

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 21 · Heft 2 · 2014

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Mental Health
und Arbeitswelt**

**Mental Health in
the Work Environment**

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)
Thomas Sören Hoffmann (Philosophie, Hagen)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Reinhard Lenzofer (Innere Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Heinrich Resch (Innere Medizin, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

IMABE • Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 als unabhängige wissenschaftliche Einrichtung in Wien gegründet, zeitgleich mit anderen wichtigen medizinethischen Instituten im deutschen Sprachraum. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz. Von seiner Gründungsidee her arbeitet das Institut interdisziplinär, berufsübergreifend und fördert den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlich-humanistischen Menschenbildes.

Editorial	91	
Aus aktuellem Anlass	94	Bergund Fuchs Studie zur geschlechtsspezifischen Gehirnanatomie mischt die Genderdebatte auf
Schwerpunkt	99	Rudolf Müller Psychische Gesundheit österreichischer Arbeitnehmer
	111	Klaus Dörner Monokultur der Effizienz: Arbeitswelt als Auslöser psychischer Krankheiten
	115	Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz Arbeit und Lebenssinn im Zeitalter seelischer Erkrankungen
	123	Markus Schwarz Vorsorgestrategien für Mental Health im Unternehmen
Diskussionsbeitrag	133	Martin Hähnel Leibliche Menschenwürde und die Tugend sie zu achten
Fall	144	DNR (Do Not Resuscitate) - bei einem Patienten mit metastasiertem Blasenkarzinom
	145	Marion Stoll Kommentar zum Fall
Nachrichten	148	
Zeitschriftenspiegel	150	
Buchbesprechungen	152	

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 Feuchtner

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

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Feuchtner

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Mag. Monika Feuchtner

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: 18. Juni 2014

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des
Heftes.

Die Zahlen sind alarmierend: Nach Schätzungen der WHO leiden weltweit ca. 450 Millionen Menschen unter psychischen Erkrankungen. Für Westeuropa errechneten Experten, dass jeder vierte Erwachsene in seinem Leben an einer psychischen Störung erkrankt. In Österreich leidet jeder Fünfte einmal in seinem Leben an einer Depression und jeder Sechste an einer Angststörung. Die Gesamtsumme der Krankenstände in Österreich sinkt zwar laufend, die Zahl der Krankenstandstage von Erkrankungen aufgrund psychischer Störungen hat sich in den vergangenen 20 Jahren beinahe verdreifacht. Jährlich entstehen dadurch messbare gesamtwirtschaftliche Kosten in der Höhe von 3,3 Milliarden Euro. Mit durchschnittlich 33 Fehltagen führen psychische Erkrankungen mit Abstand zu den längsten krankheitsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz.

Nun ist im Zuge der Analyse dieses hohen Anstiegs eine Debatte in Gang gekommen, die deutlich macht, dass man keiner Seite allein hin den „Schwarzen Peter“ zuschieben darf. Die einen erklären vor allem wirtschaftliche und soziologische Gründe zu den Motoren dieser Entwicklung: Mehr psychisch Kranke gibt es, weil die Gesellschaft, insbesondere die Arbeitswelt, der Leistungsdruck, die Beschleunigung krank machen. Andererseits gab es noch nie soviel Freizeit wie jetzt. Oder spielt die Auflösung der Familien, die damit auch als Faktor der Resilienz wegfällt, eine Rolle? Wenn nun aber der psychisch Erkrankte nur als Opfer seiner Umstände gesehen wird: Wie steht es dann überhaupt um den Spielraum jedes einzelnen, gegen eine potentielle Lebensengführung, die durch überzogene Leistungsansprüche entsteht, etwas zu übernehmen? Oder halten in der Konsumgesellschaft groß gewordene Menschen einfach dem Druck weniger Stand, weil sie weniger belastbar sind?

In jüngster Zeit heizte noch ein dritter Aspekt die Debatte an: Steigt die Zahl der Erkrankten womöglich deshalb, weil seelische Probleme und Sinnkrisen in medizinisch behandelbare Krankheiten umdefiniert und medikalisiert werden? Diese Kontroverse spitzte sich rund um die Neuauflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, kurz DSM-5, im Jahr 2013 zu. Das neue

1000-Seiten-Nachschlagewerk für Psychiater zur Klassifizierung psychischer Erkrankungen beeinflusst auch maßgeblich den Diagnoseschlüssel der WHO, den ICD-10, der auch für Ärzte und Psychologen in Österreich und Deutschland gilt – und nach dem bestimmt wird, für welche Krankheiten die Krankenkassen eine Therapie zahlen. Während die Zahl der schweren psychischen Erkrankungen seit Jahrzehnten stabil bleibt, wächst die Zahl der leichten: Der amerikanische Psychiater Allen Frances von der *Duke University*, der als einer der schärfsten Kritiker des DSM-5 gilt, fuhr scharfe Geschütze auf: Statt sichere Kriterien für den klinischen Alltag zu geben, würden „neue Erkrankungen“ eingeführt, die eine „Traumliste für Forscher“ seien und „ein Albtraum für die Patienten“. Frances kritisiert im *New Scientist* (2013) unter anderem eine zunehmende Uminterpretation normaler menschlicher Gefühle zu schweren psychischen Erkrankungen – etwa Trauer beim Verlust eines geliebten Menschen. Dass psychische Erkrankungen, die schambehafteter sind als Diagnosen wie Krebs oder Diabetes zunehmende Aufmerksamkeit durch Politik und Öffentlichkeit erfahren, ist durchaus positiv zu bewerten. Das sollte jedoch nicht dazu führen, dass jedes seelische oder soziale Leid zur psychischen Krankheit erklärt und damit sozusagen aus der Welt eliminiert wird. Dies entspricht einer Tendenz in unserer Gesellschaft, Leidvolles und Nicht-Effizientes aus dem Blick und Leben zu verbannen.

Wie sehr inzwischen vielen im Arbeits- und Gesundheitswesen Beteiligten klar geworden ist, dass das Thema Mental Health einen interdisziplinären Ansatz zur adäquaten Analysen und möglichen Lösungsansätzen braucht, zeigt die hohe Resonanz zu unserer Tagung: „Mental Health und Arbeitswelt. Arbeit zwischen Stress und Lebenssinn“, die am 8. November 2013 in Wien stattfand und deren Themen nun im vorliegenden Band von *Imago Hominis* dokumentiert sind. Namhafte Experten aus Deutschland und Österreich legen im Rahmen des von IMABE in Kooperation mit der Pensionsversicherungsanstalt, der Österreichischen Ärztekammer, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger veranstalteten Symposiums Fakten, Hintergründe und Auswege zum Spannungsfeld Arbeit, Lebenssinn und seelische Erkrankungen dar.

Rudolf Müller (Chefarzt, PV) legt Zahlen, Daten und Fakten zur psychischen Gesundheit österreichischer Arbeitnehmer dar. Immer mehr Menschen treten wegen psychischer Leiden krankheitsbedingt eine Frühpension an: Im Jahr 2012 erfolgten 35,1%

aller Neuzugänge der Berufsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen. Frauen im Angestelltenverhältnis seien dabei am meisten betroffen, der Großteil kam aus der Altersgruppe der 45 bis 54-Jährigen. Seit 2002 versucht die PV gezielte Reha-Programme für psychisch Kranke umzusetzen, wodurch eine geringe Trendumkehr und Reintegration in die Arbeitswelt gelungen ist.

Arbeitgeber, die weiterhin nur Effizienz in Monokultur von ihren Mitarbeitern fordern, sind offenbar noch nicht im neuen Wirtschaftsleben angekommen, legt Klaus Dörner (Psychiater, Soziologe, Hamburg) anhand von 10 Thesen dar. Das Grundgesetz der Industrie-Epoche war die permanente Beschleunigung, Effizienz wurde als permanente Leistungssteigerung definiert. Dass dies irgendwann die Grenzen, auch der psychischen Gesundheit, überschreiten musste, liege auf der Hand. Den Umbruch der Industriezeit hin zu einer Dienstleistungsepoche sieht Dörner als eine historische Chance für eine Humanisierung der Arbeitswelt. Diese müsse begleitet werden von einer Rückbesinnung der Psychiatrie als philosophisch-anthropologischer Disziplin, die sich nicht nur rein medizinisch-naturwissenschaftlich definiert.

Dass das innere Bedürfnis des Menschen nach Lebenssinn keinesfalls durch Effizienz und das Funktionieren in der Arbeit abgedeckt ist, betont Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz (Religionsphilosophie, Vorständin des Europäischen Instituts für Philosophie und Religion EUPHRat, Heiligenkreuz) in ihrem Beitrag. Sie zeigt anhand von Deutungsmustern von der Antike über das jüdisch-christliche Erbe bis in die Moderne auf, wie das notwendige Zusammenspiel in der Spannung zwischen Tun und Lassen, Mühe und Gabe, Zweck und Sinn interpretiert wurde – und wie es gelingen kann.

Arbeitgeber werden zwar verstärkt in die gesetzliche Pflicht zur Prävention von Work-Related-Stress genommen. Vorschriften bleiben aber zahnlose Instrumente, wenn nicht zugleich die Überzeugung im Unternehmen wächst, dass eine neue Kultur der Arbeit die positive Entwicklung der eigenen Mitarbeiter miteinschließt. Auf dieser Basis legt Markus Schwarz (Unternehmensberater, Wien) Eckpunkte einer erfolgreichen betrieblichen Vorsorge- und Gesundheitsförderung dar („salutogene betrieblichen Gesundheitsförderung“) und beschreibt neben den wesentlichen Erfolgsfaktoren auch die Barrieren für diese innerbetrieblichen Programme.

S. Kummer

Bergund Fuchs

Studie zur geschlechtsspezifischen Gehirnanatomie mischt die Genderdebatte auf

Study on Gender-Specific Brain Anatomy Stirs up the Gender Debate

Frauen und Männer unterscheiden sich nicht nur äußerlich voneinander. Dies gilt auch für ihre Gehirne und deren Funktionen. Das wussten eigentlich schon alle, als eine Studie aus der Gruppe der Neurowissenschaftlerin Ragini Verma mit neuen Ergebnissen hierzu für Wirbel sorgte.¹ Demnach haben Frauen ein besseres Gedächtnis und sind sozial kompetenter, während Männer ihre Wahrnehmungen besser mit den Bewegungen koordinieren können. Worin besteht die vermeintlich neue Erkenntnis, die namhafte Tageszeitungen weltweit zu Berichten über eine geschlechtsspezifische Neuronenverknüpfung im Gehirn anregten?²

Rückschlüsse aus dreidimensionalen Hirnschaltplänen

Seit einigen Jahren kann man mithilfe einer besonderen Form von Magnetresonanztomographie die genaue Verknüpfung der Nervenfasern im Gehirn untersuchen. Im Rahmen des US-amerikanischen Human Connectome Projects wurden mit Diffusions-Tensor-Bildgebung dreidimensionale Gehirnlandkarten erstellt. Wichtiges Ergebnis dieses Projektes war, dass die Nervenfasern nicht kreuz und quer durchs Gehirn ziehen, sondern nur in parallelen und dazu senkrecht stehenden Bündeln verlaufen.³ Die Nervenverbindungen gleichen Autobahnen, über die der Datenverkehr innerhalb des Gehirns geordnet fließen kann.

Diese Methode nutzte die Gruppe von Verma, um den Verlauf der Nervenfasern im Gehirn bei 949 männlichen und weiblichen Testpersonen im Alter von 8 bis 22 zu untersuchen. Dabei fanden sie, dass bei Männern mehr Kontakte von Nervenzellen innerhalb einer Hirnhälfte zu finden sind: Die Nervenfasern verlaufen vornehmlich von hinten nach

vorne, scheinen demnach darauf ausgerichtet zu sein, die Kommunikation innerhalb einer Hemisphäre zu optimieren. Bei Frauen dagegen gibt es mehr Verknüpfungen zwischen der linken und rechten Hirnhälfte. Diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern verstärkten sich noch mit zunehmendem Alter.

Von der Struktur zur Funktion

Kann man ausgehend von den anatomischen Differenzen der Gehirnschaltpläne auch auf funktionale Unterschiede schließen? Dieser Frage waren die Autoren der Arbeit bereits in einer Verhaltensstudie nachgegangen.⁴ Neuronale Verknüpfungen innerhalb einer Hemisphäre erleichtern die Kopplung der Wahrnehmung mit der Aktion und könnten bei Männern zu besserer Handlungskoordination führen. Dagegen führt die Verflechtung der Nervenstränge über die Hirnhälften hinweg bei Frauen zu einer leichteren Integration des logischen mit dem intuitiven Denken. Die Studie ergab, dass Frauen wesentlich besser als Männer bei Computertests abschnitten, die ihr emotionales Erkenntnisvermögen und das Behalten von Wörtern und Gesichtern betrafen. Männer dagegen waren bei Tests zum räumlichen Vorstellungsvermögen oder feinmotorischen Geschicklichkeitsübungen den Frauen überlegen. Die Ergebnisse erfüllen somit die Erwartungen der strukturellen Gehirnunterschiede.

Wissenschaftliche Erhärtung altbekannter Klischees?

Ganz neu war diese Erkenntnis nicht.⁵ Unter dem Einfluss der Aktivität der Geschlechtschromosomen entwickeln Männer und Frauen unterschiedliche Gehirntypen, die sich schon in den ersten Schritten der

Embryonalentwicklung manifestieren. Aufgrund der unterschiedlichen Konzentrationen der Sexualhormone erfolgt die Genexpression geschlechtsspezifisch, und das embryonale Gehirn entwickelt sich typisch männlich oder weiblich. Dies gilt auch für die Ausformung der Gehirnfeinstruktur, der Verdrahtung, die unter dem Einfluss der Sexualhormone andersartig verläuft, so dass männliches und weibliches Gehirn morphologisch unterscheidbar werden. Dementsprechend findet man schon bei kleinen Kindern angeborene Verhaltensweisen, die typisch für Jungen und Mädchen sind, etwa dass Jungen lieber mit einem Auto spielen oder Mädchen sich eher für Puppen begeistern.⁶

Die anatomischen, genetischen und hormonellen Differenzen bedingen die Unterschiede, mit denen Männer und Frauen ihre Umgebung wahrnehmen, auf andere Menschen zugehen, denken und urteilen oder ihre Gefühle handhaben. Das biologische Geschlecht hat somit maßgeblichen Einfluss auf das sogenannte soziale Geschlecht. Es bildet die Grundlage für die sich im Laufe der Adoleszenz entwickelnde sexuelle Identität der Person. Aber: Genügen diese hard facts, um etwa Vertreter der Genderideologie umzustimmen, die so vehement die These verfolgen, rollentypische Verhaltensunterschiede bei Männern und Frauen seien nur auf Erziehung und Umwelteinflüsse zurückzuführen?

Eine der kritischen Stimmen zu dieser Studie nennt dies schlicht Brain-Sexismus.⁷ Cordelia Fine wirft den Autoren der PNAS-Studie vor, bei der Korrelation ihrer anatomischen Unterschiede mit den Ergebnissen früherer Verhaltensstudien nicht geschlechtsspezifische Erfahrungen etwa durch Hobbies, Sport oder die schulische Umgebung – die sie als sehr verhaltensprägend annimmt – miteinbezogen zu haben. Überhaupt unterstellt Fine Wissenschaftlern, die über die geschlechtsspezifischen Verhaltensunterschiede forschen, dass sie mit soziologischen Vorurteilen ihre gesamten Forschungsvorhaben in eine bestimmte Richtung lenken würden.⁸ In ihrem Buch „Delusions of Gender“⁹ hatte sie sich vehement gegen den Mythos eines biologisch

begründeten Unterschieds der Geschlechter gewendet und stattdessen dafür plädiert, dass typisches Geschlechterverhalten nur anerzogen sei.

Natürliches versus soziales Geschlecht

Ungeachtet dieser wissenschaftlichen Grabenkämpfe, schaffen europäische Bildungseinrichtungen deutlich wahrnehmbare Fakten. Im Zuge einer geschlechtsneutralen Pädagogik bemüht sich beispielsweise der schwedische Staat in Kindergärten und Kindertagesstätten das geschlechtsspezifische Verhalten der Kinder weitestgehend zu unterbinden.¹⁰ Auch in Deutschland wird „Kinder-Mainstreaming“ bereits praktiziert: Beispielsweise an Berliner Schulen, wo mit Büchern und Spielekoffern Erstklässlern die Vielfalt neuer Familienstrukturen und des Sexuallebens vermittelt werden soll.¹¹ Oder aber in Baden-Württemberg, wo die aktuellen Pläne¹² der grün-roten Landesregierung zur „Modernisierung“ der schulischen Bildungspläne zu einem regelrechten Kulturkampf entarten. Das noch nicht verabschiedete Arbeitspapier sieht vor, Schüler stärker als bisher über die unterschiedlichen Formen des Zusammenlebens und sexueller Vielfalt zu informieren und damit zu konfrontieren. Gegner dieser Reformvorhaben betonen dagegen, dass es sich hier um nichts weniger als eine „pädagogische, moralische und ideologische Umerziehungskampagne an allgemeinbildenden Schulen“ handle.¹³ Trotz massivem politischen Drucks mehrten sich Stimmen, dass dieses Erziehungskonzept nicht greift. Jungen und Mädchen lassen sich in ihrem spontanen Spielverhalten nicht so leicht „umpolen“ und verhalten sich offensichtlich „mädchen- oder jungenkonzentriert“. Höhere Bildungseinrichtungen haben dies schon lange begriffen. So gibt es in den USA Eliteuniversitäten nur für Frauen und selbst in Deutschland mehrten sich frauenspezifische Studiengänge.¹⁵

Eine vom Körper völlig losgelöste „soziale Geschlechtlichkeit“ ist wissenschaftlich nicht zu halten. Ebenso wenig eine starre Interpretation biologischer Vorgaben im Sinne stereotypischer

Verhaltensweisen.¹⁶ Offensichtlich durchläuft jeder Mensch mehrere Phasen der Entwicklung, in denen er sich seines eigenen Geschlechts bewusst wird und seine sexuelle Identität findet und die damit verbundenen sozialen und kulturellen Faktoren der Rollen von Mann und Frau in der Gesellschaft entdeckt. Jutta Burggraf hat die sich daraus ergebenden Unterschiede der Geschlechter folgendermaßen treffend formuliert: „Männlichkeit und Weiblichkeit prägt den ganzen Menschen: von der Beschaffenheit und Sinnhaftigkeit der Geschlechtsorgane und deren Einfluss auf das Erleben der körperlichen Liebe bis hin zu psychischen Differenzen zwischen Mann und Frau und der unterschiedlichen Form ihrer Gottesbeziehung. Auch wenn man kein einzelnes psychisches oder geistiges Merkmal nur einem der Geschlechter zurechnen kann, so gibt es doch Wesenszüge, die sich besonders häufig und akzentuiert bei Männern, und andere, die sich eher bei Frauen feststellen lassen. Hier Klarheit zu schaffen, ist äußerst schwierig. Wahrscheinlich wird es nie möglich sein, mit wissenschaftlicher Exaktheit erschöpfend zu bestimmen, was „typisch männlich“ oder „typisch weiblich“ ist; denn Natur und Kultur, die beiden großen Formbildner, sind von Anfang an eng miteinander verflochten.“¹⁷

Geschlechtsspezifische Dispositionen als kulturelle Aufgabe

Die Verleiblichung der menschlichen Qualitäten geschieht bei Frauen und Männern auf ihre je eigene Art und Weise. Die Befürchtung, dass Anlageunterschiede zur Diskriminierung missbraucht werden, ist berechtigt. Wertung hängt mit Kultur zusammen. Und leider werden in vielen Kulturen typisch weibliche Eigenschaften eher abgewertet, während Tätigkeiten allein schon dadurch ein höheres Prestige erhalten, dass sie von Männern ausgeübt werden.

Die Debatte macht eines deutlich:¹⁸ Die Gleichstellung von Mann und Frau, das Eingehen auf die jeweiligen Bedürfnisse kann nicht erreicht werden, indem man einfordert, dass sich Mann und Frau negieren sollen. Diskriminierungen müssen auf

der kulturellen Ebene gelöst werden – und nicht, indem man die Geschlechter theoretisch abschafft, um „Gleichheit“ zu erreichen.

Referenzen

- 1 Madhura I. et al., *Sex differences in the structural connectome of the human brain*, Proc. Nat. Acad. Sci. (2014); 111(2): 823-8
- 2 Langenbach J., *Kleiner Unterschied, im Gehirn ganz groß: Frauen denken quer*, Die Presse, 4. Dezember 2013; Sample I., *Male and female brains wired differently, scans reveal*, The Guardian, 2. Dezember 2013; *Gehirnbau bei Frauen und Männern: kleine Unterschiede*, FAZ, 6. Dezember 2013
- 3 Van Wedeen J. et al., *The geometric structure of the brain fiber pathways*, Science (2012); 335(6076): 1628-1634; vgl. *Hirnatlas. Eine neues Bild vom Gehirn*, www.faz.net/hirnschaltplan (letzter Zugriff am 6. Mai 2014)
- 4 Gur R. C. et al., *Age group and sex differences in performance on a computerized neurocognitive battery in children age 8-21*, Neuropsychology (2012); 26(2): 251-265, doi:10.1037/a0026712
- 5 Brizendine, L., *Das weibliche Gehirn: Warum Frauen anders sind als Männer*, Verlag Hoffmann und Campe, Hamburg (2007); López-Moratalla N., *Cerebro de mujer y cerebro de varón*, 2. Auflage, RIALP/Madrid (2009)
- 6 vgl. López-Moratalla N., siehe Ref. 5, S. 65
- 7 Fine C., *New insights into gendered brain wiring, or a perfect case study in neurosexism?*, The Conversation, 4. Dezember 2013, <https://theconversation.com/new-insights-into-gendered-brain-wiring-or-a-perfect-case-study-in-neurosexism-21083> (letzter Zugriff am 6. Mai 2014)
- 8 Fine C. et al., *Plasticity, plasticity, plasticity... and the rigid problem of sex*, Trends in Cognitive Science (2013); 17(11): 550-551, doi:10.1016/j.tics.2013.08.010
- 9 Fine C., *Delusions of Gender: how our minds, society, and neurosexism create difference*, W. W. Norton & Company (2011)
- 10 *Wer drückt sich so was aus dem Hirn? Geschlechtsneutrale Vorschule in Schweden*, Komma 81 (2011), S. 11
- 11 Harder L., *Kinder-Mainstreaming macht Schule*, FAZ, 20. Juli 2011
- 12 *Arbeitspapier für die Hand der Bildungsplankommissionen als Grundlage und Orientierung zur Verankerung der Leitprinzipien*, 18. November 2013, http://www.kultusportal-bw.de/site/pbs-bw/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/kultusportal-bw/Bildungsplanreform/Arbeitspapier_Leitprinzipien.pdf (letzter Zugriff am 13. Juni 2014)

- 13 *Die Debatte um sexuelle Vielfalt hält an*, Die Welt, 15. Jänner 2014
- 14 Strassmann B., *Woher haben sie das? Alle erzieherischen Versuche, aus Jungen und Mädchen geschlechtsneutrale Wesen zu machen, sind gescheitert. Gegen die Natur kommt nur an, wer sie akzeptiert*, <http://www.zeit.de/2007/27/PS-Jungen-M-dchen> (letzter Zugriff am 6. Mai 2014)
- 15 Sommer S., *Frauen und Technik. Frauenspezifische Studiengänge*, FAZ, 18./19. Januar 2014
- 16 Bischof-Köhler D., *Von Natur aus anders. Die Psychologie der Geschlechterunterschiede*, 3. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart (2006)
- 17 Burggraf J., *Lexikon Familie: Stichwort „Gender“*, Hrsg. Päpstlicher Rat für die Familie, Ferdinand Schöningh, Paderborn (2007), S. 293
- 18 Kummer S., *Das Unbehagen in der Gleichheit. Auswege aus der Gender-Sackgasse*, *Imago Hominis* (2006); 13(2): 105-122

Dr. Bergund Fuchs, M.A.
Aachener Straße 608, D-50933 Köln
fuchsbf@googlemail.com

Rudolf Müller

Psychische Gesundheit österreichischer Arbeitnehmer

Mental Health of Austrian Employees

Zusammenfassung

Psychiatrische Erkrankungen sind nach wie vor die Nummer 1 bei Neuzuerkennungen von Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen, wenn auch mit leicht fallender Tendenz seit 2010. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer, das Durchschnittsalter bei Zuerkennung beträgt bei Frauen 47,6 Jahre und bei Männern 48,8 Jahre. Bei den Neuzugängen zeigen sich Unterschiede je Bundesland, besonders deutlich betrifft dies das Burgenland und die Steiermark. Der medizinische Rehabilitationsbedarf ist in der Indikation „Psychiatrische Erkrankungen“ gegeben, ausreichende stationäre und insbesondere ambulante Strukturen sind noch nicht vorhanden. Ein weiterer Bedarf an entsprechenden ambulanten Rehabilitationsplätzen ist gegeben. Die Nachhaltigkeit hat sich indikationsbezogen im psychiatrischen Bereich verbessert, aber es sind noch weitere Anstrengungen zu unternehmen, um ein optimales Setting anzubieten, das einen hohen Rückkehrungsgrad in das Berufsleben gewährleistet.

