welches Maß an Solidarität eine Gesellschaft den Schwächsten ihrer Mitglieder entgegenbringt, ist das entscheidende Maß für ihre Menschlichkeit. Nicht von Gendefekten, sondern von moralischen Defekten, zu denen die Entleerung des Solidaritätsbegriffes gehört, gehen die wirklichen Gefahren aus. Was wir brauchen, ist nicht eine ‚Anthropotechnologie‘, sondern die Erneuerung einer Kultur der Solidarität.“⁶²

Ein in diesem Sinne positiv-kreativer Umgang mit der widerfahrenen, zeitlich begrenzten Krankheit oder Behinderung kann somit – verstanden als menschliche Grundeinstellung – zu einem Mehr an Solidarität beitragen. Gelänge es, das Verständnis für die Verletzlichkeit und Anfälligkeit des Menschen zu fördern, könnte dies zu einem geistigen „Klimawandel“ beitragen, in dem Krankheit nicht nur als „Fluch“, sondern zugleich als Hilfestellung für ein unverzichtbares Solidaritätsempfinden gedeutet wird.

Resümee

Krankheit kann niemanden heilen und es ist bislang wohl niemandem gelungen, „Leiden im Ganzen zu verstehen.“⁶³ Und dennoch ließ sich ein eigentümlicher Zusammenhang aufzeigen zwischen Krankheitserfahrung und dem, was dem Menschen darin und dadurch zuteil werden kann. Sich dem Wesentlichen des Lebens zuzuwenden, über das Menschsein als solches nachzudenken, den Wert von Solidarität und zwischenmenschlichen Beziehungen zu erkennen und auch den metaphysischen Gegebenheiten des Lebens nachzuspüren, dazu fordert das Hineingeworfen-Sein in Krankheit und Leid heraus. Das Leben selbst zeigt sich

in dieser Dialektik von Sehnsucht nach gesicherter Existenz einerseits und der Notwendigkeit des Auf-dem-Weg-Bleibens andererseits, sodass Krankheit zuweilen zum Katalysator echter Selbstfindung als Mensch werden kann. „So darf man doch vielleicht mit ... Recht sagen, dass derselbe sein Glück suchende Mensch unter Umständen auch wieder den schützenden Kreis der alltäglichen Geborgenheit durchbrechen muss, um sich dem Wagnis der äußeren Ungeborgenheit auszusetzen.“⁶⁴ Für die Gesunden bedeutet dies zugleich die Notwendigkeit, eine Sensibilität für die Bedürfnisse von Menschen in Krankheit zu entwickeln, Solidarität und Mitmenschlichkeit auszubilden und den Wert eines menschlichen Lebens nicht vorschnell von seinem Mangel an Gesundsein her zu bestimmen.

Selbst wenn dem Kranken die Kraft zur geistigen Reflexion seiner Situation fehlen mag, bleibt dem Menschen das ursprüngliche Empfinden einer Sehnsucht nach Sinn und Antwort. Eine einfache Lösung für die große Frage nach dem Leid, nach dem Sinn von Krankheit und Schmerz zu geben, konnte fraglos nicht das Ziel der Überlegungen sein. Gleichwohl wurde vielleicht deutlich, dass sich Perspektiven aufzeigen lassen, für einen „gelingenen“, Sinn-vollen Umgang mit Krankheit, der zu einer Gesundung des Menschen als Mensch beizutragen und der Gesellschaft ein menschlicheres „Gesicht“ zu geben vermag.

Referenzen

- 1 vgl. Körtner U. H. J., *Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen*, Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen (2010), S. 132
Engelhardt D. v., *Mit der Krankheit leben: Grundlagen und Perspektiven der Copingstruktur des Patienten*, Fischer, Heidelberg (1986)
Akashe-Böhme F., Böhme G., *Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen*, Beck, München (2005)
Thomas G., Karle I. (Hrsg.), *Krankheitsdeutung in post-säkularer Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, Kohlhammer, Stuttgart (2009)
- 2 vgl. Böhme G., *Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht*, Die Graue Edition, Zug (2003),

- S. 235
- 3 vgl. Weizsäcker V. v., *Stücke einer medizinischen Anthropologie*, in: Ders., *Gesammelte Schriften* 5, Suhrkamp, Frankfurt (1987), S. 7-66, hier S. 66. Für List bedeutet dies zugleich „ein Stück Arbeit am eigenen Selbst“. List E., *Behinderung als Kontingenzerfahrung*, in: Fürst G., Mieth D. (Hrsg.), *Entgrenzung des Menschseins? Die christliche Antwort auf die Perfektionierung des Menschen*, Schöningh, Paderborn (2012), S. 105-113, hier S. 112
 - 4 Engelhardt D. v., siehe Ref. 1, S. 9
 - 5 Schneider-Flume G., *Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens*, 3. Auflage, Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen (2008)
 - 6 ebd., S. 97
 - 7 Weizsäcker V. v., siehe Ref. 3, S. 66. Viktor von Weizsäcker (1886 - 1957) war Mediziner und Begründer der „medizinischen Anthropologie“.
 - 8 vgl. Gronemeyer M., *Das Leben als letzte Gelegenheit. Sicherheitsbedürfnisse und Zeitknappheit*, WBG, Darmstadt (2008), S. 69. Dies gilt nach Schockenhoff besonders für die religiöse Reflexion von Krankheit, die nur vom Kranken selbst geleistet werden könne. Vgl. Schockenhoff E., *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*, Herder, Freiburg u. a. (2009), S. 339
 - 9 Ryssel F. H., *Große Kranke*, Kreuz-Verlag, Stuttgart/Berlin (1974), S. 84-85
 - 10 Rosenzweig F., *Der Mensch und sein Werk. Briefe und Tagebücher*, *Gesammelte Schriften* I,2, Bd. 2, 1918-1929, hrsg. Rosenzweig R., Rosenzweig-Scheinmann E. u. Mitw. v. Casper B., Martijnus, Haag (1979), S. 1187 f.
 - 11 „Wenn ich nichts arbeiten würde, würde ich mich einfach grässlich mopsen.“ Ebd., S. 1128. Vgl. dazu ebd., S. 1187
 - 12 ebd., S. 1129; vgl. zum Umgang Rosenzweigs mit seiner lebensbedrohlichen Erkrankung ebenfalls: Benzenhöfer U., *Ärztliche Wahrheit, patientliche Wahrheit. Franz Rosenzweig, seine Krankheit und seine Ärzte (unter besonderer Berücksichtigung von Richard Koch und Viktor von Weizsäcker)*, Klemm & Oelschläger, Münster (2006) sowie Töpfer F., Wiesing U., *Richard Koch und Franz Rosenzweig. Schriften und Briefe zu Krankheit, Sterben und Tod*, Agenda, Münster (2000)
 - 13 vgl. Anzenbacher A., *Aufhebung der Kontingenz? Implizite religiöse und anthropologische Leitideen der bioethischen Diskussion*, in: Hoppe Th. (Hrsg.), *Körperlichkeit - Identität. Begegnungen in Leiblichkeit*, Herder, Freiburg (2008), S. 17-31, hier S. 17. Inzwischen jedoch meint „Kontingenz“ im ethischen Diskurs ebenfalls den Gesamtkomplex gesteigerter Wahlmöglichkeiten im menschlichen Leben, der häufig nicht nur als Berei-

- cherung, sondern auch sogar als „überfordernder Zwang, frei zu sein, erlebt wird“. Joas H., *Glaube und Moral im Zeitalter der Kontingenz*, in: Lob-Hüdepohl A. (Hrsg.), *Ethik im Konflikt der Überzeugungen*, Universitätsverlag, Fribourg / Herder, Freiburg (2004), S. 11-24 (Studien zur theologischen Ethik), hier S. 11. Vgl. dazu auch den aktuellen Beitrag von Hans Joas zum „Zeitalter der Kontingenz“, in: Joas H., *Das Zeitalter der Kontingenz*, in: Ders., *Glaube als Option. Zukunftsmöglichkeiten des Christentums*, Freiburg u. a., Herder (2012), S. 106 – 128
- 14 vgl. Lübke H., *Religion nach der Aufklärung*, 3. Auflage, Fink, München, (2004), S. 127-218; Rapp F., *Destruktive Freiheit. Ein Plädoyer gegen die Maßlosigkeit der modernen Welt*, LIT, Münster (2003), S. 177-186
- 15 vgl. Brantl J., *Entscheidung durch Unterscheidung. Existenzialethik als inneres Moment einer medizinischen Ethik in christlicher Perspektive*, LIT, Münster 2007 (Studien der Moraltheologie), S. 237
- 16 vgl. Böhme G., siehe Ref. 2, S. 211
- 17 Gethmann C. F. et al. (Hrsg.), *Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems*, Akademie Verlag, Berlin (2005), S. 14
- 18 vgl. Arendt H., *Vita Activa oder Vom tätigen Leben*, Piper, München/Zürich (2003), S. 18. Gleichzeitig betont Arendt, eine Verabsolutierung dieses Theorems führe ebenfalls in eine Sackgasse. „Andererseits können die Bedingungen menschlicher Existenz – das Leben selbst und die Erde, Natalität und Mortalität ... – niemals »den Menschen« erklären oder Antwort auf die Frage geben, was und wer wir sind, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil keine von ihnen absolut bedingt.“, ebd., S. 21
- 19 ebd., S. 18
- 20 Interessanterweise führt die Erfahrung positiver Kontingenz z. B. der *fortuna*, im Lotto zu gewinnen oder mit Hilfe eines glücklichen Zufalls zu einer verbesserten Lebenssituation zu gelangen, weit weniger häufig zu einer Reflexion der Grundgegebenheiten des menschlichen Lebens als es in Zeiten von Not, Krankheit und Leid der Fall ist.
- 21 Anzenbacher A., S. 26; vgl. auch ebd., S. 29. „Wegen der Unverfügbarkeit der Folgen des eigenen Planens und Handelns müssen die Menschen versuchen, mit dem Fortschritt des Machens ... Schritt zu halten und Techniken entwickeln, mit neu produzierten Kontingenzerfahrungen zu leben.“; Körtner U. H. J., *Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik*, Neukirchener, Neukirchen-Vluyn (2001), S. 31.; vgl. auch Brantl J., siehe Ref. 15, S. 220
- 22 Andererseits lässt sich auch auf der Seite der Patienten eine Unverhältnismäßigkeit der Ansprüche beobachten: „Mit der Ausweitung der medizinischen Interventionsmöglichkeiten und Zuständigkeitsansprüche wachsen also zugleich die Ansprüche des Einzelnen und der Gesellschaft an die Medizin. Gesundheit ... gilt heute als des Lebens höchstes Gut.“ Körtner U. H. J., ebd., S. 41. Die Überbewertung der Gesundheit geht nach Körtner sogar noch weiter: „In der modernen Gesellschaft ist Gesundheit ein geradezu religiöser Wert.“, ebd., S. 41 f.
- 23 Gronemeyer M., siehe Ref. 8, S. 70
- 24 Wust P., *Ungewißheit und Wagnis*, 2. Auflage, Lit, Münster (2007), S. 37
- 25 Gethmann C. F. et al., siehe Ref. 17, S. 10
- 26 Körtner U. H. J., siehe Ref. 21, S. 43; vgl. Kass L., *L'chaim and its Limits. Why not immortality?*, in: *First Things* (May 2001), S. 17-24, hier S. 17
- 27 vgl. Rapp F., siehe Ref. 14, S. 83-89; Körtner U. H. J., siehe Ref. 21, S. 31 f. „Im Extremfall nähern wir uns dem Modell einer totalen Beherrschbarkeit vitaler Funktionen, die wie bei einer Maschine kontrolliert und repariert werden können. Die Wartung dieser Maschine hängt von der Verfügbarkeit von Geld, Kompetenz und Technologie ab und ist somit eine Frage der Entscheidungsmacht.“, Lesch W., *Mit Grenzen leben. Anthropologische Hintergrundtheorien bioethischer Konzepte*, in: Holderegger A. u. a. (Hrsg.): *Theologie und biomedizinische Ethik: Grundlagen und Konkretionen*, Universitätsverlag, Fribourg / Herder, Freiburg (2002), S. 192-207, hier S. 197
- 28 List nennt es eine „typisch neuzeitliche Strategie der Bewältigung von Kontingenz“, diese letztlich beseitigen zu wollen und spricht daher von „Kontingenzverleugnung“, List E., siehe Ref. 3, S. 110
- 29 vgl. Westerhorstmann K., *Wie weit reicht die Verantwortung? Zur Ambivalenz eines ethischen Begriffs*, in: *Ethica* (2012); 20(4): 317-343, hier S. 335
- 30 vgl. Sandel M. J., *Plädoyer gegen die Perfektion. Ethik im Zeitalter der genetischen Technik*, University Press, Berlin (2008), S. 110 f.
- 31 vgl. u. a. Ulrich F., *Homo abyssus. Das Wagnis der Seinsfrage*, Schriften I, Johannes-Verlag, Einsiedeln (1998); Oster S., *Mit-Mensch-Sein. Phänomenologie und Ontologie der Gabe bei Ferdinand Ulrich*, Alber, Freiburg/München (2004); Wolf K., *Philosophie der Gabe. Meditationen über die Liebe in der französischen Gegenwartsphilosophie*, Kohlhammer, Stuttgart (2006). Später findet sich dies in Ansätzen auch bei Sandel M. J., siehe Ref. 30, S. 123
- 32 vgl. Ulrich F., ebd., S. 28 f.; vgl. Oster S. ebd., S. 210 f.
- 33 Oster S., ebd., S. 223

- 34 List E., siehe Ref. 3, S. 112
- 35 Wolf K., siehe Ref. 31, S. 103 f.
- 36 ebd., S. 104
- 37 vgl. ebd., S. 105
- 38 vgl. ebd., S. 109
- 39 Für Körtner besteht ein notwendiger „Beitrag des Christentums“ entsprechend darin, „auf eine andere Möglichkeit der Kontingenzbewältigung hinzuweisen ... Es ist dies das Ethos des Sein-Lassens, das sich darauf gründet, dass sich der Mensch nicht sich selbst verdankt und in die Welt bringt.“ Körtner U. H. J., siehe Ref. 21, S. 31
- 40 „Heute gilt das hemmungslose Ausleben als höchstes Ziel, während doch in Wirklichkeit nur die sinnvolle Selbstbeschränkung und das Akzeptieren von Grenzen zu einer echten Erfüllung führen kann.“ Rapp F., siehe Ref. 14, S. 187
- 41 Fraling B., *Leben und Freiheit vor dem Horizont der Endlichkeit*, in: Hilpert K., Mieth D., *Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs*, Herder, Freiburg (2006) (QD 217), S. 112-132, hier S. 116
- 42 vgl. Makk 6,34
- 43 Jes 53,4
- 44 Brantl J., siehe Ref. 15, S. 238
- 45 vgl. ebd., S. 237 f.
- 46 vgl. 1 Joh 4,16
- 47 „In Jesus ist das »Ja verwirklicht«, ... die Lebensfülle für die Zukunft verheißen.“, Fraling B., siehe Ref. 41, S. 117
- 48 ebd., S. 119
- 49 „Jeder Mensch ... ist auch zur Teilhabe an jenem Leiden aufgerufen, durch das die Erlösung vollzogen wurde. ... Darum kann auch jeder Mensch durch sein Leiden am erlösenden Leiden Christi teilhaben.“, Johannes Paul II., *Apostolisches Schreiben Salvifici Doloris über den christlichen Sinn des menschlichen Leidens*, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.): *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 53*, Bonn (1984), Nr. 19. So kann sich im Leiden christliche Proexistenz und Stellvertretung ausdrücken. Vgl. dazu: Nossol A., *Christsein als radikale Proexistenz*, in: Piegsa J., Zeimentz H., *Person im Kontext des Sittlichen. Beiträge zur Moraltheologie* (FS J. G. Ziegler), Patmos, Düsseldorf (1979), S. 22-29, hier S. 29. Mystikern erschließt sich Leiden daher auch als „Schule wahrer Liebe. Es ist die lebendige Sprache der Liebe und die große Erzieherin des Menschengeschlechts.“ So Marthe Robin, in: Westerhorstmann Th., *Passion für die Priester. Die besondere Sendung der Marthe Robin*, Heiligenkreuz, Be&Be (2012), S. 47
- 50 Benedikt XVI., *Enzyklika SPE SALVI an die Bischöfe, an die Priester und Diakone an die gottgeweihten Personen und an alle Christgläubigen über die christliche Hoffnung*, in: *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 179*, 3. korr. Aufl., Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn (2008), Nr. 37, S. 46
- 51 Schneider R., *Verhüllter Tag. Bekenntnis eines Lebens*, Herder, Freiburg u. a. (1959), S. 122; vgl. dazu die alttestamentlichen Stellen, die Gott als den Heilenden und „Arzt“ bezeugen, Wsh 16,12 sowie Ex 15,26
- 52 Joas H., *Die Sakralität der Person. Eine neue Genealogie der Menschenrechte*, Frankfurt, Suhrkamp (2011), S. 210
- 53 ebd.
- 54 Böhme G., siehe Ref. 2, S. 235
- 55 „Ich weiß nur zu gut, wie die Krankheit, dieser Störungsfaktor in etwas, das sich in seiner Ungestörtheit uns fast ganz entzieht, uns unsere Leiblichkeit bis zur Aufdringlichkeit präsent macht. Wir haben es hier mit einem methodischen Primat der Krankheit gegenüber der Gesundheit zu tun. Ihm steht ohne Zweifel der ontologische Primat des Heil-Seins, die Selbstverständlichkeit des Lebendigseins gegenüber“, Gadamer H.-G., *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*, Suhrkamp, Frankfurt (1993), S 98 f.
- 56 Stoecker R., *Krankheit – ein gebrechlicher Begriff*, in: Thomas G., Karle I., *Krankheitsdeutung in postsäkularer Gesellschaft* (2009), S. 36-46, S. 38
- 57 ebd.
- 58 G. Fuchs schreibt deshalb ebenfalls davon, dass Krankheit eine „heilsame“ Wirkung entfalten könne, Fuchs G., *„Diese Krankheit ist nicht zum Tode“ (Joh 11,4). Theologische Überlegungen in praktischer Absicht*, in: *„Ohne die Kranken ist die Kirche nicht heil“, Impulse für die Pastoral*, Erzdiözese Freiburg, Sonderausgabe 2012, S. 6-15, hier S. 13
- 59 Reheis F., *Entschleunigung. Abschied vom Turbokapitalismus*, Goldmann, München (2006), S. 75
- 60 vgl. List E., siehe Ref. 3, S. 112
- 61 Zur Möglichkeit sowie zu den Grenzen der „Einführung“ in fremde Gemütszustände, vgl. Stein E., *Zum Problem der Einföhlung*, ESGA 5, 2. Auflage, Herder, Freiburg u. a. (2010), bes. S. 79-105
- 62 Körtner U. H. J., siehe Ref. 21, S. 33; vgl. dazu auch Sandel M. J., siehe Ref. 30, S. 111
- 63 Mieth D., *Die Sehnsucht nach einem Leben ohne Leiden. Ein Recht auf Nicht-Leiden?*, in: Hilpert K., Mieth D., *Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs*, Herder, Freiburg (2006) (QD 217), S. 133-156, S. 144
- 64 Wust P., siehe Ref. 24, S. 31

Clemens Pilar

Spiritualität und Pseudospiritualität in der Medizin

Spirituality and Pseudo-spirituality in Medicine

Zusammenfassung

Spiritualität wird als wichtige Ressource im therapeutischen Bereich wiederentdeckt. Der Begriff der Spiritualität, herausgelöst aus seinem ursprünglichen christlich-religiösen Kontext, wird jedoch sehr unterschiedlich interpretiert und unterliegt einem inflationären Gebrauch. Neben sinnvollen Ansätzen, die spirituelle Dimension des Menschen im therapeutischen Bereich zu berücksichtigen, findet man besonders auf dem Gebiet der Alternativmedizin häufig Therapien, die unter dem Etikett der „Ganzheitlichkeit“ in Wahrheit die Personalität des Menschen leugnen und lediglich eine Pseudospiritualität anbieten.

Schlüsselwörter: Spiritualität, Pseudospiritualität, Reduktionismus, Energetik, Bach-Blütentherapie, Edelsteintherapie

Abstract

Spirituality is being rediscovered as an important resource in the area of therapy. The concept of spirituality, detached from its original Christian religious context, is being interpreted very differently and is increasingly being used. In addition to a more meaningful approach to man's spiritual dimension in the area of therapy, one finds – particularly in the field of alternative medicines – therapies today which deny, under the label of “holism“, the personhood of man and only offer a pseudo-spirituality.

Keywords: Spirituality, Pseudo spirituality, Reductionism, Energetic-Healing, Bach flower remedies, Gem therapy

P. Dr. Clemens Pilar COP
P. Schwartz-Gasse 8, A-1150 Wien
clemenspilar@gmx.at

Es ist erfreulich, dass trotz all der negativen Entwicklungen im Gesundheitssektor, die gegenwärtig immer wieder diskutiert werden, auch eine gegenläufige Bewegung unter Medizinern zu beobachten ist. Im Zusammenhang mit einer „Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens“,¹ wird nun auch vermehrt wieder die Frage nach der Bedeutung der spirituellen Dimension des Menschen für die Medizin gestellt. Es ist naheliegend, dass sich auch Theologen und Seelsorger mit dieser Frage befassen. Als Medizin noch „Heilkunde“, und als solche immer eingebettet in eine religiöse Weltdeutung war, waren spirituelle Aspekte praktisch ein selbstverständlicher Teil der Therapien. Der Verlust dieser Einheit im Zuge des wissenschaftlichen Fortschrittes in der Medizin hat bekanntlich zu manchen unmenschlichen Auswüchsen geführt, die mit Schlagworten wie „Apparatemedizin“ oder „Fünf-Minuten-Medizin“ recht treffend bezeichnet werden. Da kann es dann gut sein, dass sich der kranke Mensch wie eine reparaturbedürftige Maschine behandelt fühlt. So ist es auch zu verstehen, dass trotz der unbezweifelbaren Segnungen und Erfolge der modernen Medizin zahlreiche Patienten nach „Alternativen“ Ausschau halten, die in Aussicht stellen, das Fehlende zu ergänzen.