Schlüsselwörter: Psychische Krankheiten, Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Invalidität, medizinische Rehabilitation

Abstract

Mental disorders continue to be the single most important factor accounting for the grant of disability and invalidity pensions, even though a slight downward trend has been observed since 2010. Women are affected significantly more often than men. On the average, women are granted a pension at the mean age of 47.6 years, men at the age of 48.8 years. There are regional differences in the number of new pensions granted, with Burgenland and Styria standing out among all Austrian Provinces. People diagnosed with mental disorders require medical rehabilitation, but there is a lack of sufficient in-patient and, above all, out-patient facilities. There is further demand for out-patient rehabilitation units. The sustainability of rehabilitation of patients with mental disorders has improved, but further efforts have to be made to provide an ideal setting that ensures a high rate of return to working life.

Keywords: Mental Diseases, Disability, Invalidity, Medical Rehabilitation

Prof. Dr. Rudolf Müller
Pensionsversicherungsanstalt
Friedrich Hillegeist-Straße 1, A-1021 Wien
rudolf.mueller@pensionsversicherung.at

Einleitung

Eine Erhebung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger in Kooperation mit der Salzburger Gebietskrankenkasse führte zu dem Ergebnis, dass 900.000 ÖsterreicherInnen 2009 das Gesundheitssystem wegen psychischer Erkrankungen in Anspruch nahmen.

840.000 ÖsterreicherInnen bekamen Psychopharmaka, wobei in 70% die Erstverschreibung beim niedergelassenen Allgemeinmediziner erfolgte. Dadurch wurden Kosten von ca. 120 Millionen Euro pro Jahr verursacht. Erwähnenswert ist auch der Umstand, dass 4% der Alterskategorie <19 Jahre angehören. Mit einem Anteil von ca. 66% rangiert die Verschreibung von Antidepressiva an erster Stelle.¹

130.000 ÖsterreicherInnen befanden sich in Psychotherapie, ca. 78.000 im Krankenstand, und es gab 87.000 Spitalsentlassungen wegen psychischer Erkrankungen bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 15,1 Tagen/Fall, was mehr als das Doppelte des Durchschnitts aller Krankenhausaufenthalte von 6,7 Tagen/Fall bedeutet. Alleine die Kosten für die Krankenbehandlung im Bereich der psychischen Erkrankungen betragen 2009 ca. 750 Millionen Euro.

Epidemiologie der Depression

Nach Schätzungen der WHO leiden weltweit ca. 450 Millionen Menschen unter psychischen Erkrankungen. Für Westeuropa errechneten Experten, dass jeder vierte Erwachsene in seinem Leben an einer psychischen Störung erkrankt. In Österreich leidet jeder Fünfte einmal in seinem Leben an einer Depression und jeder Sechste an einer Angststörung. Bei der Angststörung kann bei bis zu 80% der PatientInnen zusätzlich eine weitere psychiatrische Diagnose, meist die einer Depression bzw. einer Erkrankung aus dem Spektrum der Angsterkrankungen, gestellt werden.²

Weltweit haben ca. 16 – 20% der Menschen einmal im Leben eine klinisch relevante depressive Störung (Langzeitprävalenz), zum momentanen Zeitpunkt sind ca. 6 – 10% der Gesamtbevölkerung erkrankt (Punktprävalenz).

Das Verhältnis Frauen zu Männern beträgt in allen Altersgruppen 2:1, ca. jede 4. Frau und jeder 8. Mann erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Depression.⁴

Arbeitsunfähigkeit/ Krankenstände

Die Zahl der Krankenstände wegen psychischer

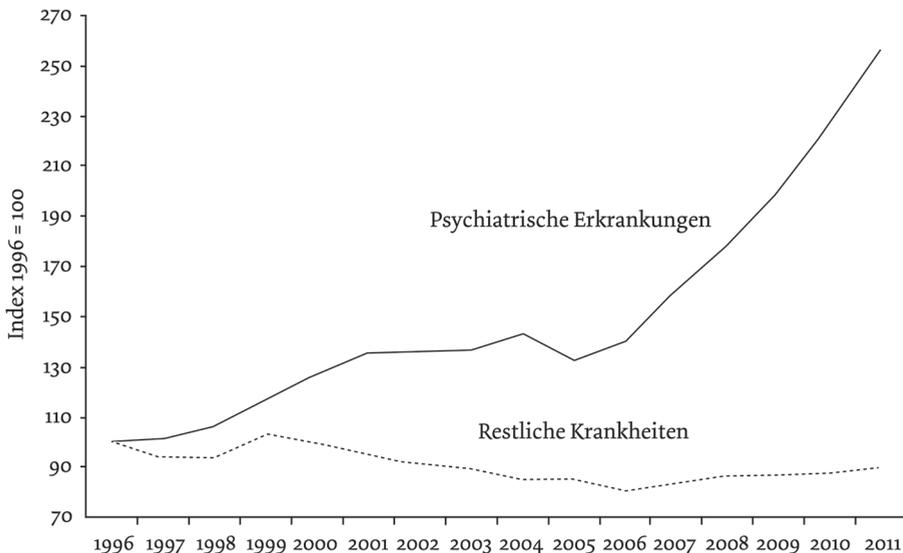


Abb. 1: Psychische Erkrankungen³

Erkrankungen nimmt kontinuierlich zu, besonders seit dem Jahr 2005 ist ein steiler Anstieg zu beobachten – dies ganz im Gegensatz zu den somatischen Erkrankungen, wo die Krankenstände sogar leicht rückgängig sind.

Die Krankenstandstage wegen psychischer Erkrankungen betragen 1999 noch 1,3 Millionen Tage, 2009 waren es 2,4 Millionen Tage und 2012 bereits 3,4 Millionen Tage. Dies bedeutet eine Zunahme um das 2,5-fache in einem Zeitraum von 13 Jahren. Insgesamt stehen bei den Krankenstandstagen die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates an erster Stelle, gefolgt von den Atemwegserkrankungen und bereits an dritter Stelle die psychischen Erkrankungen.⁵

Waren im Jahr 2009 ca. 78.000 ÖsterreicherInnen im Krankenstand, so erhöhte sich diese Zahl 2012 auf ca. 87.300 von insgesamt 3,7 Millionen; die durchschnittliche Krankenstandsdauer betrug im gleichen Jahr bei den somatischen Erkrankungen 11 Tage und bei den psychischen Erkrankungen 40 Tage – also knapp das Vierfache.⁶ Einen ähnlichen Verlauf zeigen auch die Fehltagelänge der „Deutschen Angestellten Krankenkasse“. Die somatischen Erkrankungen zeigen in der Zeitachse von 1997 bis 2012 einen relativ konstanten Verlauf bzw. eine leichte Zunahme von 18%, während im Vergleichszeitraum die psychischen Erkrankungen als Ursache für Fehltagelänge um 165% des Ausgangswertes zugenommen haben.⁷

Die deutlich verlängerte durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer bei den psychischen Erkrankungen wird in erster Linie durch die F2-Diagnosen (Schizophrenie, wahnhaftige Störungen) mit ca. 53 Tagen bedingt, gefolgt von den Z73- und Z76-Diagnosen, worunter sich auch das Burnout befindet, das im eigentlichen Sinne entsprechend dem ICD-10-Code keine eigene psychische Erkrankung darstellt.

Eine überdurchschnittlich lange Arbeitsunfähigkeitsdauer findet sich auch bei den F3- und F5-Diagnosen. Den Hauptanteil aller Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen bei den Krankenstän-

den haben mit 53,1% die F3-Diagnosen (Affektive Störungen), gefolgt von den F4-Diagnosen mit 27,4% (Neurotische Störungen). Die F1-Diagnosen (Psychotrope Substanzen) liegen mit 10,2% an dritter Stelle.⁸

Entsprechend dem Österreichischen Patientenbericht „Angststörung und Depression 2009“ haben auf die Fragestellung „Wie oft pro Jahr erleben Sie Ihre Erkrankung? – Angststörung – Depression – Beides“ 65% der Befragten (n = 624) angegeben, eine Angststörung und beides öfter als 2x pro Jahr zu erleben, 63% erlebten eine Depression sowie auch eine Angststörung öfter als 2x pro Jahr. 1-2x pro Jahr werden Angststörungen mit ca. 9% angegeben, Depressionen mit 18%.⁹

Pensionen krankheitshalber wegen psychischer Erkrankungen

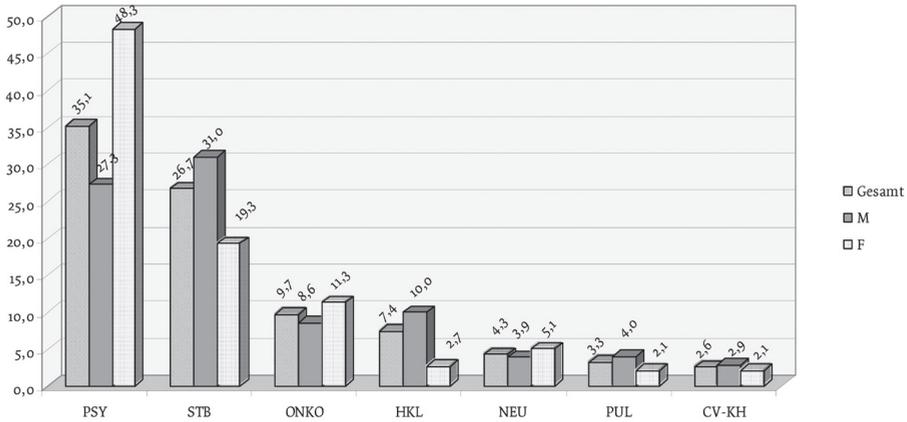
In der Pensionsversicherungsanstalt wurden 2012 insgesamt 22.433 Neuzugänge im Bereich der Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen zuerkannt, davon 63% männlich und 37% weiblich.

Als Hauptursache waren die psychischen Erkrankungen zu finden, mit einem Anteil von 35,1% gesamt, davon 27,3% bei den Männern, bei den Frauen jedoch von 48,3%, gefolgt von den Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates mit 26,7% gesamt. Hier liegen die Männer mit 31% deutlich vor den Frauen mit 19,3%. An dritter Stelle lagen die onkologischen Erkrankungen mit 9,7%, gefolgt von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 7,4% (siehe Abb. 2).¹⁰

Noch vor mehr als 20 Jahren lagen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle, mit einem nicht ganz so hohen Prozentanteil wie heute die psychiatrischen Erkrankungen und wurden in weiterer Folge von den Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und schlussendlich im letzten Jahrzehnt von den psychiatrischen Erkrankungen abgelöst.

Betrachtet man die Neuzugänge bei Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen der Pensionsversicherungsanstalt über den Zeitraum von 2004 bis 2012 (siehe Abb. 3), kann eine Abnahme der ab-

nach Geschlecht

Abb. 2: PVA/Neuzugänge BU/IV 2012¹¹

PSY = Psychische Erkrankungen, STB = Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ONKO = Onkologische Erkrankungen, HKL = Herz-Kreislauf-Erkrankungen, NEU = Neurologische Erkrankungen, PUL = Pulmologische Erkrankungen, CV-KH = Cerebrovaskuläre Erkrankungen

soluten Zahlen an Zuerkennungen in diesem Zeitraum von 28.323 im Jahr 2004 auf 22.433 im Jahr 2012 festgestellt werden. Der Anteil bei Männern hat im gleichen Zeitraum von 69 auf 63% abgenommen und jener der Frauen von 31 auf 37% zugenommen.

Betrug der Anteil aller psychiatrischen Erkrankungen von den Neuzugängen im Jahr 2004 noch 25,6%, so war er mit 35,9% im Jahr 2011 am höchsten und 2012 bei 35,1%, also leicht sinkend.

Die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates nahmen im gleichen Zeitraum von 33,9 auf 26,7% ab, wobei der Prozentanteil seit 2007 relativ konstant ist.

Die onkologischen Erkrankungen nahmen im Vergleichszeitraum von 7,4 auf 9,7% zu, während die Herz-Kreislauf-Erkrankungen von 9,4 auf 7,4% abnahmen, womit eine Umkehr der Häufigkeit bei diesen beiden Krankheitsbildern eingetreten ist.

Die neurologischen Erkrankungen als Ursache für Neuzugänge zur Alterspension krankheitshalber liegen konstant bei etwas über 4%, die pulmonologischen Erkrankungen bei ca. 3,3% und die cerebrovaskulären Erkrankungen bei ca. 2,6%.¹²

Die geschlechtsspezifische Verteilung zeigt bei den angestellten Frauen das Auftreten von psychischen Erkrankungen als häufigste Ursache für Neuzugänge zu einer Berufsunfähigkeitspension (Angestellte) mit 51,2% im Jahr 2012. Ein leichter Rückgang gegenüber 2010, wo dieser Anteil noch 51,9% betrug, ist zu beobachten.

Bei den angestellten Männern beträgt der Anteil 36,3%.

Bei den Invaliditätspensionen (ArbeiterInnen) betrug der Frauenanteil 2012 45,9%, auch leicht rückläufig gegenüber 2010, und der Männeranteil 24,8%, also knapp unter der Hälfte jener der Frauen.

Bei Angestellten und Arbeitern gesamt beträgt der Frauenanteil 48,3%, während der Männeranteil 27,3% aller Neuzugänge ausmacht.¹⁴

Die Gesamtzuerkennungen Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen bei psychiatrischen Erkrankungen haben in absoluten Zahlen im Jahr 2010 mit 8.569 den Gipfel erreicht und sind in den folgenden Jahren leicht sinkend, zuletzt etwas stärker im Jahr 2012 mit 7.866 Neuzuerkennungen. Auch die Zuerkennungen wegen einer Erkrankung

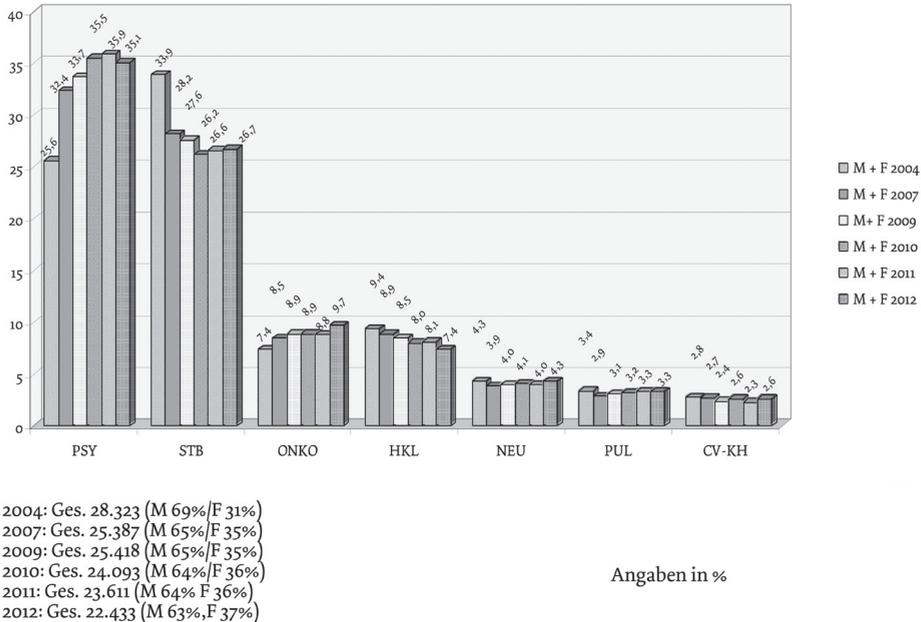


Abb. 3: PVA/Neuzugänge BU/IV 2004, 2007, 2009, 2010, 2011 u. 2012¹³

des Stütz- und Bewegungsapparates bzw. der Herz-Kreislaufkrankungen sind leicht abnehmend.

Betrachtet man die Neuzuerkennungen nach Bundesländern im Verlauf von 2006 über 2010 bis 2012 (siehe Abb. 4), so sind die geringsten prozentuellen Zuerkennungen im Burgenland mit ca. 15 – 20% bei den Männern und 30% bei den Frauen sowie die höchsten Zuerkennungen in der Steiermark mit ca. 37% bei den Männern und ca. 60% bei den Frauen. Während bei den Männern der Kurvenverlauf über diese 3 Jahre annähernd auf gleichem Niveau blieb, kam es bei den Frauen in allen Bundesländern zu einer prozentuellen Zunahme an Neuzuerkennungen.¹⁵

Ein Vergleich aller Pensionsversicherungsträger der Unselbständigen mit jenen der Selbständigen (SV der gewerblichen Wirtschaft und SV der Bauern) im Langzeitverlauf zeigt, dass bei den Unselbständigen die psychiatrischen Krankheiten schon 1991 mit 12,3% Anteil bei den Neuzugängen an Pensionen gegenüber den Selbständigen mit 3,7% das 3,3-fache ausgemacht haben. Dieses Verhältnis schwächt sich in der weiteren Entwicklung

etwas ab, so betrug der Prozentsatz 2003 24,7% bei den Unselbständigen und 10,0% bei den Selbständigen und zuletzt 2012 35% bei den Unselbständigen und 13,2% bei den Selbständigen. Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung zeigt sich bei den Selbständigen im Gegensatz zu den Unselbständigen ein Überhang bei den Männern.¹⁶

Welche psychischen Erkrankungen spielen die wichtigste Rolle bei den Neuzugängen für Berufsunfähigkeits-/ Invaliditätspensionen (BU/ IV)?

Diagnosen nach ICD-10

- F1: Psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen usw.)
- F2: Schizophrenie
- F3: Affektive Störungen (Manisch, Depression, Bipolar)
- F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5: Verhaltensstörungen, Essstörungen

Neuzugänge BU/IV-Pensionen nach Geschlecht 2006, 2010 und 2012

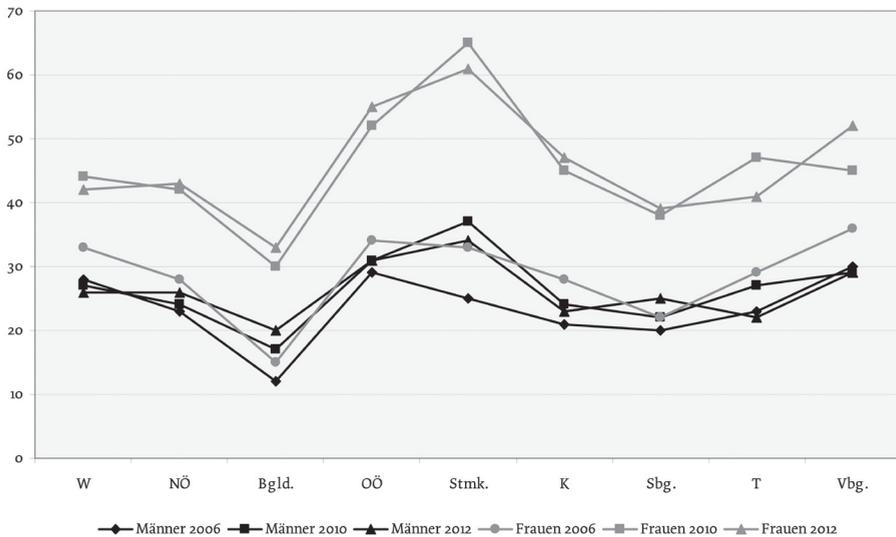


Abb. 4: %-Anteil „Psychiatrischer Krankheiten“ nach Bundesländern¹⁷

Die prozentuelle Verteilung der F-Diagnosen der Neuzugänge zu Berufsunfähigkeitspensionen wegen psychiatrischen Erkrankungen sind im Zeitraum 2004 im Vergleich zu 2010 in etwa unverändert geblieben (siehe Abb. 5). Bei den Frauen stehen die affektiven Störungen mit über 50% im Vordergrund, gefolgt von den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie der Schizophrenie. Ein gleiches Bild zeigt sich bei den Männern, wobei die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen etwas häufiger auftreten und die affektiven Störungen etwas seltener im Vergleich zu den Frauen.

Bei den Neuzugängen zu den Invaliditätspensionen im gleichen Zeitraum zeigt sich bei den Frauen ein vergleichbares Bild wie bei den Berufsunfähigkeitspensionen, jedoch bei den Männern ein gänzlich anderes Bild (siehe Abb. 6). Hier betragen die affektiven Störungen nur etwas mehr als ein Viertel der Neuzuerkennungen, deutlich höher sind an 2. Stelle die Zuerkennungen wegen psychotroper Substanzen (Alkohol, Drogen usw.),

gefolgt von Schizophrenie und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen.¹⁹

Frauen			Männer		
	2004	2010		2004	2010
F3	52,5	53,2	F3	43,7	45,7
F4	18,8	23,3	F4	21,1	23,5
F2	14,5	9,4	F2	13,2	10,3
F1	5,2	3,9	F1	10,5	10,8

Abb. 5: PVA/Neuzugänge BU 2004/2010 PSY.¹⁸ F-Diagnosen (Angaben in %)

Das Durchschnittsalter der Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionsneuzugänge beträgt bei den Frauen 49,1 Jahre und bei den Männern 53,2 Jahre, der Alterspension-Pensionsneuzugänge 59,2 bzw. 62,9 Jahre. Bei den Pensionsneuzugängen wegen psychiatrischer Erkrankungen findet sich bei den Frauen ein etwas geringeres Durchschnittsalter von 47,4 Jahren bei den Berufsunfähigkeitspensionen und von 47,7 bei den Invaliditätspensionen

gegenüber 48,3 und 49,8 Jahren bei allen Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen. Hingegen findet sich bei den Männern ein deutlich herabgesetztes Durchschnittsalter bei den Invaliditätspensionen, nämlich 48,1 versus 53,3 Jahre und bei den Berufsunfähigkeitspensionen 50,5 versus 52,9 Jahre.