Umso wichtiger ist es, dass nun auch im Rahmen der wissenschaftlichen Medizin wieder die Frage gestellt wird, wie die spirituellen Bedürfnisse der Patienten im Rahmen einer Therapie berücksichtigt werden können. Die Beobachtung, dass Menschen, die spirituellen bzw. religiösen Halt haben, tendenziell gesünder sind und eine höhere Lebenserwartung aufweisen, gibt einen berechtigten Anlass zu dieser Fragestellung. Die große Zahl an Publikationen zu diesem Thema zeigen aber auch, dass es keineswegs klar ist, was denn nun unter Spiritualität ganz allgemein zu verstehen ist und welche Bedeutung ihr speziell in der Medizin zukommen soll.

Auf dem breiten Markt der „Alternativen Medizin“ tummeln sich ja bereits zahlreiche Anbieter, die mit dem Versprechen arbeiten, den Menschen

in allen Dimensionen seines Wesens – „Leib, Seele und Geist“ – zu behandeln. Zuweilen wird in diesen Zusammenhängen sogar von „Spirituelle Medizin“ geredet. Ob die solcherart angebotenen Heilmethoden dem behaupteten Anspruch aber wirklich gerecht werden, steht auf einem anderen Blatt. Abgesehen von der mangelhaften medizinischen Qualität ist auch der Umgang mit den Begriffen wie „Ganzheitlichkeit“ oder „Spiritualität“ höchst fragwürdig.

Wie kann also eine neue seriöse Verbindung von Medizin und Spiritualität aussehen, wo aber wird man bestenfalls – genauso, wie man auch von „Pseudomedizin“ spricht – von „Pseudospiritualitäten“ sprechen müssen?

Zum Begriff „Spiritualität“

Im Zuge der Esoterik-Welle kam es zu einem inflationären Gebrauch des Begriffes Spiritualität. „Spiritualität“ ist heute ein Modewort der Wellnessindustrie. Ein Psychologe fragt sogar, ob es angesichts der zahlreichen Beutelschneider, die diesen Begriff verwenden, überhaupt noch eine Zukunft für einen vernünftigen Gebrauch des Wortes „Spiritualität“ geben kann.² Wer auch immer heute mit diesem Begriff arbeitet, muss diese große Bandbreite an Bedeutungen bedenken. Für einen vernünftigen Gebrauch dieses Begriffes wird es deshalb hilfreich sein, zunächst dessen ursprüngliche Herkunft und Bedeutung zu umreißen, um dann auch zu sehen, welche Bedeutungserweiterungen legitim erscheinen, und wo andererseits Grenzen überschritten werden, so dass man bloß noch von „Pseudospiritualität“ sprechen kann.

Zunächst verweist der Begriff auf den biblisch-christlichen Kontext. Spiritus ist hier zu allererst der Heilige Geist, die dritte göttliche Person. Der Mensch als Geschöpf Gottes erhält das Leben durch die „Inspiration“ mit dem göttlichen Atem. Die *Neschamah* (lat. *spiraculum vitae*), der Lebensatem macht den Menschen zum lebendigen Wesen.³ Durch diesen von Gott kommenden Lebensatem weist die menschliche Existenz immer schon

über sich selbst hinaus. Ohne den Lebensatem, im Lateinischen der *Spiritus*, kann der Mensch nicht existieren. Gott gibt den Atem, zu ihm kehrt er zurück.⁴ Dieser Lebensatem ist zugleich der Anteil des Menschen am göttlichen *Spiritus*. Damit ist der Mensch immer schon ein *spirituelles* Wesen. Das innerste Lebensprinzip des Menschen unterscheidet sich mithin vom Lebensprinzip der Tiere. Zwar wird der Mensch genauso wie die Tiere als *Nefesch Chaj* – als *Lebewesen* (oder *lebendige Seele*) bezeichnet, aber nur der Mensch wird durch die *Neschamah* belebt, die nicht einfach nur als *Seele* bzw. *Lebenskraft* verstanden wird, sondern als *Geistseele*. Kraft der Geistseele kann der Mensch mit Gott in eine personale Beziehung treten: „(Eine) geistige Seele haben heißt: ein Wesen sein, das von Gott auf ewigen Dialog hin gerufen und darin seinerseits fähig ist, Gott zu erkennen und ihm zu antworten. Was wir in einer mehr substantialistischen Sprache ‚Seele haben‘ nennen, werden wir in einer geschichtlichen, aktuellen Sprache bezeichnen ‚Dialogpartner Gottes sein‘.“⁵

Bei Friedrich Weinreb finden wir eine interessante Deutung der hebräischen Begriffe für Krankheit und Gesundheit.⁶ Krankheit *Chole* hat dieselbe Wurzel, wie das Wort „gewöhnlich“ und das Wort „Sand“: *Chol*. Das Wort für Gesundsein wird vom Begriff für das Schöpferwirken Gottes abgeleitet. *Bara* heißt „erschaffen“, *Beri* „gesundsein“. Damit soll zum Ausdruck kommen, dass der Mensch nur dann gesund sein kann, wenn er sich nicht im Alltag und dem „Gewöhnlichen“ verliert, sondern den Bezug zum Heiligen wahr. Genaugenommen bedarf es, um gesund und ganz zu sein, des inneren Hörens auf den Schöpferruf Gottes.

Spiritualität meint dann in der christlichen Tradition im Unterschied zu einer rein äußerlich ausgeübten rituellen Religiosität die *persönliche Beziehung* des Menschen zu Gott. Spirituelles Leben ist geistliches Leben, ist Leben aus dem Heiligen Geist, aus dem Geist Gottes.⁷ Durch seine spirituelle Natur ist der Mensch auf eine größere, ihn übersteigende Ordnung verwiesen. Auf diese Ordnung hin soll das

Sinnen des Menschen gerichtet sein; diese Ordnung in Freiheit anzuerkennen und sich ihr einzufügen bringt dem Menschen Heil. Nicht nur das Seelenheil hängt von der sinnvollen Ausrichtung des Lebens ab, sondern auch die Gesundheit.⁸

Da sich diese höhere Ordnung als Ordnung der Liebe zeigt („Gott ist die Liebe“⁹), kann der Mensch ein sinnvolles Leben nur dann führen, wenn er diese Ordnung der Liebe anstrebt. Die Liebe aber zeigt sich am Dienst und an der Sorge für die anderen Menschen: „Was ihr einem meiner Geringsten Brüder getan habt, habt ihr mir getan“.¹⁰ So wird die Sorge für die Armen und Kranken zu einem wesentlichen Aspekt christlicher Spiritualität. Ja, die Sorge für die Armen und Kranken wird als Gottesdienst verstanden. Christliche Spiritualität ist also nicht gleichzusetzen mit meditativer Selbstversenkung oder „Nabelschau“. Selbst christliche Mystik ist eine paradoxe Mystik: sie ist – wie es in jüngster Zeit Papst Franziskus vorschlägt – Mystik mit „offenen Augen“.¹¹ Christliche Spiritualität öffnet für die persönliche Beziehung zu Gott und befähigt, Gott im Anderen, im Bruder und der Schwester zu finden. Der Begriff *Spiritualität* hat im christlichen Raum immer mit *Beziehung zum Du* zu tun. Zum Du Gottes und zum Du des Mitmenschen. Ein davon losgelöster Begriff von Spiritualität ergibt im christlichen Raum keinen Sinn.

Christliche Spiritualität öffnet für das Du und lässt den Menschen im anderen, auch und gerade im Armen und Kranken, Christus finden. Umgekehrt bedeutet Sorge für die Armen und Kranken nie bloße Sorge um den Leib, sondern immer auch Seelsorge, Sorge also um das Heil des Menschen. Alle Heilkunde stand deshalb im Dienst des ewigen Heils. Das IV. Laterankonzil ordnete z. B. an, dass der Patient vor dem Beginn einer medizinischen Behandlung zu beichten habe.¹² Ohne Versöhnung mit Gott, ohne sich in diese göttliche Ordnung einzufügen, ist Heil, aber auch Heilung nicht denkbar. Jede Behandlung des Kranken hat mithin immer auch eine spirituelle Komponente und soll den Leidenden in eine tiefere Beziehung zu Gott führen.

Dieses Wissen, das sich in den biblischen Begriffen für Krankheit und Gesundheit ausdrückt und in der christlichen Tradition der Sorge für die Kranken seinen Niederschlag gefunden hat, hat die Heilkunde bis in die Moderne geprägt, bis schließlich die naturwissenschaftliche moderne Medizin zur Trennung von Medizin und Religion geführt hat. Heilkunde war ohne Kunde vom Heil nicht denkbar. Die Sorge für die Kranken war ein unverzichtbarer Teil christlicher Spiritualität.

Spiritualität in der Medizin heute

Berücksichtigt man diese Begriffsgeschichte, ist es eine spannende Frage, was es bedeutet, wenn heute, unter geänderten kulturellen Bedingungen nach einer neuen Verbindung von Medizin und Spiritualität gesucht wird, ja wenn die „Wiedergewinnung einer verloren gegangenen Dimension“ in der Heilkunde gefordert wird. Was dabei ja meist ausdrücklich nicht angestrebt wird, ist eine neuerliche Verbindung von Medizin und (christlicher) Religion.

In der aktuellen Verwendung wird der Begriff „Spiritualität“ oft sogar als Gegenbegriff zur „Religiosität“ verstanden. So ist es heute nicht ungewöhnlich, dass Menschen sich als spirituell, jedoch areligiös bezeichnen. Gemeint ist damit meist allerdings bloß eine Abgrenzung gegenüber religiösen Institutionen. Wo der Begriff Spiritualität von jeder religiösen Sinnggebung abgekoppelt wird, wird er hohl. Doch auch das kann beobachtet werden.

Ein erweiterter Spiritualitätsbegriff ist allerdings hilfreich, wenn man nach den religions- und kulturübergreifenden allgemeinen Merkmalen des „Spirituellen“ fragt. In Anlehnung an eine Definition von Arndt Büssing formuliert Ralph Marc Steinmann solch einen allgemeinen Spiritualitätsbegriff wie folgt: *„Mit dem Begriff Spiritualität wird eine nach Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung bezeichnet, bei der sich der/die Suchende seines/ihrer ‚göttlichen‘ Ursprungs und Teilhabe bewusst wird (wobei sowohl ein transzendentes als auch ein immanentes göttliches Sein gemeint sein kann, z. B. Gott, Allah, JHWH, Tao, Brahman, Prajna, All-Eines u. a.) und*

eine Verbundenheit mit anderen, mit der belebten und unbelebten Natur, mit dem Göttlichen, Absoluten, reinen Sein usw. spürt. Aus diesem Bewusstsein, bemüht er sich um die konkrete Verwirklichung der Lehren, Erfahrungen oder Einsichten, was unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensführung und die ethischen Bezüge in allen Lebensphasen und Lebensbereichen hat. Damit verbunden ist ein individueller Entwicklungs- und Bewusstseinsprozess, in dem der /die Suchende sich der spirituellen Dimension seines Menschseins als universal, existenziell und sinngebend bewusst wird.“⁴³

Eine Medizin, die wieder zur Heilkunde wird, berücksichtigt den unverfügbaren individuellen Personkern, der zu seinem Ganzsein mehr benötigt als nur funktionierende Organe. Schipperges drückt dies in einer beschreibenden Definition dessen aus, was man unter „Gesundheit“, die auch die spirituelle Dimension mit einschließt, verstehen könnte:

„Gesund sein – das wäre eher eine Weise des Daseins überhaupt. Gesundheit ist bereits reines, sich selbst verwirklichendes Sein, bedeutet – was gerade das Kranksein so drastisch demonstriert – die Möglichkeit der Ausführung von Aufgaben, das Tragen von Lasten, das Lösen auch von Widersprüchen, das Erleiden letztlich des Sterbens. Gesund ist, wer sich und andere ertragen gelernt hat und dann auch selber als einigermaßen erträglich erscheint. Der gesunde Mensch, das wäre demnach jener durch und durch positiv gestimmte Mensch, der sich dem anderen zuwendet und damit der Welt, der aus Erfahrung lernt und seine Meinung äußert wie auch ändert, der die Kraft hat und den Mut gewinnt, etwas ins Leben zu investieren, sich einzusetzen, ranzugehen, ja draufzugehen, der Spannungen aushält, Konflikte löst, den Stress meistert, selbst mit Kranksein leben zu lernen bereit ist, der jeden Tag geschenkten Lebens als Chance wahrnimmt und sich zeitlebens im Prozess des Geborenwerdens weiß“⁴⁴ In dieser Definition von Gesundheit fließen Heilung und Heil, in gewisser Weise sogar Heiligkeit ineinander. Ein absoluter Sinnbezug des menschlichen Lebens wird thematisiert. Wenn im Rahmen der Rede von der spirituellen Dimension des Menschen in der Heilkunde stets die

„Ganzheitlichkeit“ zum Thema wird, kann es auch nicht um weniger gehen.

Zusammenfassend kann nun gesagt werden, dass eine wesentliche Voraussetzung für einen vernünftigen Gebrauch des Begriffs „Spiritualität“ darin liegt, dass der Mensch in seiner *dualen* Natur, als *leib-seelische Einheit* gesehen wird, genauer noch, wo die ursprünglich christliche Rede von der *Geistseele* des Menschen bewahrt bleibt, die auf eine höhere, über ihn als Individuum hinausweisende Ordnung verweist.

Dies ist wichtig zu betonen, denn im Rahmen der psychosomatischen Medizin ist die Bedeutung des *seelischen* Anteils längst zum Thema gemacht. Spiritualität thematisiert aber darüber hinaus letzte Sinnbezüge, die den Menschen unbedingt angehen. Dies in der Medizin zu berücksichtigen ist freilich höchst wünschenswert. (*„Es gibt nichts Gesünderes als ein sinnvolles Leben, aber das Leben ist nicht um der Gesundheit willen sinnvoll“*⁴⁵). Wie dies allerdings gelingen kann, ist eine andere Frage.

In jedem Falle scheint eine gewisse Skepsis angebracht, wenn die Forderung gestellt wird, auch „spirituelle Methoden“ in die medizinische Praxis mit einzubeziehen.¹⁶ Die Frage nach solchen Methoden *im Dienste der Gesundheit* beschäftigen die Psychosomatiker und alle, die sich um eine integrierte Medizin bemühen – und das ist sicher lobenswert. Aber was ist gemeint, wenn eine „Spiritualität minus Religion“ gefordert wird und spirituelle Methoden lediglich als Werkzeug dem für viele heute „höchsten Gut“, der Gesundheit, dienen sollen? Spiritualität wird dann als mentales Geschehen betrachtet, auch als individualistische, subjektive Innerlichkeit, das zum *Wohlbefinden* des Menschen und zur *Unterstützung von Therapien* in der Heilkunde dienen soll. Als „spirituelle Methoden“ (auch unter dem Oberbegriff *Mind Body Practices* gefasst) – deren gesundheitsrelevante Wirkungen dann in diversen Studien untersucht werden – gelten diverse Meditations- und Entspannungsübungen, Yoga sowieso, aber auch die Anwendung von Ritualen religiöser Herkunft. Die Kultivierung von Be-

wusstseinszuständen und Bewusstseinshaltungen soll ausdrücklich in die Gleichung des Heilens mit aufgenommen werden.¹⁷ Zwar wird in diesen Fällen die duale Natur des Menschen berücksichtigt, von „Spiritualität“ im ursprünglichen Sinne kann dort, wo diverse Praktiken bloß dem Wohlgefühl dienen sollen, – wenn überhaupt – nur in einem eingeschränkten Sinne gesprochen werden.¹⁸ Es scheint viel eher so, dass in diesen Konzepten Spiritualität mit Psychologie verwechselt wird. Auf jeden Fall haben diese Formen „Spirituelle Wellnessmethoden“ mit dem, was Spiritualität ursprünglich gemeint hat, nur noch wenig zu tun.

Pseudomedizin und Pseudospiritualität

Nun gibt es aber eine ganze Reihe von Therapien, die sehr wohl auch letzte Sinnbezüge des Menschen thematisieren. Zu den wesentlichen Merkmalen zahlreicher alternativer Therapien gehört ja gerade die Behauptung, dass sie im Gegensatz zur so genannten „Schulmedizin“ ganzheitlich seien und den Menschen an *Leib, Seele und Geist* heilen könnten. Nicht wenige dieser Therapien bedienen sich einer typisch religiösen Sprache und geben als Therapieziele keineswegs nur körperliche Gesundheit, sondern das Heil für die Seele an, es ist dann zuweilen nicht bloß von Spiritualität in der Medizin, sondern von speziell „Spirituelle Medizin“ die Rede. Therapien werden als Hilfen verstanden, dass der kranke Mensch seine Gesundheit und sein Heil findet, in dem er durch die Therapie wieder in Harmonie mit der höheren, der absoluten Ordnung gesetzt wird. So zeigen sich eine nicht geringe Zahl an „Alternativen Heilmethoden“ genau besehen als religiöse Systeme. Kann also auf dem Sektor der alternativen Therapien die lange vermisste Synthese von Spiritualität und Medizin gefunden werden? Doch auch hier ist ein kritischer Blick vonnöten.

Paradoxerweise finden sich gerade bei den „Alternativen Heilmethoden“, die auf ihre Ganzheitlichkeit pochen, zahlreiche Methoden, die diese leib-seelische Doppelnatur des Menschen zwar zum Thema machen, diese aber praktisch

durch die konkrete Therapie wieder leugnen und den ganzen Menschen auf ein (para-)naturgesetzliches Geschehen reduzieren. Zwar wird viel von Geist und Seele gesprochen, diese werden dann im Rahmen der Therapien aber im Sinne einer trivialen Maschine behandelt. Der Unterschied liegt oft lediglich darin, dass man anstatt von stofflichem Wirken, von „feinstofflichen“ Kräften spricht. Dass „Stoff“ Stoff bleibt, ob grob oder fein und das mechanistische Denken einer Apparatemedizin gerade nicht überwunden wird, wird nicht bemerkt. Dass positive Wirkungen einer Therapie etwa auf die Begegnung und das Kommunikationsgeschehen zurückzuführen seien, eben den „Placeboeffekt“, wird meist ausgeblendet oder sogar ausdrücklich abgestritten.¹⁹

Zur Erklärung der Therapien und der entsprechenden Wirkungen dient zumeist das Welt- und Menschenbild, das im Rahmen der Esoterik-Welle vielen Menschen bereits geläufig ist und ihr Denken und Selbstverständnis prägt. Demnach gäbe es keine Trennung von Körper und Geist, beide seien nur Manifestationen einer universalen Energie, die den ganzen Kosmos durchdringe. Alles sei Energie, alles sei Schwingung. Folgerichtig heißt es dann: „Die richtige Schwingung heilt“.²⁰ Um dem ganzheitlichen Anspruch gerecht zu werden spricht man nicht von Energetik, sondern man verwendet die Wortneuschöpfung „Energethik“. Der Energiebegriff bleibt unscharf, die konkrete Verwendung lässt jedoch eine physikalistische Deutung erkennen. Je nach Therapie werden die Schwingungen dann durch „Resonanzwirkungen“ beeinflusst, oder – wenn in Anlehnung an das fernöstliche Menschenbild, die Kräfte in Energiebahnen (Meridianen) fließend gedacht werden – nach einer simplen Dampfmaschinenlogik durch Betätigung von Druckpunkten und Massagetechniken gelenkt oder es werden „Blockaden“ gelöst.

Ob dann in der Therapie besonders zubereitete Arzneien verabreicht werden, ob eine manuelle Therapie eingesetzt wird, oder ob man dem modernen Maschinendenken noch weiter entgegen-

kommt und fantasievolle Apparaturen einsetzt – wie etwa in der Bioresonanztherapie – durch die „Krankheitsschwingungen“ gelöscht oder umgepolt werden sollen, ist dann eine Frage des Geschmacks und der persönlichen Vorliebe.²¹

Krankheitsursachen und Kräfte der Heilung werden allein im Individuum gesucht. Die gestörte Schwingung, die Energieblockade, die fehlende Harmonie mit dem höheren „Selbst“ kann dann als Leidensursache genannt werden. Selbst die für den Menschen so wichtige Kommunikation kann so gestaltet werden, dass das Individuum darin völlig auf sich selbst zurückgebogen wird. Kommuniziert wird dann mit den eigenen Organen, oder, wie eine russische Heilerin empfiehlt, mit den eigenen Zellen.²²

Bizarr erscheint auch die jüngere Spur der Heilmethoden durch Zeichen zum Aufmalen oder Trinken. Wer die Homöopathie zum Aufmalen anwendet, malt Symbole auf den Körper des Patienten.²³ Das Zeichen soll aber nicht vom Geist des Menschen gesehen, gedeutet und verstanden werden. Vielmehr soll das Zeichen aufgrund seiner besonderen geometrischen Form eine spezifische Energie, eine Schwingung aussenden, die unmittelbar auf die „Energien“ des Patienten wirken. Wahlweise könne man auch ein Glas Wasser auf Symbolkarten stellen, damit die Energie der Symbole das Wasser energetisieren. So könne die Heilkraft der Symbole getrunken werden. Der Mensch als zur Freiheit begabte Person scheint in diesen Ansätzen nicht mehr auf, lediglich eine Ansammlung von „Energien“, die auf (pseudo-)physikalische Weise aufeinander wirken sollen.

Zahlreiche dieser Therapien geben als Ziel nicht bloß körperliche Heilung an, sondern ausdrücklich die spirituelle Weiterentwicklung, da diese die Grundlage aller Gesundheit sei. Die spirituelle Entfaltung kann der Klient dann durch die Arzneien, Steine oder Gerätschaften einfach an sich geschehen lassen. Er wird im Vollsinn zum *homo patiens*, der alle Verantwortung abgeben und an die Wirkung entsprechender kosmischer Naturgesetz-

lichkeiten delegieren kann. Zur geistlichen Entfaltung wird dann auch kein Gegenüber gebraucht, kein Gespräch, es fällt die Notwendigkeit weg, sein Leben zu riskieren und sich zu übersteigen auf das Größere hin. Wo aber Beziehung bedeutungslos wird, weil das Individuum in allen Bezügen auf sich selber zurückverwiesen wird und auch die geistige Entfaltung lediglich in einer Aufblähung des Selbst bestehen soll, wird der Begriff Spiritualität – der von seinem Ursprung her ein Beziehungsbegriff ist – zur leeren Worthülse. Drei Beispiele auf dem uferlosen Angebot meist sehr ähnlicher Therapien können dies veranschaulichen.

Beispiel 1: Nullpunktenergie-Therapie

Als drastisches Beispiel seien hier einige Ausschnitte aus einem Werbetext der Firma „ad Fontes“ angeführt, die ihre Philosophie und Produkte über das Internet anbietet.²⁴ Die Auswahl dieser Website erfolgt zufällig, – die Sprache und die Behauptungen sind typisch für eine sehr große Zahl von Anbietern mit vergleichbaren Produkten und Heil(s)versprechen. Diese Firma „ad fontes“ vertreibt ihre Produkte, die auf der Basis der „Nullpunktenergie-technologie“ – nach entsprechenden Angaben, eine Weiterentwicklung der „Quantenmedizin“ – wirken sollen. Zu den Produkten gehören Steine, Essenzen (10 ml um sage und schreibe € 1.500.-), sowie ein Hifi-Modul (€ 1.800.-). Bei diesem „Lebensenergie-System“ handle es sich um einen Booster für die persönliche Entwicklung: *„Das Hochenergie-System bietet Ihnen die Möglichkeit, Ihre wahren Potentiale zu erschließen sowie Ihre körperliche und geistige Entwicklung extrem zu beschleunigen. Die Nullpunkt- oder Lebensenergie als übergeordnete Energieform ist der Verstärker, der Treiber, die Voraussetzung für alle anderen Veränderungen. Sie sorgt für Struktur und Ordnung in unserem Organismus und liefert die Blaupause für den optimalen Zustand. Sie wirkt über die energetische Ebene auf die geistige und physische Ebene. Nur ein Mehr an Nullpunktenergie ermöglicht Entwicklung und Wachstum. Auf der physischen Ebene entscheidet die Photonenemission der Körperzel-*

len darüber, ob und wie wir uns körperlich entwickeln. Je höher die Photonenemission unserer Zellen ist, desto vitaler, leistungsfähiger und energiegeladener sind wir.“

„In uns werden die Voraussetzungen geschaffen, die wir so dringend brauchen, um eine spirituelle Entwicklung zu planen und durchzuführen. Nullpunktenergie ist die Lösung für spirituellen Reichtum. Bezogen auf die Erleuchtung stellt sie eine beschleunigte Alternative zu jedem anderen Weg dar und ist zudem in Europa der einzig gangbare Weg mit Aussicht auf Erfolg.“

Umfassendes körperliches Wohlbefinden, optimierte Persönlichkeitsentfaltung auf allen Ebenen, spirituelle Erleuchtung und auch Wunscherfüllung durch die Befähigung, sich die eigene gewünschte Realität erschaffen zu können, soll allein durch die Einnahme einer Wunderdroge, bzw. durch das Auflegen von Steinen gelingen. Eine persönliche und eigenverantwortliche Auseinandersetzung mit der Umwelt und der Gesellschaft wird damit überflüssig. Dies ist freilich ein typisches Muster, das in vielen ähnlichen Therapieangeboten zu finden ist: „Spirituelle Hilfsmittel“ für die orale Einnahme stellen schließlich einen wichtigen ökonomischen Faktor in der einschlägigen Szene dar.

Beispiel 2: Bach-Blütentherapie, oder die „Sakramente des Feldes“

Bekannter und beliebter als die oben genannte Methode ist die Bach-Blütentherapie. Als frühes Derivat der Homöopathie ist auch die Bach-Blütentherapie eigentlich nicht wirklich als Medizin zu werten, sondern als Selbsterlösungsweg auf „parastofflichem“ Weg. Dr. Edward Bach, der 1919 seine Medizinerkarriere als Pathologe und Bakteriologe am Londoner Homöopathischen Spital begann und dort die Homöopathie kennenlernte, entwickelte bald sein eigenes System, das sich ganz aus der Ideenwelt der theosophischen Esoterik speiste.

Nach Bach liegt in jedem Menschen der göttliche Funke, der auch Seele oder höheres Selbst genannt wird. Die Entwicklung der Individuen ist Teil der Höherentwicklung Gottes. Der Mensch ist auf dieser Welt, um jene Weisheit und Erfahrungen

zu erlangen, die man nur durch eine Erdenexistenz erreichen kann, um Tugenden zu entwickeln und auszulöschen, was falsch ist. Dies geschieht in zahlreichen Entwicklungsstufen, in denen sich das Individuum wiederholt reinkarniert. Es ist die irdische Aufgabe des Menschen, diesen Geboten, unbeeinflusst von außen durch andere, zu folgen und niemandem zu erlauben, Einfluss auf das eigene Leben zu nehmen. Alles Wissen liege im eigenen Inneren. Der innere göttliche Funke ist der alleinige Leitstern, dem es zu folgen gilt. Wenn die Persönlichkeit nicht der Stimme des höheren Selbst folgt, dann ist Krankheit das Korrektiv, das das Individuum wieder auf den rechten Weg zurückbringen soll. Deshalb sei das Wesen der Krankheit wohl-tätig, denn *„es ist ihr Zweck, die Persönlichkeit zum göttlichen Willen der Seele zurückzuführen.“*⁵⁵ Doch sind es nicht nur Fehlhaltungen aus diesem Leben, die möglicherweise einer Korrektur bedürfen, es kann sich auch karmische Schuld angesammelt haben: Das Wesen der Krankheit als solche ist dann Hinweis auf die „Art von Fehlverhalten“, durch die der Patient gegen das *„göttliche Gesetz von Liebe und Einheit verstoßen hat.“*⁵⁶ Als die eigentlichen Grundkrankheiten des Menschen werden dann die Fehler Stolz, Grausamkeit, Hass, Eigenliebe, Unwissenheit, Unsicherheit und Habgier genannt. Jede Art von Krankheit soll zur Entdeckung des zugrunde liegenden Fehlers führen. Aufgabe der Heilkunde ist nach Bach nicht, Krankheiten zu kurieren, sondern zu helfen, fehlende Tugenden zu entfalten.

Diese Heilmittel sind, so Bach, in der Natur zu finden, denn alles Leiden kam nur, weil der Mensch sich vom Weg der Natur abgewandt hat und ihn zugunsten des menschlichen Weges aufgegeben hat. Dr. Bach ist der Ansicht, dass gewisse Pflanzen in ihrem Entwicklungsstand höher stehen als der durchschnittliche Mensch: *„Wir sollten diese schönen Blumen des Feldes als ein Sakrament empfangen, als die Gottesgabe unseres Schöpfers, die uns in unserer Bedrängnis hilft.“*⁵⁷ Nur durch solche sei es denkbar, dass sie für den Menschen in seinem geistigen Aspekt veredelnd sein können. Diese Arz-

neien, die als nur gute Substanzen dem Menschen Helfer und Trost sein sollen und ihm helfen, ein dem göttlichen Wesen gefälliges Leben zu führen, sind als Gnadennittel zu verstehen, die dem Menschen auf seinem spirituellen Weg helfen sollen, die Vollkommenheit zu erlangen. Das Wichtigste ist, dass diese Pflanzen den Menschen seiner Göttlichkeit näher bringen.

Dazu müssen aus den Pflanzen (bzw. Bäumen, oder auch dem Quellwasser, das Dr. Bach zu seinen Blütenarzneien rechnet) die geistigen Kräfte gewonnen werden, die dann *direkt auf die Seele* im Menschen wirken sollen. Ein besonderes Herstellungsverfahren soll dafür sorgen, dass keine stofflichen Anteile in der Arznei enthalten sind, sondern nur die „Geisteskräfte“ der Pflanzen.

Es ist nur konsequent, wenn spätere Vertreter die Bach-Blütentherapie als einen Weg der Gnade bezeichnen⁵⁸ und als Ziel der Therapie nicht nur Heilung, sondern die Heiligkeit nennen.⁵⁹ Die Entfaltung der nach diesem Konzept notwendigen Tugenden erfolgt nicht durch das Bemühen des Geistes und die Beherrschung des Willens in Freiheit und Verantwortlichkeit, sondern durch das Schlucken von Arzneien. „Etwas“ soll also „Jemanden“, das Objekt das Subjekt zur Ganzheit führen, vorbei am vernehmenden Geist, vorbei an der Notwendigkeit, Entscheidungen zu treffen und sich in die Tugenden einzuüben. Kein Du macht hier den Menschen ganz, sondern das Medikament. Damit aber wird letztlich doch der ganze Mensch zu einer trivialen Maschine reduziert.

Beispiel 3: Edelsteintherapie – Mineralien als spirituelle Freunde und Begleiter

Es ist schon ein Kuriosum der besonderen Art, dass gerade die Edelsteintherapie als besonders spirituelle Heilkunde bezeichnet wird. Der Stein, in der Bibel der Inbegriff des Leblosen, soll den Menschen zur Fülle der Lebendigkeit führen. In der Beliebtheit steht die Edelsteintherapie der Bach-Blütentherapie kaum nach. Zudem kann die „Steinheilkunde“ – anders als viele Neuerfin-

dungen – auf eine lange Tradition zurückblicken. Gerne wird gerade in christlichen Kreisen darauf verwiesen, dass auch Hildegard von Bingen einen Traktat über die Heilkraft der Edelsteine verfasst haben soll. Nun, da diese Frau des Mittelalters endlich zur Würde der Altäre erhoben und noch dazu zur Kirchenlehrerin erklärt wurde, fühlen sich solche Steingläubigen erst recht bestätigt, und nicht wenige sind der falschen Ansicht, dass nun diese mittelalterlichen Ansichten gar Lehre der Kirche seien. Allein dieses Faktum zeigt aber, wie sehr die Edelsteintherapie mit dem Bereich des Religiösen und Spirituellen in Verbindung gebracht wird.

Die Wirksamkeit der Steine wird mit deren „Schwingungen“ erklärt. „Alles ist in Bewegung“, so lautet eine Überschrift: „Es ist kaum zu glauben, aber die Wissenschaft hat es bewiesen: Auch ein Stein, der Inbegriff des Harten, ist in sich Bewegung ... Das Schwingen der Atome erzeugt Energie, die auf uns Menschen, die wir ebenfalls aus schwingenden Teilchen bestehen, Einfluss hat.“³⁰ Auf Tiefgründigkeit kommt es bei der Erklärung der Heilwirkungen nicht an: *„Da Steine nichts als verdichtete Energie sind, wirken sie sowohl durch ihre Schwingung als auch durch ihre Farbe. Jeder Stein hat seine spezifische Schwingung, die sich auf die Schwingung des Menschen übertragen lässt.“*³¹ *„Bringen wir einen Stein mit unserem Körper in Berührung, wird das einstrahlende Licht zwangsläufig die »Licht-Kommunikation« zwischen den Zellen beeinflussen und bestimmte Reaktionen hervorrufen. ... Damit gehört die Steinheilkunde wie die Homöopathie, die Bach-Blüthen-therapie oder die Aromatherapie zu den Informationstherapien.“*³² Wenn Gienger hier von einer Kommunikation zwischen Stein und Mensch spricht, so ist das nicht als Metapher gemeint!: *„Wenn Sie ein Mineral in der Hand halten, sollten Sie immer daran denken, dass Sie keine tote Materie berühren. Die Steine leben, sie strahlen aus, spenden uns ihre heilsame Schwingungsenergie.“*³³ Steine sind dann dem Menschen überlegene Lichtwesen. Der Edelstein wird zum spirituellen Freund und Begleiter, mitunter sogar einem Schutzengel gleichgesetzt („Der Ro-

senquarz ist ein lieber Stein, er ist der Schutzengel kleiner Kinder ... Er beschützt alles, was hilflos und rein ist, alles, was Schutz gegen die ‚böse‘ Welt benötigt.“³⁴). Die richtige Einsicht, dass der Mensch für seine seelische und geistliche Entwicklung in Beziehung leben muss und Freundschaft hilfreich ist, wird hier auf das tote Mineral bezogen und so ad absurdum geführt. Der Stein als Engel und spiritueller Begleiter und gegebenenfalls als Therapeut hat freilich den Vorteil, dass er in der Hosentasche immer verfügbar ist und die wirkliche Anstrengung und das Abenteuer der Selbsttranszendenz auf das Du hin obsolet werden lässt.

Zusammenfassung

„Spiritualität eignet sich nicht dazu, medizinisch vereinnahmt zu werden“, mahnt der Schweizer Psychiater Daniel Hell.³⁵ Dass der Mensch als Patient auch in der Medizin in seiner spirituellen Dimension wahrgenommen wird, ist zwar höchst wünschenswert. Doch wird man, wenn man nach einer Verbindung von Medizin und Spiritualität fragt, darauf achten müssen, dass man nicht im Zuge des modernen Machbarkeitsdenkens bei der Suche nach „spirituellen Methoden“ stehen bleibt und Spiritualität mit Psychotherapie vermischt. Wer von der spirituellen Dimension des Menschen spricht, anerkennt, dass es ein immaterielles, unverfügbares, durch keine Methode – und schon gar nicht durch „feinstoffliche“ Pseudoarzneien oder „Schwingungen“, welcher Art auch immer – behandelbares Geheimnis im Menschen gibt, das ihn erst zum Menschen macht. Eine Medizin, die auch die spirituelle Seite des Menschen berücksichtigen möchte, anerkennt, dass dieses innerste Lebensprinzip des Menschen, das wir mit dem Begriff der Geist-Seele zu fassen suchen, über einen Freiheitsgrad verfügt, das nicht definierbaren Gesetzmäßigkeiten folgt und nicht mit mechanistisch verstandenen Naturgesetzen einzufangen ist.³⁶

Die spirituelle Dimension des Menschen kann nur dann adäquat in die Medizin einbezogen werden, wenn der Arzt oder Therapeut, jenseits aller

Methodik und allem Machbarkeitsdenken dem Patienten als Menschen begegnet und sich gemeinsam mit ihm von einem höheren Sinn und einer größeren Ordnung umgriffen weiß. Wenn auch Mediziner dieses größere Geheimnis des Menschen anerkennen und – wohl auf je persönliche Weise – dem Patienten helfen, sich diesem Geheimnis zu stellen, um eine – ebenfalls je persönliche Antwort zu geben – hat das Spirituelle wieder einen Platz in der Medizin. Was ursprünglich untrennbar miteinander verbunden war, findet auf solche Weise wieder zueinander.

Referenzen

- 1 vgl. den entsprechenden Buchtitel, Hontischk B., Bertram W., Geigges W., *Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Bausteine einer integrierten Medizin*, Schattauer, Stuttgart (2013)
- 2 vgl. Fischler H., *New Cage, Esoterik 2.0. Wie sie die Köpfe leert und die Kassen füllt*, Molden Verlag, Wien/Graz/Klagenfurt (2013), S. 58
- 3 vgl. Gen 2,7
- 4 vgl. Gen 6,3
- 5 Ratzinger J., *Einführung in das Christentum*, Kösel-Verlag (2000), S. 296
- 6 Weinreb F., *Vom Sinn des Erkrankens*, Origo Verlag, Bern (1999) S. 29 f.
- 7 Körtner U. H. J., *Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff: Eine interdisziplinäre Perspektive*, in: Frick E., Roser T., (Hrsg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, Kohlhammer, Stuttgart (2011), S. 28
- 8 vgl. Sir 38,15
- 9 1 Joh 4,8
- 10 Mt 25,40
- 11 Papst Franziskus, *Evangelii Gaudium*, http://www.vatican.va/holy_father/francesco/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium_ge.pdf (letzter Zugriff am 3. Februar 2014)
- 12 Engelhardt H. T., Delkeskamp-Hayes C., *Der Geist der Wahrheit und die Legion der Spiritualitäten. Ein orthodoxer Blick auf die Klinikseelsorge im religiösen Pluralismus*, in: Frick E., Roser T. (Hg.), *Medizin und Spiritualität*, Kohlhammer, Stuttgart (2011), S. 74
- 13 Steinmann M. R., *Zur Begriffsbestimmung von Spiritualität*, in: Büssing A., Kohls N., *Spiritualität transdisziplinär*, Springer, Berlin/Heidelberg (2011), S. 46
- 14 Schipperges H., *Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte*, Springer, Berlin/Heidelberg (1999), S. 22
- 15 Meyer-Abich K. M., *Was es bedeutet gesund zu sein. Philosophie der Medizin*, Carl Hanser Verlag, München (2010), S. 275
- 16 vgl. dazu Esch Th., *Neurobiologische Aspekte von Glaube und Spiritualität: Gesundheit, Stress und Belohnung*, in: Büssing A., Kohls N., *Spiritualität transdisziplinär*, Springer, Berlin/Heidelberg (2011), S. 23 ff.
- 17 Kohls N., Walach H., *Spirituelles Nichtpraktizieren – ein unterschätzter Risikofaktor für psychische Belastungen*, in: Büssing A., Kohls N., *Spiritualität transdisziplinär*, Springer, Berlin/Heidelberg (2011), S. 134
- 18 vgl. dazu Engelhardt H. T., Delkeskamp-Hayes C., siehe Ref. 12, S.73-78
- 19 so etwa der Homöopath Vithoulkas: „Nicht selten gewinnt der Patient allein durch (das) Gespräch eine tiefere Einsicht über sich selbst; doch täuschen wir uns nicht: die eigentliche Heilung wird erst durch die Verabreichung des homöopathischen Einzelmittels, nicht durch den psychodynamischen Kontakt mit dem Behandelnden in Gang gesetzt“, in: Vithoulkas G., *Medizin der Zukunft*, Georg Wenderoth Verlag, Kassel (1997), S. 82
- 20 Kraaz I., Rohr W. v., *Die richtige Schwingung heilt. Das große Praxisbuch für Bach-Blüten, Farbe und andere Energien*, Goldmann Verlag, München (1994)
- 21 So wurde mir von einem deutschen Heilpraktiker berichtet, dass rund um Wolfsburg mit Vorliebe Bioresonanzgeräte und ähnliche Apparaturen eingesetzt werden. Für die Patienten, die aus der Autoindustrie kommen, seien Elektronikgeräte in der Therapie besonders beliebt und attraktiv.
- 22 vgl. Lumira, *Erneuere deine Zellen. Eine russische Heilerin offenbart ihr energetisches Verjüngungsprogramm*, Trinity Verlag, München (2012)
- 23 Neumayer P., Stark R., *Medizin zum Aufmalen*, Mankau Verlag, Murnau (2010)
- 24 <http://www.nullpunktenergie.de/home.html> (letzter Zugriff am 3. Februar 2014)
- 25 Bach E., *Von der Homöopathie zu den Bachblüten. Gesammelte Schriften vom Entdecker der Bachblüten*, Goldmann Verlag, München (1994), S. 184
- 26 ebd., S. 186
- 27 ebd., S. 152
- 28 Geßwein W., *Blüten und Gnade*, Intuition Publications Verlag, Köln (1993)
- 29 Scheffer M., *Bach-Blüthen therapie. Theorie und Praxis*, Heinrich Hugendubel Verlag, München (1990), S. 10
- 30 Labacher J., *Heilsteine. 50 Steine und ihre therapeutische Anwendung für Körper und Seele*, Ludwig Verlag, Mün-

- chen (2002), S. 8
- 31 Pöttinger H., *Harmonie und Heilkraft durch edle Steine*, Pinguin Verlag, Innsbruck (1994), S. 8
- 32 Gienger M., *Die Steinheilkunde*, Neue Erde, Saarbrücken (1995), S. 149-159
- 33 Graf B., *Heilen mit Edelsteinen*, Gräfe und Unzer Verlag, München (1999), S. 8
- 34 Sonnenberg P., *Heilende Steine von A bis Z. Die wichtigsten Heilsteine und ihre stärkende Wirkung auf Körper und Geist*, Iris Verlag, Amsterdam (2000), S. 80
- 35 Hell D., *Die Wiederkehr der Seele. Wir sind mehr als Gehirn und Geist*, Herder Verlag, Freiburg/Basel/Wien, (2010), S. 156
- 36 ebd., S. 168

Hat die Autonomie des Patienten Grenzen?

Are there Limits to a Patient's Autonomy?