Frauen			Männer		
	2004	2010		2004	2010
F3	48,7	53,6	F3	26,6	36,1
F4	16,8	21,2	F1	25,3	20,0
F2	16,5	9,2	F4	10,7	14,9
F1	6,2	5,0	F2	18,9	12,4

Abb. 6: PVA/Neuzugänge IV 2004/2010 PSY.²⁰ F-Diagnosen (Angaben in %)

Die durchschnittliche Bezugsdauer beträgt bei Frauen bei Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen 22,7 und bei Männern 16,8 Jahre. Bei Frauen mit psychiatrischen Krankheiten jedoch 20,7 und bei Männern mit psychiatrischen Krankheiten 14,3 Jahre. Die Lebenszeitverkürzung beträgt generell bei Be-

zieherInnen einer Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension gegenüber einer Alterspension bei Frauen 11,1 Jahre, bei psychischen Erkrankungen jedoch 14,6 Jahre, und somit ergibt sich eine verkürzte Lebenserwartung von 3,5 Jahren. Bei Männern beträgt die generelle Lebenszeitverkürzung 11,2 Jahre, bei psychischen Erkrankungen jedoch 18,1 Jahre und somit eine verkürzte Lebenserwartung von 6,9 Jahren.²¹

Medizinische Rehabilitation

Die stationären Aufenthalte in Sonderkrankeanstalten für Rehabilitation nach Indikationsgruppen im Zeitraum 1992 bis 2011 sind in nachfolgender Abbildung 7 wiedergegeben.

Es zeigt sich insbesondere ein kontinuierlicher Anstieg bei den Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, gefolgt von den Herz-Kreislaufkrankungen und den neurologischen Krankheiten. Betrachtet man die durchgeführten Rehabilitationsaufenthalte nach Indikationen ausschließlich für Versicherte der Pensionsversicherungsanstalt, also Arbeiter und Angestellte, so zeigt sich ein ähnliches Bild; hervorzuheben ist

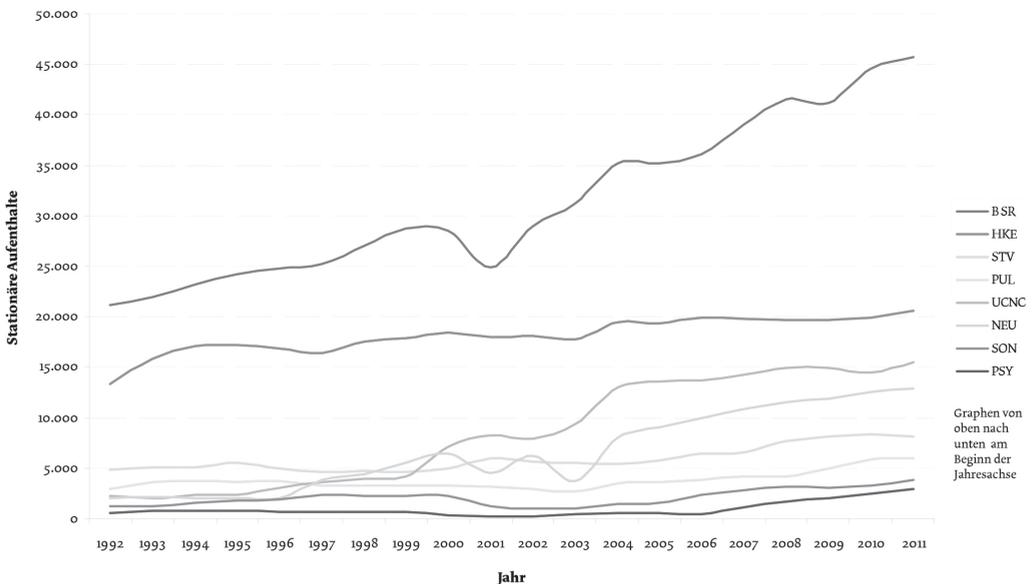


Abb. 7: Stationäre Aufenthalte in SKA für Rehabilitation nach Indikationsgruppen 1992 - 2011²²

jedoch der starke Anstieg der psychiatrischen Rehabilitationsfälle in den letzten Jahren, welcher zuletzt im Jahr 2012 5.932 Fälle erreicht hat und damit an zweiter Stelle steht. 2012 wurden insgesamt 84.945 Rehabilitationsaufenthalte in eigenen und Vertragseinrichtungen durchgeführt, davon waren 7,8% wegen psychiatrischen Krankheiten. 2010 betrug dieser Prozentsatz noch 4,6%.²³

Nach Diagnosegruppen stehen bei den psychiatrischen Rehabilitationsheilverfahren im Vordergrund die affektiven Störungen (F3) mit 72% Anteil, gefolgt von den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 25%, wobei 2012 bereits 10% aller Heilverfahren auch ambulant durchgeführt wurden. Der Anteil Frauen zu Männern beträgt 2:1. Werden die Indikationsgruppen weiter aufgeschlüsselt, so findet man bei den affektiven Störungen (F3) einen Anteil von 70% mit depressiven Erkrankungen und 25% mit rezidivierenden depressiven Störungen, auch hier beträgt das Verhältnis Frauen zu Männer 2:1. Bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) sind 40% Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen zu finden sowie 32% andere Angststörungen, auch hier beträgt das Verhältnis Frau zu Mann 2:1.

Evaluationsergebnisse der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

Eine katamnestiche Studie von Haberfellner untersuchte PatientInnen, welche 2003 das Rehabilitationszentrum in Bad Hall aufsuchten. Insgesamt waren dies 355 PatientInnen, davon 65% weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 41 Jahre und die berufliche Situation bei Aufnahme zeigte, dass ein gutes Drittel berufstätig war, ein weiteres Drittel arbeitslos. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Besserung der subjektiven Symptombelastung und der Lebensqualität, die Krankenstandsdauer konnte von 20,5 auf 6,5 Wochen, verglichen ein Jahr vor und ein Jahr nach der Rehabilitation, gesenkt werden, ebenso die Krankenhausaufenthalte für den gleichen Zeitraum

von 3 auf 1,5 Wochen. Zirka 2/3 der Berufstätigen bei Aufnahme wurden auch nach Absolvierung des Heilverfahrens wieder beruflich integriert.²⁴

Eine weitere Untersuchung von Kollmann evaluierte die Ergebnisse der Rehabilitationseinrichtungen Bad Hall und Klagenfurt über den Zeitraum 2003 bis 2005. In die Studie wurden insgesamt 2.015 PatientInnen mit einem Durchschnittsalter von 41 Jahren und einem Frauenanteil von 63% bei einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 7 bis 11 Jahre aufgenommen. Auch hier zeigten die Ergebnisse eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität sowie auch der Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit, diese nahm von 26% auf 54% zu. Vergleicht man wieder die Zeiträume ein Jahr vor und ein Jahr nach der Rehabilitation, so sanken die Krankenstände im Durchschnitt von 16 auf 7 Wochen und die Krankenhausaufenthalte von 3 bis 4,4 Wochen auf 1 Woche. Der Erhalt der Berufsfähigkeit konnte in etwas mehr als der Hälfte der Fälle erreicht werden.²⁵

Eine Publikation von Lenz fasst die Evaluationsergebnisse der medizinischen Rehabilitation von vier Zentren, nämlich Bad Hall, Klagenfurt, Rust und Wien-Leopoldau zusammen. Es wurden insgesamt 2.567 PatientInnen ausgewertet, der Frauenanteil war mit ca. 2/3 Drittel gleich wie in den anderen Studien, bei einem Durchschnittsalter von ca. 42 Jahren. Die häufigsten Diagnosen in der stationären Rehabilitation sowie auch in der ambulanten Rehabilitation waren die F3 Diagnosen, also die affektiven Störungen, gefolgt von den F4 Diagnosen, den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Die Symptombelastung und die Lebensqualität konnte auch in dieser Untersuchung deutlich verbessert werden, mit einer Effektstärke vom mittleren bis höheren Bereich. Bezüglich der beruflichen Situation konnte trotz vorübergehender oder länger dauernder Beeinträchtigungen die Berufstätigkeit im Wesentlichen aufrecht erhalten werden, d. h. die Werte 12 Monate vor Rehabilitation lagen bei 32% und 12 Monate nach Rehabilitation bei 36 bis 42% Berufstätiger. Die Krankenstandsdauer konnte

von 20,5 auf 6,5 Tage in Bad Hall und in Klagenfurt von 20 auf 14 Tage reduziert werden.²⁶

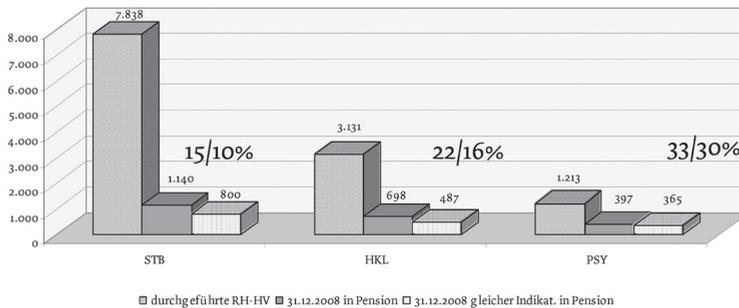
Eine Evaluation der PatientInnen im Zentrum für Ambulante psychiatrische Rehabilitation Wien–Leopoldau im Zeitraum Oktober 2010 bis Ende Juni 2012 (n = 1.144 PatientInnen) mit einem Durchschnittsalter von 42 Jahren und 2/3 Frauenanteil führte auch bei allen Alters- und Diagnosengruppen zu einer signifikanten Verbesserung der Symptombelastung mit einer mittleren Effektstärke. Es zeigte sich, dass Frauen zu Rehabilitationsbeginn stärkere Belastungen angaben als Männer, aber auch stärkere Veränderungen im Laufe des Heilverfahrens als Männer erreichten. Insbesondere bei Berufstätigen konnte auch eine länger anhaltende Verbesserung bis zu 12 Monaten erreicht werden. Auch die globale Lebensqualität zeigt einen signifikanten Anstieg, der ebenfalls über 12 Monate erhalten bleibt. Die Krankenstandstage konnten im Jahresvergleich vor und nach Rehabilitation halbiert werden, ebenso die Krankenhaustage, dies stellt offensichtlich eine sehr positive gesundheitsökonomische Perspektive dar. Schon vor der Rehabilitation war ein sehr hoher Anteil, nämlich 85,6% in fachärztlicher Betreuung, dies blieb auch 6 Monate nach Rehabilitation aufrecht, während die psychotherapeutische Betreuung mit ca. 43% vor Rehabilitation bis 6 Monate nach Rehabilitation auf knapp 60% zugenommen hat.²⁷

Die größte Studie – Metaanalyse der Effekte der stationären psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland (MESTA-Studie) – beinhaltet die Auswertung von 56 Studien, wo Aufnahme gegenüber Entlassung verglichen wurde und bei 46 Studien auch noch die Katamnese nach 12 Monaten erfasst werden konnte. Inkludiert wurden knapp 30.000 PatientInnen mit einem Durchschnittsalter von 41,8 Jahren mit einem 64%igen Frauenanteil. Auch hier sind die F4 und die F3 Diagnosen am häufigsten vertreten. Es konnte ein mittlerer Behandlungseffekt über alle Studien nachgewiesen werden, wobei der höchste Effekt bei den depressiven PatientInnen (F3) sowie auch bei den Angst-

patientInnen festgestellt wurde, etwas schlechtere Ergebnisse fanden sich bei den somatoformen Störungen. Es zeigte sich auch eine klare Korrelation mit der Behandlungsdauer in der Rehabilitationseinrichtung. Von 71,7% Berufstätigen verblieben nach 12 Monaten 67,4% im Berufsleben. Die Krankenstandstage konnten auch signifikant von 47,2 auf 31,9 Tage reduziert werden, ebenso die Krankenhausaufenthalte von 7,0 auf 3,6 Tage.²⁸

Ein wichtiges Thema bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ist immer die Frage der Nachhaltigkeit. Aus diesem Grunde wurden in der PVA sowohl 2006 als auch 2010 die wichtigsten drei Indikationen, wie Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Herz-Kreislaufkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen, dahingehend evaluiert, wie viele PatientInnen 2 Jahre später in Pension sind (siehe Abb. 8). Von den PatientInnen, die 2006 ein Heilverfahren in der Indikation Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates durchgeführt haben, waren zum 31. 12. 2008 15% gesamt in Pension, 10% aus der gleichen Indikation. Bei den Herz-Kreislaufkrankungen zum gleichen Zeitpunkt 22% insgesamt in Pension und 16% aus der gleichen Indikation; bei den psychiatrischen Erkrankungen 33% gesamt in Pension und 30% aus der gleichen Indikation. Vier Jahre später, also die 2010 durchgeführten Rehabilitationsheilverfahren mit dem Messpunkt 31. 12. 2012, zeigten ein deutlich besseres Ergebnis. In der Indikation Stütz- und Bewegungsapparat waren nur 11% insgesamt in Pension und 8% aus der gleichen Indikation, bei den Herz-Kreislaufkrankungen 13% gesamt und 11% aus der gleichen Indikation, jedoch bei den psychiatrischen Erkrankungen insgesamt 41% gesamt in Pension und 24% aus der gleichen Indikation – hier zeigte sich also eine deutliche Zunahme bei den Gesamt-Pensionszuerkennungen gegenüber 2006. Zusammenfassend kann aber geschlossen werden, dass Rehabilitationsmaßnahmen in einem hohen Ausmaß den Eintritt von vorzeitigen Alterspensionen krankheitshalber verhindern können und die Ergebnisse von 2006 auf 2010 deutlich

2006 / 31.12.2008



2010 / 31.12.2012

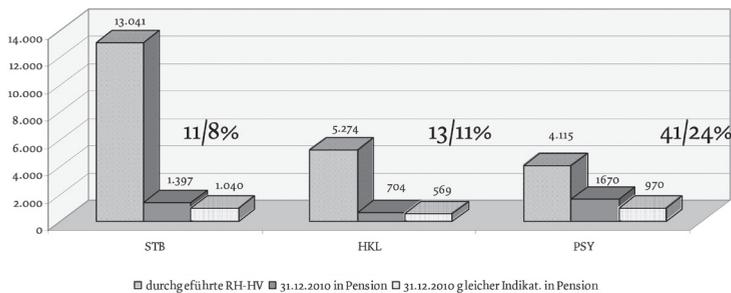


Abb. 8: Nachhaltigkeit: Reha-Maßnahmen 2-Jahresverlauf²⁹

verbessert werden konnten, mit Einschränkungen im psychiatrischen Bereich, wo nur eine deutliche Verbesserung indikationsbezogen erreicht wurde.³⁰

Referenzen

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und GKK-Salzburg, *Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter, Projekt „Psychische Gesundheit“, Abschlussbericht Wien/Salzburg (Juni 2011)*
- IPF – Institut für pharmakökonomische Forschung, *Epidemiologie der Depression*, Wien (2009)
- Leoni Th., *Fehlzeitenreport 2012, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (Juli 2012)
- WHO, *The Global Burden of Disease: 2004 Update (2008)*; Wittchen H.-U. et al., *Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“*, in: *Gesundheitswesen* 61 (1999): Sonderheft 2, 216-222, https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/zw_das-gesundheitswesen/gesu-suppl_klein.pdf
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und GKK-Salzburg, siehe Ref. 1
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und GKK-Salzburg, siehe Ref. 1
- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), *Gesundheitsreport 2013. Analyse der Arbeitsfähigkeitsdaten. Update psychische Erkrankungen – Sind wir heute anders krank?*
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und GKK-Salzburg, siehe Ref. 1
- PERI Consulting GmbH, *Österreichischer Patientenbericht. Ergebnisbericht Angststörung und Depression*, 2009
- PVA, *Jahresberichte 2004, 2007, 2010, 2011, 2012*
- PVA, *Jahresbericht 2012*
- PVA, siehe Ref. 10
- PVA, *Jahresberichte 2004, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012*
- ebd.

- 15 PVA, *Interne Berechnungen 2007 – 2013*, Abt. Statistik und Controlling
- 16 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung, 1992 – 2013*
- 17 PVA, Abt. Statistik u. Controlling, Okt. 2013
- 18 PVA, Medizinische Datenbank
- 19 PVA, *Interne Berechnungen*, Medizinische Datenbank 2004/2010
- 20 PVA, Medizinische Datenbank
- 21 PVA, siehe Ref. 15
- 22 Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), 2013
- 23 Gesundheit Österreich GmbH, *Rehaplan 2012*, Wien (2012)
- 24 Haberfellner E. M. et al., *Medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte im „Sonnenpark“ in Bad Hall, Ergebnisse einer katanmestischen Untersuchung nach einem halben Jahr*, *Neuropsychiatrie* (2004); 18: 18-14
- 25 Kollmann I. et al., *Medizinische Rehabilitation psychischer Erkrankter in Österreich*, *Soziale Sicherheit*, Sept. 2006, S. 368-375
- 26 Lenz G., *Evaluationsergebnisse der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Störungen*, *Spectrum Psychiatrie*, 3/2013, S. 19-23
- 27 Lenz G. et al., *Ambulante psychiatrische Rehabilitation: Das Zentrum für Seelische Gesundheit Wien-Leopoldau*, in: Lenz G et al., *Berufsbezogene Herausforderungen in der psychischen Rehabilitation*, *facultas.wuv* (2013), S. 118-134
- 28 Steffanowski A. et al., *Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation*, Huber, Bern (2006)
- 29 PVA, Abt. Statistik u. Controlling, Okt. 2011
- 30 PVA, siehe Ref. 19

Klaus Dörner

Monokultur der Effizienz: Arbeitswelt als Auslöser psychischer Krankheiten

A Monoculture of Efficiency: Work and Profession as a Trigger of Mental Disorders

Zusammenfassung

Die Industrialisierung der Arbeit brachte unter Marktbedingungen nicht nur den Wachstumszwang, sondern auch den Imperativ permanenter Beschleunigung und damit eine Monokultur der Effizienz. Wo dies die Grenzen des Menschengemäßen sprengte, kam es vermehrt zu psychischen Leidenszuständen. Gleichzeitig (ab 1800) erfolgte die rein medizinische Vereinseitigung der ursprünglich auch philosophisch-anthropologischen Disziplin der Psychiatrie – mit der Folge, dass die psychischen Reaktionen auf die ständige Leistungsverdichtung zu „Krankheiten“ verdinglicht wurden. Diesem Teufelskreis können wir nur entkommen, wenn wir einmal die Psychiatrie wieder als eine sowohl philosophische als auch medizinische Disziplin verstehen und wenn wir zum anderen das humanisierende Potenzial des Umbruchs von der Industrie- zur Dienstleistungsepoche zu nutzen lernen.

Schlüsselwörter: Historische Anthropologie, Industrialisierung, Effizienzsteigerung, Medizinisierung der Psychiatrie, Dienstleistungsepoche

Abstract

Industrialisation of work brought about the pressure of economic growth and, hence, an imperative for speeding up, resulting in a “monoculture of efficiency”. When this becomes too much, the result is psychic ailment. At the same time (from 1800 on) psychiatry changed from a philosophic-anthropologic discipline to an unbalanced “medicine”: Psychic reactions to the increasing pressure for efficiency were transformed into the triviality of “diseases”. A way out of this vicious circle must be based on our efforts to appreciate psychiatry as a philosophical as well as a medical discipline. In addition, we should try to transform an industry-dominated age into an age of service and attendance.

Keywords: Historical Anthropology, Industrialisation, Enhanced Efficiency, Psychiatry as a Medical Discipline, Age of Service and Attendance

em. Univ.-Prof. DDr. Klaus Dörner
Privat: Nissenstraße 3, D-20251 Hamburg

In der Perspektive der historischen Anthropologie spielen für dieses Thema so viele Faktoren eine Rolle, dass ich mich hier auf 10 Thesen beschränke:

These 1

Mit dem Beginn der Industrialisierung (im deutschsprachigen Raum im ersten Drittel des 19. Jh.) zerfiel die bisher einheitliche Sinnwelt des *einen* Hauses mindestens in die Welt der sich industrialisierenden Arbeit und die Welt des jetzt nur noch familiären Wohnens, die Trennung symbolisiert im Arbeitsweg.

These 2

Da sich nun nicht nur die Arbeit in die Fabriken (später Büros) entfremdete, sondern zugleich auch die Erziehung und Bildung ans Schulsystem fiel und das familiäre und nachbarschaftliche Helfen sich professionalisierte, wurde die so von ihrem sozialen Sinn immer mehr entlastete Familie zum Ort des nun isoliert erlebbaren Psychischen, weil nicht mehr, wie bisher, körperlich und sozial eingebettet (immerhin hatte Aristoteles die Seele noch die Lebendigkeit des Körpers genannt). Das war eine Voraussetzung dafür, dass man nun auch psychisch erkranken konnte.

These 3

Das Grundgesetz der Industrialisierung war währenddessen die permanente Beschleunigung von allem – Produktivität, Mobilität, Kommunikation usw.¹ Der zu diesem Fortschrittsideal passende Menschentyp war also – unter Marktbedingungen – nicht nur der leistungsfähige, sondern der endlos leistungssteigerungsfähige Mensch.

These 4

Dass man lange Zeit dafür Glauben fand, man könne auch die damit unvermeidlich verbundene Verdichtung der Arbeit unendlich steigern, hängt nun mit dem gleichzeitigen Prozess der Medizinisierung des Psychischen zusammen – ebenfalls der Industrialisierung geschuldet.

These 5

Denn galt noch den Gründungspionieren der Psychiatrie als einer eigenständigen Disziplin um 1800 diese zur Hälfte als der Philosophie und Anthropologie und nur zur anderen Hälfte als der Medizin zugehörig – ausgedrückt etwa in dem Ambivalenzkonflikt zwischen „Psychikern“ und „Somatikern“, so wuchs mit dem Siegeszug der Industrialisierung und der Vernaturwissenschaftlichung der Medizin nicht nur die Medizinisierung des Psychischen, sondern auch der Fortschrittsglaube an die technische Machbarkeit einer leidensfreien Gesellschaft.

These 6

Je mehr nun im 19. und 20. Jh. die ursprüngliche philosophisch-anthropologische Sinnbindung psychischer Störungen entfiel, desto einseitiger wurden sie nur noch nach dem medizinischen Defektmodell als „Krankheiten“ den einzelnen, leistungsbeeinträchtigten Individuen zugeordnet, die man der Effizienz wegen fabrik-analog in möglichst große Institutionen ausgegrenzt und gesellschaftlich unsichtbar gemacht und in der Folge dadurch so entwertet hat, dass schließlich, aber doch schon im Ersten Weltkrieg („Hungersterben“) die professionell-psychiatrische Bereitschaft zur Vernichtung der „Unheilbaren“ möglich wurde, was man im Zweiten Weltkrieg nur noch ein wenig radikalisieren musste. Diese Medizinisierung des Psychischen erlaubte systemkonform das ungehinderte Fortschreiten der industriell-ökonomischen Leistungsverdichtung auch über die Grenzen des Menschengemäßen hinaus.

These 7

Jetzt ist an ein zu Unrecht fast vergessenes Intermezzo zu erinnern: Denn die meisten der ersten Nachkriegspsychiater (1945 – 1965) sind zugleich die erste Generation, die seit der Gründergeneration um 1800 erstmals wieder das philosophische Bein der Psychiatrie und damit den Sinnbezug psychischen Leidens (getrennt von ihrer Reifizie-

nung und Reduktion auf rein medizinische Krankheiten) stark zu machen versucht haben, egal, ob sie phänomenologisch, existenzphilosophisch, daseinsanalytisch, anthropologisch gedacht oder sich auf Kant oder die Dialogphilosophen bezogen haben. Exemplarisch erinnere ich nur an Viktor Frankl, der – aus Auschwitz zurück – in Wien in „Der leidende Mensch“² nicht nur (wie Freud) auf die Arbeits- und Genussfähigkeit, sondern auch auf Leidensfähigkeit des Menschen setzte und seinen psychiatrischen Patienten empfahl, ihr Leiden nicht nur auf sich zu beziehen, sondern auch um des oder der Anderen willen zu leiden.

These 8

Aber obwohl wir künftig von diesem anthropologischen Selbstverständnis der Psychiatrie wohl am meisten profitieren können, war inzwischen die industrielle Monokultur der Effizienz und das ökonomische Wachstum der Wirtschaft als Selbstzweck so dominant und hatte zudem das System der sozialen Sicherung sich so zu eigen gemacht, dass für die Erklärung eines zunächst unklaren psychischen Unwohlseins der früher breite Fächer etwa politischer, sozialer, kultureller, ökonomischer oder religiöser Gründe jede Glaubwürdigkeit verloren hatte. Vielmehr fand zur Erklärung eines größeren oder auch kleineren psychischen Unwohlseins nur noch die medizinische Anerkennung als einer „Krankheit“ Akzeptanz, die dem einzelnen, isolierten und leistungsunwerten Individuum zuzuordnen ist, damit die Monokultur der Leistungsverdichtung möglichst unberührt davon bleiben kann.

Da nun die schweren psychischen Störungen sich auch interkulturell kaum vermehren lassen, ist dieses Verfahren, mit dem sich vor allem die leichteren Befindlichkeitsstörungen fast beliebig bis zu „Volkskrankheiten“ vermehren lassen, systemkonform – zumal das gesamte medizinisch-therapeutische Hilfesystem davon profitiert und obwohl für viele Biographien andere nicht-medizinische Erklärungen und Hilfen sinnvoller sein könnten.

These 9

Zum vollständigen Verständnis unseres Themas fehlt jetzt nur noch die Diskussion der letzten fundamentalen Veränderung der Arbeitswelt: Denn unter dem Aspekt des Arbeitsmarktes spricht man etwa seit 1980 vom Ende der 150-jährigen Industrie-Epoche und vom Beginn der Dienstleistungs-Epoche.³ Für uns bedeutet das konkret, dass man im klassischen Industriebereich, also zur Bearbeitung von Sachen, kaum noch neue Arbeitsplätze braucht, zumal man die Effizienzsteigerung jetzt kostengünstiger vermehrt an Maschinen weitergeben kann, während neue Arbeitsplätze fast nur noch im Dienstleistungsbereich, also zum Arbeiten mit oder für Menschen, entstehen können, wenn man denn eine massive Arbeitslosigkeit verhindern will.

These 10

Das bedeutet zumindest die Chance für eine Rehumanisierung der Arbeitswelt, vom Wiedergewinn ihrer Sinnorientierung bis hin zur Rückläufigkeit der drei großen Fortschritts-Errungenschaften der Industrie-Epoche: Dann

1. kann an die Stelle der fabrik-analogen Institutionalisierung von leistungsunwerten Menschen nun die Integration von Alterspflegebedürftigen, Dementen, Behinderten, psychisch Kranken und auch des Sterbens in die eigene Lebenswelt, in ihren Sozialraum und in ihre Nachbarschaft erfolgen;
2. muss die allzu forcierte Professionalisierung des Helfens – schon wegen des Arbeitskräftemangels – z. T. wieder an die Bürger zurückgegeben werden, was wegen des von ihnen wiederentdeckten „Helfensbedürfnisses“ zu ihrer psychosozialen Gesundheit beiträgt, weshalb man empirisch seit 1980 von einer zunehmenden „Nachbarschaftsbewegung“ (bis zum „Bürger-Profi-Mix“) sprechen kann;
3. ist auch die übertriebene Medizinisierung sämtlicher Widerfahrnisse der Menschen rückläufig, weshalb selbst die Demenz heute mehr als

Schicksal, denn als Krankheit gilt⁴ und weshalb grundsätzlich – als Erbe der philosophischen Psychiatergeneration (z. B. Frankl) – psychische Störungen eher als Beziehungsstörungen und weniger als „Krankheit“ eines isolierten Individuums aufgefasst werden. Deshalb heißt heute auch die ärztliche Grundbeziehung die „Arzt-Patienten-Angehörigen-Beziehung“.⁵

Schließlich stößt Effizienzverdichtung beim Umgang mit Menschen schneller an Grenzen als bei der Bearbeitung von Sachen, weshalb man vermehrt auf Menschen (im dritten Lebensalter) trifft, die von sich sagen: „Ich würde am liebsten wie früher arbeiten, solange ich lebe, schon wegen meiner ‚Bedeutung für Andere‘, die ich zum Gesundsein brauche, aber nur unter der Bedingung, dass der Leistungsbeschleunigungszwang wegfällt“.

Andererseits dürfen wir uns aber auch nichts vormachen: Wenn wir wirklich in einem Epochen-Umbruch stehen sollten – von der Industrie zur ökologischen Dienstleistungs-Epoche, dann stehen wir vor der schweren Aufgabe, die eigenen Gesetze und Normen der uns eher noch unbekannteren Dienstleistungs-Epoche zu erforschen und uns anzueignen; denn solange wir diese Aufgabe nicht gelöst haben, werden wir immer dazu neigen, die uns bekannten Gesetze und Normen der Industrie-Epoche, die einzigen, die wir gelernt haben und von denen wir alle geprägt sind, auf die uns doch unbekanntere neue Epoche zu übertragen. Wir werden dadurch einen Denkfehler auf den anderen häufen, etwa lieber vom Versprechen der leidensfreien Gesellschaft weiterhin träumen, was dazu führt, dass wir immer geringere Schmerzen schon für unerträglich halten; wir werden durch Ausweitung des medizinischen Krankheitsbegriffs auf immer geringere Befindlichkeitsstörungen diese erst zu (chronischen) Krankheiten machen; und wir werden uns eine Arbeitswelt ohne Effizienzverdichtung mit ihren etwaigen Verzichtleistungen vorsichtshalber gar nicht erst vorstellen und uns irgendwann selbst zuzuschreiben haben, das humanisierende Potenzial der neuen Dienstleistungs-Epoche nicht genutzt

zu haben. Denn ohne harte Vorarbeit und ohne Risiko ist das nicht zu haben.

Referenzen

- 1 Rosa H., *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne*, Suhrkamp, Frankfurt (2005)
- 2 Frankl V., *Der leidende Mensch*, Huber, Bern (2005)
- 3 Dörner K., *Helfensbedürftig*, Paranus, Neumünster (2012). Ich habe hier alles zusammengetragen, was mir zu der Hypothese eines Epochenumbruchs aufgefallen ist, auch den Umstand, dass wir uns diesem Umbruch über einen „Fortschrittsschock“ nähern, weil an die Stelle der versprochenen leidensfreien Gesellschaft schon über den demographischen Wandel Leiden und Hilfebedarf sich nicht verringert, sondern vermehrt haben.
- 4 Whitehouse P. J., George D., *Mythos Alzheimer*, Huber, Bern (2009)
- 5 Dörner K., *Der gute Arzt*, Schattauer, Stuttgart (2003)

Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz

Arbeit und Lebenssinn im Zeitalter seelischer Erkrankungen

Work and Meaning of Life in an Age of Psychic Illnesses

Zusammenfassung

Arbeit hat drei Kennzeichen: Aktivität im Sinn von gezieltem Tun, Verändern, Verbessern; Mühe im Sinn von Einsatz aller bzw. der besten Kräfte; Funktionalität im Sinne von sozialer Interaktion. Das Ziel aller drei Kennzeichen ist organisierter, berechenbarer Nutzen. Dieser scheint als Lebenssinn, oft unausgesprochen und verdeckt, übrig.

Wird der Lebenssinn aber tatsächlich vom Funktionieren in der Arbeit abgedeckt? Es ist zu fragen, weshalb gerade eine so aufgebaute Arbeitswelt mit ihrer Effizienz zu seelischen Erkrankungen führt, Ausgebranntsein, Depression, Vernachlässigung oder Zweitrangigkeit des privaten Lebensraums: Familie, Freundschaften, Erholung, Lebensfreude. Wie dagegen verhält es sich im Gegenzug mit dem „Begegnen mit Wirklichkeit“, die nicht vom arbeitenden Tun beherrscht ist? Wie gelingt das spannungsvolle Zusammenspiel von Tun und Lassen, Mühe und Gabe, Zweck und Sinn?

Schlüsselwörter: Arbeit, Soziale Anerkennung, Lebenssinn, Gabe

Abstract

Three criteria of „work“ can be distinguished: activity in the sense of aiming at a purpose, of changing and optimising something; effort in the sense of using all (or the best of) one's strength, especially concerning heavy duties; functionality in the sense of social interaction. The aim of all three criteria is organized and calculable profit (not only monetary). Profit is regarded to be the sense of life, often remaining implicit and latent.

Is sense of life indeed covered by one's function at work? Why is then such an idea of work with all its efficiency the cause of psychic sickness, especially of burnout and depressions, negligence of family, friendships, recreation and joy of life? Is there an „encounter of reality“ that is not dominated by work? Can we proceed to the interplay of doing and leaving, labour and gift, purpose and sense?

Keywords: Labour, Social Acceptance, Meaning of Life, Gift

em. Univ.-Prof. Dr. Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz
Hochschule Heiligenkreuz/Wienerwald
Privat: Fichtestraße 5, D-91054 Erlangen
hanna-barbara.gerl-falkovitz@tu-dresden.de

1. Der Mensch – ein Arbeitstier? Zur Spannung von Arbeit und Lebenssinn

Tödliche Infektionen von früher sind in der heutigen Lebenswelt gut im Griff. Aber es gibt sieben neue Plagen; darunter steht Ausgebranntsein an vorderer Stelle neben Unverträglichkeiten und Sucht u. a.¹ Ursache dafür ist „keine Krankheit, sondern ein chronifizierter Stresszustand“, in dessen Folge Depressionen oder Angst einhergehen. Noch genauer hingesehen entsteht dieser Zustand durch „die Verdichtung der Arbeitswelt und auch des Privatlebens sowie die Komplexität der Welt“.²

Solche Definitionen lassen aufhorchen. Denn im Unterschied zur ungleich schwereren körperlichen Anstrengung früherer Arbeitswelt ist Arbeit heute „leicht“; im Unterschied zur kargen Freizeit früherer Generationen, wo höchstens der Samstagnachmittag und der Sonntag „frei“ waren, ist die Arbeitszeit gesunken und die Freizeit, mit ihr die Freiheit gestiegen. Ist die Welt komplexer geworden? Welt wohl nicht, aber unser Verhalten zu ihr, ebenso unsere Einstellung zur Arbeit, unsere Wertung der Freizeit.

Um dieses Verhalten geht es, um eine Vorentscheidung unserer Kultur, bevor noch der Lehrling die erste Arbeitsstunde antritt, der Student die Universität betritt, der Sportler sich in den Trainingsanzug wirft. Denn, so die Vermutung: (Fast) alles ist heute in Planung und Arbeit eingespannt.

Arbeit hat drei Kennzeichen:³ Sie ist betonte *Aktivität* im Sinn von gezieltem Tun, Verändern, Verbessern; sie macht *Mühe* im Sinn von Einsatz aller (oder der besten) Kräfte gerade bei schweren Aufgaben; sie ist *Funktionalität* im Sinn von sozialer Interaktion und zielt auf soziale Anerkennung; und soziale Interaktion ist der (ausschließliche) geltende menschliche Lebensraum. Ziel und Zweck aller drei Kennzeichen ist, ebenso deutlich und keineswegs abfällig gesagt: organisierter, berechenbarer Nutzen. Nutzen stellt den konkreten Lebenssinn, unausgesprochen und verdeckt, dar; er drückt sich aus in Geld, in hohem Lebensstandard oder Lebens-Mitteln der außergewöhnlichen Art und in öffentlichem

Ansehen (wenn möglich in den Medien, mindestens aber beim Nachbarn). Schwindet dieser Nutzen, schwindet angeblich auch der Lebenssinn.

Demgegenüber ist allerdings zu fragen, weshalb gerade eine so hoch bewertete Arbeitswelt mit ihrer Effizienz zu seelischen Erkrankungen führt, vor allem zum Ausbrennen der Kräfte und zu mannigfaltiger Depression, in der Folge auch zu einer Vernachlässigung oder Zweitrangigkeit des privaten Lebensraums: der Familie, der Freundschaften, der gemeinsamen Erholung, der mitgeteilten Lebensfreude. Wird Lebenssinn tatsächlich vom Funktionieren in der Arbeit abgedeckt? Dann wäre man geradewegs im sozialistischen Arbeitsmodell gelandet: der Mensch als Robotnik. So wäre in Gegenanspannung anzufragen, wie es sich mit dem „Begegnen mit einer Wirklichkeit“ verhält, die nicht vom arbeitenden Tun beherrscht ist, sondern vom Wahrnehmen; wie es sich mit dem „Leichten“ verhält, das „zufällt“ ohne harte Mühe; wie es sich mit dem mehr als Zwecklichen verhält, dem „Unbezahlbar-Unnützen“. Anders aufgespannt: Wie gelingt das gegenläufige Zusammenspiel von Tun und Lassen, Mühe und Gabe, Zweck und Sinn?

Es ist deutlich, dass die antike Welt die Wertung dieser Spannung anders ansetzte als die heutige Welt. Damals war Arbeit ein Tun des Sklaven und der unteren Schichten, Freisein von Arbeit aber das Kennzeichen der eigentlich menschlichen Würde. Das ist prägnant ablesbar an vielen orientalischen und mediterranen Mythen und findet Eingang auch in die Philosophie.

2. Mythische Warnung vor der unguuten Mühe (labor improbus)

Gerade der Ackerbau, Urbild der Kultur, ist auch Urbild eines immer schon halb vergeblichen Tuns. So sieht es Vergil, der in den *Georgica* sehr wohl auch die Zeiten wundervoller Ernte besingt; und doch ist das Ergebnis überwiegend ein anderes: „So wie einer den Kahn, mit Mühe dem Strom entgegenrudern, hinaufarbeitet – doch, sinken ihm etwa die Arme, plötzlich die Flut ihn abwärts

reißt, gepackt von der Strömung.“⁴ Für den eigenartigen Widerstand der Erde gegen den Menschen und seinen immerwährenden Kampf mit ihr findet Vergil das trübe Wort vom *labor improbus*: „Der Vater des Feldbaus wollte den Weg nicht leicht, (...) schärfend das Herz der Sterblichen durch Sorgen (...); die Arbeit, die ungute, besiegte alles.“⁵ Grimig und listenreich wird 300 Jahre zuvor bei Sophokles der Mensch gesehen, fast als Vergewaltiger des Ackers und nahe an der Lästerung: „Die Erde auch, der Göttlichen höchste, schöpft er aus und wühlt, die Pflugschar pressend, Jahr um Jahr mit Rössern und Mäulern.“⁶

Vom gnadenhaften Dasein im Garten, wo alles Lebenswichtige geschenkt wird, zum fluchbeladenen Werk auf widerwilligem Boden zeichnet auch die jüdische Genesis' den Überschritt. Wo zuvor der Baum des Lebens spross, treibt das Land nun Dornen und Disteln hoch. „Der Mensch ist zur Mühsal geboren, wie Feuerfunken, die hochfliegen.“⁸ Nach einer talmudischen Deutung des Genesisanfangs hieß der Baum des Lebens *ezpri*, was bedeutet: „Baum [ist] Frucht“, während der verbotene Baum der Erkenntnis *ezosipri* hieß, was bedeutet: „Baum macht Frucht“ – er trennt Ursache und Folge, teilt einen einzigen Vorgang durch zeitliche Versetzung ins Nacheinander. Statt des mühelosen Empfangens der Frucht wählten die Ureltern demnach bildhaft das Selber-Machen der Frucht. Franz Kafka kommentiert: „Wir sind nicht nur deswegen sündig, weil wir vom Baum der Erkenntnis gegessen haben, sondern auch, weil wir vom Baum des Lebens noch nicht gegessen haben.“⁹ Und was wäre der Baum des Lebens? Der seine Frucht zufallen lässt, ohne jene harte Plage, ohne jene Entsagung, die allem Nicht-Schöpferischen eignet. Aber die Ureltern wählten die Plage lieber als das Geschenk.

Lange nach dieser mythischen Hellsicht, am Ende der Aufklärung, beklagt auch Hölderlin, der Griechenland noch einmal beschwört, die Arbeit als eigenartige Verfehlung, als unfruchtbares Treiben – sie tut das Schwere um des Schweren willen, in einer Art Selbstbestrafung:

„Aber weh! es wandelt in Nacht,
es wohnt, wie im Orkus,
Ohne Göttliches unser Geschlecht.
Ans eigene Treiben
Sind sie geschmiedet allein,
und sich in der tosenden Werkstatt
Höret jeglicher nur und viel arbeiten die wilden
Mit gewaltigem Arm, rastlos,
doch immer und immer
Unfruchtbar, wie die Furien,
bleibt die Mühe der Armen.“¹⁰

3. Heiligung der Arbeit – und ihre Übersteigerung

In der vorchristlich-antiken Welt war, wie angedeutet, die Arbeit den Sklaven aufgedrückt; im Griechischen hieß der Handwerker *banausos* – er war selbst eine Art Werkzeug mit dem kleinteiligen, eingeschränkten Blick des Spezialisten. Nur der freie Mann galt als Mensch, und frei war er, weil er sich von Arbeit fernhalten konnte und dafür nicht im eigentlichen Sinn als Menschen angesehene Sklaven beschäftigte.

Aber die jüdische Kultur bereitete einen Um Schlag vor: „Am Morgen beginne zu säen, auch gegen Abend lass deine Hand noch nicht ruhen.“¹¹ Tatsächlich gibt es eine kulturelle Wende, die bedeutsamerweise mit der biblischen Botschaft, zusätzlich mit der allmählichen Abschaffung der Sklaverei einhergeht. Denn die Genesis¹² versteht es als eine wesentliche Fähigkeit des Menschen, aktiv Welt zu durchdringen, sich anzueignen, zu gestalten. Das Christentum änderte die Einstellung zur Arbeit nachhaltig. Der Mönchsvater Benedikt, dem Europa seit dem 6. Jahrhundert den großen Kultivierungs- und Rodungsorden der Benediktiner verdankt, wertete mit seiner Herausforderung *ora et labora* die körperliche Arbeit auf. Beten und Arbeiten stehen seitdem in inniger Verbindung und werden in ihrem Rang für die Weltgestaltung in der Benediktsregel nicht unterschieden. So wird z. B. vorgeschrieben, die Gefäße für die Liturgie und die Gefäße für die Küche mit derselben Ehrfurcht und

Genauigkeit zu reinigen. Durch diese Aufwertung und „Heiligung“ der Arbeit, die auch die adeligen Söhne im Orden leisten mussten, wird übrigens auch der selbst erarbeitete Besitz wichtig: Man verzehrt nicht nur das Erbe der Väter und lässt andere dafür schaffen, sondern erwirbt selbst sein Brot.

Die Dinge dieser Welt sind also dem Menschen freigegeben zum Gebrauch, aber auch zur Bewahrung und Mehrung. Der Satz „Macht Euch die Erde untertan“¹³ kann natürlich falsch gelesen werden: als Aufforderung zur Ausbeutung, zur willkürlichen Nutznießung, zur hemmungslosen Selbstbedienung, wie es auch geschah. Er steht jedoch in einem auf das Gegenteil zielenden Zusammenhang: Der Mensch (Mann und Frau) ist angewiesen, auf der Erde die Herrschaft Gottes selbst zu übernehmen: als „Hirt des Daseins“ (Heidegger). Das bedeutet selbstverständlich ein Gebrauchen, andererseits aber auch Dienst und Hut des Anvertrauten. Hildegard von Bingen sprach im 12. Jahrhundert auf eindrückliche Weise von einem „Netz der Freundschaft“, in das alle Geschöpfe eingebunden seien. Demnach fällt der Apfel im Herbst „gerne“ vom Baum, so dass ihn der Mensch nicht einmal pflücken muss; „die Kräuter bieten einander den Duft ihrer Blüten dar“;¹⁴ die reife Ähre neigt sich selbstverständlich nach unten, um geschnitten werden zu können. So ist der Mensch nach Hildegard in die Freundschaft der Dinge eingesetzt, die sich ihm willig, nicht widerwillig öffnet. Welt ist in den Dienst des Menschen gerufen, aber auch der Mensch ist in den Dienst der Welt gerufen. Die sieben technischen Künste wurden im mittelalterlichen Curriculum *serviles*, dienstbar, genannt und der *vita activa* zugeordnet: Sie dienen der Leistung, dem Bebauen und Pflegen, also Kultivieren der Natur, was der Mensch als den ihm angemessenen göttlichen Auftrag begriff. Reine *vita contemplativa* ist nach Thomas von Aquin sogar eine Übersteigerung des Menschlichen, da sie als solche „nicht eigentlich menschlich, sondern übermenschlich sei“, *non proprie humana sed superhumana*.¹⁵

Freilich steigerte sich fortschreitend in der Neu-

zeit die Hochschätzung des eigenen Tuns. Überscharf zeichnet sich darin eine Umwertung zum *labor probus* ab: Arbeit wird Ausweis der Tüchtigkeit, ja der Lebenstauglichkeit überhaupt. Die Renaissance sieht den Menschen als „zweiten Gott“, *deus secundus*,¹⁶ der die Welt zu jener Voll-Endung führt, die Gott ihr noch absichtlich offengelassen habe. Es kommt damit richtungsmäßig zu einer Sakralisierung der Arbeit, wie sie seit dem 16. Jahrhundert auch der Calvinismus in die Lebenspraxis umsetzte. Selbst Denken wird Arbeit. Eindeutig gilt bei Kant die „herkulische Arbeit“ des Philosophierens mehr als die Intuition, die er ironisch der Romantik zuordnet, „bei der man nicht arbeiten, sondern nur das Orakel in sich selbst anhören und genießen darf“.¹⁷ Gegen die romantische „Ahndung“ gelte „das Gesetz der Vernunft, durch Arbeit sich einen Besitz zu erwerben“. Ausdrücklich tadelnd gegen Platon gerichtet urteilt Kant: „Die Philosophie des Aristoteles ist dagegen Arbeit.“

4. Arbeit als Rausch und Verführung: Work-oholismus

Damit kann Arbeit jedoch zum Herrengötzen werden, der birgt und trägt – im Ganzen einer ameisenhaften Betriebsamkeit. „Die größte Gefahr liegt nicht in der Neigung des Kollektivs, die Person zu erdrücken, sondern in der Neigung der Person, sich ins Kollektiv hineinzuwerfen, in ihm unterzugehen.“¹⁸ Hier wartet der Rausch, die Orgiastik eines Aufgehens im gemeinsamen Tun und Treiben. Auch die Fabrik kennt und nutzt diesen Rausch, um jene willenlose Einstimmung in den Arbeitsprozess zu erzielen, die Simone Weil (1909 – 1943) aus eigener Erfahrung ihrer Fließbandarbeit bei Renault in den 1930er Jahren kennt und klassisch beschreibt: „Alle Geräusche haben einen Sinn, sie sind alle rhythmisch, sie vermischen sich gewissermaßen in der großen Atmung der kollektiven Arbeit, an der teilzuhaben berauschend ist. Da das Gefühl des Alleinseins nicht beeinträchtigt wird, ist die Teilnahme umso berausender. Es gibt nur Geräusche von Metall, Räder, die sich drehen,

das Schlagen von Metall auf Metall; Geräusche, die weder von der Natur noch vom Leben sprechen, sondern allein von der ernsten, standhaften, ununterbrochenen Tätigkeit des Menschen an den Dingen. Man ist verloren in diesem großen Lärm und beherrscht ihn zugleich; denn was auf dem Hintergrund dieses andauernden, beständigen und ständig wechselnden Basses aufsteigt - und sich darin verliert -, das ist der Klang der Maschine, die man bedient. Man fühlt sich nicht klein wie in der Menge, man fühlt sich unersetzlich. Die Übertragungsriemen erlauben, [...] mit den Augen die Einheit des Rhythmus zu trinken, die man durch die Geräusche und die leichte Vibration der Dinge am ganzen Körper spürt. In den dämmerigen Stunden in der Früh und an den Winterabenden, wenn nur das elektrische Licht brennt, haben alle Sinne teil an einem Universum, das in nichts an die Natur erinnert, in dem nichts umsonst gegeben ist, alles ein Zusammenstoß, ein harter und zugleich bezwingender Zusammenstoß des Menschen mit der Materie. Die Lampen, die Riemen, die Geräusche, das harte und kalte Eisen, alles läuft zusammen in der Verwandlung des Menschen zum Arbeiter.⁴¹⁹

Weil sieht diese Verwandlung nicht mehr als eingelösten Schöpfungsauftrag, sondern als folgeschwere Besessenheit des Menschen durch die Maschine und die Produktion, wie sie es der marxistischen Arbeitstheorie schneidend hellichtig vorwirft.