Ein 1957 geborener Mann, als Kleinbauer tätig, verheiratet, hat alles daran gesetzt, seine beiden Töchter „etwas lernen“ zu lassen. Sie arbeiten beide im Gesundheitssystem und rufen mit großer Sorge um ihren Vater in der Ordination eines plastischen Chirurgen an, da ihnen aufgrund einer nicht heilen wollenden Wunde nach mehreren operativen Eingriffen an der Unterlippe dringend eine Wiederherstellungsoperation empfohlen wurde. Der Mann nimmt die Autofahrt von zwei Stunden auf sich und erscheint in relativ gutem Allgemeinzustand mit einer Tochter in der Ordination. Er wirkt verängstigt – hat an seiner Unterlippe einen relativ großen, durchnässten Verband. Nach Entfernung desselben zeigt sich eine sehr kurze Unterlippe, die in der rechten Hälfte einen großen Substanzdefekt aufweist. Dort sind die Zähne und die weit zurückgewichenen Zahnhäule sichtbar, Speichel rinnt aus der Mundhöhle, und er kann kaum sprechen. Am Wundgrund liegen gelbe Beläge. Der Mund kann nicht geschlossen werden, der rechte Mundwinkel ist nach oben verzogen. Der Mann hat keine Arztbriefe, Operationsprotokolle oder ähnliches dabei, sodass sie akut angefordert werden müssen.

Dadurch lässt sich folgende Anamnese erheben: Der Patient wurde vor 3 Jahren wegen eines Plattenepithelkarzinoms (im Tumorstadium pT₁, pN₀, Mo) an der rechten Unterlippe operiert, war regelmäßig bei einer Sonografie der Halslymphknoten im Rahmen der halbjährlichen Tumornachsorge. Rund 2 1/2 Jahre danach zeigte sich an der Resektionsstelle ein „Wimmerl“. Dieses wurde unter dem Verdacht eines Rezidivs ohne Hinweis auf Metastasen operiert (histologisch fand sich kein Anhaltspunkt für ein Rezidiv). Wegen einer Wundheilungsstörung (die Wunde klaffte bereits

am 5. postoperativen Tag) wurde insgesamt dreimal nachoperiert. Trotz aller Bemühungen misslang leider auch der dritte Versuch, den Defekt durch eine direkte Naht zu verschließen.

Der Patient steht wegen verschiedener anderer internistischer Erkrankungen (Hypercholesterinämie, Antrumgastritis, Emphysem, art. Hypertonie, Typ II Diabetes) beim Hausarzt in regelmäßiger Kontrolle und nimmt täglich zahlreiche Medikamente (wie Inderal, Harmomed, Tresleen, Atarax, Saroten, Tebofortan, Pantoloc und Mexalen) ein. Auf die Frage, ob er rauche, gibt er zu, seit 45 Jahren täglich 60 Zigaretten zu rauchen – und dies nicht aufgeben zu wollen. Es schließt sich ein langes Aufklärungsgespräch über die verschiedenen relativ komplizierten Rekonstruktionsmöglichkeiten einer fast zur Hälfte fehlenden Unterlippe an, wobei der Arzt den zahlreichen Fragen sowohl von Seiten des Patienten wie seiner Tochter Rede und Antwort steht und zur Veranschaulichung der Situation auch Zeichnungen angefertigt werden. Die beiden sind nach diesem Gespräch auf „Augenhöhe“ offensichtlich erleichtert, bekommen Bedenkzeit und willigen schließlich in eine neuerliche Operation mit dem Ziel der Unterlippenrekonstruktion durch Lappenplastik ein. Diese Operation verlangt vom Patienten Disziplin, im Besonderen eingeschränkte Nahrungsaufnahme und Sprechverbot für mindestens 5 Tage, und hat Narbenbildung im Gesicht zur Folge. Es wird vom Arzt auch auf den schädigenden Einfluss des Nikotins hingewiesen und vorgeschlagen, in den kommenden zwei Wochen vor der Operation mit dem Rauchen komplett aufzuhören. Am Abend des Gesprächs wird der Chirurg per E-Mail kontaktiert, in dem die Tochter mitteilt, wie froh die ganze Familie über die posi-

tiven Aussichten wäre, dem Vater entscheidend helfen zu können. Auch versichert die Tochter darin, dass die Familie mit Nikotinpflaster und evtl. Akupunktur alles versuchen wolle, um den Vater vom Rauchen abzubringen.

Es gelang nicht einmal eine Woche lang, dieses Vorhaben durchzuziehen. In den ersten Tagen ging der Patient öfters als normal in den Wald, um sich vom Nichtrauchen abzulenken.

Nach einer Woche erhielt der Chirurg ein weiteres E-Mail, in dem ihm der Wunsch des Patienten mitgeteilt wurde, von jeglicher weiterer Therapie Abstand nehmen zu wollen.

Michael Peintinger

Kommentar zum Fall I

Commentary on the Case I

Ähnlich der Mehrzahl von ethischen Fallbesprechungen skizziert auch das hier beschriebene Szenario Aspekte der Selbstbestimmung des Patienten, die in unseren Breiten im Sinne einer „Autonomie als Schutzrecht“⁴¹ etabliert ist, das gemeinhin jede Behandlung ohne die Zustimmung oder gar gegen den Willen des Patienten verbietet. Zugleich birgt dieses Konstrukt auch die grundsätzliche Antwort der in der Überschrift aufgeworfenen Frage nach einer Begrenzung in sich, welche somit aus der Berührung oder gar Beeinträchtigung des Schutzrechts des je Nächsten resultiert.

Ehe diese mögliche Grenze in der konkreten Fallschilderung näher betrachtet wird, soll das Hauptaugenmerk jedoch auf die Selbstbestimmung des Patienten gerichtet werden.

Verfolgt man die Darstellung anhand der unterschiedlichen Akteure und ihrer Handlungen, scheint zunächst gar nicht die Selbstbestimmung des Patienten, sondern jene anderer Personen im Vordergrund zu stehen. Es sind nämlich die Töchter, welche offenbar die Initiative ergreifen und den Kontakt mit den Chirurgen suchen. Wohl ist zu vermuten, dass dies in Abstimmung mit dem Vater geschehen ist. Es ist jedoch auch nicht auszuschließen, dass seine Einwilligung zur Begegnung weniger einem freien inneren Antrieb nach Sanierung entspringt, als vielmehr aus Rücksicht auf die möglicherweise häufig innerfamiliär thematisierte Belastung der Töchter, die wiederum – wie es der Kontext nahelegt – wohl zumindest aus der krankheitsbedingten Unansehnlichkeit des Vaters resultiert.

Die Selbstbestimmung des Patienten selbst zeigt sich jedoch zweifellos in seiner Bereitschaft, die lange Anreise zur Begutachtung in Kauf zu nehmen. Dabei mag es zugleich ein wenig verwundern,

dass sich die Besorgnis der Töchter, die selbst im Gesundheitsbereich tätig sind, nicht auch auf die Beibringung relevanter Unterlagen und Vorbefunde erstreckt.

Beim Arztbesuch wird der Patient zwar anfangs als „verängstigt wirkend“ beschrieben, ist aber dennoch im Verlauf offenbar stark und im Sinne seiner Autonomie auch selbstmächtig genug, um seinen Zigarettenkonsum nicht nur zu bestätigen, sondern zugleich auch seinen Willen zu bekräftigen, das „stigmatisierte“ Rauchen keineswegs aufzugeben.

Der Selbstbestimmung im Sinne der „3-Säulen-Aspekte“ wird anschließend wohl in qualitätsvoller Weise durch ein langes Aufklärungsgespräch Rechnung getragen, bei dem die Rekonstruktionsmöglichkeiten ebenso umfassend und mit graphischer Unterstützung dargestellt wie auch die Fragen ausreichend beantwortet werden. Leise Zweifel hinsichtlich der für autonome Entscheidungen doch meist notwendigen Reflexionszeit melden sich, wenn es im Text heißt, dass eine „Bedenkzeit“ eingeräumt und eine anschließende Einwilligung beider (Tochter und Vater) in die Operation erfolgt. Dies erstens, weil sich Skepsis einstellt, ob diese kurze Bedenkzeit in einem ersten Begutachtungsgespräch gerade in so komplexen und tiefgreifenden operativen Situationen ausreichen mag. Zum zweiten erhebt sich die Frage, weshalb auch die Tochter „einwilligen“ sollte. Schließlich lässt sich drittens anführen, dass – folgt man dem Text – erst nach dieser Gesamteinwilligung die umfassende Erläuterung der Verhaltensweisen zur Unterstützung des Operationserfolges ausführlich besprochen zu werden scheinen. Hier zeigt sich, dass die so genannte Sicherungsaufklärung nicht sinnvoll von der Auf-

klärung zur Operation und den aus ärztlicher Sicht unverzichtbaren Beiträgen des Patienten (Nahrungskarenz, Sprechverbot, Rauchverbot) getrennt werden können, da die Zustimmung zur Operation wohl auch der Kenntnis dieser als notwendig erachteten Verhaltensweisen bedürfen wird.

Der weitere Verlauf der Fallschilderung zeigt sowohl diese zuletzt genannte Problematik als auch die grundsätzlichen Grenzen therapeutischen Handelns auf. So sehr sich der Patient offenbar bemüht, ein über 40 Jahre geübtes Verhalten von einem auf den anderen Tag zu verändern, so wenig überraschend erscheint es, dass dies misslingt. Dennoch sollte auch hier das Verhalten des Patienten nicht vorschnell abqualifiziert werden. Seine Strategie, zur Beherrschung des Verhaltens vermehrt in den Wald zu gehen, zeigt doch eine grundsätzlich autonome Lösungskompetenz, selbst wenn diese letztlich scheitert. Insofern lässt sich allerdings aufgrund der Anamnese zugleich fragen, ob der Rat, 14 Tage vor der Operation mit dem Rauchen aufzuhören, nicht auch ein bisschen wirklichkeitsfremd anmutet. Keinesfalls jedoch sollte in diesem Zusammenhang vorschnell von „mangelnder Compliance“ des Patienten gesprochen werden, die seitens der Ärzteschaft oft noch unreflektiert als bloße Folgsamkeit des Patienten gegenüber ärztlicher Anordnungen verstanden wird und die Macht langjähriger Einflüsse verkennt.

Schließlich lässt sich ebenfalls die Respektierung der Selbstbestimmung – vermutlich bei gleichzeitiger Resignation der Töchter – erahnen, wenn im Rahmen eines Schreibens, offenbar aufgrund der erfolglosen Bemühungen, jede weiteren Therapieschritte abgelehnt werden.

In einer Zusammenschau dieser einzelnen Aspekte lässt sich somit zunächst sagen, dass die Selbstbestimmung des Patienten im Großen und Ganzen nicht nur gewahrt, sondern auch bei seinen mehrfachen Entscheidungen in unterschiedlichen Szenarien unter Beweis gestellt wurde.

Abseits dessen ließe sich, wie am Beginn angekündigt, jedoch auch die Frage erheben, inwie-

weit die Ausübung der Selbstbestimmung des Patienten zugleich das Schutzrecht seiner Familie tangiert, etwa weil diese nun noch weiter einem offenbar schwer verkräftbaren Anblick, möglicherweise auch verbunden mit geruchsbedingten Beeinträchtigungen, ausgesetzt sein würde. Auch diese Aspekte werden wohl in einer guten und vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung thematisiert werden können und stellen dabei noch keinen Anschlag auf die freie Entscheidung des Patienten dar. Dabei mag die Einschätzung des Arztes, insbesondere wenn er womöglich auch die übrigen Familienmitglieder betreut und deren Sorgen und Nöte kennt, durchaus auch thematisiert werden können. Zugleich allerdings sollte dabei eine besondere Sensibilität hinsichtlich der darin verborgenen Gefahrenmomente beobachtet werden. Jede bewusste Manipulation des Patienten, insbesondere mithilfe von moralisch gewichtigen Argumenten, muss unbedingt vermieden werden. Ebenso sollte die Grenze zwischen einem „Überzeugen“ – also der Erarbeitung einer selbstständigen Einsicht, die eine einigermaßen freie Entscheidung ermöglicht – und einem problematischen „Überreden“ im Sinne einer verborgenen Nötigung strikt beachtet werden. Nur eine empathische, nicht wertende Überzeugungsarbeit ohne Zermürbung und ohne Einschränkung der Freiheit des ohnehin in einer schwächeren Situation befindlichen Patienten wäre zulässig. Im Zweifelsfall aber sollte nicht verkannt werden, dass der Patient der vorrangige Partner im therapeutischen Prozess ist und bleibt, weshalb andere noch so hehre und die Gesamtsituation einbeziehende Überlegungen seinen Motiven deutlich nachgereicht werden müssen.

So verständlich es jedenfalls in Einzelfällen erscheinen mag, die Belastung Dritter in ähnlichen Kontexten zu thematisieren, so muss doch auch bedacht werden, dass sich derartige Überlegungen leicht verselbstständigen, an Bedeutung zunehmen und sich schließlich auch unversehens gegen die betreffenden Personen wenden können. Dies mag zunächst bei halbherzigen Therapiezustim-

mungen aufgrund der Interessen von Angehörigen beginnen und zu ebenso wenig freien Therapieablehnungen führen, die aus Rücksicht vor drohenden familiären Belastungen getroffen werden.

Und wird nicht auch heute die Bitte um eine „erlösende Spritze“ mitunter eher von Angehörigen angesprochen, deren Mitleid sich häufig als Hilflosigkeit entpuppt, eine Situation „selbst nicht mehr mitanschauen können“? Könnte aus diesem Aspekt heraus nicht schließlich auch der Gedankengang entstehen, dass beispielsweise den Menschen mit diagnostizierten progredienten Demenzerkrankungen eine „selbstbestimmte Verantwortlichkeit“ nahegelegt wird, beizeiten einen Therapieverzicht (etwa per Patientenverfügung) festzulegen, um Angehörige und Gesellschaft nicht über Gebühr zu belasten?

So gesehen sind abseits der mittlerweile wohl allgemein anerkannten Bedeutung der Patientenautonomie die Begrenzungen im Sinne der Respektierung des Schutzrechts Dritter wahrzunehmen und gegebenenfalls in alle gemeinsamen therapeutischen Überlegungen einzubeziehen. Dies kann und muss jedoch zugleich einer ständigen Reflexion unterliegen, inwieweit der Vorrang der individuellen Selbstbestimmung dadurch beeinträchtigt wird. Das gelingt, wenn der Patient als – gelegentlich auch problematisches oder sehr schwaches – zentrales Gegenüber unserer therapeutischen Partnerschaft angesehen wird und es ungeachtet aller sozialen und ökonomischen Einflüsse auch bleibt.

Referenzen

- 1 Zu den Selbstbestimmungsaspekten siehe: Peintinger M., *Ethische Grundfragen in der Medizin*, Facultas (2008), S. 86 f.

Univ.Lektor OA Dr. Michael Peintinger
Krankenhaus „Göttlicher Heiland“
Dornbacher Straße 20-28, A-1170 Wien
michael.peintinger@meduniwien.ac.at

Enrique H. Prat

Kommentar zum Fall II

Commentary on the Case II

Nach einer ersten Lektüre des Falles könnte man ganz beruhigt feststellen, dass sich alle im Fall agierenden Personen an die Prinzipien der Ethik gehalten haben. Die Familie des Patienten hat die Prinzipien der Fürsorge, des Nicht-Schadens und der Gerechtigkeit offensichtlich gut umgesetzt: Die Töchter haben sich um ihren Vater gesorgt, sie haben sich bemüht, seine Gesundheit wieder herzustellen, und sie waren gerecht. Es ist eine Pflicht der Gerechtigkeit und Liebe, dass sich die Töchter um ihren betagten Vater Sorgen machen. Auch dem Autonomieprinzip (Selbstbestimmungsrecht) wurde genüge getan. Es wurden die Entscheidungen des Vaters respektiert. Er hat zunächst bereitwillig mit seiner Tochter den Weg zum plastischen Chirurgen gefunden, hat aber letztlich die Voraussetzungen für die Operation nicht erfüllen können und diese endgültig abgelehnt. Eine allfällige Frage, ob die Töchter vielleicht zu viel Druck ausgeübt und damit eventuell das Autonomieprinzip verletzt haben, kann auf Grund der Daten nicht wirklich beantwortet werden.

Der Chirurg hat offensichtlich auch diese vier Prinzipien der modernen medizinischen Ethik umgesetzt. Auch hier könnte man sich fragen, ob das Aufklärungsgespräch einleuchtend genug gewesen ist. Es gibt keinen Anhaltspunkt, um daran zu zweifeln, im Gegenteil: Letztlich hat der Patient autonom entschieden, von jeglicher weiterer Therapie Abstand zu nehmen. Damit ist der Arzt von weiterer Verantwortlichkeit befreit.

Die Krankengeschichte scheint also ethisch gesehen eine wahre Erfolgsstory zu sein, in der sich alle Subjekte ethisch ganz korrekt verhalten haben. Der Haken dabei ist jedoch, dass sich die Familie, der Arzt und der Patient am Ende der Geschichte

unglücklich, ja mit Recht gescheitert vorkommen müssen. Es erinnert sehr an den geschmacklosen Witz: Operation gelungen, Patient tot.

Die Familie ist in ihrem Bemühen, dem Vater zu helfen, gescheitert. Ebenso der Arzt, der den Patienten nicht überzeugen konnte. Wird der autonome Patient mit seiner angeblich selbstbestimmten Entscheidung, die ihn zur Absonderung und Isolation für den Rest seines Lebens verurteilt, glücklich und zufrieden sein? Man müsste wohl masochistisch veranlagt sein, dies anzunehmen. Ist es nicht vielleicht eher so, dass der Patient sich außerstande gesehen hat, mit dem Rauchen aufzuhören, nachdem er es versucht hat, gescheitert ist und in der Folge seinen Vorsatz aufgegeben hat? Fest steht, dass es ihm nicht gelungen ist, sich von der Sucht zu befreien, obwohl er es eingesehen hatte, dass es gut wäre, und er es sich aus freien Stücken vorgenommen hatte. Der Patient ist in Wirklichkeit in eine Autonomiefalle geraten und in ihr gefangen geblieben. Das heißt, er musste eine autonome, selbstbestimmte Entscheidung treffen und diese umsetzen. Doch alleine war er dazu nicht im Stande. Dann noch von Selbstbestimmung zu reden, ist eigentlich ein Hohn. Wäre es ihm gelungen, vom Rauchen loszukommen, würde er ganz sicher zu seiner ersten Entscheidung stehen.

Hier haben wir eine Bestätigung des weit verbreiteten Vorurteils, Ethik sei „lästig“, sie könne nicht glücklich machen. Ja, Prinzipienethik (Prinzipialismus nach Beauchamp und Childress) und die Pflichtenethik (Deontologische Ethik nach Kant) beladen die Menschen mit moralischen Bürden, ohne darüber Auskunft zu geben, wie diese Lasten getragen werden können. Bedauerlicherwei-

se hat sich die moderne medizinische Ethik ihnen verschrieben und im Gegenzug die Tugendethik, die Ethik der Umsetzung des gelungenen Lebens und des Glücks (nach Aristoteles), stark vernachlässigt. Das ist insofern bedauerlich, als eine rein kognitive Ethik – d. h. eine Ethik, die die relevanten ethischen Prinzipien und Normen festlegt und propagiert, aber nicht auf jene Tugenden achtet, die für die Umsetzung der Prinzipien und Normen unbedingt notwendig sind – in der Alltagspraxis nicht nützt. Denn die Tugenden sind gerade das: die Befähigung, Prinzipien und Normen erfolgreich umzusetzen. Aus der Sicht der Tugendethik ist dieser Fallbericht keine Erfolgsstory.

Wenn ein Patient in die Autonomiefalle gerät, aus der er selbst nur schwer herauskommen kann, hilft es nicht viel, vom Patienten zu fordern, er solle autonom entscheiden. Es ist vielleicht sogar grausam, denn er besitzt die dazu eingeforderte Freiheit nicht oder nicht mehr. Alleine kann er seine Situation nicht bewältigen, verliert das Selbstvertrauen und die Hoffnung und kapituliert: Er nimmt seinen Vorsatz zurück. Jemand, der ihn dann mit einem Hilfsangebot motivieren und ihm helfen will, aus der Falle herauszukommen, gerät leicht in Verdacht, moralisierend die Entscheidung des Patienten zu missachten, d. h. gegen das Autonomieprinzip zu verstoßen. Und diese Entwicklung ist alles andere als glücklich.

Viele Autoren¹ haben aufgezeigt, dass die im Nährboden der Aufklärung stark gewachsene Ideologie des Individualismus zu einem radikalen Autonomieprinzip geführt hat, das dem Menschen eine überfordernde Selbstbestimmung abverlangt. Dies ist ganz besonders bei geschwächten und schwer kranken Menschen der Fall. Sie werden in ihrer Individualität und mit ihren Problemen weitgehend allein gelassen.

Dieser Autonomie bzw. diesem Selbstbestimmungsrecht liegt ein Menschenbild zu Grunde, das den Menschen als soziales Wesen erkennt, er steht von seiner Anlage her immer schon in Bezug zu seiner Umgebung und in Interaktion

mit seinem Umfeld (Familie u. a.). Die soziale Dimension des Menschen spielt beim Patienten eine ganz besondere Rolle. Er ist als Hilfebedürftiger auf die Hilfe anderer angewiesen, und zwar nicht allein auf die des Arztes, sondern auch auf die seines Umfelds. Allein wird er vieles nicht schaffen. Aber mit der Familie bzw. mit seinem Umfeld kann er viel mehr, vielleicht sogar ganz schwierige Situationen bewältigen.

Man kann versuchen, mit Hilfe der Tugendethik den Fall in eine wirkliche Erfolgsstory umzuschreiben: Nach der Konsultation beim Chirurgen bestellt dieser die Familie zu sich und macht ihnen klar, dass der Patient nur dann mit dem Rauchen aufhören kann, wenn die Familie bereit ist, ihm ständig dabei zu helfen und ihn zu motivieren. Sie sollen die Dienste von Psychologen oder Pflegepersonen in Anspruch nehmen. Es sei wichtig, dass beim Patienten die Perspektive der Heilung, die ihn jetzt zur Einwilligung motiviert hat, immer stärker als das Verlangen der Sucht bleibt. Der Arzt legt mit der Familie eine erfolgsversprechende Strategie fest. Anschließend wird dem Patienten im Beisein der Familie diese Strategie vor dem Hintergrund einer sehr realistischen Heilungsperspektive erläutert und um seine Einwilligung ersucht. Er erteilt sie. Ab diesem Moment wird der Patient nicht mehr alleine gelassen. Die Familie sucht und findet Wege, um dem Patienten Mut (Tugend) zu machen und tut dies beharrlich (Tugend), mit viel Einfühlungsvermögen (Tugend) und mit viel Geduld. Dies erfordert vom Umfeld Tugenden: viel Opferbereitschaft, Großzügigkeit und Demut.