So gesehen, ist Arbeit Ausdruck einer bitteren und brennenden Sinnlosigkeit: „Man muss arbeiten, wenn schon nicht aus Geschmack daran, so aus Verzweiflung. Denn, alles auf eine letzte Wahrheit gebracht: die Arbeit ist weniger langweilig als das Vergnügen.“⁴²⁰ Lässt sich Arbeit aus Besessenheit und Verzweiflung herausholen in ein sinnvolles Tun?

5. Zum Unterschied von Zweck und Sinn

Die Umgangssprache unterscheidet Zweck und Sinn nur selten; dennoch handelt es sich um eine tiefreichende Gegenpoligkeit – sie darf nur nicht in moralische Schwarz-Weiß-Malerei abgleiten.

Zweck meint Ziel, das durch die Zusammenführung der richtigen Mittel (durch „Zusammenzwicken“) rasch erreicht werden soll, also in materialmäßiger Rationalität und zeitlicher Begrenzung. Als Beispiel nimmt schon Aristoteles den Hausbau: Hätte man einen Architekten gewählt, der im Verlauf des Baues äußern würde, Hausbauen sei der Sinn seines Lebens, deswegen wolle er das Bauen nicht abschließen, sondern so lange wie möglich hinauszögern, so würde dieser Architekt zweifellos entlassen. Zweckliches Arbeiten meint effektives, zielorientiertes Handeln; wenn das Ziel erreicht ist, rückt ein anderes in den Blick.

Demgegenüber hat Sinn kein Ziel in der Zeit und deswegen keine zeitliche Begrenzung, ist auch nicht rationell durchzuführen. Sinn ist zeitfrei „selbsttragend“, wie das Beispiel der Musik zeigt: Das Hören einer Symphonie ist sinnvoll vom ersten bis zum letzten Ton; schneller spielen, um die Musik „endlich hinter sich zu haben“, heißt, dass es sich weder um gute Musik noch um einen guten Hörer handelt. Man kann Sinn zweifellos häufig auch in Zweck umwandeln: Es ist nachgewiesen, dass bei leiser Mozart-Musik Kühe im Stall mehr Milch geben (übrigens nicht bei Rock-Musik). Trotzdem hat Mozart seine Musik nicht zur Steigerung der Erträge der Viehwirtschaft geschrieben. Musik ist sinnvoll, aber nicht zweckhaft. Ihr Verlauf und ihre Schönheit sind von Anfang bis zum Ende von nutzenfreier Aussage.

Wer einen Beruf als Berufung ausübt und nicht als Job, arbeitet nicht nur die Stunden ab für den aufatmend erreichten Feierabend, für das Wochenende, für das Ausgeben des Verdienstes, sondern im Arbeiten selbst soll und kann Befriedigung, ja Erholung stecken: *in labore requies*.²¹ Dann ist ein Beruf sinnvoll und nicht bloß zweckhaft, wenn schon im Tun die Freude am Tun selber aufspringt. Dazu zählen – idealtypisch – viele Berufe, die mit Menschen oder mit der Natur zu tun haben: Der Lehrer ebenso wie der Landwirt können ja eigentlich nicht „fertigwerden“; zu solchem Tun gehört Geduld, Wartenkönnen, Wachsenlassen.

Denkt man dies weiter, so ist allerdings für die meisten Arbeiten eine Mischform zwischen Zweck und Sinn gegeben: Selbstverständlich stecken in den alltäglichen Beschäftigungen auch Zwecke und müssen erreicht werden. Doch ist es wichtig, dass „Beruf“, in ganzen Umfang des Wortes verstanden, nicht nur einzelne Zwecke erfüllt, sondern jene innerste Befriedigung gewährt, die allem richtig Getanen und Gewählten innewohnt.

6. Sinnlichkeit und Sinn: Zum Einsatz von Leib und Leben in der Arbeit

Die Arbeitsteiligkeit und Technisierung der Arbeitswelt erfordert heute viele Simulationen. Wer Pilot wird, darf nicht sofort fliegen, sondern muss den Flug in der Simulation üben; wer Zahnarzt wird, darf verständlicherweise nicht sofort am Patienten proben, sondern erst an einem Plastikkopf. Diese „sekundäre“ Welt, die über die wirkliche Welt gespannt wird, ist eine klare Erleichterung für das Leben. Auch die Aufhebung von Raum und Zeit, so im Internet, erleichtert Kommunikation – der Postbote fährt nicht mehr mit dem Schlitten durch die Wälder. Trotzdem ist die Rückseite oder sogar Schattenseite dieser sekundären Welt spürbar: Die Sinnlichkeit der Welt springt nicht mehr an, ihre *sapientia*, ihr Geschmack, geht verloren; Elektronik schafft einen undurchdringlichen Kokon um den Nutzer. Aber Sinn hängt zutiefst mit Sinnlichkeit zusammen, gerade damit: mit dem erstrangigen Leben, der sinnfälligen Welt, in die jeder leibhaft eingebunden ist.

Leben lässt sich nur in der wirklichen, handgreiflichen und selbst „ergreifenden“ Welt. Im Deutschen hängen Leib-Leben-Liebe in der Wortwurzel lb- zusammen; alle grundlegenden menschlichen Vollzüge, von der Geburt über die Liebe bis zum Sterben vollziehen sich nur wirklich, nicht virtuell, und in der Regel auch nur einmal, so dass sie sich nicht einmal – über die *repeat*-Taste - üben lassen.

Viele Arbeiten haben heute nur mit der sekundären Welt zu tun, wodurch die handgreifliche Welt, die Welt der Sinne, des Spürens, des natur-

haften Rhythmus, des Lebens mit Blüten und Verwelken verblasst. Aber damit verblasst eben Sinn. Heute werden Mediziner ausgebildet, die nie einen Patienten zu Gesicht bekommen, sondern ein Leben lang Analysen im Labor machen. Die Landwirtschaft, das Handwerk, alle Berufe, die mit Menschen in der Ausbildung zu tun haben, haben aber mit der ursprünglichen, begrenzten und wirklichen Welt zu tun: mit dem Gegenstand, ja Widerstand der Dinge und Menschen. Botho Strauß (*1944), in vielem ein Sprecher seiner Generation, legte vor der Jahrtausendwende das Buch *Aufstand gegen die sekundäre Welt* vor.²² Arbeit, die mit der „wirklichen Welt“ umgeht, hat darin trotz aller Simulationen eine wichtige, sogar unersetzliche Bedeutung für Sinnerfahrung jenseits aller Zwecklichkeit. Sinnlosigkeit ist begründet in Unsinnlichkeit.

7. Zwecklos, aber sinnvoll: die Werke der Muße

„Wir sind unmüßig, um Muße zu haben“:²³ Eindeutig ist für Aristoteles das geschäftige Tun das Abgeleitete und Zweitrangige.²⁴ Welches Tun führt in der Lebensspannung zur Muße, zum Lebenssinn – nicht als Widerspruch zur Arbeit, sondern als ihr notwendiges Gegengewicht?

Auf der Linie solcher Sinnfülle liegt beispielhaft das Spiel, als „zweckfreies, sich ausströmendes, von der eigenen Fülle Besitz ergreifendes Leben“.²⁵ Ebenso ist Kunst nicht in erster Linie zweckhaft zu sehen, sondern „um ihrer selbst willen“. Auf eindrucksvolle Weise verknüpfen sich Spiel und Kunstwerk in der Liturgie. Auch sie ist keineswegs „zweckmäßig“ – weder hat sie erzieherische noch absichtlich ästhetische Aufgaben; ihr tiefster Sinn ist einfach „Schau“, *theoria*, von Gottes Herrlichkeit. Romano Guardini zeigte unnachahmlich, wie die „Zwecklosigkeit“ der Liturgie zum großen Spiel wird, so in dem ungeheuren Bild aus den Gesichtern Ezechiels: „Wie sind diese flammenden Cherubin, die ‚gerade vor sich hingingen, wohin der Geist sie trieb ... und sich nicht umwendeten im Gehen ... hin- und zurückgingen wie das

Leuchten des Blitzes ... gingen ... und standen ... und sich vom Boden erhoben ... deren Flügelrauschen zu vernehmen war wie das Rauschen vieler Wasser ... und die, wenn sie standen, die Flügel wieder sinken ließen ...? – wie sind sie ‚zwecklos‘! Wie geradezu entmutigend für einen Eiferer vernünftiger Zweckmäßigkeit!⁶⁶

Kein Sollen, nur ein Hören und Schauen im Absichtslosen, keine gewollte „Kreativität“, nur ein großer, in sich selbst sinnvoller Vollzug – daraus wird einsichtig, weshalb gerade der Kult die Stelle des Ursprungs der Kultur, des Theaters, der Kunst ist. „Freiwillige, schenkende Darbietung, gerade nicht Nutzung, just das denkbar äußerste Gegenteil von Nutzung. So entsteht im Mitvollzug des Kultes, einzig von dort her, ein durch die Arbeitswelt nicht aufzuzehrender Vorrat, ein durch das sich drehende Rad des Verschleißes unberührbarer Raum nicht-rechnender Verschwendung, zweckentbundenen Überströmens, wirklichen Reichtums: der Fest-Zeitraum.“⁶⁷

So lässt sich festhalten: Zwecklos, aber sinnvoll sind die Grundvollzüge des menschlichen Daseins. Manche Religionen wissen von der Freiheit des unerarbeitet sich Einstellenden. Denn gehört es zur biblischen Einsicht, dass Gott die Mühe des Menschen nicht als „Tribut“ in Anspruch nimmt, während im babylonischen Schöpfungsmythos *Gilgamesch* die Menschen für die Götter Wasser schöpfen müssen, mehr noch: überhaupt zur Erleichterung der Arbeit der Götter geschaffen wurden. Der Psalmist weiß umgekehrt, in preisendem Zuruf: „Du bist mein Gott, denn meiner Hände Werk bedarfst Du nicht.“⁶⁸

Es lohnt sich, mitten in der zehrenden Arbeit von ferne immer wieder den Saum dieser Erfahrung des großen „Umsonst“ zu berühren: *gratis* *et* *con amore* ist offenbar das Leben verliehen.

Referenzen

1 vgl. Hörath I., *Die sieben Plagen*, in: *Der Neue Mensch. Wie wir im 21. Jahrhundert leben, leiden und lernen*, Friedrich. Forschungsmagazin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg, Jg. 38, Nr. 113 (Okto-

ber 2013), S. 50-61

2 Zitate von Josef Kornhuber, Direktor der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik in Erlangen, ebd., S. 55

3 vgl. Pieper J., *Muße und Kult*, München (1947)

4 Vergil, *Georgica / Vom Landbau*, lat.-dt. hg. v. Heinrich Naumann, München (1970), 41

5 ebd., S. 37 ff.

6 Sophokles, *Chorlied aus der Antigone*

7 Gen 4,1-16

8 Ijob 5,7

9 Aphorismen II, 4, 83 (unpubliziert; www.kafka.org/index.php?aphorismen)

10 Friedrich Hölderlin, *Der Archipelagus*

11 Koh 11,6

12 Gen 1,28

13 ebd.

14 Hildegard von Bingen, *Liber divinorum operum*, zit. nach Schipperges H., *Hildegard von Bingen. Ein Zeichen für unsere Zeit*, Frankfurt (1981), S. 161

15 Thomas von Aquin, *De virtutibus cardinalibus 1*

16 Nicolaus Cusanus, *De coniecturis II*, 14, 143

17 Immanuel Kant, *Von einem neuerdings erhobenen vornehmen Ton in der Philosophie* [1796], AA VIII, S. 387-406; hier: S. 390; zit. nach Pieper J., siehe Ref. 3; ebd. die folgenden Zitate

18 Weil S., *Die Einwurzelung. Einführung in die Pflichten dem menschlichen Wesen gegenüber*, übers. v. Friedhelm Kemp, München (1956), S. 18

19 Weil S., *L'expérience ouvrière et l'adieu à la révolution*, S. 290; übers. und zit. v. Büchel Sladkovic A., *Verborgene Frauenwelten*, in: *Labyrinth 2* (2000)

20 Baudelaire C., *Intime Tagebücher, Bildnisse und Zeichnungen*, München (1920), S. 42

21 aus dem Pfingsthymnus *Veni Creator Spiritus*: „In der Arbeit schenke Ruh“

22 Strauß B., *Aufstand gegen die sekundäre Welt*, Hanser Verlag, München (1999)

23 Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 10,7, 1177b

24 Obwohl gerade die schwäbische Mentalität als dem „Schaffen“ besonders zugeneigt gilt, kennzeichnet sie sprachlich die „Unmuße“ als Unruhe und Abweichung vom Sich-Zukommen-Lassen.

25 Guardini R., *Vom Geist der Liturgie* [1918], Freiburg (1983), S. 99

26 ebd., S. 97 f.

27 Pieper P., siehe Ref. 3, S. 81

28 Ps 15,1

Markus Schwarz

Vorsorgestrategien für Mental Health im Unternehmen

Precautionary Strategies for Mental Health in Companies

Zusammenfassung

In einer sich verändernden Arbeitswelt treten psychische Probleme immer stärker als wesentliches Hindernis für ein erfolgreiches Wirken am Arbeitsplatz zutage. In der Gesundheitsforschung haben sich dazu Konzepte entwickelt, die dieses Phänomen über den Absentismus und Präsentismus identifizieren und entsprechend charakterisieren konnten. Gerade im Bereich der psychischen Gesundheit ist der Präsentismus der wesentliche Faktor, der sowohl die persönliche Gesundheit als auch die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz einschränkt. Durch das Konzept der salutogenen betrieblichen Gesundheitsförderung können diese Themen im Schulterschluss von Arbeitgebern und Arbeitnehmern entsprechend adressiert werden. Der vorliegende Artikel möchte die vorliegende Datenlage erheben und auch die wesentlichen Erfolgsfaktoren und Barrieren für diese innerbetrieblichen Programme beschreiben.

Schlüsselwörter: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsmedizin

Abstract

In a changing work environment, mental health problems are becoming with increased frequency a significant barrier for effective working conditions. Public Health research has developed concepts that identified these phenomena as absenteeism and presenteeism, which are today well described. In the area of mental health, presenteeism is the main contributor to diminished health conditions both on a personal level as well as concerning the performance at work. The concept of workplace health promotion as a salutogenic approach to countering these developments is extensively used by large corporations to address these issues. This article wants to describe the status quo of the research concerning workplace health programs including the success factors and barriers in implementing such programs.

Keywords: Mental Health at Work, Workplace Health Promotion, Occupational Health

Dr. Markus Schwarz
LBF Advisors, Geschäftsführer
Peter Jordan Straße 86, A-1190 Wien
m.schwarz@lbf-advisors.com

Die Zunahme von psychiatrischen Erkrankungen entspricht einem generellen internationalen und auch österreichischen Trend. Inzwischen sind die „Major Depressive Disorders“ bereits die dritthäufigste Erkrankung – nach ischämischen Herzerkrankungen und Rückenschmerzen –, die zu Beeinträchtigung von Lebensjahren führt, wie dies in der weltweiten „Burden of Disease Studie“ nachgewiesen wurde.¹ Dies entspricht einer 47% Zunahme an „beeinträchtigten“ Lebensjahren innerhalb der letzten zehn Jahre (1990 – 2010).

Nachdem ischämische Herzerkrankungen stark mit dem Alter korreliert sind und daher die darunter leidenden Patienten zumeist bereits im Ruhestand sind, zählen Rückenschmerz und depressive Erkrankungen zu den beiden wichtigsten Faktoren, die die Gesundheit am Arbeitsplatz beeinträchtigen.

Weitere Erkrankungen aus dem Bereich Mental Health haben ebenfalls massive Steigerungen der beeinträchtigten Lebensjahre in diesem Zeitraum erfahren. Dies sind einerseits der Drogen und Medikamentenmissbrauch (+18%), wie auch die Alkoholsucht (+19%). Rückgängig waren in diesem Zusammenhang allerdings auch die Bereiche Suizid (-33%) und Angststörungen (-7%).

Veränderte Arbeitswelt

Neben diesem Befund für die allgemeine Bevölkerung zeigt sich, dass Depression auch innerhalb der arbeitenden Bevölkerung neben Haltungsschmerzen die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit darstellt. Die damit verbundenen Kosten für die Krankenversicherer betragen alleine in Europa geschätzte 240 Mio. Euro jährlich, die dadurch verloren gegangene Produktivität lässt sich auf 136 Mio. Euro schätzen.²

In der Kombination aus einem älter werdenden Arbeitskräfte-Pool und einer damit verbundenen Zunahme an chronischen Erkrankungen stellt dies Unternehmen in ganz Europa vor neuartige Aufgaben, die in der Vergangenheit in dieser Form nicht zu bewältigen waren.

Die Wahrnehmung dieser Problematik führt aber auch zur logischen Konsequenz, den Arbeitsplatz als Ansatzpunkt für Interventionen in die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt anzusehen. Dies wird durch das seit nunmehr fast drei Jahrzehnten etablierte Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung – „BGF“ – betrieben.

Fehltage am Arbeitsplatz und verlorene Produktivität

Die BGF wird unter anderem durch die europäische Kommission als Handlungsfeld für Gesundheitspolitik massiv gefördert. Die Europäische Union definiert BGF als alle „Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“.³ Im Sinne der Gesundheitsförderung wird dabei – im Unterschied zum auf die Krankheit fokussierten Pathogenese-Ansatz – ein Salutogeneseansatz proklamiert, der sowohl individuelle als auch organisatorische Einflussfaktoren identifiziert und diese über Verhaltens- (individuell) und Verhältnisprävention (organisatorisch) reduziert, respektive entsprechende Ressourcen aufbaut.⁴

Der Nutzen von BGF wird grundsätzlich auf drei Ebenen beschrieben. Klar etabliert sind die direkten Einsparungen bei den Kosten für die Gesundheit. In einem Review aus dem Jahre 2010 konnten Baicker et al. eine „Rendite“ für Investitionen in BGF von über 300% belegen.⁵ D. h. für jeden Euro, der in Maßnahmen in diesem Bereich investiert wurden, konnten Einsparungen bei Kosten für Gesundheitsleistungen in Höhe von 3 Euro erzielt werden. Ebenso nachweisbar ist inzwischen die Auswirkung von BGF auf den reduzierten Ausfall von Mitarbeitern durch weniger Krankenstände. Auch hier ergibt sich eine kalkulierte Rendite von über 200% für Investitionen in die BGF. Für die österreichische Situation hat das Institut für Höhere Studien bereits 2004 grundlegende Berechnungen zum potentiellen Nutzen der BGF für Österreich erhoben und kommt dabei auf ein Gesamtpotential von über

3,6 Mrd. Euro, wobei der Großteil dieser Effekte aus Einsparungen an vorschnellen Erwerbsunfähigkeitspensionen erreicht werden würde.⁶

Weniger eindeutig – jedoch in Bezug auf das Thema der mentalen Gesundheit sehr viel entscheidender – ist die Auswirkung auf die Produktivität der Mitarbeiter. In der Literatur wird hier zwischen einem klar definierbaren und auch zählbaren „Absentismus“ (das Fehlen am Arbeitsplatz aufgrund von Erkrankung) und einem stark subjektiv wahrgenommenen „Präsentismus“ (Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Erkrankung und damit verbundene verminderte Leistungsfähigkeit) unterschieden. Dieses Phänomen wird erst seit jüngerer Zeit intensiver beforscht, weshalb es bis dato nur wenige belastbare Daten gibt.⁷

Präsentismus zeigt sich aber in einer Reihe von Studien als der eigentliche Treiber von Produktivitätsverlusten,⁸ da gerade in einem System von Krankengeld, wie dies in europäischen Sozialversicherungssystemen der Fall ist, abwesende Mitarbeiter nach relativ kurzer Zeit keine Kosten innerhalb der Unternehmen produzieren. Weiters unterstützt auch die Zunahme an chronischen Erkrankungen wie die erwähnten Rückenschmerzen und gerade auch psychische Einschränkungen wie Depressionen das Auftreten von Präsentismus, da diese in den meisten europäischen Arbeitsmärkten nicht als Gründe für Krankenstände verstanden werden. Als Messkonzept für dieses Phänomen hat sich die verloren gegangene Produktivität herauskristallisiert. Der genaue Messansatz ist aber noch offen, da sich noch keine allgemein anerkannten Messinstrumente etabliert haben.

Die tatsächliche Entscheidung von Mitarbeitern, in den Krankenstand zu gehen oder krank zur Arbeit zu kommen, hängt jedoch von vielen verschiedenen Faktoren ab. Gary Johns versucht in einem Gesamtmodell diese Faktoren in eine Theorie des Präsentismus zu kleiden, um damit auch der Forschung in diesem Feld mehr Systematik zu geben.⁹ Es ist aber noch unklar, ob diese Systematik entsprechende kohärente Forschungsergebnisse induzieren wird.

Die Schwierigkeiten in der Messung dieser Faktoren sind u. a. der komplexen Landschaft an Einflussfaktoren geschuldet, die Gründe für sowohl Absentismus als auch Präsentismus sein können. Neben den pathologisch erklärbaren Gründen gibt es darüber hinaus auch noch viele soziale (zu betreuende Angehörige, etc.) wie auch kulturelle (höherer Absentismus nach dem Wochenende, verlängerte Urlaube, etc.) Faktoren, die nicht unwesentlich die Messung beeinflussen können.

Es kommt auf die Perspektive an

Je nach Betrachtung des Themas steht die betriebliche Gesundheitsförderung daher auch mehr oder weniger im Fokus der Interessen. Aus Sicht der *medizinischen Praxis* gilt es, die Schwierigkeiten in der Differentialdiagnostik zu betrachten, da viele Symptome von durch den Arbeitsplatz induzierten psychiatrischen Erkrankungen durchaus spezifisch sind und sich massiv von bekannten Symptombildern unterscheiden.¹⁰ Natürlich besteht aber für den einzelnen behandelnden Arzt nur ein geringer Anreiz, nachhaltige Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung zu fördern, da es weder dem bestehenden medizinischen Ansatz in unseren Gesundheitssystemen entspricht, noch ein rascher, sichtbarer Effekt durch Einzelmaßnahmen zu erzielen ist.

Als wesentlich sind daher die Aktivitäten auf der Ebene der Kostenträger unseres Gesundheitssystems – also die Sozialversicherungen – zu betrachten, die allerdings auch nur bedingt in diesem Feld aus einer Hand handlungsfähig sind. Der Nutzen dieser Programme tritt, wie zuvor beschrieben, primär im Bereich von Einsparungen im Pensionssystem als auch bei Krankenstandszahlungen auf. Nur indirekt und langfristig lassen sich auch Einsparungen bei den direkten Gesundheitsleistungen ausmachen.

Die vor kurzem verabschiedete österreichische Gesundheitsreform stellt diesen Gesundheitsförderungsansatz als grundlegendes Prinzip und erstes Ziel an den Beginn der notwendigen Neu-

ausrichtungen im Gesundheitswesen,¹¹ allerdings stehen diesen Zielsetzungen nur wenig verfügbare finanzielle Mittel zurzeit gegenüber. Die Sozialversicherungsträger und auch die Arbeitgebervertreter beschränken sich daher momentan im Großen und Ganzen auf die Unterstützung und Beratung bei diversen Projekten, weniger aber auf die direkte finanzielle Förderung der Betriebe, die sich einem entsprechenden Projekt unterziehen.

Wesentliche Ressourcen in diesem Bereich sind einerseits die Kontaktstelle des europäischen Netzwerks für Gesundheitsförderung bei der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, sowie die entsprechende Kontaktstelle bei der österreichischen Wirtschaftskammer.¹²

In diesem speziellen Bereich zeigt sich klar der Nachteil des europäischen Sozialversicherungswesens, da durch die Fülle der Kostenträger gemeinsame, nachhaltige Maßnahmen nur schwer umzusetzen sind. Im Unterschied dazu haben z. B. US-amerikanische Firmen einen viel höheren Anreiz, in entsprechende Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung zu investieren, da in vielen Unternehmen die Gesundheitsausgabe für die Mitarbeiter direkt von den Unternehmen bezahlt wird und entsprechende Einsparungen direkt zurückfließen können. Dies führte dazu, dass vor allem Großkonzerne, die die Risiken der Gesundheitsversorgung ihrer Mitarbeiter direkt – ohne Versicherungsstruktur dazwischen – übernommen haben, früh und rasch in diese Programme investierten und den entsprechenden Nutzen sahen.¹³ Dahinter verbirgt sich natürlich auch eine stark kulturell geprägte Einstellung zum Thema Gesundheit, die in den USA sehr stark in Richtung Produktivitätserhalt neigt und in (Mittel-)Europa sehr viel stärker als soziale Aufgabe verstanden wird.

Erfolgsfaktoren für betriebliche Gesundheitsförderung

Seit langem hat sich daher die Public-Health-Forschung gemeinsam mit verschiedenen Managementansätzen des Themas angenommen

und versucht, einen weitergehenden Gesundheitsbegriff als Grundlage entsprechender Aktivitäten aufzusetzen. Getragen von verschiedenen Deklarationen und Erklärungen der EU und der WHO wurden für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in Richtung mentale Gesundheit klare Richtlinien für Programme und Best Practice Berichte zusammen getragen.¹⁴

Für die Umsetzung entsprechender Programme empfiehlt die EU darin folgende Leitkriterien:

- Partizipation aller relevanten Personen
- Integration der Thematik in alle wichtigen Unternehmensbereiche
- Systematisches Projektmanagement
- Beachtung der Ganzheitlichkeit der BGF

Sie sollen in folgenden Handlungsfeldern eingebracht werden:

- Partizipativ erarbeitete Betriebsvereinbarungen
- Analysephase zu salutogenen und pathogenen Faktoren
- Vergleichende Gesundheitsberichte
- Maßnahmenplanung, -umsetzung und -evaluierung
- Einführung der Instrumente: Gesundheitszirkel, Steuerungskreise, Mitarbeiterbefragungen

Entsprechend wurden auch von Zertifizierungsfirmen Modelle entwickelt, wie z. B. das OHSAS 18001¹⁵ System, die Arbeitsplatzsicherheit und Gesundheitsmanagement analog einem Qualitätsmanagementprogramm etablieren und laufend evaluieren.

Neben diesen stark die Prozesslandschaft ansprechenden Empfehlungen der EU, die sich eher an Qualitätsmanagementprogrammen orientierten, hat sich im angelsächsischen Raum ein strategischer Managementansatz etabliert, der vor allem die Effektivität der Programme in den Mittelpunkt stellt. In sechs Bereichen wird die Gesundheitsförderung strategisch verankert und als Grundstruktur in die Unternehmensorganisation „eingewoben“. Die sechs Bereiche gliedern sich wie folgt:¹⁶

- „Multilevel Leadership“ – Einbeziehung aller relevanten Management-Ebenen ist Voraussetzung für ein durchgängiges Programm
- „Alignment“ – Übereinstimmung des Programmdesigns mit der Unternehmenskultur
- „Scope, Relevance, Quality“ – Oberflächlichkeit und wenig durchdachte Programme sind zum Scheitern verurteilt; Tiefgang und Qualität in der Umsetzung sind zentral für den Erfolg.
- „Accessibility“ – einfacher Zugang zum Programm ist wesentlich
- „Partnership“ – Erfahrungen anderer übernehmen und Geschäftspartner einbeziehen erweitert die Wirksamkeit von Programmen
- „Communications“ – eine Kommunikation über mehrere Kanäle, die sensible Themen auch sensibel anspricht und kreative Ansätze verfolgt, ist ein weiterer essentieller Erfolgsfaktor

Unter Beachtung dieser Empfehlungen haben sich weltweit bereits sehr erfolgreiche Programme entwickelt, die sowohl systematisch messbare als auch kasuistische Ergebnisse im Bereich der Unternehmenskultur generiert haben. Als ein konkretes Beispiel, das auch während des IMABE-Symposiums „Mental Health und Arbeitswelt“¹⁷ intensiv diskutiert wurde, lässt sich in Österreich das Unternehmen T-Mobile finden, das bereits seit vielen Jahren in die betriebliche Gesundheitsförderung investiert und sowohl im somatischen Bereich als auch im psychischen Bereich wesentliche messbare Erfolge zeigen kann (siehe Fallbeispiel im Anhang).

Fallstricke von betrieblicher Gesundheitsförderung

Natürlich liegen in diesen Programmen auch verschiedene Fallstricke versteckt, die sowohl aus wissenschaftlicher wie auch aus unternehmerischer Perspektive diese Programme unterminieren können. Neben den strukturellen Unterschieden in den Gesundheitssystemen, die eine Hebung der finanziellen Vorteile erleichtern oder

erschweren, gibt es auch noch grundsätzliche systemische Themen, die adressiert werden sollten. Ein Grundthema in der Versorgungsforschung ist der eingebaute Bias dieser Programme in Richtung bereits gesunder Arbeitnehmer. Einerseits nutzen Gesunde die gesundheitsfördernden Angebote stärker. Zusätzlich wählen gesundheitsbewusste Mitarbeiter auch eher Unternehmen, die BGF anbieten und damit ihren eigenen Ansprüchen eher entsprechen.¹⁸ Generell ist auch die Teilnahme von (älteren) Männern und insbesondere Arbeitern eher geringer, wobei BGF vor allem bei ersichtlichen Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz eher stattfindet als bei weniger ersichtlichen Risiken (wie z. B. bei Büroaktivitäten).¹⁹ Die Komplexität entsprechender Programme führt auch dazu, dass Großkonzerne sehr viel eher in BGF investieren, da sich eine entsprechend umfassende Investition auch über viele Mitarbeiter verteilen lässt, während Klein- und Mittelbetriebe auf externe Strukturen und Partnerangebote angewiesen bleiben.

Auch ist das Datenschutzthema als Problemfeld immer wieder in Diskussion. In wie weit darf der Arbeitgeber überhaupt mit Gesundheit der Mitarbeiter involviert sein? Und ist nicht schon die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an diesen Programmen ein Faktor, der die Arbeitgeber-Arbeitnehmer Beziehung beeinflusst? In einer niederländischen Studie²⁰ zeigten in einer Befragung in fünf Großbetrieben rund ein Viertel der Mitarbeiter große Vorbehalte gegen die „Einmischung“ des Betriebs in ihre Gesundheit. Insbesondere Männer über 50 zeigten eine starke Aversion gegen diese „Überschreitung“ der Privatsphäre. Allerdings waren 87% der Teilnehmer an den Programmen zufrieden und sprachen sich für weiterführende Angebote aus. In Mitteleuropa hat sich deshalb die betriebsrätliche Vertretung als geeignetes Vehikel für die Umsetzung entsprechender Programme etabliert.

Grundsätzlich bietet sich der Arbeitsplatz aus einer Public Health Perspektive natürlich sehr stark als Interventionsumfeld an, da – im Unterschied zur klassischen Gesundheitsversorgung

– Gesundheitsverhalten am Arbeitsplatz laufend stattfindet. Neben dem Arbeitsplatz spezifischen Verhalten (Stress, Bewegungsmangel, Haltungsfehler, etc.) ist der Arbeitsplatz auch eine Möglichkeit, um Grundverhaltensstrukturen der Menschen z. B. beim Essen zu durchbrechen und durch entsprechende Angebote in einer Kantine den Anteil an Ballaststoffen oder Frischkost zu erhöhen oder überhaupt erst zu ermöglichen. Auch die betriebliche Investition in eine vollwertigere Küche kann zu Verhaltensänderungen bei den Mitarbeitern beitragen. Ähnliches gilt für Sportmöglichkeiten, die durch Angebote am und um den Arbeitsplatz direkt gefördert werden können, aber vor allem auch durch die betriebliche Gemeinschaft kollektiv zu einer höheren Motivationslage führen.

Wo bleibt die Privatsphäre?

Neben den eher technisch orientierten Fragen des Datenschutzes gilt es aber auch, eine generelle Grundstruktur unserer modernen, arbeitsteiligen Gesellschaft zu hinterfragen. Die klassische Trennung in Muße und Arbeit verwischt sich in unseren Strukturen immer häufiger. Sowohl die ständig zunehmende Geschwindigkeit von Entscheidungsprozessen wie auch die immer weiter ausgeweitete Erreichbarkeit durch moderne Kommunikationsmittel führen zu einem immer stärkeren Überlappen dieser Bereiche. Der französische Philosoph Emil Durkheim hat bereits zu Anfang des 20. Jahrhunderts diese Anomie unserer Gesellschaft sehr treffend beschrieben: „Wie geht es zu, dass das Individuum, obgleich es immer autonomer wird, immer mehr von der Gesellschaft abhängt? Wie kann es zu gleicher Zeit persönlicher und solidarischer sein? Denn es ist unwiderleglich, dass diese beiden Bewegungen, wie gegensätzlich sie auch erscheinen, parallel verlaufen. Das ist das Problem, das wir uns gestellt haben. Uns schien, dass die Auflösung dieser scheinbaren Antinomie einer Veränderung der sozialen Solidarität geschuldet ist, die wir der immer stärkeren Arbeitsteilung verdanken.“²¹

Sein Lösungsansatz besteht in der organischen Solidarität,²² die als Ersatz für klassische Wertesysteme neue, vertraglich ausgerichtete Strukturen schafft, bei denen sich konkret Arbeitgeber und Arbeitnehmer explizit auf eine gegenseitige Unterstützung einigen. Der Arbeitnehmer übergibt seine Arbeitsleistung, und der Arbeitgeber sorgt für die Aufrechterhaltung derselben. Auf dieser Grundlage sollte sich im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ein nachhaltiger und für alle vorteilhafter Konsens erzielen lassen, der die Kompensation für die zur Verfügung gestellte Arbeitsleistung nicht nur monetär abgilt, sondern ein umfassenderes Bild der Mitarbeiterfürsorge verfolgt.²³

Der hier beschriebene Public-Health-Ansatz für die betriebliche Gesundheitsförderung ist auch aus diesem Grund ein wesentliches Element für eine Gesundheitsversorgung, die über die Individualmedizin hinaus geht und die kommenden chronifizierenden Erkrankungen gerade auch im psychischen Bereich stärker in den Blickpunkt nehmen wird.

Anhang: Fallbeispiel T-Mobile Österreich

Mit der Vorstellung des betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms von T-Mobile Österreich soll auch ein best-practice Beispiel für diesen integrierten Managementansatz aufgezeigt werden.

Wie keine andere Technologie hat der Mobilfunk das Leben des Einzelnen verändert. T-Mobile stellt dafür die Infrastruktur und die Dienstleistungen eines Funknetzes zur Verfügung und investiert jährlich rund 100 Millionen Euro in den weiteren Netzausbau.

Als Teil der Deutschen Telekom Gruppe profitiert T-Mobile von der Innovationskraft und der finanziellen Stabilität eines internationalen Konzerns. Mit über 4,1 Millionen Kunden, gemessen an SIM-Karten, ist T-Mobile Österreichs zweitgrößter Mobilfunkanbieter. Mit einem Umsatz von rund 800 Millionen Euro stellen sich rund 1.400 Mitarbeiter diesen Herausforderungen in einem hart umkämpften Markt. T-Mobile ist sich als Arbeitgeber seiner besonderen wirtschaftlichen Verantwortung in Österreich bewusst.

Um auf diese Herausforderungen zu reagieren, bemühte sich T-Mobile schon sehr früh, aktiv das Arbeitsumfeld zu stärken und sich als attraktiver Arbeitgeber am Markt zu positionieren. Diese Attraktivität lässt sich durch diverse Messzahlen belegen und zeigt auch die hohe Flexibilität im Umgang mit Mitarbeitern von seiten des Unternehmens:

- Durchschnittsalter der Mitarbeiter: 35 Jahre
- Teilzeitmitarbeiter: 21%
- Rückkehrquote nach Karenz: 73%
- Arbeitsunfälle (alle am Weg zur/von der Arbeit): 8

Diesen hohen Fokus auf die Mitarbeiter unterstreicht auch die klare Wertschätzung, die in diversen Publikationen zum Ausdruck kommt, wie im aktuellen Nachhaltigkeitsbericht verdeutlicht wird.²⁴

Neben der generellen Arbeitsplatzattraktivität hat sich T-Mobile auch der Mitarbeitergesundheit verschrieben und dafür ein breites Angebot

gestrickt. Wesentlich ist dabei die Verankerung in den Unternehmenszielen und Management-schwerpunkten. In den 10 Schwerpunktthemen von T-Mobile wird das Thema Mitarbeitergesundheit an 6. Stelle aufgeführt. Und auch in den Ausführungen zu den spezifischen Arbeitszielen für den Bereich Mitarbeiter stehen Themen der somatischen und psychischen Gesundheit im Mittelpunkt.

Die 10 Schwerpunktthemen von T-Mobile

1. Datenschutz und Kundensicherheit erhöhen (mit Fokus Kinder- und Jugendschutz sowie Mobilfunk und Gesundheit)
2. Zugang zu IKT ermöglichen (Fokus: Netzausbau und innovative, nachhaltige Produkte)
3. Klimaschutz vorantreiben (Fokus: energieeffizientes Netz)
4. Nachhaltige Lieferkette sicherstellen
5. Chancengleichheit für alle MitarbeiterInnen ermöglichen
6. Mitarbeitergesundheit und Arbeitsbedingungen laufend verbessern
7. Angebote zur Weiterbildung und Talentförderung ausbauen (speziell für Jugendliche)
8. Positive ökonomische Auswirkungen generieren
9. Compliance-Management weiterentwickeln
10. Partner finden für soziales Engagement (Fokus: gegen Ausgrenzung und für Integration)

Im Nachhaltigkeitsbericht werden kostenlose Vorsorgeuntersuchungen, anonyme Beratungstermine und Impfservices, medizinische Betreuung und Gesundheitstage bis hin zu Gymnastik und Fitnessprogramme als Angebote genannt.

Den Mitarbeitern stehen auch eine Arbeitsmedizinerin und eine Arbeitspsychologin für Beratungen zur Verfügung. Seit 2012 arbeitet das Unternehmen mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz-Managementsystem OHSAS 18001, um mögliche Gefahren für die Beschäftigten zu verhindern und deren Potenziale gut zu entwickeln.

Zielsetzungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	
T-Mobile als attraktiven Arbeitgeber weiterentwickeln	Durch fundiertes Performance-Management und Talent-Programme Talente anziehen und im Unternehmen halten (z. B. Future Generation)
Work-Life-Balance verbessern	Etablierung von Mobile Working im gesamten Unternehmen
Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördern	Stabilisierung der Gesundheitsquote auf hohem Niveau
	Steigerung des Gesundheitsbewusstseins der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch regelmäßige Informationsveranstaltungen wie beispielsweise Gesundheitsmessen
Sicherheit am Arbeitsplatz gewährleisten	Einführung eines Arbeitssicherheits-Managementsystems nach OHSAS 18001

Tab. 1

Bei einer jährlichen Gesundheitsmesse wird über Gesundheitsangebote informiert und verschiedene Sportangebote können erprobt werden. Das integrierte Gesundheitsförderungsprogramm der T-Mobile Österreich umfasst in den Bereichen Arbeitsumfeld – Vorsorge – Fit & Aktiv Programm – Dienstleistungen & Social Life – Weiterbildung die in Tabelle 2 angeführten Punkte.

Die Fülle der Angebote zeigt die Komplexität entsprechender Programme, aber auch die Notwendigkeit einer integrierten Kommunikation dieser Angebote. Es wird dabei auf best-practices anderer Strukturen und Partnerorganisationen zurückgegriffen (z. B. betreut.at) und auf die Kohärenz mit der Unternehmenskultur geachtet. Der Zugang zu den Programmen wird aktiv kommuniziert und über offene und breite Formate allen zugänglich gemacht. All dies ist auf allen Managementebenen verankert und wird durchgängig – auch über ein etabliertes Managementsystem – laufend weiter entwickelt.

Wesentlich ist dabei, dass die Eigenverantwortung nicht an das Unternehmen abgegeben wird, sondern das Unternehmen immer nur eine Unterstützung gewährt. Alle spezifischen Angebote erfor-

dern immer auch einen finanziellen Eigenbeitrag.

Als Ergebnis konnte T-Mobile nach eigenen Angaben die Gesundheitsrate auf 97% steigern und den Wohlfühlfaktor im Unternehmen auf 75% erhöhen. In den letzten beiden Jahren hat sich auch die Kenntnis über die Gesundheitsangebote und die selbst empfundene Work-Life Balance um 15% respektive 12% erhöht – alles Faktoren, die auf die Wirksamkeit des Unternehmens einzahlen, allerdings auch aus einer eigenständigen Überzeugung der Führungsmannschaft stammen.

Referenzen

- 1 Institute for Health Metrics and Evaluation, *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy - European Union and European Free Trade Association Regional Edition*, University of Washington, S. 33, (www.healthmetricsandevaluation.org, letzter Zugriff am 26. Mai 2014), Report basierend auf sieben Papers der *Global Burden of Disease Study 2010: understanding disease, injury, and risk (GBD 2010)*, The Lancet (2012); 13: 380
- 2 *Übereinkunft von Edinburgh über psychische Gesundheitsförderung und Wohlergehen am Arbeitsplatz*, Members of the European Network for Workplace Health Promotion, Oktober 2010
- 3 *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheits-*

Arbeitsumfeld	Vorsorge
<ul style="list-style-type: none"> • Gleitzeit • Mobiler Arbeitsplatz • Arbeitsablaufverbesserung als Mitarbeiterentlastung • Open-Door-Policy • Unternehmenskultur • Seminare „Gesund Führen“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapie • Hautcheck • Arbeitsplatzergonomie • Impfungen • Betriebsarzt, Arbeitspsychologin • Massageangebot • Sehtests • Gesundheitstage (Women's Health Day, Men's Health Day, gesunde Ernährung, Bewegung und Ernährung)
Fit & Aktiv Programm	Dienstleistungen & Social Life
<ul style="list-style-type: none"> • Yoga, Pilates, Rückenfit • Lauftreffs • Zumba • Volleyball 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundes Mittagessen • Kinderbetreuungsangebote (z. B. Betreuung an schulautonomen Tagen) • Hol- und Bringservice für Apotheke, Schuster, Putzerei • Stay in Contact Programm für Mitarbeiter in Karenz • Töchterttag
Weiterbildung	
<ul style="list-style-type: none"> • Persönlichkeitsworkshops (z. B. Mentale Stärke - Fit für den Angriff) • Development Days 	

Tab. 2

- förderung in der Europäischen Union (1997)
- 4 Beck D., Bonn V., Westermayer G., *Salutogenese am Arbeitsplatz. Die betriebliche Organisation von Gesundheit*, G+G Wissenschaft (GGW) (2010); 10(2): 7-14
 - 5 Baicker K. et al., *Workplace Wellness Programs Can Generate Savings*, Health Affairs (2010); 29: 304-311
 - 6 Helmenstein C. et al., *Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung (2004) Endbericht der Studie im Auftrag des Bundeskanzleramts*, Sektion Sport © 2004 Institute for Advanced Studies (IHS)
 - 7 Cancelliere C. et al., *Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature*, BMC Public Health (2011); 11: 395-406
 - 8 Collins J. J. et al., *The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers*, J. Occup. Environ. Med. (2005); 47: 547-557
 - 9 Johns G., *Presenteeism in the workplace: A review and research agenda*, J. Organiz. Behav. (2010); 31: 519-542
 - 10 *Mental health problems in the workspace*, Harvard Health Publications, Harvard Medical School (2014), http://www.health.harvard.edu/newsletters/Harvard_Men-tal_Health_Letter/2010/February/mental-health-problems-in-the-workplace (letzter Zugriff am 26. Mai 2014)
 - 11 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, 2. Abschnitt, Artikel 5 (1), (2)
 - 12 Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung, www.netzwerk-bgf.at; Profitress - Betriebliche Gesundheitsförderung, <https://www.wko.at/Content.Node/Profitress/Startseite---Profitress.html> (letzter Zugriff am 26. Mai 2014)
 - 13 77% von Großkonzernen boten im Jahr 2008 bereits BGF an, während nur rund 19% aller Unternehmungen mit über 500 Mitarbeitern entsprechende Programme anbieten – Baicker K. et al., siehe Ref. 5
 - 14 Hassard J., Cox T., Murawski S., De Meyer S., Muyaert K., *Mental health promotion in the workplace – A good practice report*, European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA (2010)
 - 15 http://www.tuev-sued.de/management_systeme/arbeitschutz/ohsas_18001 (letzter Zugriff am 26. Mai 2014)
 - 16 Berry L. L. et al., *What's the Hard Return on Employee Wellness Programs?* Harvard Business Review (2010)

December, S. 2-9

- 17 Symposium *Mental Health und Arbeitswelt. Arbeit zwischen Stress und Lebenssinn*, 8. 11. 2013, Wien, <http://www.imabe.org/index.php?id=1906> (letzter Zugriff am 26. Mai 2014)
- 18 Jorgensen M. B. et al., *Does workplace health promotion in Denmark reach relevant target groups?* *Health Promot. Int.* (2013); 28(2): Epub 15. Juni
- 19 Glasgow R. et al., *Participation in worksite health promotion: a critique of the literature and recommendations for future practice*, *Health Educ. Q*(1993); 20(3): 391-408
- 20 Robrock S. et al., *Moral issues in workplace health promotion*, *Int Arch Occup Environ Health* (2012); 85: 327-331
- 21 Durkheim E., *Über soziale Arbeitsteilung. Studie über die Organisation höherer Gesellschaften*,. 1. Auflage, Suhrkamp, Frankfurt am Main (1992), S. 82
- 22 Während in vormodernen Gesellschaften die Strukturen leicht durch mechanische Solidarität aufrechterhalten werden konnten, bedarf es in neuerer Zeit einer differenzierteren Form des Zusammenhalts. Diese neue Form ist nach Durkheim die sogenannte organische Solidarität. Sie ersetzt den (in Zeiten des Wettbewerbs und steigender Bevölkerungsdichte schwierig bis unmöglich gewordenen) mechanischen Zusammenhalt durch neue, kontraktuelle Strukturen (Arbeitsteilung), in denen der Einzelne in verschiedener Weise eingebunden ist. Dies bedeutet jedoch ausdrücklich nicht das komplette Verschwinden gemeinsamer Anschauungen; diese treten lediglich zunehmend in den Hintergrund.
- 23 vgl. dazu: Dew K., Taupo T., *The moral regulation of the workplace: presenteeism and public health*, *Sociology of Health & Illness* (2009); 31(7): 994-1010
- 24 <http://nachhaltig.t-mobile.at/mitarbeiter/> (letzter Zugriff am 26. Mai 2014)

Martin Hähnel

Leibliche Menschenwürde und die Tugend sie zu achten

Embodied Human Dignity and the Virtue of Respecting it

Zusammenfassung

Der Zusammenhang zwischen Leiblichkeit und Menschenwürde wurde in der Vergangenheit bereits auf vielerlei Weise untersucht, während vor diesem Hintergrund eine ernsthafte Beschäftigung mit der Tugendethik aussteht. So lag der Akzent bislang auf der Bestimmung des Status der Menschenwürde bzw. auf der Darstellung ihrer zahlreichen Ausprägungen und Anwendungsfelder. Weniger Interesse galt dabei jenen Tugenden, die man gegenüber der Menschenwürde zu erweisen habe, um sie zur Erscheinung zu bringen. Ich möchte in diesem Beitrag daher die Wichtigkeit von Menschenwürde-Tugenden wie Respekt oder Wohlwollen herausstellen und in Beziehung zur Leiblichkeit setzen. Der menschliche Leib ist dabei nicht nur Organ und Zeichen für die Wahrung und Verletzbarkeit personaler Integrität, sondern auch Ort eines Anspruches, von dem aus die Würdeerfahrung anhebt und Tugenden als angemessene Antwortreaktionen auf diesen Anspruch initiiert werden können.