Weiters werden die Dienste eines Psychologen und einer Pflegeperson in Anspruch genommen und regelmäßiger Kontakt mit dem Arzt gepflegt. Die Hingebung der Familie sowie des pflegerischen und ärztlichen Umfeldes stützt den Patienten. Schon Aristoteles hat in seiner Nikomachischen Ethik (8. Kapitel) ausgeführt, dass dies der richtige Weg zur Entfaltung jener Kräfte (Tugenden) ist, die der Patient unbedingt braucht

und an deren Mangel er sonst scheitert. Auch er wird in den Tugenden wie Geduld, Beharrlichkeit, Demut und Opferbereitschaft angespornt werden, damit er seine Entscheidung umsetzen kann und zum Ziel kommt.

Trotz des Einsatzes von Tugenden kann nicht garantiert werden, dass der Fall ein Happy End hat. Dieses Scheitern ist, nachdem man wirklich alles für den Betroffenen unternommen hat, zwar schmerzlich, aber insgesamt gesehen kann es der Familie und dem Umfeld einen gewissen Trost spenden, da sie aus ethischer Sicht weder nach der Prinzipien- noch nach der Tugendethik gescheitert sind.

Das Autonomieprinzip ist sicherlich wichtig. Wenn man es aber im Lichte der Tugendethik betrachtet, wird deutlich, dass für die Umsetzung dieses Prinzips meistens große Unterstützung des Umfeldes notwendig ist. Heute spricht man bereits vom Prinzip der gestützten Autonomie. Selbstbestimmung muss – besonders in vulnerablen Lebenssituationen, wie es eine Krankheit ist – gestützt werden. Je nach Grad der Autonomiefähigkeit – also der Frage, ob der Patient vernunftgemäß handeln kann, ohne dabei überfordert zu werden – kann die Stütze auch 99 Prozent ausmachen, wenn man an fortgeschrittene Demenz denkt.

Ein Gesundheitssystem, das sich nur an der Prinzipienethik orientiert, ist kühl und wenig patientenfreundlich. Durch die Tugend wird jeder bereit, für den nächsten im Rahmen seiner Situation und seiner Möglichkeiten Verantwortung zu übernehmen. Erst dadurch wird das Autonomieprinzip menschlich und vor allem patientenfreundlich.

Referenzen

- 1 Taylor Ch., *The malaise of the modernity*, House of Anansi Press (1998), S. 52-64; Taylor Ch., *Quellen des Selbst*, Suhrkamp, Frankfurt (1994); Taylor Ch., *Ursprünge des neuzeitlichen Selbst*, in: Michalski K. et al. (Hrsg.), *Identität im Wandel*, Klett-Cotta Verlag (1995), S. 14; Macintyre A., *After Virtue*, University of Notre Dame Press (1981), cap. 3; deutsche Übersetzung: *Der Verlust der Tugend*, Campus, Frankfurt (1987), S. 52-55, 169 ff.; Frankl V. E., *Das Leiden am sinnlosen Leben* (Festvortrag

1976), in: Ders., *Der Wille zum Sinn*, Pieper, München (1991), S. 235-244

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

IMABE

Empfehlungen zur Handhabung der Notfallkontrazeption („Pille danach“) bei Frauen nach einer Vergewaltigung

Guidelines for Handling Emergency Contraception (the “Morning-After“ Pill) in Cases of Rape

Zusammenfassung auf Basis der Stellungnahme

- Sowohl Levonorgestrelpräparate (LNG) als auch Ulipristal (UPA) wirken in Abhängigkeit von der Zyklusphase, in der sie verabreicht werden, entweder nidationshemmend oder ovulationshemmend, oder sie sind überhaupt wirkungslos.
- Durch die Kombination folgender Untersuchungen kann das nidationshemmende Zeitfenster von der Zeit unbedenklicher Pilleneinnahme abgegrenzt werden:
 - Ultraschalluntersuchung zur Beurteilung der Follikelgröße bzw. des Corpus Luteum (vaginal oder transabdominell)
 - Beurteilung der Endometriumsdicke
 - LH-Schnelltest im Harn
 - Zervixschleim-Beurteilung
- Wenn in der ersten Zyklusphase (Follikelphase) die Follikelgröße ≤ 14 mm, die Endometriumsdicke < 9 mm, der LH-Test (und Zervixschleim) negativ sind, kann bevorzugt UPA (im Falle der LNG-Pille mit Zusatz eines COX-2-Hemmers) ohne moralische Bedenken verabreicht werden, da zwar mit einer Ovulationshemmung gerechnet werden kann, keinesfalls aber mit einer relevanten Nidationshemmung.
- Ist hingegen der Follikel größer als 14 mm und/oder LH pos. und/oder die Endometriumsdicke größer als 8 mm und/oder Zervixschleim pos., kann keine EC-Pille gegeben werden, weil beide Präparate mit hoher Wahrscheinlichkeit (ca. 80%) nicht mehr ovulationshemmend, sondern nidationshemmend wirken.
- Befindet sich die Frau in der 2. Zyklusphase und findet man in der Sonographie bereits ein älteres Corpus Luteum, sodass der Eisprung vor zwei oder mehr Tagen stattgefunden hat, so ist eine LNG-Pille wirkungslos und kann im Bedarfsfall gegeben werden.
- Die UPA-Pille darf hingegen in der zweiten Zyklusphase überhaupt nicht eingenommen werden, da sie das Endometrium schädigt und die Einnistung des Embryos verhindert.
- Findet man in der Sonographie die Zeichen einer erst kürzlich zurückliegenden Follikelruptur, kann auch die LNG-Pille nicht gegeben werden, da sie bis 24 h nach dem Eisprung noch nidationshemmend wirken kann.

Einleitung

Für die sog. Notfallkontrazeption (Emergency Contraception = EC) sind derzeit zwei unterschiedliche Substanzen am Markt:

Levonorgestrel (LNG) in der Dosis von 1 x 1,5 mg oder 2 x 0,75 mg (im Abstand von 12 h, eingenommen).

Ulipristalacetat (UPA) in der Dosis von 1x30 mg (mikronisiert).

Die LNG-Pille (Vikela®, Duofem®, Unofem®, Plan B® u. a.) ist in Österreich und zahlreichen anderen Ländern nicht verschreibungspflichtig, die

UPA-Pille (EllaOne®) hingegen schon.

Es muss aufgrund der neuesten wissenschaftlichen Literatur davon ausgegangen werden, dass der Haupteffekt (mehr als 50%) beider für die EC zugelassenen Substanzen, wenn sie überhaupt zur Wirkung kommen, auf dem Mechanismus der Nidationshemmung beruht und nur ein geringerer Anteil auf der Hemmung der Ovulation.¹ In einem Großteil der Anwendungsfälle wird die „Pille danach“ in einer Zyklusphase verabreicht, in der sie unwirksam ist und weder nidationshemmend noch ovulationshemmend wirkt. Aus ethischer Perspek-

tive ist daher die undifferenzierte Einnahme eines EC-Präparates auch nach einer Vergewaltigung nicht vertretbar. Tatsache ist, dass die LNG-Pille nur in ca. 10% der Anwendungsfälle nidationshemmend wirken kann, nämlich wenn sie, laut Literatur, innerhalb von 48 h vor dem Eisprung oder bis 24 h danach, verabreicht wird.² In 90% der Anwendungsfälle ist die Pille hingegen unnötig oder wirkt allenfalls ovulationshemmend. Für die UPA-Pille gilt, dass sie bis 24 h vor dem Eisprung ovulationshemmend wirkt und jenseits dieses Zeitraums bis über die Mitte der Lutealphase hinaus hingegen nidationshemmend.³ Da also beide Arten der „Pille danach“ in Abhängigkeit von der Zyklusphase, in der sie verabreicht werden, unterschiedlich wirken, erscheint es erstrebenswert, wenn man Frauen, die vergewaltigt wurden, die Pille danach nicht prinzipiell und kategorisch verweigern müsste, sondern ihnen eine Hilfe anbieten könnte, indem man durch entsprechende Untersuchungen das nidationshemmende Zeitfenster von der Zeit unbedenklicher Pilleneinnahme abgrenzt.

Grundsätzliche Erwägungen

Die Unterzeichnenden haben folgende Empfehlungen zur Diskussion ausgearbeitet:

Der Zeitraum einer möglichen Konzeption kann heute durch die kombinierte Anwendung von vier verschiedenen Methoden hinreichend eingegrenzt werden. Es sind das die sonographische Bestimmung der Follikelgröße bzw. des Corpus Luteum, die semiquantitative LH-Bestimmung aus dem Harn, die sonographische Ausmessung der Endometriumsdicke und die makroskopische (bzw. auch mikroskopische) Beurteilung des Zervikalschleims.

1. An erster Stelle steht heute die vaginale Sonographie zur Feststellung der Follikelgröße. Einstimmig wurde aus gynäkologischer Perspektive bestätigt, dass die vaginale Sonographie mit den heute verwendeten klein dimensionierten Sonden keine ernstliche physische oder psychische Belastung auch für eine Frau nach Vergewaltigung darstellt. Die Untersuchung ist

jedenfalls weniger belastend als eine vaginale Untersuchung mit dem Scheidenspekulum, die aus forensischen Gründen zur Spurensicherung nach einer Vergewaltigung in jedem Fall durchgeführt werden muss. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass man mit Hilfe der Vaginalsonographie auch mit großer Sicherheit feststellen kann, ob bei der Vergewaltigung überhaupt eine Befruchtung hat stattfinden können oder noch stattfinden könnte, was eine erhebliche psychische Entlastung für die betroffene Frau vor Ort bedeutet. Dieser Aspekt erleichtert auch die Zustimmung der Frau zu einer Vaginalsonographie. Theoretisch könnte diese auch unter Sedierung durchgeführt werden, wenn die betroffene Frau aus psychologischen Gründen vor einer solchen Untersuchung bei vollem Bewusstsein zurückschreckt. Sollte die Frau die vaginale Untersuchung dennoch ablehnen, bietet sich als Alternative die (i. a. weniger aussagekräftige) transabdominelle Sonographie an.

2. Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft kann gesagt werden, dass es bei einer Follikelgröße von ≤ 14 mm mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch die Gabe eines EC-Präparates (LNG oder UPA) zu keiner Ovulation bzw. zu keiner Befruchtung kommen kann.⁴ In einer Studie von Mikolajczyk et al.⁵ konnte allerdings gezeigt werden, dass die Variabilität der Follikelgröße vor dem Eisprung sehr groß ist und auch Follikelrupturen bei einer Größe von unter 17 mm vorkommen. Die Wahrscheinlichkeit einer Befruchtung liegt jedoch bestenfalls im Promillebereich.
3. Sicherheitshalber sollte trotzdem neben der Sonographie zusätzlich auch der LH-Test aus dem Harn oder Blut als Kriterium für eine unbedenkliche Gabe eines EC-Präparates herangezogen werden. Der LH-Anstieg (Test positiv) erfolgt ca. 48 h vor der Follikelruptur und markiert den Zeitpunkt, ab dem die Einnahme eines EC-Präparates nicht mehr sicher ovulationshemmend, sondern nidationshemmend wirkt. Zu bevorzu-

gen wäre ein LH-Test aus dem Blut. Alternativ kann auch ein Schnelltest aus dem Harn durchgeführt werden. Eine Frau, die einen Follikel der Größe 14 mm aufweist und deren LH Test negativ ist, kann jedenfalls frühestens 48 h später ein befruchtungsfähiges Ei freisetzen.

4. Die Beurteilung des Endometriums mit Hilfe der Sonographie ist ein weiterer Sicherheitsfaktor im Zweifelsfall. Präovulatorisch erreicht das Endometrium eine Dicke von 10-12 mm und nimmt nach der Ovulation rasch ein charakteristisches dreischichtiges Erscheinungsbild an. Bei einer Endometriumsdicke von 9 mm sollte jedenfalls kein EC-Präparat mehr gegeben werden.⁶
5. Ergänzend sollte der Arzt noch zusätzlich die makroskopische und womöglich auch mikroskopische Zervixschleim-Beurteilung anwenden. Bei einem positiven Befund kann davon ausgegangen werden, dass der Eisprung nahe bevorsteht. Ein negativer Befund ist jedoch nicht aussagekräftig.
6. Mit Hilfe der Sonographie kann mit ausreichender Sicherheit festgestellt werden, dass eine Ovulation stattgefunden hat. Die Unterscheidung eines Corpus rubrum (unmittelbar nach der Ovulation) von einem Corpus luteum gelingt sonographisch oft nicht mit ausreichender Sicherheit.⁷ Es sollte daher auf eine Flüssigkeitsansammlung im Douglasraum geachtet werden, welche jedenfalls eine erst kurz zurückliegende Ovulation anzeigt. In diesem Fall darf auch die LNG-EC Pille nicht gegeben werden, da sie bis 24 Stunden nach der Ovulation noch nidationshemmend wirken kann.

Empfehlung zur Vorgangsweise

Daraus ergeben sich unter der Berücksichtigung ausreichender Sicherheitsgrenzen folgende Empfehlungen, wie bei Frauen nach Vergewaltigungen sinnvoller Weise vorgegangen werden könnte:

1. Ultraschalluntersuchung zur Beurteilung der Follikelgröße bzw. des Corpus luteum (vaginal oder transabdominell)

2. Beurteilung der Endometriumsdicke
3. LH-Schnelltest im Harn
4. Zervixschleim-Beurteilung

Diese Untersuchungen kann heutzutage jeder Gynäkologe in seiner Ordination (bzw. in einer gyn. Ambulanz) durchführen.

Wenn in der ersten Zyklusphase (Follikelphase) die Follikelgröße ≤ 14 mm, die Endometriumsdicke < 9 mm, der LH-Test (und Zervixschleim) negativ sind, so können beide Präparate (im Falle der LNG-Pille mit Zusatz eines COX-2-Hemmers) ohne moralische Bedenken verabreicht werden, da zwar mit einer Ovulationshemmung gerechnet werden kann, keinesfalls aber mit einer relevanten Nidationshemmung. Wenn beide Präparate verfügbar sind, ist UPA zu bevorzugen, weil es ohne Zusatz auskommt und bei übergewichtigen Frauen eine größere Sicherheit aufweist. Ist hingegen der Follikel größer als 14 mm und/oder LH pos. und/oder die Endometriumsdicke größer als 8 mm und/oder Zervixschleim pos., kann keine EC-Pille gegeben werden, weil beide Präparate mit hoher Wahrscheinlichkeit (ca. 80%) nicht mehr ovulationshemmend, sondern nidationshemmend wirken.⁸

Befindet sich die Frau in der 2. Zyklusphase und findet man in der Sonographie bereits ein älteres Corpus luteum, sodass der Eisprung vor zwei oder mehr Tagen stattgefunden hat, so ist eine LNG-Pille wirkungslos und kann im Bedarfsfall gegeben werden, ohne dass mit einer Nidationshemmung gerechnet werden muss. Die UPA-Pille darf hingegen in der zweiten Zyklusphase überhaupt nicht eingenommen werden, da sie das Endometrium schädigt und die Einnistung des Embryos verhindert.⁹

Findet man in der Sonographie die Zeichen einer erst kürzlich zurückliegenden Follikelruptur, kann auch die LNG-Pille nicht gegeben werden, da sie bis 24 h nach dem Eisprung noch nidationshemmend wirken kann.¹⁰

Wenn alle diese Bedingungen berücksichtigt werden, und im Einzelfall verbleibende Zweifelsfälle restriktiv gehandhabt werden, wirkt ein EC-Präparat mit an Sicherheit grenzender Wahr-

scheinlichkeit nicht nidationshemmend.

Sollte die betroffene Frau mit den vorgeschlagenen Untersuchungen nicht einverstanden sein, so kann ihr keine Pille verabreicht werden.

Beurteilung

Mit der vorgeschlagenen Vorgangsweise würden Frauen, die vergewaltigt wurden, nicht alleine gelassen, sondern es könnte ihnen erheblich geholfen werden. Man wird die Mehrzahl der betroffenen Frauen beruhigen und ihnen mitteilen können, dass sie durch die Vergewaltigung nicht schwanger geworden sind bzw. nicht werden können und dass die Einnahme einer EC-Pille bestenfalls ovulationshemmend aber nicht nidationshemmend wirkt:

1. Befindet sich die Frau in der ersten Zyklusphase und sind die obigen Bedingungen erfüllt, so kann man ihr mitteilen, dass sie eine EC-Pille (UPA oder LNG in Kombination mit einem COX₂-Hemmer) ohne moralische Bedenken einnehmen kann, weil sie allenfalls ovulationshemmend, aber mit moralischer Sicherheit nicht nidationshemmend wirkt. Sind die obigen Bedingungen nicht erfüllt, muss man der betroffenen Frau mitteilen, dass eine Schwangerschaft mit ca. 30% Wahrscheinlichkeit eintreten könnte, da der Eisprung unmittelbar bevorsteht oder gerade erfolgt ist. Die Einnahme eines EC-Präparates kann aus moralischen Gründen nicht empfohlen werden, da es nicht mehr ovulationshemmend, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit nidationshemmend wirkt.
2. Befindet sich die Frau in der zweiten Zyklusphase, so kann eine UPA-Pille keinesfalls gegeben werden, weil sie nidationshemmend wirkt.
3. Findet man im Ultraschall die Zeichen einer kurz zurückliegenden Ovulation (s. o.), darf auch die LNG-Pille nicht gegeben werden. Findet man im Ultraschall ein Corpus luteum so ist eine stattfindende oder stattgehabte Befruchtung mit großer Wahrscheinlichkeit

auszuschließen, sofern die Vergewaltigung nur kurze Zeit (< 24h) zurückliegt. Hätte sie dennoch stattgefunden (z. B. durch den Ehepartner), wäre die LNG-Pille jedenfalls unwirksam und sollte wegen der eventuellen Nebenwirkungen (unnötige hormonelle Belastung) besser nicht verabreicht werden.

Angesichts der Datenlage dürfte die vorgeschlagene Vorgangsweise doch die humanere und einfühlsamere Art sein, wie einer betroffenen Frau in dieser schwierigen Lage geholfen werden kann, als wenn man die Verabreichung der „Pille danach“ nach einer Vergewaltigung grundsätzlich verweigert.

Abgesehen davon könnten diese Empfehlungen auch von denjenigen Ärzten angenommen werden, die behaupten, dass die EC-Pillen ausschließlich ovulationshemmend und nicht nidationshemmend wirken, weil dadurch auf jeden Fall die Pilleneinnahme in einem Zeitfenster verhindert wird, in dem nach deren Meinung die Pille danach ohnehin unwirksam ist.

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli (Klinische Pharmakologie)

Mag. Susanne Kummer (Ethik)

Prof. Dr. Enrique H. Prat (Ethik)

MR Dr. Karl Radner (Gynäkologie)

MR Dr. Romeo Reichel (Gynäkologie)

Dr. Walter Rella (Family Practitioner)

Referenzen

1. IMABE, *Aktualisierung der Erkenntnisse zur Wirkweise der „Pille danach“*, 19. Februar 2013, <http://www.imabe.org/index.php?id=1861> (letzter Zugriff am 13. Februar 2014); Peck R., Vélez J. R., *The Postovulatory Mechanism of Action of Plan B*, NCBQ (2013); 13(4): 677-716, <http://www.ncb-center.org/page.aspx?pid=1364> (OpenAccess, zuletzt abgerufen am 8. Jänner 2014); Mozzanega B., Cosmi E., *How does levonorgestrel-only emergency contraceptive pills prevent pregnancy? Some considerations*, Gynecol Endocrinol (2011); 27(6): 439-42 ; Rella W., *Neue Erkenntnisse über die Wirkweise der „Pille danach“*, Imago Hominis (2008); 15(2): 121-129. Weiters: IMABE Info 2/10 und Aznar J., Tudela J., *Ulipristal acetat. An emergency contra-*

ceptive? *Medicina e Morale* (2011); 2: 233-245; Brache V. et al., *Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens*, *Contraception* (2013); 88: 611-618

2 Präovulatorisch verabreicht, muss die LNG-Pille mit einem COX-2-Hemmer in mittlerer Dosis kombiniert werden, damit eine Ovulationshemmung bis 48 h vor dem Eisprung greifen kann; siehe dazu auch Ref. 4

3 Die UPA-Pille muss nicht mit einem COX-2-Hemmer kombiniert werden.

4 Weitgehend geklärt ist, bis wann vor dem zu erwartenden Eisprung UPA bzw. LNG in der Lage ist, diesen zu verhindern. In einer Studie von Brache (siehe unten) wurde UPA bei einer Follikelgröße zwischen 18 und 19 mm verabreicht. Bei 8/8 Probandinnen konnte der Eisprung um mindestens 5 Tage verzögert werden. Bei einer der Probandinnen war der Follikel bei dieser Größe bereits gesprungen und sie wurde ausgeschieden. Nach den Kriterien der „Empfehlungen“ wäre diese Frau erfasst worden und hätte keine Pille verordnet bekommen. In einer Studie von Stratton (2000) wurde UPA bei einer Follikelgröße von 14-16 mm verabreicht. Bei 11/11 Probandinnen trat daraufhin der Eisprung erst frühestens nach 7 Tagen auf. Demnach konnte bei 19/19 Probandinnen, die noch keinen LH-Anstieg aufwiesen, über die Zeit hinaus, da Samenzellen befruchtungsfähig sind verzögert werden.