Schlüsselwörter: Menschenwürde, Leib, Tugendethik, Respekt

Abstract

In the past the relationship between corporeality (Leiblichkeit) and human dignity has been investigated in many different ways. Among them we rarely find a virtue ethical interpretation of human dignity. So far, many theories mainly focus on the moral status of human dignity while forgetting that human dignity is first manifested by performing special virtues, such as respect or benevolence. In this paper I would particularly like to highlight the importance of these virtues of human dignity and – in this context – the relevance of corporeality. Therefore, the vulnerable body is an excellent medium to express the basic need for personal integrity. Furthermore, this human body is obviously the best reference for justifying self-regarding and other-regarding acts of virtue – it is the exemplary place where the experience of dignity can take off.

Keywords: Human Dignity, Human Body, Virtue Ethics, Respect, Benevolence

Dr. phil. Martin Hähnel
Professur für Bioethik
KU Eichstätt-Ingolstadt
Ostenstraße 26, D-85072 Eichstätt
martinhaehnel@gmx.de

1. Menschenwürde als Rechtsprinzip: Stärken und Schwächen

Der Grund für eine gegenwärtig größtenteils starre Fokussierung auf den *Status* dessen, was wir mit „Menschenwürde“ bezeichnen, mag zum einen auf dem unerfüllbaren Wunsch nach einer empirischen Fundierung des Begriffes beruhen, zum anderen aber auch an seiner erfahrungsgesättigten Deutung als Rechtsprinzip liegen.¹ Letztere Deutung nimmt ihren Ausgang bekanntlich bei Kant, der dem Menschen Würde zuspricht, indem er ihn als „Zweck an sich selbst“ bestimmt und es somit zu verhindern versteht, dem Menschen einer reinen Instrumentalisierung durch Andere auszuliefern. Ursache dieser Sonderstellung ist für Kant die Autonomie, die der Würde der menschlichen Natur den hinreichenden Grund gibt.² Allerdings setzt diese Bestimmung voraus, dass der Mensch als rein moralisches Vernunftwesen, als *homo noumenon*, der „über allen Preis erhaben [ist]“,³ gedacht werde. Daraus folgt unter anderem, dass nicht dem „anderen Teil“ des Menschen, dem *homo phaenomenon*, in erster Linie Achtung gebührt, sondern dem moralischen Menschen, dem es kraft seiner Autonomie zugestanden werden kann, verallgemeinerungsfähige moralische Urteile zu bilden. Diese rigorose Imprägnierung vor äußerlicher „Schädigung“ im Sinne heteronomer Einflussnahme, welche den Möglichkeitsraum für bestimmte Verantwortungsentlastungen einschränkt, und eine damit einhergehende Rehabilitierung des augustiniischen *homo interior* mag inhaltlich freilich viel Verdienstliches hervorbringen, da hinter dieser Idee die Überlegung stehen mag, dass niemand im Stande sei, dem Menschen als moralisches Wesen seine Würde zu nehmen – „Du wirst mich nicht töten“, könnte man hier mit Emmanuel Levinas sagen. Allerdings zeigt die alltägliche Praxis ein anderes Bild. So gibt es immer wieder direkte und indirekte Angriffe auf die Integrität des Menschen, die gerade über seine Leiblichkeit, d. h. über den *homo phaenomenon*, gezielt vorgenommen werden. Im Falle der Folter kann man schließlich sogar ernsthaft fragen, ob hieran letzt-

lich nicht auch der *homo noumenon* Schaden davon trägt.⁴ In diesem Sinne hat deshalb Ernst-Wilhelm Böckenförde zu Recht davon gesprochen, dass die Menschenwürde unantastbar war.⁵ Der Ausdruck der ‚Unantastbarkeit‘ zeigt hierbei mustergültig, dass man sich von der Menschenwürde ohne Rückbindung an eine Idee der Leiblichkeit überhaupt keinen Begriff machen kann.

Kant, der von der nicht korrumpierbaren Vernunftbegabtheit des Menschen ausgeht, hatte offenkundig ein sehr emphatisches Verständnis von Menschenwürde als Selbstzweckhaftigkeit, obwohl er auch wusste, dass die leibliche Schadenzufügung (z. B. Selbstverstümmelung) nicht direkt in den Geltungsbereich der Selbstzweckformel fällt. Nichtsdestoweniger ist es dieser wichtigen Grundlegung Kants zu verdanken, dass sich der Menschenwürdebegriff, ob nun prozeduralisiert oder nicht, als kategorischer Rechtsbegriff in der Debatte etablieren konnte. Das mit dieser Festlegung verbundene große normative Gewicht hat jedoch angesichts zahlreicher deskriptiver „Anfechtungen“ – vor allem durch die Erkenntnisse der Naturwissenschaften – abgenommen, sodass es umso wichtiger erscheint, der Menschenwürde einen sichtbaren Platz in der Erfahrung zu geben, ohne sich dem objektivierenden Blick der empirischen Wissenschaften preiszugeben.

Stärker als Kant hat daher Fichte den Zusammenhang von gültiger Würde und erfahrbarer Leiblichkeit herausgearbeitet. Johann Gottlieb Fichte ging davon aus, dass „die Gestalt des Menschen dem Menschen notwendig heilig sei“⁶ und leitete daraus ab, dass aufgrund der Bestimmung dieser Gestalt – „und sei sie nun bloß angedeutet“⁷ – bereits von denjenigen, die dieser Gestalt begegnen, Respekt abgefordert werden müsse. Personen sind nicht bloß *qua* autonome Vernunftwesen zu respektieren, sondern auch und gerade in ihrer organischen Präsenz zu achten.⁸ Um daher auch man selbst sein zu können – das können wir aus den Überlegungen Kants und Fichtes entnehmen – ist sowohl die vernünftige als auch die natürliche, d. h. leibliche Seite des Men-

schen in Betracht zu ziehen.⁹ Leiblichkeit ist deshalb auch ein unbestreitbarer Hinweis darauf, dass der Mensch, selbst wenn er „aus krummen Holz geschnitzt“ sein mag, eine Natur hat; und dass er eine Natur hat bzw. haben kann, ist unveräußerlicher Grund seiner Würde: Menschen sind infolgedessen auch nicht ausschließlich als Freiheitssubjekte zu begreifen, eine Auffassung, die Kant im Fall der „physischen Operation“ der Zeugung, bei der eine Person entsteht, übrigens bestätigt.¹⁰

Fichte, der die Schutzwürdigkeit des Menschen aufgrund der Heiligung seiner Gestalt betont, zeigt deutlicher als Kant, dass bestimmte Maßnahmen notwendig sind, um diesen Schutz zu garantieren. Diese Maßnahmen können aber nicht rein rechtlicher Natur, d. h. sich im Rahmen negativer Pflichten bewegen, sondern sie müssen auch in tugendethischer Hinsicht, d. h. vermittels der „Befolgung“ positiver Pflichten, realisierbar sein. Diese prälegislative Einübung der Tugenden, die insbesondere der Erfüllung positiver Pflichten dient, ist dabei vornehmlich präventiv gedacht. Jene Pflichttugenden kompensieren damit aber nicht, was negative Pflichten von sich her ausblenden, sondern sie gehen diesen voraus, indem sie den negativen Pflichten einen Gehalt zuweisen, der mehr als bloß formalgesetzlich zu verstehen ist. Doch was bewegt Menschen letztlich dazu, positiven Pflichten zu folgen, d. h. in deren Schatten tugendhaft zu sein? Angewendet auf die Menschenwürde, die sowohl von ihrem Inhaber als auch von denjenigen, die sich von dieser Qualität ansprechen lassen, Tugenden abverlangt, ist es allenthalben nötig, die leibseelische Integrität uns begegnender Personen zu erkennen und auf diese Präsenz adäquat – d. h. tugendhaft – zu reagieren. Tugenden müssen in diesem Sinne auf den Anspruch der Menschenwürde ausgerichtete Werthaltungen und Antwortreaktionen sein. Die Bestimmung des moralischen Status der Menschenwürde tritt dabei vor der praktischen Notwendigkeit zurück, auf jene uns begegnenden, leiblich verfassten und auf-etwas-aus-seienden Wesen, denen von Natur aus Würde zukommt, mit dem

ganzen Vermögen unserer Person zu „reagieren“.¹¹ Angemessene Reaktionen auf diesen Anspruch können allerdings nur dann gelingen, wenn zuvor bereits erkannt wurde, dass reagiert werden muss. Die Phänomenologie liefert uns hierfür übrigens ein ausgereiftes Begriffsinstrumentarium, um beschreiben zu können, wie solche responsiven Haltungen aussehen können. Die Präsenz des Leibes des Anderen, der mir einen bestimmten Umgang mit ihm aufdrängt, ist erster Bezugspunkt für die Ausbildungen von solchen Antwortreaktionen, die wir klassischerweise Tugenden nennen.

2. Leibliche Menschenwürde und die Rolle der Tugenden

2.1. Der menschliche Leib als erstes Bezugsorgan für eine Thematisierung der Würde

Die gegenwärtige Leibphänomenologie hat unter anderem den großen Verdienst, aufgezeigt zu haben, worin die Würde des Leibes, d. h. seine Besonderheit in Gestalt und Konstitution, besteht. So behauptet Natalia Petrillo, dass Menschenwürde „zunächst in einer Ebene leiblicher Integrität zum Vorschein“¹² kommt. Im Zentrum phänomenologischer Analysen steht hierbei ein Begriff von Leiblichkeit, der von jener materialen und vergegenständlichten Körperlichkeit unterschieden wird. Ausgehend davon sieht die Phänomenologie im Leib eine genuine Instanz vergegenwärtigt, die durch ihre weltliche Eingewobenheit (Maurice Merleau-Ponty) und subjektive Affizierbarkeit (Michel Henry), ihren Antlitz- (Emmanuel Levinas) und appellativen Charakter (Bernhard Waldenfels) eine originäre ethische Beziehung stiftet, die das damit unvermeidlich konfrontierte Subjekt zu einer Antwortreaktion auffordert. Im Doppelgeschehnis von Anspruch (z. B. Menschenwürde) und Antwort (z. B. Tugend der Achtung etc.) wird deutlich, dass die leibseelische Integrität des Menschen – unter der Voraussetzung, dass sie als eben diese auch anerkannt wird – eine normative Dimension erhält, der in unserem moralischen

Handeln Rechnung getragen werden muss. Gerade die Idee einer menschenwürdigen Responsivität, die darin besteht, dem Anspruch der Menschenwürde mit Achtung zu begegnen, verdeutlicht augenscheinlich, worin Fehlformen, d. h. pathologische Missachtungen dieser Würdebeziehung vorliegen. Wo es an Responsivität mangelt – Psychologen sprechen hier unter anderem von fehlender Schwingungsfähigkeit –, dort scheint die ethische Beziehung zum Leib des Anderen und damit auch zu seinem Würdecharakter gestört. Es ist daher auch eine vorrangig therapeutische Aufgabe, diese Würdebeziehung wieder herzustellen und nachhaltig zu pflegen.

Der Heidelberger Psychiater und Phänomenologe Thomas Fuchs hat auf Basis dieser und anderer Überlegungen eine ausführliche phänomenologische Anthropologie der Würde entwickelt, die unsere Ausführungen größtenteils stützt.¹³ Dabei sieht Fuchs in der Würde einen Ausdruck leiblicher Souveränität, die sich in Gestalt eines Übertrags als personale Souveränität, einem spezifischen Bewusstsein der inneren Freiheit und Unabhängigkeit, bezeichnen lässt. Diese Souveränität und Selbstachtung geht allerdings verloren, wenn sich Menschen durch „würdeloses“ Verhalten auszeichnen,¹⁴ d. h. indem sie „kriechen“ oder vor nichts zurückschrecken, das ihren Trieb hemmen könnte.¹⁵ Nicht umsonst benutzt man zur Veranschaulichung dieses Würdeverlustes immer wieder leibbezogene Ausdrücke. Unsere Sprache kennt viele solcher Ausdrücke, egal ob sie Fehlformen oder positive Darstellungen, die gewöhnlich unsere Wertschätzung hervorrufen, kennzeichnen. So wird bezüglich letzterem die aufrechte Körperhaltung des Menschen nicht selten mit der charakterlichen Aufrichtigkeit assoziiert oder die ungezwungene Beherrschung des eigenen Körpers mit der Kultivierung der eigenen Person verbunden. Der Ausdruck des Habitus, der den inneren mit dem äußeren Menschen verbindet und das Vermögen für einen kontinuierlichen Reifungsprozess in den persönlichen Ein-

stellungen und Werthaltungen darstellt, hat hier ebenfalls seinen Ort.¹⁶

Würde verkörpert sich also und tritt – obwohl empirisch als solche nicht feststellbar – in Erscheinung, vor allem dann, wenn sie sich als verletzbar Würde zu erkennen gibt. Zusammenfassend definiert Fuchs den Leib als „organischen Träger der Würde“ und „Organ der Freiheit“,¹⁷ das die gesamte Existenz des Menschen repräsentieren kann. Der Leib wird somit auch zum zentralen Ort der Kultivierung von Tugenden. Menschenwürde ist dabei das reale Prinzip für die mit Hilfe ausgewählter Tugenden einzuübende Anerkennung des leibseelischen Selbstseins von Personen. Denn „nur als leibliche Wesen können wir überhaupt ermessen, was es bedeutet, andere so wie uns selbst zu behandeln.“¹⁸ Die Erscheinung des Leibes ist hier, das gilt es festzuhalten, aber nur ein erkenntnistheoretisches Hilfsmittel, um zu zeigen, dass es sich bei leibhaftigen Entitäten um Personen handelt, denen man zwar leibhaftig begegnet, indem sie erscheinen, die aber auch sein können, d. h. Selbststand haben, insofern sie invariante Träger von Eigenschaften sind.¹⁹

2.2. Erklärbarkeit der Würde des Menschen aus der Schutzbedürftigkeit seiner Leiblichkeit heraus

Mit Hilfe jener phänomenologischen Überlegungen haben wir gesehen, dass sich Menschenwürde vor dem Hintergrund einer leibseelischen Integrität von Personen manifestiert, deren Anerkennung erst vollzogen werden kann, wenn auch deren Schutzbedürftigkeit herausgestellt wird. Der menschliche Leib ist *per se* verletzlich, schutzbedürftig, hinfällig, und im Zuge dessen ist auch die mit diesem Leib verbundene Würde bedroht, denn der noumenale Mensch ist vom phänomenalen Menschen nicht zu trennen, schon gar nicht im medizinischen Kontext. Jeder absichtliche Angriff auf die integre Leiblichkeit kann als Angriff auf Würde des angegriffenen Menschen gewertet werden, denn – wie ein oft gewähltes Beispiel verdeutlicht – trifft ein Schlag in meinen Bauch nicht nur einen

Körperteil von mir, sondern auch meine ganze Person. Daher sind körperliche Verletzungen und Demütigungen immer Indikatoren für die bedrohte Realität der Menschenwürde: „Die Verletzung der Menschenwürde“, so Gernot Böhme, findet „heute überwiegend am menschlichen Leibe“ statt.²⁰ Menschenwürde wird also insbesondere dann erkennbar, wenn sie verletzt wurde. Das heißt im Umkehrschluss allerdings nicht, dass jede Verletzung, z. B. der frei gewollte medizinische Eingriff in den eigenen Leib anlässlich der Spende eines Organes, eine Verletzung der Menschenwürde darstellt. Auch ist damit nicht gemeint, dass zur Vergewisserung der Existenz von Menschenwürde die Herbeiführung solcher Verletzungen notwendig oder gar erwünscht sei. Die Anerkennung der Menschenwürde basiert ferner auf einer über die Leiblichkeit vermittelte Integrität, welche nicht erst durch den Versuch ihrer Zerstörung entsteht, sondern unabhängig davon bereits in der Präsenz des Leibes selbst besteht und in ihm, diesem Leib, vorbildlich zum Ausdruck kommt. Christus wird zum Beispiel nicht gezeißelt und geknechtet, damit – allen Schändungen zum Trotz – daran seine leibseelische Integrität zum Ausdruck kommen könne, sondern sein geschundener Leib ist vielmehr ein Zeichen dafür, dass der leibliche Schmerz so groß werden kann, dass jede Integrität dadurch aufgebrochen wird. Allerdings ist Christus auch der einzige, der durch sein unübertroffenes Opfer diese Zerstörung letztlich überwindet, ja sogar in Leben verwandeln kann, um schließlich die verlorengegangene Einheit von Mensch und Natur auf einer höheren Ebene zu restituieren.

Unterhalb dieses Anspruches, den größten Schmerz zu besiegen, ist es für den alltäglichen Umgang mit der eigenen und fremden Leiblichkeit aber unerlässlich, bestimmte Schutzmaßnahmen einzuleiten, die bestimmten Instrumentalisierungen zuvorkommen. Diese Maßnahmen sind gegenwärtig zumeist rechtlicher Natur bzw. finden in der Formulierung bestimmter Menschenrechte ihren Ausdruck.²¹ Ich möchte das Thema der Menschenrechte hier nicht diskutieren, sondern

vielmehr auf ethisch-anthropologische Vorbedingungen eingehen, die eine Schutzbedürftigkeit möglicherweise gewährleisten können. Dazu gehört unter anderem die Fähigkeit des Menschen, bestimmte Verhaltensweisen, d. h. Tugenden, einzuüben, die dem Schutz der Würde dienen.

2.3. Die Rolle der Tugenden für die Wahrung und Darstellung der Menschenwürde

Ein altes chinesisches Sprichwort sagt bekanntlich, dass die „Tugend den Leib schmücke“. Auch ist uns die Redensart bekannt, dass der „Leib ein Tempel Gottes“ sei. Es scheint folglich so, als sei die Darstellung dieser Integrität in Form der leibseelischen Einheit, zu deren Wahrung Tugenden notwendig sind, gleichzeitig eine allgemeine Darstellung von so etwas wie Würde. Wie ist dies zu verstehen und welche Rolle spielen dabei die Tugenden?²²

In der antiken Ethik, die größtenteils eine Tugendethik ist, war bekanntlich der erste Impuls für die Ausbildung vorbildlicher moralischer Haltungen die Scheu oder Scham. Nun scheint die Scham geradezu disponiert dafür zu sein, um uns eine Grundlage für die angemessene Beschreibung einer wertschätzenden Zuwendung gegenüber dem Faktum der Menschenwürde nahezu legen. Meist geschieht eine Verletzung der Menschenwürde auch aus Gründen der Scham- und Rücksichtslosigkeit, infolgedessen der Mensch (das gilt auch für den schamlosen Akteur selbst) gerade nicht als Selbstzweck betrachtet wird, d. h. sich der Entwürdigung, vor der die Scham eigentlich schützt, preisgibt. Es ist daher erstaunlich, wie wenig bislang über den Zusammenhang von intrinsischer Würde und Tugend nachgedacht wurde.²³ Dass die Ausbildung von Tugenden eine Haltung des Respekts vor der leibseelischen Integrität des Anderen verlangt, scheint zwar weitestgehend nachvollziehbar, war in der dazugehörigen Diskussion aufgrund der fehlenden Operationalisierbarkeit des Menschenwürdebegriffes bislang leider noch kein ausdrückliches Thema.²⁴

Wie wir bereits an anderer Stelle angedeutet haben, ist die Menschenwürde keine zuschreibbare empirische Eigenschaft (*attribuierte Würde*) wie die Tugend, obwohl bei letzterer auch nicht eindeutig gesagt werden kann, ob diese vorliegt oder nicht. Dennoch sind Tugenden als einzuübende Dispositionen im Handeln nachweisbar und vor allem dort notwendig, wo man sich gegenüber Angriffen auf die Menschenwürde zu verteidigen wünscht – das betrifft in erster Linie auch den persönlichen Umgang mit der eigenen Würde, die bekanntlich auch durch ihren Träger selbst bedroht werden kann. Zu einem guten Menschen gehört es also, Tugenden zu besitzen, die ihn dazu disponieren, die Würde anderer anzuerkennen. Selbst Kant musste auf „Tugenden der formalen Autonomie“²⁵ wie Selbstbeherrschung, Willensstärke, Souveränität Bezug nehmen, wobei hier die Frage offen bleibt, inwieweit Tugenden überhaupt formal zu verstehen sind. Gerade an der Leiblichkeit wird der materiale Umstand des Tugendgebrauches manifest: Es gibt sowohl Tugenden des Leibes (z. B. der Maßhaltung)²⁶ im Sinne der Pflichten gegenüber sich selbst als auch Tugenden gegenüber anderen menschlichen ‚Leibern‘, deren Anerkennung stellvertretend für die Subjektivität der Würde des Anderen steht. Jede dieser Weisen, sein Tugendhandeln auszurichten, ist dabei mit Verantwortung verbunden, da Akteure eine Verantwortung sowohl gegenüber ihrem eigenen als auch gegenüber dem Leib Anderer besitzen. Kommt jemand dieser Verantwortung grundsätzlich nicht nach, verliert nicht der Andere seine Würde, sondern derjenige, der diese Verantwortung zurückweist. D. h., es gibt einen eminenten Zusammenhang zwischen Menschenwürde als solcher und Tugend im Kontext der Verantwortung.²⁷

Wenn wir nun nach einer Tugend Ausschau halten möchten, die auf Verbindung der leibseeleischen Integrität von Personen mit einem intrinsischen Würdebegriff abzielt, der nicht allein auf Autonomie beruht, so können wir z. B. auf Thomas von Aquins Konzept der *observantia* zurückgreifen. Dieser Ausdruck, der mit Ehrerbietung oder

Hochachtung übersetzt werden kann, bezieht sich auf die würdevolle Behandlung von sich als würdig erweisenden Menschen kraft der Anbetung und Verehrung.²⁸ Damit ist die *observantia* gewissermaßen mit der Gerechtigkeit verbunden,²⁹ da mit ihrer Hilfe einer Person der Respekt erwiesen wird, welcher ihr zusteht. Weiterhin bemerkt Thomas, dass die *observantia* aus zwei Komponenten besteht, der *dulia* (Achtung, Respekt) und der *obedientia* (Gehorsam).³⁰ Mit Hilfe der *dulia* drücken wir – gemessen am Status der jeweiligen Person – unsere grundsätzliche Wertschätzung aus. Die Tugend der *obedientia* bezieht sich dabei insbesondere auf den Gehorsam gegenüber denjenigen, die Autorität besitzen.³¹ Wohlgermerkt ist die *dulia* von der *obedientia* zu unterscheiden, weil wir auch Respekt vor denjenigen besitzen können und dürfen, denen wir nicht aufgrund ihrer Autorität gehorchen. Gleichwohl sollten wir nach Thomas jedem und allem gehorchen, weil wir überall etwas finden, das uns überlegen ist und daher unsere Ehrerbietung einzufordern vermag. Natürlich ist hiermit nicht „Kadavergehorsam“, sondern genau das Gegenteil gemeint, weil derjenige, der anerkennt, dass es stets etwas Höheres als ihn selbst gibt (das Prinzip dieses Höheren ist folglich Gott), eigentlich erst ein freier Mensch ist.