Croxatto H. B. et al., *Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75-mg dose given on the days preceding ovulation*, *Contraception* (2004); 70: 442-450

Brache V. et al., *Immediate preovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture*, *Human Reprod.* (2010); 25: 2256-2263; Stratton P. et al., *A single mid-follicular dose of CDB-2914, a new antiprogestin, inhibits folliculogenesis and endometrial differentiation in normally cycling women*, *Hum Reprod.* (2000); 15: 1092-1099

Zur Frage der Befruchtungsfähigkeit von Samenzellen siehe: Wilcox A. J., et al., *Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of pregnancy and sex of the baby*, *NEJM* (1995); 333(23): 1517-1521: Obwohl Spermien in östrogenbetontem Schleim theoretisch (in vitro) bis zu 7 Tage bewegungsfähig bleiben, nimmt ihre Befruchtungsfähigkeit (in vivo) bereits nach 3 Tagen deutlich ab. Der maximale Zeitraum der Befruchtungsfähigkeit beträgt 6 Tage.

Zur Frage gestörter Ovulation nach Verabreichung der LNG EC Pille: Croxatto diskutiert, dass die LNG Pille

bei Verabreichung vor dem LH-Anstieg (im Zeitfenster zwischen 72 und 48 h vor Ovulation) zu sog. dysfunktionellen Ovulationen führe, bei welchen kein fertilisierbares Ei freigesetzt werde, weil die Eireifung zu keinem Abschluss komme. Neuere Untersuchungen legen jedoch nahe, dass die Gestagenpille von sich aus in der Lage ist, trotz fehlendem LH die Eireifung in Gang zu bringen. Siehe dazu: Borman S. M. et al., *Progesterone promotes oocyte maturation, but not ovulation, in nonhuman primate follicles without a gonadotropin surge*, *Biol Reprod.* (2004); 71: 366-373. Um den Eisprung dennoch zu verhindern, muss zusätzlich zur Gestagenpille ein nicht steroidales Antirheumatikum hinzugegeben werden, welches die durch Progesteron aktivierte und durch Prostaglandine herbeigeführte Auflösung der Follikelwandung unterbinden kann. Siehe dazu: Masai M. R. et al., *Does meloxicam increase the incidence of anovulation induced by single administration of levonorgestrel in emergency contraception? A pilot study*, *Human Reproduction* (2007); 22 (2): 434-439; Jesam C. et al., *Suppression of follicular rupture with meloxicam, a cyclooxygenase-2 inhibitor: potential for emergency contraception*, *Hum Reprod* (2010); 25: 368-373. Empfohlene Dosis: 2x30 mg meloxicam im Abstand von 24 Stunden.

5 Mikolajczyk R. T. et al., *Multilevel model to assess sources of variation in follicular growth close to the time of ovulation in women with normal fertility: a multicenter observational study*, *Reproductive Biology and Endocrinology* (2008); 6: 61

6 Fleischer A. C., Kalemeris G. C., Entman S. S., *Sonographic depiction of the endometrium during normal cycles*, *Ultrasound Med Biol* (1984); 12: 271; Delisle M. F., Villeneuve M., Boulvain M., *Measurement of endometrial thickness with transvaginal ultrasonography: is it reproducible?*, *JUM* (1998); 17: 481-4

7 Stratton P. et al., *Endometrial effects of a single early luteal dose of the selective progesterone receptor modulator CDB-2914*, *Fertility and Sterility* (2010); 93 (6): 2035-2041. Die Arbeit zeigt, dass Ulipristal (= CDB-2914) eine Schädigung des Endometriums bewirkt, wenn es während der Lutealphase gegeben wird. Für Levonorgestrel (LNG) ist das nicht der Fall. Einer Frau, die vor der Ovulation Verkehr hatte (vergewaltigt wurde) und nach der Ovulation für die Verabreichung einer „Pille danach“ vorstellig wird, darf daher die UPA-Pille nicht gegeben werden. Siehe dazu auch die IMABE Info 2/10.

8 Rella W., *Neue Erkenntnisse über die Wirkweise der „Pille danach“*, siehe Ref. 1

9 Stratton P. et al., siehe Ref. 7

10 IMABE, siehe Ref. 1; Rella W., *Neue Erkenntnisse über die Wirkweise der „Pille danach“*, siehe Ref. 1

Jérôme Lejeune (1926 - 1994)

Überlegungen zur Pränatalen Medizin

Reflections on Prenatal Medicine

Zusammenfassung

Die Errungenschaften von Medizin und Biologie unterstreichen immer mehr das tiefe Geheimnis der menschlichen Physiologie. Die genetische Information des Embryos determiniert die Eigenschaften des Menschen. Kann man aber sagen, dass der Embryo dadurch ein Mensch ist? Dieser Artikel zeigt die Grenzen auf, die der experimentellen Embryonalwissenschaft durch eben dieses „Mensch sein“ auferlegt sind. Eine natürliche Moral, die aus den Naturgesetzen ablesbar ist, liegt dem Umgang mit allem menschlichen Leben und so auch mit dem Embryo zugrunde und bestimmt eine verantwortliche Einstellung zu menschlichen Lebewesen.

Schlüsselwörter: Jérôme Lejeune, Embryo, Menschliche Natur, Achtung vor dem Menschen

Abstract

The achievements of medicine and biology increasingly emphasize the profound mystery of the human physiology. The genetic information contained in the human embryo determines the characteristics of a human being. But can we say that the embryo is thus a human being? This article points to the limits that are imposed on experimental embryonic science precisely because of this humanity. A natural morality, which can be read from the natural law, forms the basis of how to deal with human life – and especially the human embryo – and determines a responsible attitude towards human beings.

Keywords: Jérôme Lejeune, Embryo, Human Nature, Respect for Human Beings

Univ.-Prof. Dr. Jérôme Lejeune (1926 - 1994)
Institut Jérôme Lejeune
Für weitere Information:
37, rue des Volontaires, F-75725 Paris Cedex 15
www.institutlejeune.org

Jérôme Lejeune (1926 - 1994) war Pädiater und Genetiker. Der Franzose gilt als Pionier der modernen Humangenetik: Er entdeckte im Jahr 1958 die Ursache des Down-Syndroms (Trisomie 21). 1964 wurde für ihn der erste Lehrstuhl für Humangenetik an der Pariser Universität gegründet. Im Jahr 1969 erhielt er für seine wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Frage der chromosomalen Pathologie den William Allen Memorial Award, die weltweit höchste Auszeichnung im Bereich der Genetik, die von der American Society of Human Genetics verliehen wird.

Lejeunes Sorge um behinderte Kinder und deren Familien sowie die Auseinandersetzung mit der Grundfrage nach ethischen Grenzen des wissenschaftlichen Forschens zeichnete sein gesamtes Denken und Arbeiten als Arzt und Wissenschaftler aus. Als Mitglied der Päpstlichen Akademie für das Leben setzte sich der Genetiker für den Lebensschutz von Anfang ein. Sein Erbe ist zukunftsweisend für eine Medizin und Forschung im Dienst an der Person und der Achtung der Menschenwürde in allen ihren Lebensphasen.

Aus Anlass seines 20. Todestages am 3. April 2014 drucken wir einen Artikel von Jérôme Lejeune ab, den er knapp vor seinem Tod im ersten Jahrgang unserer Zeitschrift (Imago Hominis 3/94) zur Veröffentlichung freigab.

Auf seiner Suche nach der Wahrheit stolpert der Biologe über eine zweifache Tatsache, die sich an den beiden Polen der Entwicklung des menschlichen Seins wiederfindet. Diese zweifache Tatsache ist sehr einfach: Der Geist belebt die Materie. Betrachten wir zunächst die Makro- und Mikrostruktur des Gehirns mit der kompliziertesten „Verkabelung“, die wir überhaupt kennen (sie ist 200.000 km lang, wenn man alle Nervenfasern zusammenrechnet). Und dann dieses wunderbare Synapsenspiel, das bewirkt, dass ein Teilchenfluss von Rezeptoren erfasst wird, sobald ein kleines Bläschen zerspringt und chemische Mediatoren aussendet.

Eigenartigerweise ist unser Organismus davon besessen, das Zufällige zu eliminieren – um nur

mehr das Messbare zu behalten, das, was „vernünftig“ ist – und so kann er z. B. Partikel in einer unvorstellbaren Geschwindigkeit zählen. In ein und derselben Synapse fließen die Partikel eines nach dem anderen durch jeden einzelnen der Kanäle: der „kleine Dämon“ von MARWELL ist die Triebfeder dieses Systems, das das gesamte Universum „entziffert“ und ordnet.

Aber noch sonderbarer ist es, dass schon der geringste Gedanke, die leiseste Bewegung Lawinen von Ionen und unvorstellbare Partikelmengen entfesselt: Der Geist belebt tatsächlich die Materie.

Die Belebung der Materie

Ganz am Anfang, wenn das Wesen seine Entwicklung beginnt, ist es die genetische Information, die – im Normalfall – all seine Eigenschaften determiniert. Um einen treffenden Ausdruck der Mathematik zu verwenden, befindet sich dieses Lebewesen jetzt im Zustand einer unüberbietbaren Einfachheit, wobei Sprache immer zu Untertreibung und Vereinfachung neigt. Ich darf in diesem Zusammenhang ein Beispiel bringen: Im Kopf des Spermatozoiden befindet sich ein ganzer Meter von RNA und (andererseits) wenn man alle DNA-Moleküle, die jede einzelne Eigenschaft aller fünf Milliarden Menschen speichern, die auf diesem Planeten leben, komprimierte, dann ergäbe das ungefähr die Größe von zwei Aspirin-tabletten.

Ich möchte hier anmerken, dass zuerst „Essenz“ und dann „Existenz“ ist. Denn die kodierte Botschaft der DNA wird in RNA umgeschrieben und dann reproduziert. Danach werden die Proteine, die die Werkzeugmaschinen der Zelle sind, nach diesem RNA-Code hergestellt. Das bedeutet, dass man anhand dieses Übersetzungsgerätes das Zytoplasma einerseits und der DNA-Information (im Kern und seinen Chromosomen) andererseits, genau die „Wesenheit“ der neuen Person kennen könnte, noch bevor sie sich ausgedrückt hat, d. h. bevor ihre „Existenz“ sichtbar geworden ist.

Es ist heute erwiesen, dass ab dem Augenblick der Befruchtung die gesamte benötigte und aus-

reichende Information vorhanden ist, d. h. ab dem Augenblick, in dem sich die von Samen- und Eizelle übertragene Information in der befruchteten Eizelle vereinigen.

Der Gedanke, dass der Geist die Materie belebt, findet sich in gewisser Weise in unserer eigenen Sprache verankert. Wir verwenden das gleiche Wort für das Aufkeimen eines Gedankens (Konzept) und den Beginn eines neuen Lebens: in beiden Fällen sprechen wir von „Konzeption“. Dieser gemeinsame Ausdruck ist kein Armutzeugnis für unsere Sprache, sondern anerkennt implizit, dass – wenn Sie mir erlauben – das Prinzip Seele-Leib, Geist-Materie in solchem Maße eine Einheit bildet, dass es unmöglich ist, vom einen ohne vom anderen zu sprechen: So zeigt es uns die Sprache.

Das führt uns dazu, die wichtigste Aufgabe des Biologen darzulegen: nämlich unseren Zeitgenossen zu erklären, dass die Molekularbiologie den kartesischen Dualismus, nach dem es auf der einen Seite den Geist und auf der anderen Seite den Leib gäbe, völlig ausschließt.

Wahr ist vielmehr, dass es einen mit – menschlichem – Lebensgeist erfüllten Leib gibt. Zuvor ist es aber notwendig, sicherzustellen, dass es eine menschliche Natur überhaupt gibt. Darüber wurde bereits viel diskutiert. Dass es eine menschliche Natur gibt, entspricht nicht dem heutigen Zeitgeist, und vor kurzem glaubten einige, beweisen zu können, dass die menschliche Natur in Wirklichkeit nur Ermessenssache sei, sie werde von einer Kultur akzeptiert, von einer anderen aber nicht, und dass es unmöglich sei, zu wissen, wer recht hat.

Angenommen, es gibt allgemeingültige Naturgesetze, dann wäre es sinnvoll, sich nach ihnen zu richten, nicht damit sie die Wissenschaft bevormunden (denn auch diese Naturgesetze sind Gegenstand der Forschung), sondern vielmehr um zu ergründen, welcher Platz der Wissenschaft zusteht und um zu entscheiden, für welche Zwecke wir – nach unserem heutigen Wissensstand – unsere Kenntnisse anwenden können, so dass kein Schaden daraus entsteht.

Die Wissenschaft ist in der Tat der Baum von Gut und Böse: Dieser bringt gute oder schlechte Früchte hervor, was noch nicht das Problem ist. Unsere Verantwortung als Wissenschaftler besteht darin, die guten Früchte zu ernten und die schlechten weder unseren Zeitgenossen noch unseren Nachkommen anzubieten.

Von der menschlichen Natur zur natürlichen Moral

Es ist tatsächlich schwierig, die menschliche Natur zu definieren. Dennoch müssen wir versuchen zu verstehen, was sie ausmacht. Als Genetiker würde ich von folgender Überlegung ausgehen: Wir wissen mit Sicherheit, dass diese enorme genetische Information von 10^{11} DNA-Basen eine „angeborene“ und eindeutige Information ist. Wir wissen weiters, dass dieses empfangene Wesen, aufgrund eben dieser Information, die es besitzt, ein menschliches Wesen ist. Trotzdem wäre es nicht vertretbar, nur die DNA zu berücksichtigen. Die DNA ist zwar mit einem magnetischen Band, auf dem die Symphonie des Lebens sozusagen aufgenommen wurde, vergleichbar. Man darf aber nicht vergessen, dass die ganze befruchtete Zelle wie ein Tonbandgerät ist, das den Code entziffert und die Symphonie spielt. Wenn wir von der in bits ausgedrückten Informationsmenge sprechen, geht es nicht nur um eine auf dem Band gespeicherte Information, sondern auch um einen „Datenleser“: damit das Band gelesen werden kann und die entsprechenden Aktionen gesetzt werden können.

Hier handelt es sich nicht mehr nur um 10^{10} oder 10^{13} bits, sondern um eine enorme Zahl, die bis dato niemand wirklich angeben kann.

Auch wenn man diese Zahl vielleicht eines Tages schätzungsweise angeben kann (theoretisch wäre das möglich), würde es aber noch eine größere Schwierigkeit zu lösen geben, die keine der gängigen Informationstheorien gelöst hat.

Man hat zwar die Länge der Botschaft gemessen, d. h. die vorhandene Menge an Information, aber nicht deren „Sinn“ oder Inhalt. Um fehlerlos

Variationen wie „bla, bla, bla“ oder „abracadabra“ zu wiederholen, braucht man prinzipiell die gleiche Menge an Information wie für ein Sonett von Petrarca. Die „Menge“ der Information der DNA eines Schimpansen ist sehr ähnlich der des Menschen, und trotzdem ist es klar, dass die DNA des Menschen eindeutig mehr auszudrücken hat, denn schließlich ... spricht ja der Mensch.

Der erste Begriff ist also der einer genetischen Definition des Seins. Für den zweiten Begriff aber müssen wir an den Anfang dieses Aufsatzes zurückkehren: zur Natur unseres Gehirns. Es genügt, die Schädeldecke zu heben, um die Hirnhaut sowie die Sprachzentren, u. a.: Broca-Areal und das Wernicke-Zentrum zu entdecken, die bei den Primaten nicht vorkommen. Diese sind für das artikulierte Sprechen und das kohärente Denken notwendig.

Ohne auf die vergleichende Neuroanatomie zurückgreifen zu müssen, kann man eine vielleicht etwas erstaunliche, aber sehr treffende Feststellung machen. Ich reise viel und wo immer ich kann, besuche ich zwei sehr lehrreiche Orte: die Universität und den Zoo. Auf den Universitäten bin ich schon öfters gelehrten Kollegen begegnet, die sich fragten, ob ihre Kinder nicht eigentlich noch irgendwie Tiere seien. Im Zoo hingegen habe ich noch niemals Schimpansenkongresse gesehen, die sich fragen, ob ihre Kinder einmal auf die Universität gehen würden.

Apropos Zoo: In Australien findet man dümmliche Zweibeiner, die die Abtreibung ihrer Jungen als eine natürliche Sache empfinden. Ich meine die Kängurus, genauer das „Königskänguru“, das ungefähr so groß ist wie ein Mensch. Nach zwei Monaten, wenn das Kleine gerade zwei Zentimeter lang ist, wird es abgetrieben. Es sieht wie eine kleine Wurst aus, mit Krallen an jedem seiner noch nicht entwickelten Gliedmaßen. Es weiß nicht, wo sich der mütterliche Beutel befindet (es weiß nicht einmal, dass es ihn gibt), aber es richtet sich nach der Schwerkraft. Es kriecht das Fell der Mutter hinauf, und wenn die Mutter aufrecht bleibt, erreicht es den Beutel und fällt hinein. Sodann, bequem ein-

genistet, saugt es an einer Milchdrüse und wächst für die nächsten sechs bis sieben Monate weiter.

Das Erstaunliche daran ist, dass es die Kängurumutter zulässt, obwohl sie niemals ein anderes Wesen in das Innere ihres Beutels hineinlassen würde.

Natürlich muss die Fähigkeit, dieses kleine Etwas als ein Babykänguru zu identifizieren, irgendwo in ihrem Nervensystem eingeschrieben sein. Wenn die Natur dafür sorgt, dass das kleine Gehirn der Kängurumutter die Nachricht bekommt, dass dieses Etwas ihr Kleines ist, kann ich nicht glauben, dass Gelehrte mit ihrem eineinhalb Liter großen Gehirn nicht die Fähigkeit besitzen, die menschliche Natur ihrer Kleinen zu erkennen.

Die Achtung vor dem Embryo

Wenn ich von Achtung vor dem Embryo spreche, beziehe ich mich natürlich auf den menschlichen Embryo. Handelt es sich vielleicht um ein Tabu, das die Forschung behindert? Ich glaube es nicht: Die Entwicklungen der vergangenen Jahre sind diesbezüglich sehr einleuchtend. Unsere britischen Kollegen wollten die experimentelle Nutzung von menschlichen Embryonen, die jünger als vierzehn Tage sind, per Gesetz regeln.¹

Ich hatte die Ehre, als Genetiker vor dem britischen Parlament auszusagen. Dort war Folgendes dargelegt worden: „Wenn Sie uns das Recht geben, vierzehn Tage alte Embryonen zu verwenden, dann werden wir verschiedene Krankheiten untersuchen und Kenntnisse erwerben, die es uns ermöglichen, mentale Debilität, Mukoviszidose, Muskeldystrophie, Trisomie 21 oder Hämophilie zu heilen.“

Vor dem britischen Parlament musste ich dann als ein „matter of fact“ unterstreichen, dass man bei einem vierzehntägigen Embryo, der noch kein Gehirn hat, keine Gehirnerkrankungen studieren kann; und auch nicht die Hämophilie, eine Störung der Blutgerinnung, wenn die Organe, die die Blutzellen bilden, noch nicht differenziert sind; ebenso wenig Muskelerkrankungen, da sich diese erst eine Woche später entwickeln werden. Es konnte sich bei diesen Auflistungen nicht um wirkliche For-

schungsvorhaben handeln, denn man konnte diese Behauptungen nicht verteidigen: nämlich, dass es sich um rein wissenschaftlich motivierte und ganz unentbehrliche Experimente für die Erforschung dieser fünf Krankheiten handle. Ich kann Ihnen verraten, dass meine Intervention sehr schlecht aufgenommen wurde. Die wissenschaftliche Zeitschrift *Nature* publizierte meine Stellungnahme unter dem Titel „French influence in Britain“.² Et was eher Ungewöhnliches. Diese Zeitschrift bot sogar ein kostenloses Abonnement für denjenigen an, der ein Versuchsprotokoll schicken würde, das die Unrichtigkeit meiner Behauptungen beweisen würde. Das war 1985. Bis jetzt hat *Nature* noch kein solches Protokoll herausgebracht und soweit ich weiß, bekommt niemand diese exzellente wissenschaftliche Publikation kostenlos.

Es war nämlich wirklich überhaupt nicht notwendig, menschliche Wesen zu manipulieren; denn im Laufe von drei Jahren wurde das Gen der Mukoviszidose lokalisiert, das Gen der Muskeldystrophie kloniert und das Protein, das diese Krankheit verursacht, entdeckt. Man hat außerdem große Fortschritte bei der Erforschung der Trisomie 21 gemacht. In der Hämophilie-Forschung hat man begonnen, den antihämophilischen Faktor durch künstlich manipulierte Bakterien herzustellen, was eine mögliche Übertragungsart des AIDS-Virus vermeidet. Und das alles, ohne das Leben eines einzigen Menschen aufs Spiel zu setzen.

Die Achtung vor der Menschheit

Normalerweise wird das Kind, Frucht der Liebe, ersehnt und in Freude gezeugt, liebevoll in seinem gemütlichen „Zuhause“ aufgenommen, nämlich im Leib seiner eigenen Mutter. Die Gefrierfortpflanzung hingegen bietet ihm nur eine ganz furchtbare Kälte an: Das Kind wird bei noch kälteren Temperaturen als die schockgefrorenen Produkte eingefroren.

Die Kälte vermindert die Bewegung der Moleküle und verlangsamt so den Fluss der effektiven Zeit. Wir messen die Wärme mit einem Thermo-

meter und die Zeit mit einer Uhr, aber wir verwenden den gleichen Begriff, um beide zu benennen: Wir sprechen von Zeit und Temperatur. Bei sehr niedrigen Temperaturen wird die Zeit sozusagen eingefroren. Deshalb wird der Embryo, wenn man ihn angemessen langsam wieder auftaut, seinen Lebenslauf wieder aufnehmen können.

Wenn das Leben stillgelegt wird, indem das kostbare Gebäude zerstört wird, das den Zellen bzw. ihren Molekülen ermöglicht, die scheinbare willkürlichen Bewegungen zu einem sinnvollen Ziel zu führen (nämlich zum Aufbau des Embryos), kann das Leben nicht fortgeführt werden. Aber wenn nur die Zeit still steht, kann sich das Leben erneut zeigen, sobald die menschliche Wärme zurückkommt.

Zu Tausenden in einer Flasche mit flüssigem Stickstoff angehäuft, als Registrierungsnummer im „Eingangsbuch“, jeder Freiheit beraubt, in dieser Eiswelt, in der sogar die Zeit stillsteht, sind diese extrem jungen menschlichen Wesen in „Konzentrationsbüchsen“ eingesperrt, in „concentration cans“, nicht zu verwechseln mit einem „Konzentrationslager“. Denn im Konzentrationslager wurde man auf schreckliche Weise in den Tod getrieben, in den „Konzentrationsbüchsen“ wird das Leben schrecklich verzögert. Die einzige Ähnlichkeit besteht darin, dass in beiden Fällen Unschuldigen dieser Konzentrationszustand aufgezwungen wird.

Bezüglich jener, die sich fragen, was man mit den eingefrorenen Embryonen machen soll – Soll man sie töten? Soll man mit ihnen experimentieren? – sollten sich in Erinnerung rufen, dass diese Fragen schon vor mehr als 50 Jahren unter anderen Umständen gestellt wurden und wir die Antwort kennen: Die Konzentration muss für immer „verboten“ werden.

Gestatten Sie mir jetzt, dass ich einen Satz aus einem Moratorium Call von fünfzehn Kollegen des Max-Planck-Institutes zitiere, den sie in *Nature* publizierten:³ „The abuse of these techniques through experiments with human embryos (and pre-embryos if one considers a preimplantation embryo

not to be an embryo), must be condemned by scientific community“ („Die Gemeinschaft der Wissenschaftler muss die Verwendung von Embryonen – und Präembryonen, wenn der Embryo vor seiner Implantation nicht als Embryo bezeichnet werden soll – verurteilen.“) Diese Erklärung finde ich sehr ermutigend, wenn man sieht, dass die Gelehrten eines Landes, das die unmenschliche nationalsozialistische Gesetzgebung kannte, versuchen, die Ehre der Biologie wiederherzustellen. Ist doch die Biologie die getreue Helferin der Medizin, die dem Patienten dienen und ihn niemals auf ein bloßes Versuchskaninchen erniedrigen soll.

Wenn dieser Respekt vor der menschlichen Natur kein Hindernis für die Forschung ist, ist er dann ein Haltegriff? Eine Sicht, zu der ich jedenfalls neige. Ich möchte dazu ein Beispiel anführen: die Abtreibungspille RU486 (Anm. Handelsname: Mifegyne).

Dabei handelt es sich um ein Antiprogesteron, das einem falschen Schlüssel gleicht, der den Arbeitsplatz des Progesterons (das für die Fortsetzung der Schwangerschaft unerlässliche Hormon) versperrt. In der Fachsprache wird diese Substanz „Mifepristone“ genannt, ein Begriff, der in der Umgangssprache als das erste Menschenpestizid bekannt ist. Man kann meiner Meinung nach irrtumsfrei feststellen, dass, wenn diese Substanz einmal im industriellen Maßstab produziert wird, dadurch jährlich mehr Menschen getötet werden als unter den Diktatoren Adolf Hitler, Josef Stalin und Mao Tse Tung zusammen.

Extrem junge menschliche Wesen durch eine binäre Munition zu beseitigen (Antiprogesteron zum Vergiften und Prostaglandin zum Austreiben) ist der eigentliche Anfang eines chemischen Krieges gegen die Menschheit.

Der Weg, die Wahrheit und das Leben

Es bleibt noch eine letzte Frage, die schwerwiegendste von allen. Unsere Macht wächst von Tag zu Tag. Wir werden neue Lebewesen herstellen (Bakterien, Pflanzen, Tiere), die weder durch natürliche

Selektion noch durch die Evolution herangebildet wurden. Dadurch verändern wir mit Sicherheit das Schicksal des Menschen, bevor wir vielleicht ihn selbst verändern. Ich weiß nicht, ob wir in diesem Zeitalter das menschliche Gehirn modifizieren werden können, aber es kann gut möglich sein. Anders gesagt: Wir werden immer gefährlicher. Die „biologische Bombe“ ist für die Menschheit wahrscheinlich noch schrecklicher als die „thermonukleare Bombe“.

Dann werden uns die Leitmaßstäbe fehlen. Es ist notwendig, einen Bezugspunkt aufzustellen oder wiederzuentdecken. Denn wer wird uns sonst sagen, ob „das gut ist“ oder ob „das schlecht ist“? Wer wird es uns beibringen?

In meiner Arbeit als Genetiker stellen sich mir diese Fragen täglich.

Natürlich werden einige versuchen, die Gesetze zu verändern, jedes Mal, wenn es der Fortschritt verlangt oder vielleicht, wenn der Verlust der guten Sitten es notwendig zu machen scheint. Diese Methode hat aber keine Zukunft, denn sie kann das Grundproblem nicht lösen: Technologie wächst akkumulativ, Weisheit dagegen ist mehr als die bloße Akkumulation von Wissen.

Referenzen

- 1 Anm.: Der damals diskutierte *Warnock Report* führte später zur Verabschiedung des *Human Fertilisation and Embryology Act 1990*, mit dem Großbritannien bereits damals die vernichtende Forschung mit Embryonen legalisierte und in der Folge durch die *Human Fertilisation and Embryology (Research Purposes) Regulations 2001* - <http://www.legislation.gov.uk/ukSI/2001/188/contents/made> (letzter Zugriff am 14. Februar 2014) - ergänzt wurde.
- 2 Clarke M., *Embryo research: British Commons vote for ban*, *Nature* (1985); 313(6004): 618
- 3 Balling R., Chowdhury K., Deutsch U., Dietrich S., Drescher U., Henseling U., Jostes B., Kristjansson G. I., Demayer T., Püschel A., Schöler H., Siekhaus D., Theuring F., Walther C., Zimmer A., *Moratorium call*, *Nature* (1988); 334: 560

Österreich: Ärzte verschreiben Kindern zunehmend Psychopharmaka

Der Trend ist besorgniserregend: Kindern und Jugendlichen werden immer häufiger Psychopharmaka verschrieben. So stieg in Österreich die Zahl der Jugendlichen, die Antidepressiva erhielten, zwischen 2009 und 2012 von rund 36.300 auf 41.000, und bei der Gruppe der Null- bis Vierjährigen ist die Zahl von 1.600 auf 2.200 geklettert. Das geht aus einem 70 Seiten starken Bericht zur Lage der *Antidepressiva für Kinder 2005 – 2012* des Bundesministeriums für Gesundheit hervor, der im Jänner 2014 auf eine parlamentarische Anfrage des Team Stronach veröffentlicht wurde.

In den letzten Jahren zeigte sich in vielen westlichen Industrieländern sowohl im Erwachsenen- als auch im Kinder- und Jugendbereich eine deutliche Zunahme (bis zu 750 Prozent zwischen 1993 – 1998 und 2005 – 2009) der Verordnung von Antipsychotika. In Deutschland etwa stieg von 2005 bis 2012 der Anteil jener jungen Patienten, die zur Behandlung ihrer Symptome mindestens ein Neuroleptikum – auch Antipsychotikum genannt – erhielten, um 41 Prozent. Die Antidepressiva-Verordnungen stiegen um 49,2 Prozent, die Verschreibungen von ADHS-Medikamenten (Stimulanzien, z. B. Atomoxetin) gar um 62,4 Prozent.

Dies ist das Ergebnis einer Auswertung, die im *Deutschen Ärzteblatt* publiziert wurde. Für ihre Analyse hatten die Studienautoren um den Kinder- und Jugendpsychiater Christian Bachmann von der *Universität Marburg* die Versichertendaten der *Barmer GEK* von mehr als 1,5 Millionen Kindern und Jugendlichen ausgewertet.

Wie aber lässt sich der Anstieg der Verordnungen erklären? Bachmann und seine Kollegen vermuten drei Gründe für den Trend: Medikamentöse Therapien durch Antipsychotika lassen sich schneller verschreiben als eine psychotherapeutische Behandlung in Gang zu setzen. Zweitens kann die vermehrte Verschreibung von Antipsychotika auch die Folge des intensiven Marketings pharmazeutischer Unternehmen sein. Und nicht zuletzt: Wo es mehr Ärzte gibt, da gibt es auch mehr Verschreibungen. Die Zahl der Kinderpsychiater ist im Untersuchungszeitraum um 61 Prozent gestiegen, die der Pädiater um 10 Prozent. Eine Zunahme psychischer Störungen lasse sich dagegen nicht belegen.

Die Studienautoren fordern angesichts der Diskrepanz zwischen vorhandener Evidenz und Verschreibungspraxis Langzeitstudien, die Wirkungen und Nebenwirkungen von Antipsychotika bei Kindern und Jugendlichen untersucht.

Deutsches Ärzteblatt, 2014; 111(3): 25-34

Parlamentarische Anfrage Nr. 91/J der Abgeordneten Dr. Franz, Kolleginnen und Kollegen, 21. Jänner 2014, http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/AB/AB_00115/imfname_336598.pdf

Forschung: Nobelpreisträger wollen mehr Qualität und weniger Forschungsmüll

Im Forschungsbetrieb wird zu viel Unwichtiges produziert, die Anreizsysteme von Forschungseinrichtungen und Instituten seien oft unsinnig, Gelder werden verschleudert und schließlich Patienten geschädigt: Wissenschaftler sind bereit, darunter auch Nobelpreisträger, öffentlich zu thematisieren, dass hier offenbar etwas falsch läuft.

Der Biologe Randy Schekman, Medizinnobelpreisträger von 2013, nutzte seine Auszeichnung, um den laufenden Wissenschaftsbetrieb scharf zu attackieren. „Die Tyrannei der Luxusmagazine muss gebrochen werden“, so Schekman in einem Gastkommentar in *The Guardian*. Er richtete sich gegen die großen Journals wie *Science*, *Nature* und *Cell*. Der Druck, in diesen Magazinen zu publizieren, verleite dazu, eher angesagter statt wirklich wichtiger Forschung nachzugehen. Die Chefredakteure seien „keine Wissenschaftler, sondern Fachleute, die Furore machenden Studien den Vorzug geben und dabei so restriktiv vorgehen wie Modedesigner bei Limited-Edition-Handtaschen“, sagte Schekman. Er selbst und seine Kollegen würden ab sofort nicht mehr in diesen Journals veröffentlichen und riefen alle Forscher zum Boykott auf.

The Lancet hat die Debatte um die Zukunft des Wissenschaftsbetriebs im Jänner 2014 in einem einzigartigen Dossier unter dem Titel *Research: increasing value, reducing waste* nun aufgegriffen. Die Autoren legen dar, wie die Qualität in der Forschung verbessert und Verschwendung verringert werden kann *How should medical science change?* und zeigen auf, welche ökonomischen, politischen, sozialen und kulturellen Faktoren eine zentrale Rolle in der Vergabe von Forschungsgeldern spielen, wobei der Nutzen für den Patienten dabei immer mehr ins Hintertreffen gerät.

Nobelpreisträger Schekman hatte auch am System des sogenannten Impact Factors – die Qualität eines Journals wird daran bemessen, wie oft seine Veröffentlichungen zitiert werden – kein gutes Haar gelassen: „Eine Arbeit kann zitiert werden, weil sie gut ist, oder aber weil sie provokativ, auffallend oder falsch ist“, kritisiert der Biologe. Als Alternative favorisiert er das Modell der Open-Access Magazine (wie das von ihm mit-herausgegebene *eLife Journal*). Sie erlauben den kostenfreien Zugang zu wissenschaftlicher Literatur und würden unter

Einhaltung aller notwendigen Qualitätskriterien fairer publizieren, da sie eine größere Anzahl an Artikeln veröffentlichen können als die Luxusmagazine und nicht auf Abonnenteneinnahmen angewiesen sind.

Inzwischen ist auch im *British Medical Journal* eine Debatte losgetreten worden, ob medizinische Journals pharmagesponserte Studien in Zukunft überhaupt noch veröffentlichen sollen.

British Medical Journal, 2014; 348: g171

The Guardian, 9. Dezember 2013 (online)

The Lancet, 8. Jänner 2014 (<http://press.thelancet.com/researchcomment2.pdf>)

Studie: Künstliche Befruchtung wird zu leichtfertig angewendet

Ein österreichisches Paar, beide sind Ende 20. Nach einem Jahr ist sie trotz Kinderwunsch noch nicht schwanger, nach WHO-Definition gilt das Paar daher als steril. Sie suchen einen Arzt auf und entscheiden sich nach medizinischer Beratung für eine künstliche Befruchtung (In-vitro Fertilisation, IVF). Nach einer Fehlgeburt und einem zweiten IVF-Versuch wird die Frau wieder schwanger, sie bringt ein Kind zur Welt. Zwei Jahre später ist sie wieder schwanger – auf natürlichem Weg. Das Paar war also doch nicht unfruchtbar. Kein Einzelfall, sagen nun niederländische Forscher. Reproduktionsmediziner raten offenbar häufig zu früh zu einer IVF bei kinderlosen Paaren. Das ist das Ergebnis einer im BMJ veröffentlichten Analyse.

Weltweit werden jährlich mehr als 3,7 Millionen Kinder nach IVF geboren. Die Zahl stieg an, nicht etwa weil die bis heute mit rund 15 Prozent geringe Baby-Take-Home-Rate maßgeblich verbessert werden konnte, sondern weil ein weltweiter Markt der Reproduktionsindustrie besteht, der nach Regeln einer „gewinnbringenden Industrie“ funktioniert, wie die Arbeitsgruppe um Esme Kamphuis vom Zentrum für Reproduktionsmedizin an der Universität Amsterdam kritisiert.

Die ursprünglich strenge Indikation für IVF – bei Erkrankungen des Eileiters – wurde inzwischen durch ein breites Indikationsspektrum ausgedehnt. Dazu zählen allen voran die „ungeklärte Unfruchtbarkeit“ (idiopathische Sterilität), Endometriose oder schlechte Spermienqualität. Die Wissenschaftler betrachten diese Entwicklung kritisch. Die „ungeklärte Unfruchtbarkeit“ sei mit rund 30 Prozent eine der häufigsten Gründe für den Wunsch, eine IVF vorzunehmen. Während in Großbritannien zwischen 2000 und 2011 die Zahl der IVF-Zyklen wegen Erkrankungen des Eileiters mit rund 7.000 konstant blieb, verdreifachte (!) sich in diesem Zeit-

raum die Zahl der IVF wegen idiopathischer Sterilität von 6.000 auf 19.500. In den USA stieg die Zahl der jährlichen IVF-Zyklen zwischen 2000 und 2010 von 90.000 auf 150.000 an. Laut Kamphuis und Kollegen deuten diese Zahlen auf eine zu häufige und zu frühe Intervention.

Einer niederländischen Studie an einer Kohorte von 500 Paaren zufolge – sie waren im Durchschnitt fast 2 Jahre unfruchtbar ohne genauen Grund – konnten 60 Prozent nach einer Beratung in einer Klinik auf natürlichem Wege Kinder zeugen. Eine weitere Studie zeigte ebenfalls, dass 25 Prozent der Frauen, die mindestens zwei Jahre nicht schwanger wurden, nach weiteren sechs Monaten doch noch schwanger wurden. Nach drei Jahren betrug der Anteil sogar 75 Prozent.

Ärzte dürfen die Indikation für eine IVF nicht leichtfertig stellen, mahnen deshalb die Wissenschaftler. Angesichts der Entwicklungen einer Reproduktionsindustrie, die gewinnorientiert eine sofortige Schwangerschaft oder ein Kind verspricht, orten die Mediziner einen „Mangel an Willen“, über die Nebenwirkungen aufzuklären. Es sei heute bekannt – aber kaum kommuniziert – dass IVF sowohl bei Müttern als auch Kindern zu Komplikationen führen kann. Langzeitfolgen für die geborenen Kinder seien nach Ansicht der Wissenschaftler noch viel zuwenig erforscht. Es fällt auf, dass in Fachkreisen immer häufiger Stimmen laut werden, sich mit den Schattenseiten der IVF seriös zu beschäftigen.

British Medical Journal, 2014; 348: g252

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch
21. Jahrgang, Heft 1, 2014
Wilhelm Bergthaler, Eva Schu-
lev-Steindl, Ferdinand Kerschner:
Editorial: Und sie bewegt sich doch!
Schwerpunkt:
Alexander Forster: De facto kein
Rechtsschutz? Zur Unionsrechts-
konformität des UVP-Feststellungs-
verfahrens;
UVP-Feststellungsverfahren: Betei-
ligung der betroffenen Örtlichkeit
(Ersuchen um Vorabentscheidung),
Anmerkung von Bettina Bachl, Ge-
org Granner und Nicolas Raschauer;
Beitrag:
Tianbao Qin: Developing Environ-
mental Law in Developing China.

Anthropotes

Rivista ufficiale del Pontificio
Istituto Giovanni Paolo II per Studi
su Matrimonio e Famiglia. Città del
Vaticano, Italien
Halbjährliche Zeitschrift in Italie-
nisch
Anno XXIX, n. 2 – 2013
Articoli:
G. L. Müller: Matrimonio e famiglia.
Natura e grazia;
L. Melina: Changer, pour aller où?
De l'autonomie à une éthique de
communion;
L. Sánchez Navarro: Marriage
Revisited. Reading Matt 19:3-9
Contextually;
C. Álvarez Alonso: Matrimonio y
Eucaristía, sacramentos nup-
ciales. Notas sobre una analogía
sacramental articulada en torno al
lenguaje del cuerpo;
J. Larrù: La fidelidad y la verdad del
amor;
I. Serrada Sotil: La narrativa
en la educación al amor: con-
sideraciones sobre el tiempo del
noviazgo;
S. Salucci: Il Sacramento della
Nuova Alleanza. Il pensiero maturo

di San Tommaso d'Aquino sul
Matrimonio.

Acta Philosophica

Rom, Italien
Quartalzeitschrift in Italienisch
Vol. 23 (2014), fasc. I
Studi:
Sebastián Contreras, Joaquín Gar-
cía-Huidobro, Daniel Herrera: La
naturaleza jurídica del derecho de
gentes en Santo Tomás y la Escol-
ástica española.

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di
Bioetica
Halbjährliche Zeitschrift
2013/5
Articoli:
Luis Chiva: Medical overview.
Techniques used in the treatment
of human infertility;
Guillermo López: Efficacy and
medical complications of assisted
reproductive technologies;
Justo Aznar: Respect for human life
in assisted procreation techniques;
José Ángel Mínguez Milió: Tubal
microsurgery as treatment for
human infertility;
Ana Otte: Knowledge of female
sexual cycles through self-observ-
ation for the treatment of human
infertility;
Pilar María Estellés Peralta: History
of Spanish law in the regulation of
assisted reproduction techniques:
the legal and family neglect of
human life in vitro;
Francisco J. Lara: Assisted pro-
creation from the perspective of
business or medical ethics
Jesús Ballesteros: IVFET and medi-
cine of desire;
Ignacio Carrasco de Paula: Discern-
ing medically assisted procreation:
key concepts of the Magisterium of
the Catholic Church.

Anthropotes

Rivista ufficiale del Pontificio
Istituto Giovanni Paolo II per Studi
su Matrimonio e Famiglia. Città del
Vaticano, Italien
Halbjährliche Zeitschrift in Italie-
nisch
Anno XXIX, n. 1 – 2013
Articoli:
F. Botturi: Essere generativi;
A. López: Fruitfulness and the
Promise of Finitude in a Technol-
ogical Culture;
M. Binasco: Generatività: identità e
relazioni;
J. Granados: La generatività: chiave
per una sintesi teologica;
B. Rossi: Generazione umana e
irruzione del divino. Elementi
biblici per un'antropologia della
generatività;
A. Chundellikkat: The Flash, Place
of Generation.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spa-
nisch
46/3, 2013
Estudios:
José María Zamora Calvo: „Eve-
rywhere and nowhere“: Porphyry's
Pathways to the Intelligible 31;
Eduardo Molina: Finalidad y con-
tingencia: la concepción kantiana
de los organismos;
Véronica Kretschel: Husserl y la
metafísica de la presencia: la rela-
ción protoimpresión-retención;
Emilio Vicuna Zauschkevich: Hori-
zonticidad y tipicidad en la praxis y
proto-praxis husserliana;
Enrique Ferrari Nieto: El recorrido
metafísica de *La deshumanización
del arte*;
José Tomás Alvarado Marambio:
Carmichael acerca de proposiciones
y universales.

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch

13. Jahrgang, Heft 3, 2013

Articles:

John Skalko: If Food and Water Are Proportionate Means, Why Not Oxygen?

Vince A. Punzo: Alzheimer's Disease, Tube Feeding, and Prudential Judgment;

Matthew Heffron: Providing Health Care to Patients against Their Will.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

20. Jahrgang, Heft 6, 2013

Wilhelm Bergthaler, Eva Schuller-Steindl, Ferdinand Kerschner:

Editorial: Markt und Macht im Umweltrecht;

Schwerpunkt:

Wolfgang Wessely: Zur höchstgerichtlichen Rechtsprechung im Umwelt-Verwaltungsstrafrecht 2012;

Fritz Kroiss, Jane Hofbauer: Umsetzung der EU-RL zum Umweltstrafrecht in Österreich und Kroatien;

Beiträge:

Max Hautzenberg: Das Naturschutzprotokoll und seine unmittelbare Anwendung im österreichischen Naturschutzrecht;

Peter Sander: Mobile Abfallbehandlungsanlagen.

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di Bioetica

Halbjährliche Zeitschrift

2013/4

Articoli:

Oana Gotia : L'amore e la sessualità: valore e significato;

Carlo Casini, Marina Casini: Profili giuridici dell'aborto in Irlanda.

Peculiarità e prospettive della vicenda irlandese alla luce della legge

Protection of Life During Pregnancy Act (2013);

Elena Ferioli, Mario Picozzi: La declinazione del fenomeno doping secondo i Codici deontologici dell'Unione Europea: analisi comparativa;

Claudio Sarteau: Sulla problematica idea di un "diritto di aborto".

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

21. Jahrgang, Heft 4, 2013

Leitartikel:

Mark Joób: Überlegungen zum Objekt und zur Instanz der Verantwortung;

Karsten Weber: Internet = Demokratie?

Dieter Witschen: Whistleblowing - Individualethische Aspekte einer diffizilen Handlungsweise.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch

Band 25, Heft 4, 2013

Editorial: Marianne Rabe: Organisation als Rahmen moralischen Handelns im Gesundheitswesen;

Originalarbeiten:

Monika Bobbert: 20 Jahre Ethikunterricht im Medizinstudium: Eine erneute Lehrziel- und Curriculumdiskussion ist erforderlich;

Andreas Walker, Christof Breitsamer: Ethische Entscheidungen in Hospizen. Ergebnisse einer qualitativen Studie in drei Hospizen in Nordrhein-Westfalen;

Joachim Boldt, Uta Bittner: Gedächtnis-Enhancement. Wie erstrebenswert wäre ein grenzenloses Gedächtnis?

Bernward Gesang et al.: Starke und schwache Autonomie - eine hilfreiche Unterscheidung für die Vorbeugung von Unter- und Überbehandlung.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

59/4, 2013

Abhandlungen:

Johannes Reiter: Designtes Sterben. Theologisch-ethische Aspekte zur Patientenverfügung;

Ralf J. Jox: Die Patientenverfügung und ihre praktische Umsetzung in Deutschland;

Stephan Sahn, Joachim Hilbig: Nach dem Gesetz: Akzeptanz und Verbreitung von Patientenverfügungen bei Tumorpatienten;

Bernhard Bleyer et al.: Wer über mich verfügt, entscheide ich - und ein Anderer. Die Patientenverfügung und das kommunizierte moralische Urteil;

Bernd Friedrich: Die Bindungsstärke von Patientenverfügungen. Grenzen am Beispiel der formlosen Widerrufbarkeit.

Menschenwürde in der Medizin: Quo vadis?

Jan. C. Joerden, Eric Hilgendorf, Natalia Petrillo, Felix Thiele (Hrsg.)

Verlag Nomos, Baden-Baden 2012

489 Seiten

ISBN 978-3-8329-7044-4

Die als Band 52 der Interdisziplinären Studien zu Recht und Staat erschienene Arbeit einer Forschungsgruppe am Zentrum für interdisziplinäre Forschung in Bielefeld (D) enthält Beiträge von 27 Autoren zum Thema der Menschenwürde im Umfeld neuer medizinischer Technologien. Der Bogen der teils deutsch, teils englisch verfassten Aufsätze spannt sich von der Achtung bzw. Bedrohung der Menschenwürde in Klinik (Frühgeborene) und Pflege (Geriatric, Psychiatrie) über Anwendungen in der forensischen Medizin (Lügendetektoren, Fragen der Zurechnungsfähigkeit) und in der Behandlung neurologischer Erkrankungen (tiefe Hirnstimulation) bis hin zu eher futuristisch anmutenden Szenarien einer Verbesserung oder Aufrüstung des Menschen durch Schönheitschirurgie, Anthropotechniken (genetische Manipulation) und Eugenik. Behandelt werden auch prinzipielle Fragen der Menschenwürde im evangelisch-theologischen und interkulturellen Kontext. Ein von den Herausgebern verfasstes Memorandum am Schluss des Sammelbandes zieht daraus ein leider ziemlich einseitiges Resumé.

Die Vielzahl der angeschnittenen Themen und die große Zahl von unterschiedlich geistig geprägten Autoren vermittelt dem interessierten Leser einen guten Überblick über die verschiedenen heute vorherrschenden Strömungen und Zugänge zur Abgrenzung und Anwendung menschenwürdigen Verhaltens in den verschiedenen Disziplinen. Ausgeklammert bleibt der gesamte vorgeburtliche Bereich, teils wohl, weil er den Rahmen sprengen würde, teils aber auch, weil vorgeburtlichem Leben Würde und Persönlichkeit aberkannt oder zumindest in Frage gestellt wird. Daraus sich ergebende Widersprüche im Umgang mit lebensfähigen Feten und Frühchen gleichen Alters werden besprochen.

Ausgerechnet ein Beitrag über Menschenwürde in China thematisiert, dass Menschenwürde im Anderen zwar mit Füßen getreten, nicht aber vernichtet werden kann. Vielmehr vernichtet der Perpetrator seine eigene Würde. Dass das auch die zentrale christliche Botschaft ist, muss der Leser zwischen den Zeilen erraten, der evangelische Theologe verrät es jedenfalls nicht. Doch habe jeder Mensch – der Dialektik von „justus et peccator“ folgend – ein Recht auf Unvollkommenheit. Daraus kann der Respekt vor behindertem Leben abgeleitet werden.

Ein anderer Ansatz zur Begründung der Menschenwürde kommt aus der Phänomenologie, welche im Gegensatz zur Aufklärung den Menschen als bedürftiges Wesen interpretiert. Den Anderen in seiner Würde anerkennen heißt dann, ihn in seiner Bedürftigkeit zu akzeptieren. Autonomie und Selbstbestimmung als primäre Gründe der Menschenwürde werden so relativiert, was gerade bei der Frage nach der Würde vorgeburtlichen oder behinderten Lebens neue Horizonte eröffnet.

Im Übrigen bewegt sich der Mainstream der Autoren beim Thema Menschenwürde im Umfeld der Autonomie (Kant) und wie diese geschützt bzw. gefördert werden kann. Die ihr zugrunde liegende Willensfreiheit wird damit unvermeidlich ebenfalls – ambivalent – diskutiert. In einem dieser Beiträge klingt an, dass Autonomie auch die Dimension der Selbstverpflichtung beinhaltet. Darin inkludiert ist auch die Pflicht, die eigene Würde zu schützen.

Mehrfach bedauert wird, dass der Begriff der Menschenwürde zu schwammig sei und seine Verankerung im deutschen Grundgesetz kaum noch zeitgemäß. In der Tat wurde der einst einheitliche Fels im Laufe der Zeit zu Kiesel zermahlen, der unserer pluralen Gesellschaft ohne verbindenden Zement keinen Halt mehr bieten kann. Vielleicht sollte dort angesetzt werden, wo Würde auch ihren sprachlichen Ursprung hat: im Begriff der Potenz und damit verknüpft dem aristotelisch-thomistischen Erbe. Das leugnen jedoch alle anglophonen Autoren

und die zunehmende Zahl jener, die ihnen folgen, für die Dignity keine derartige Konnotation besitzt.

Es fällt schwer, in dem Buch einen roten Faden auszumachen. Zu heterogen sind die Themen und vorgegebenen Begründungen. Gerade das aber fordert den Leser heraus, sich selbst ein Urteil zu bilden. Keine leichte Lektüre, aber gewinnbringend für den, der gerne anderen zuhört, um seine eigene Position auf diesem höchst aktuellen und bedeutsamen Gebiet zu schärfen und besser zu fundieren.

W. Rella

Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken. Geschichte – Theorie – Ethik

Monika Bobbert
mentis Verlag, Münster 2012
564 Seiten
ISBN 978-3-89785-796-4

Das vorliegende Buch ist eine am Institut für Geschichte und Ethik an der medizinischen Fakultät in Heidelberg vorgelegte Habilitationsschrift, die einen klaren Schwerpunkt aufweist: historische, empirisch-sozialwissenschaftliche und theoretische Überlegungen zur Ethik der ärztlichen Praxis. Der Titel des Buches trifft streng genommen nur auf die letzten beiden Kapitel der zehn Kapitel zu.

So werden in fast sieben von zehn Kapiteln die Definition und Geschichte von schwerer Krankheit und Behandlungsbegrenzung, sowie die ethischen Normen für medizinische Maßnahmen des „Tuns“ und des „Unterlassens“ erläutert – all dies mit großer Sachkenntnis, einschlägigen Literaturzitate und ansprechender Diktion; vielleicht aber nicht ganz im Sinne dessen, was der Leser sich in diesem Hauptteil des Buches erwartet.

Die Autorin bekennt sich klar zur Ablehnung der intendierten Lebensverkürzung bzw. des assistierten Suizids, wobei sie – wo immer eine Therapiebegrenzung zur Sprache kommt – durchgehend den Ausdruck „Sterbehilfe“ verwendet, jeweils mit dem Versuch einer Präzisierung (aktiv, passiv, indirekt). Wenn schon die Unterscheidung zwischen

Sterbehilfe und Sterbebegleitung nicht explizit vertreten wird, so könnte mehr Raum der Differenzierung jener Handlungen mit Todesfolge gewidmet sein (intendiert? nicht intendiert?). Die kurze Erwähnung im Kapitel der begrifflichen Erklärungen unter Hinweis auf die „Fülle an ethischer Literatur“ aus den letzten 15 Jahren regt das Interesse auf mehr (z. B. zur Frage der bewussten bzw. unbewussten Intention). Die Erwähnung des Begriffspaars „Sterbehilfe-Sterben lassen“ wäre ausbaufähig gewesen.

Vergnüglich zu lesen und auch informativ ist der Rückgriff auf die Ärzte der griechischen Antike und deren differenzierenden Umgang mit chronisch Kranken und alten Menschen. Erschreckend erscheint aber der Umgang mit Sterbenden bis ins 19. Jahrhundert, als diverse Maßnahmen zur „Beschleunigung des Todeseintritts“ sogar gesetzlich verboten werden mussten, weil weit verbreitet.

In Kapitel 3 kommt erstmals die klinische Praxis zu Wort. Hier wird die Bandbreite von Überlegungen und Einstellungen der Ärzte zur Behandlungsbegrenzung dargelegt. Als problematisch und nicht effizient genug beurteilt die Autorin die Patientenverfügung (Akzeptanz in Deutschland wie in den USA etwa 15%) und schlägt sich eher auf die Seite derer, die in Angehörigen die maßgeblichen Entscheidungsstellvertreter sehen.

Die Moral von „Tun“ (Abbrechen einer Behandlung) und „Unterlassen“ (Nicht-beginnen) wird detailliert in Kapitel 6 erörtert (Fakt: beides prinzipiell gleichwertig, wenn auf Sterbenlassen entschieden wird). Es scheint der Autorin aber insgesamt schwer zu fallen, ihre philosophisch-theoretischen Erwägungen näher an die klinische Praxis zu rücken, wie das Kapitel 8 zeigt, in der es über Argumentationsformen um das „Natürliche“ gegenüber dem „Künstlichen“ an Therapien in Todesnähe geht, etwa den Einsatz der PEG-Sonde, die Trink- und Nahrungsverweigerung bei präterminalen Patienten, das fehlende Hunger- und Durstgefühl und das „Einfach-nicht-mehr-Wollen“.

Auch wird die Rolle der „ordentlichen“ und „außerordentlichen“ Mittel angeschnitten, aber ohne

eigene Schlussfolgerung der Autorin. Die Aussagen des katholischen Lehramtes werden erwähnt, doch fehlt gerade jenes Zitat von Johannes Paul II. vom 20. März 2004, in welchem er eine sehr restriktive Haltung zur Therapiebegrenzung bei Wachkomapatienten propagierte und eine wichtige Diskussion über die ärztliche bzw. pflegerische Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme entfachte (eine Bekräftigung seiner Aussage bzgl. Wachkoma erfolgte durch den Vatikan am 6. August 2005).

Zu Recht betont die Autorin, dass die ganze Frage nach „gewöhnlich“ und „außerordentlich“ nur im Lichte der Zielsetzung gesehen werden dürfte (Palliation? Lebensverlängerung? etc.).

Die Autorin wird im 9. Kapitel sehr konkret, wenn es um die Kommunikation zwischen dem Handlungsteam und Angehörigen geht. Hier erscheint sie in ihrem ureigensten Element: das Projekt des Arbeitskreises Ethikkonzil (AKEK), das vor 15 Jahren aus einem Anlassfall heraus begründet wurde (Bottom-up) und sich steigender Akzeptanz zu erfreuen scheint (zunächst Seelsorger, dann Stations- und Fall-bezogene Konsultationen eines interdisziplinär besetzten Teams). Die Beschreibung des praktischen Vorgehens erweckt allerdings leichte Beklommenheit angesichts des streng reglementierten Ablaufs von Erhebung, Diskussion, Einbindung von Expertenmeinungen etc., ohne den Verweis auf Evaluierung, Erfahrungsberichte oder gar bereits vorhandene Statistiken.

Die Schwächen des Buches: der oft sinnstörende Druckfehlerteufel, die Unausgewogenheit zwischen den drei Themen und das Fehlen eines Stichwortverzeichnisses (für die große Zahl von höchst unterschiedlichen Begriffen).

Zu rühmen ist allemal der große Einsatz der Autorin für eine umfassende Darstellung eines hochbrisanten Themas der klinischen Praxis, mit durchaus wertvollen (wenn auch breit elaborierten) Ausblicken in die verwandten Bereiche der Medizingeschichte und Philosophie.

F. Kummer

Spiritualität und Gesundheit. Ausgewählte Beiträge im Spannungsfeld zwischen Forschung und Praxis

René Hefti, Jacqueline Bee (Hrsg.)

Peter Lang-Verlag, Bern 2012

242 Seiten

ISBN 978-3-0343-1168-7

Das Buch umfasst zehn Beiträge, die am Europäischen Kongress für Religion, Spiritualität und Gesundheit (2008 und 2010) präsentiert wurden. Sie widmen sich dem Zusammenhang von Spiritualität und Gesundheit, dessen Bedeutung außerhalb des akademischen Raumes einigermaßen anerkannt ist. Allerdings gibt es keine allgemeingültige Definition von Spiritualität, was dazu führt, dass dieser Begriff und die durch ihn bezeichnete Dimensionen des Menschlichen in der modernen Medizin, die sich empirisch-methodisch nur mit dem Messbaren beschäftigt, kaum relevant wird. Die Begriffe Religion oder Religiosität sind hier klarer. Einige Autoren verwenden Religiosität und Spiritualität als Synonyme, andere meinen, Spiritualität müsse nicht an Religion gebunden sein. In einer säkularisierten Gesellschaft scheint die Wissenschaft die Chiffre Spiritualität eher verwenden zu wollen, um nicht in die Nähe der Religion zu kommen. Hier liegt ein Unterschied in der Auseinandersetzung in den USA und in Europa.

In Übersee hat man im Gegensatz zum Alten Kontinent weniger oder überhaupt keine Hemmungen, über Religion in einem naturwissenschaftlichen Kontext zu sprechen. Das zeigt Harold G. Koenig von der Duke University in Durham, North Carolina in seinem Beitrag, der zu den prominentesten Forschern in den USA in diesem Gebiet gehört. Religion sei eine wichtige Hilfe in der Verarbeitung negativer Erlebnisse, darunter auch von Krankheit. Dazu wurde in der englischen Literatur der Begriff Religious Coping (RC) geprägt. Koenig hat die Relevanz von Religiosität in über 3.000 veröffentlichten quantitativen Studien untersucht. Der gesundheitsfördernde Einfluss von Religiosität z. B. bei verschiedenen psychischen Krankheiten wie Depression,

Selbsttötung, Angst und Sucht ist eindeutig, aber auch bei Herzkrankheiten oder bei Störungen des Immunsystems festzustellen. Ebenso fanden der Psychiater und sein Team einen hohen Einfluss von Religiosität auf Wohlbefinden, Optimismus und Lebenssinn. Weitere Studien zeigten den Einfluss von Religion auf soziale Werte, Partnerschaftsstabilität, Delinquenz und dergleichen. Koenig unterstreicht, dass noch viel Forschung notwendig sei, um in der Relation zwischen Religiosität und Gesundheit auch mögliche Kausalitäten herauszufinden.

Klaus Baumann (Freiburg) stellt in seinem Artikel fest, dass die Religiosität der Patienten in der Psychiatrie und Psychotherapie kaum beachtet wird. Er zeigt aber, dass sich eine neue Entwicklung abzeichnet, der Sichtwechsel in den USA könnte auch bald auf Europa übergreifen. Diese Entwicklung wird – so Baumann – noch weiter gehen, wenn die Forschung besonders auf die Schnittstellen von Psychiatrie und Religion fokussiert wird, denn hier gäbe es in beiden Bereichen viele überlappende, ja sogar gemeinsame Begriffe. Der Schweizer René Hefti, Leiter des Forschungsinstitutes für Spiritualität und Gesundheit und Mitherausgeber des Buches, geht der Frage nach, ob sich empirisch ein Zusammenhang zwischen Glaube und Depression dokumentieren lasse und falls ja, welche Wirkung dann vorherrschend: die salutogene oder die depressiogene Wirkung? Hefti fand dazu über 150 wissenschaftliche Arbeiten sowie eine Metaanalyse neuerer Datums, die Schlüsse zu seiner Fragestellung erlaubten. Sein Ergebnis: „Höhere Religiosität in Form von religiösem Engagement, Gottesdienstbesuch, intrinsischer Religiosität sowie positivem religiösen Coping“ geht mit einer niedrigeren Depressionsrate einher. Strenge, angst- und schuldbesetzte Formen der Religiosität sind davon auszunehmen. Außerdem lässt sich belegen, dass religiöse Menschen nicht nur weniger depressiv sind, sondern auch schneller genesen. Für Hefti eröffnen diese Befunde eine neue Perspektive für die Therapie.

Der Berner Professor für Herzchirurgie, Thierry Carrel, schöpft aus dem Fundus seiner langjährigen Erfahrung, wenn er anhand kli-

nischer Fallberichte aus seiner Praxis Beispiele für die heilende Kraft des Glaubens gibt: „Religion oder Religiosität können, wahrscheinlich mehr als irgendeine andere Kraft, engste Interferenzen und Wechselwirkungen mit dem Erleben der Krankheit auslösen“. Die heute überzogene naturwissenschaftliche Ausrichtung der medizinischen Versorgung hat den Raum für Religion und Religiosität, den die Krankenpflege schon immer gehabt hat, stark eingeengt und damit wichtige Bedürfnisse der kranken Menschen vernachlässigt.

Die Schweizer Psychoonkologin Monika Renz stellt die Frage: Psychotherapie oder Seelsorge? Ihre Antwort: Angesichts der Tatsache, dass Spiritualität so viel bewirken kann, hält sie die spirituelle Begleitung der Kranken und Sterbenden für alles andere als nebensächlich. Gleichzeitig sei ernsthafte Begleitung meist auch nicht möglich ohne ein gutes Stück psychotherapeutisches Fachwissen.

Schließlich sei exemplarisch noch kurz auf die Botschaft des Artikels des Bremer Religionswissenschaftlers Peter Kaiser eingegangen. Sie wäre sehr überraschend, würde man nicht berücksichtigen, dass sie eine typische europäische, szientistische und stark reduktionistische Position bezieht: Aus der Perspektive der Ergebnisse der kognitiven und evolutionären Religionsforschung sei der religiöse Glaube eine zwangsläufige Konsequenz der Gehirnentwicklung. Vermutlich wollte die Projektleitung mit diesem Beitrag eine Offenheit der Positionen signalisieren, die von jenen der Mehrheit der Autoren abweichen.

Diese lesenswerte Publikation bestätigt, was eingangs gesagt wurde: Vom Mainstream der Gesundheitswissenschaften, vor allem in Europa, wird die spirituelle bzw. religiöse Komponente bei Krankheit nicht beachtet. Dass es zur Publikation des Buches kam, könnte als Zeichen eines langsamen Umdenkens angesehen werden.

H. Weiden

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.

2. Gestalten der Manuskripte

Länge/Umfang: 25.000 - 35.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Die erste Seite soll enthalten:

1. einen kurzen Titel der Arbeit auf Deutsch und Englisch
2. Name des Autors/ der Autoren
3. Kontaktdaten
4. eine Zusammenfassung des Beitrags (max. 900 Zeichen inkl. Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter auf Deutsch und Englisch

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 (hoher Auflösung) benötigt. Nach Drucklegung werden dem Autor die entsprechenden Belegexemplare zugesandt.

3. Literatur

Die Zitierung erfolgt in Form von Endnoten, wobei die Nummerierung fortlaufend und die Zitierungszahlen hochgestellt sein sollen.

Bei Zeitschriftenbeiträgen sind anzugeben:

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

Beispiel: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

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

Beispiel: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

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).

2. Formation of Manuscripts

Length/ scale: 25.000 - 35.000 characters including whitespace characters

First page:

1. Short title in English and German
2. Name of the author/ the authors
3. Contact details
4. Abstract of the article in English (max. 900 characters including whitespace characters) and 3 - 5 keywords in English and German (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 (high resolution).

The author will receive accordant copies of the published issue.

3. References

The quotation is effected in terms of endnotes, in which the numbering should be consecutive, the quotation numbers elevated.

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: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897-903

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: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9-10