Zusammengenommen ist die *observantia* also eine Tugend, die uns geneigt macht, den besonderen Status oder die Würde einer Person anzuerkennen. Innerhalb dieser Tugend ist es die *dulia*, die dafür Sorge trägt, jene Hochachtung mit Hilfe von Zeichen und Gesten zur Darstellung zu bringen. Damit – und das ist entscheidend – kennzeichnet Thomas die *dulia* auch als etwas Leibhaftiges, denn um Respekt erweisen zu können, brauche ich zuvor einen Leib, mit dessen Hilfe ich imstande bin, diese Bekundung zu realisieren.³² Eine weitere Menschenwürde-Tugend besteht schließlich in der Zuerkennung von ‚Seinsmächtigkeit‘. Würde ist bekanntlich auch eine Frage der Haltung, in der sich eine solche ‚Seinsmächtigkeit‘ ausdrückt. Großen und edlen Tieren spricht man bisweilen

diese „Würde“ im Sinne einer solchen ‚Seinsmacht‘ zu. Diese anerkennende Haltung gegenüber jener ‚Seinsmächtigkeit‘, die wohlgermerkt über die Haltung des Respektes hinausgeht, verlangt daher auch spezifische Tugenden wie Demut oder Ehrfurcht.³³ Demut und Ehrfurcht sind nicht zuletzt genuin pathische Größen und verlangen im Unterschied zur sich mit sich selbst begnügenden Haltung des Respektes eine bestimmte Form der Hingabe und Selbstüberschreitung, die ohne die Erwartung einer Rückforderung vollzogen wird.

3. Menschenwürde – Leiblichkeit – Tugenden: Einige bioethische Implikationen

Nach diesen Überlegungen sei es noch abschließend erlaubt zu fragen, welche Bedeutung die Trias von Menschenwürde – Leib – Tugend überhaupt für bioethische Kontexte haben könnte. Für die Medizinethik ist der Menschenwürdebegriff auch dahingehend relevant, insofern er mit Bezug auf die Leiblichkeit vor allem verdeutlicht, bis wohin eine ärztliche Behandlung gehen kann. Die Vulnerabilität und Hinfälligkeit des Leibes setzt dabei unseren technischen Möglichkeiten eindeutige Grenzen. Die Achtung der Menschenwürde ist aber auch ein Tugendkonzept, das sich gerade auf den medizinethischen Bereich erstrecken muss. Nicht mehr allein die Menschenwürde und ihre Geltung als Prinzip, sondern die Tugend sie zu tun, d. h. die leibseeleische Integrität von Personen jederzeit performativ zu achten und zu wahren, stehen im Mittelpunkt. Gerade im intensivmedizinischen Kontext ist diese Haltung von größter Bedeutung, da auf diesem Gebiet, vor allem in Grenzsituationen, der Rückgriff auf verallgemeinerbare Regeln weniger zuträglich erscheint als eine situativ angemessene und auf gesammelten Klugheitserfahrungen basierende kontextsensitive Entscheidungsfähigkeit. Dabei ist gerade die Leiblichkeit des verletzlichen Anderen unhintergebar Anlass, um diesem gegenüber tugendhaft, d. h. um seiner selbst willen, zu handeln. Seine Leiblichkeit – darin sich sein Leben, d. h. nicht nur seine Vitalfunktionen, sondern auch seine Bio-

graphie, verkörpert – ist für mich auch Anspruch genug zu versuchen, ihm irgendwie gerecht werden zu wollen, ohne es schließlich auch zu können. Es ist daher meine prima-facie-Pflicht, diesem Anspruch, der durch ein Wesen, das auf etwas, das meine unbedingte Achtung verdient, aus ist und aus diesem Grund auch in der Welt ist, zu folgen, selbst auf die Gefahr hin, dass mein Handeln scheitert. Dieses „Schema“ ist übrigens uneingeschränkt dem Prinzip der Lebensdienlichkeit verpflichtet und kann nicht für andere Zwecke, die mit diesem Anspruch konfliktieren, missbraucht werden. So ist es beispielsweise keine prima-facie-Pflicht, die künstliche Ernährung einzustellen, nur weil jemand dem schwerstkranken Patienten ‚am nächsten steht‘, das Leid ‚unerträglich‘ erscheint oder die Patientenverfügung diese Handlung legitimiert. Die Erfüllung von sogenannten Prima-facie-Pflichten ist m. E. vor allem dort angebracht, wo Humanität in seiner konkreten Form, seiner jeweiligen Lebensform, angefragt wird. Zur Lebensform gehört deshalb immer auch die Pflicht, ihre daseinsrelativen Ausprägungen anzuerkennen, um so dem absoluten Leben, dem sich jede individuelle Lebensform verdankt, Geltung zu verschaffen.

Einen weiteren Punkt betrifft die klinische Anwendung der Trias von Menschenwürde-Leiblichkeit-Tugend auf integrative Therapien. Integrität ist dabei nicht nur eine persönliche Tugend, sondern stellt ebenso ein zu sicherndes Gut im Kontext des Rechtes auf das Leben und seiner Unversehrtheit dar. Die Sorge um die leibseeleische Integrität des Patienten wird damit zum ersten Zielpunkt der Therapie. Damit diese Sorge aber auch gewährleistet werden kann, müssen zuvor einschränkende Faktoren berücksichtigt werden. So wird vielen Betreuungspersonen ein würdevoller Umgang mit Patienten erschwert, weil diese die Kontrolle über ihren Körper, ihr emotionales Leben und ihre mentalen Fähigkeiten verloren haben. Vor allem ältere Menschen neigen infolge dieses Verlustes nicht selten zu harten Beleidigungen oder verschließen sich in sich selbst, was es dem betreuendem Umfeld manchmal schwer macht, den würdevollen Umgang gegenüber

dem Patienten mit der gleichen Intensität wie vor der Beleidigung weiterzuführen. Auch spielen hierbei Zeitdruck und ökonomische Faktoren eine entscheidende Rolle, infolgedessen eine umfassende „Sorge um die Seele“ zugunsten von Maßnahmen, die der Aufrechterhaltung basaler Körperfunktionen dienen, abgelöst worden ist. Es scheint folglich kein Zufall zu sein, dass Patienten öfters nur noch im Kontext ihrer Krankheit betrachtet werden und nicht mehr als selbständige „Zwecke an sich“ angesehen werden. Schwerstkranke Patienten werden demnach nicht selten darauf reduziert, was sie noch zu leisten imstande sind. Sie erscheinen somit zunehmend als Objekte anderer Interessen und nicht mehr als Subjekte ihrer eigenen.

Sowohl durch die Krankheit als auch durch die behandelnden Ärzte kann der Patient auf einen Status gebracht werden, dem zufolge er nicht mehr selbst handeln kann, weil „zu seinem Wohl“ über ihn hinweg gehandelt werden muss. Wir können also vermuten, dass Achtung vor der Würde nicht an einem bestimmten Punkt, wo pragmatische Erwägungen ein großes Gewicht bekommen, aufhört. Achtung besteht – wie Thomas von Aquin ausgeführt hat – darin, durch Zeichen und Gesten, also leibhaftig, seinen guten Willen auszudrücken. Dazu gehört trotz gewisser beeinträchtigender Umstände von außen, sich Zeit zu nehmen und jemandem, der krank ist, seine volle Aufmerksamkeit und Zuwendung zu schenken. Allerdings sind wir im heutigen Klinikalltag auch an einen Punkt gekommen, wo die Hinderungsgründe für solch ein Verhalten ein derart großes Gewicht erhalten haben, dass es uns nahezu unmöglich geworden ist, dem Patienten die Zuwendung zu geben, die ihm gebührt. Wohl benötigt man dafür auch immer Eigenschaften, die man sich selbst nicht geben kann, und die Thomas noch der *observantia* beigelegt, das ist die *misericordia*, die Barmherzigkeit.³⁴ Die Barmherzigkeit ist es schließlich auch, auf die man nicht verpflichtet werden kann, und die entgegen der Berechnung, für alles Tun auch angemessen belohnt zu werden, die Sorge vollständig

auf das Wohl des Anderen richtet, ohne sich einem starren Altruismus zu verschreiben oder allein aufgrund eines universalisierten Mitleides zu handeln. Wohlgermerkt lässt sich die *misericordia* auch in Begriffen der *observantia* erläutern, wenngleich sie im Unterschied zur eher distanzierten Form der Ehrerbietung näher an der Person desjenigen, der Barmherzigkeit empfängt, befindet. Barmherzigkeit ist dabei an gute Werke gebunden, kann also – ähnlich wie Demut und Ehrfurcht – auf ein pathisches Moment nicht verzichten.

Eine weitere wichtige Implikation einer tugendbasierten Patientenpflege, die im engen Zusammenhang mit der Würde, die ihm zusteht, ist die Zuversicht, diesem Patienten auf irgendeine Weise Achtung zukommen zu lassen. Diese besteht schon darin, dem Patienten eine Sphäre zuzubilligen, innerhalb derer er Vertrauen und Geborgenheit aufbauen kann. Das beinhaltet sowohl die Wachsamkeit und Bereitschaft zum Gespräch, als auch den Schutz des Patienten vor kognitiver Überbeanspruchung. Die Kultivierung des Respekts innerhalb institutioneller, oftmals anonymer Strukturen, ist somit weiterhin ein großes Anliegen und eine zu bewältigende Aufgabe. Das umschließt nicht nur das Verhalten aller Beteiligten, sondern auch die Gestaltung der Umgebung, die Ausdruck einer Kultur des Respektes sein soll. Die Notwendigkeit eines Aufbaus dieser Kultur zeigt unter anderem, dass der Respekt gegenüber Patienten nicht im Respekt gegenüber deren Autonomie erschöpft ist. Deshalb sollten professionelle Verantwortliche im Gesundheitssystem stets nach Wegen suchen, die aufzeigen, wie Patienten ihrem Sinn für Selbstachtung Ausdruck bzw. Geltung verschaffen können, um ihnen das Gefühl zu vermitteln, dass sie ihre Umwelt noch positiv beeinflussen können. Dazu gehört auch ein wertschätzender Umgang mit dem Leib des Patienten – z. B. ist für den Patienten nicht nur die basale Körperreinigung wichtig, sondern auch ästhetische Aspekte, wie die Pflege des Haares, ordentliche Kleidung, höflicher Umgang und die atmosphärisch ansprechende Gestaltung

eines Umfeldes, das den Vollzug leiblicher Praktiken (z. B. Essen etc.) in einer würdigen Form erlaubt, sind für sein Wohl entscheidend. Gerade der damit beförderte Erhalt von Selbstachtung scheint ein guter Widerstand gegen jenen schleichenden Selbstverlust zu sein, der sich beispielsweise bei Demenzpatienten ausdrückt. Gleichwohl ist bei Demenzkranken die Intrinsicität der Würde, die auf der menschlichen Natur beruht, nicht betroffen, da die Aufgabe zur Selbstachtung hier anderen, denen es nun obliegt, ob sie im Angesicht des kranken Menschen ihre eigene Würde behalten, übertragen wurde. Selbstachtung resultiert also ebenfalls aus der menschlichen Natur, zu der es gehört, solidarisch mit sich und anderen umzugehen.

4. Fazit: Menschenwürde ist normativ zu verstehen, ohne damit notwendig ein Rechtsbegriff zu sein

Die eben gemachten Ausführungen sollten zeigen, dass der Menschenwürdebegriff, noch bevor er zum Rechtsprinzip erhoben wird, vor dem Hintergrund der Tugendethik und der Leibphänomenologie normativ zu verstehen ist. Menschenwürde in praktischer Hinsicht kommt damit nicht ohne aretische Termini aus, denn wie sollen wir anders als mit „dichten Begriffen“ erklären, dass der Menschenwürde ein unbedingt zu achtender Wert, den es nur in Form von entsprechenden Werthaltungen gibt, die als Antwortreaktionen auf diesen absoluten Anspruch zu verstehen sind, zukommt? Menschenwürde am eigenen Leib zu erfahren und selbst für Andere erfahrbar zu machen, ohne sie als empirische Eigenschaft denotieren zu wollen, das soll und kann das Verdienst dieser gedanklichen Annäherungen sein. Der Leib ist dabei „Subjekt der Selbst- und Fremddachtung“, wobei Tugenden notwendige Bedingungen sind, um diese Selbst- und Fremddachtung auszubilden. Zweifelsohne ist die Menschenwürde damit kein vom Recht unabhängiger Terminus. Auch wäre es zu viel verlangt, immer nur von „gelebter Menschenwürde“ zu sprechen. Doch ist ein würdevoll geführtes Leben,

zu dem Tugenden notwendigerweise gehören, insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass es mit Respekt gegenüber sich und anderen Personengestaltet wird. Ein menschenwürdiges Leben zu führen, bedeutet somit auch immer ein tugendhaftes Leben zu führen – das gilt für einen selbst, hat aber auch Einfluss auf das Leben derjenigen, die einem nahe stehen. Die nachträgliche Kodifizierung ist hier nur das Ergebnis einer vorgängigen ethischen Praxis des Respekts, die trotz zahlreicher Erschütterungen den Stoff für eine rechtliche Verankerung gibt. Denn woher können und wollen wir wissen, dass es etwas unbedingt zu Achtendes gibt? Wahrscheinlich nur aus unserer persönlichen Erfahrung und aus prägenden Erlebnissen der Selbstwirksamkeit. Dass sich diese subjektiven, sich als wahrheitsfähig ausgebenden Erfahrungen mit der objektiven und kategorischen Geltung eines Prinzips namens Menschenwürde treffen, ist folglich nicht ungewöhnlich, sondern Ziel jedes vernünftigen Umgangs mit schützenswertem Leben. Besser als die Menschenwürde als höchsten Wert zu verkaufen,³⁵ ist daher unser Ansatz, die schutzbedürftige und Personalität begründende Menschenwürde durch Tugenden, die ich ihr gegenüber ausübe, leibhaftig sichtbar werden zu lassen.

Referenzen

- 1 vgl. Hähnel M., Rezension des Buches „Joerden J. C., Hilgendorf E., Thiele F. (Hrsg.), *Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch*, Duncker & Humblot, Berlin (2013)“, in: *Ethica* (2014); 22(1): 93-96
- 2 Kant I., *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, Werke in sechs Bänden, hg. v. Wilhelm Weischedel, 7. Auflage, Darmstadt (2011), BA 69
- 3 Kant I., *Die Metaphysik der Sitten. Zweiter Teil: Metaphysische Anfangsgründe der Tugendlehre*, Werke in sechs Bänden, hg. v. Wilhelm Weischedel, 7. Auflage, Darmstadt (2011), A 98 f.
- 4 Würde ist von ihrer leiblichen Seite her gewiss antastbar, von ihrer seelischen Seite her aber nicht bzw. nur schwer zu zerstören: Zwar bekommt der Folterer den Leib des Gefolterten, seine Seele aber erhält er nicht. An diesem Punkt, und nur hier, wird übrigens die ganze Brutalität der Folter deutlich. Der Folterer möchte

- ja eigentlich gar nicht den Leib, denn diesen hat er ja bereits. Was er begehrt, ist die Seele des Gefolterten.
- 5 Böckenförde E.-W., *Die Menschenwürde war unantastbar*, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung. 3. September 2003, S. 33
 - 6 Fichte J. G., *Grundlage des Naturrechts nach Prinzipien der Wissenschaftslehre*, Stuttgart/Bad Cannstatt (1966), 2. Hauptstück, §6, Cor. 2, S. 383
 - 7 ebd.
 - 8 Spaemann R., *Grenzen – Zur ethischen Dimension des Handelns*, Stuttgart (2002), S. 142: „Personen können nur respektiert werden, indem ihnen eine Sphäre innerhalb der materiellen Welt als die ihnen zugehörige eingeräumt wird. Das Sein von Personen ist das Haben einer solchen Sphäre [...] Alles Haben beruht aber darauf, dass Menschen zunächst einen Körper haben. Habeas corpus ist deshalb die fundamentale Formel der Anerkennung von Personen als Freiheitssubjekte. Der Mensch wird primär in der Integrität seiner leiblich Physis respektiert.“ D. h. auch, dass Personen nicht bloße Freiheitssubjekte sind, da wir sie „von ihrer physischen Existenz als der primären Sphäre ihrer Freiheit nicht trennen können.“
 - 9 Über die Ausgestaltung dieser Erkenntnis zu einer Anerkennungstheorie: vgl. Rothhaar M., *Menschenwürde qua Autonomie und Anerkennung: Kant und Fichte*, in: Joerden J. C., Hilgendorf E., Thiele F. (Hrsg.), *siehe Ref. 1*, S. 73-98
 - 10 vgl. Kant I., *Die Metaphysik der Sitten. Erster Teil: Metaphysische Anfangsgründe der Rechtslehre*, Werke in sechs Bänden, hg. v. Wilhelm Weischedel, 7. Auflage, Darmstadt (2011), AB 112 f.
 - 11 vgl. Hacker-Wright J., *Moral Status in Virtue Ethics*, in: *Philosophy* (2007); 3: 449-473. Hacker-Wright bringt diesen Blickwechsel weg von der konstatierenden Statusbestimmung und einer daraus resultierenden normativen Verallgemeinerung hin zur aktiven Statushervorbringung vermöge der Explikation einzelner praktischer Staturerweise, d. h. Tugenden, wie folgt zum Ausdruck: „The legalistic view of moral status, which would have us seek out for harms and benefits of a certain sort in the kinds of creatures who are susceptible to those harms and benefits. I have already enumerated cases for which this view yields unsatisfactory answers. [...] Our focus, instead, should be on working out appropriate standards of behavior towards entities our actions affect through reflection on those objects and the virtues.“ (ebd., S. 473)
 - 12 Petrillo N., *Phänomenologische Ansätze zur Menschenwürde*, in: Joerden J. C., Hilgendorf E., Thiele F. (Hrsg.), *siehe Ref. 1*, S. 135-158, hier S. 154
 - 13 Fuchs T., *Die Würde des menschlichen Leibes*, in: Härle W., Vogel B. (Hrsg.), *Begründung von Menschenwürde und Menschenrechten*, Freiburg (2008), S. 202-219; siehe auch: Pieper H.-J., *Menschenwürde und Leiblichkeit*. Zur Integrität der Person als leiblich-geistiger Einheit, in: *Scheidewege* (2004/2005), S. 82-94; Düwell M., *Zum moralischen Status des menschlichen Körpers – Eine Diskussion mit der Phänomenologie der Leiblichkeit*, in: Taupitz J. (Hrsg.), *Kommerzialisierung des menschlichen Körpers*, Heidelberg (2007), S. 155-167. Düwell sieht in der Leiblichkeit eine gute Möglichkeit, um den durch diese Leiblichkeit repräsentierten Bereich der Subjektivität vor unzulässigen Eingriffen durch Staat und Naturwissenschaft zu schützen.
 - 14 Die „Vernutzung“ des Leibes durch bestimmte Verrichtungen und sportliche Betätigungen besonderer Art ist der Menschenwürde bzw. ihrer Darstellung entgegengesetzt. Der Körper des Menschen ist nicht wie eine Maschine zu behandeln und zu benutzen, vielmehr ist der Leib die Möglichkeit sowohl Inneres nach außen als auch Äußeres nach innen zu bringen. Ohne Leiblichkeit wären bestimmte Formen der Verinnerlichung (die sich in der Physiognomie niederschlägt) und Entäußerung (z. B. in Form von expressiver Dankesgesten) nicht möglich.
 - 15 Es kann aber entgegen der Auffassung Kants ein Zeichen von Würde und Demut sein, sich in Anbetungshaltung hinzuknien. Diese schöne Seite der Unterwerfung, die einer spezifischen Würde des Dienens entspricht und nichts mit dumpfer Servilität zu tun hat, war dem Theoretiker der reinen Autonomie Kant höchstwahrscheinlich fremd.
 - 16 Nietzsche F., *Von der schenkenden Tugend*, in: Ders., *Also sprach Zarathustra* (= KSA 4), München (1999), S. 36, beklagte die Leibentrücktheit des *homo phenomenon*, indem er es sich wünschte, dass der Tugend der Leib zurückgegeben werde: „Führt, gleich mir, die verflogene Tugend zur Erde zurück – ja, zurück zu Leib und Leben: daß sie der Erde ihren Sinn gebe, einen Menschen-Sinn!“ Bekanntlich gab es in der Tradition einen deutlichen Bruch zwischen dem ‚inneren‘ und ‚äußeren‘ Menschen. Luther (und später auch Kant), der in diesem Sinne auf den inneren Menschen abhebt, welcher sich nicht durch äußerliche Taten die Gnade Gottes erwirken kann, steht hier am Anfang eines kulturgeschichtlich bedeutsamen Prozesses, sozusagen einer Bifurkation, die den Menschen in der Bestimmung entweder als gesellschaftliches oder als psychisches Wesen zurückklässt: Für den Soziologen ist das Innere des Menschen damit eine „black box“, für den Psychologen ist die Betrachtung des Men-

- schen als eines gesellschaftlichen Wesens demgegenüber eine unnötige Extrapolation.
- 17 Fuchs T., siehe Ref. 13, S. 213
 - 18 Schweidler W., *Über Menschenwürde. Der Ursprung der Person und die Kultur des Lebens*, Wiesbaden (2012), Kap. *Der menschliche Leib*, S. 115-121, hier S. 120
 - 19 Die Idee des Selbstseins kann zum Beispiel im Sinne einer narrativen Identität rekonstruiert werden: Vgl. Ricoeur P., *Narrative Identity*, in: *Philosophy Today* (1991); 35(1): 73-80
 - 20 Böhme G., *Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht*, Kusterdingen (2003), S. 102 f. Über normativ-begriffliche Probleme, die man sich mit einer „leiblichen“ Interpretation des Menschenwürde-Begriffes einhandelt, siehe Horn C., *Die verletzbare und die unverletzliche Würde des Menschen – eine Klärung*, in: *Information Philosophie* 3 (2011), S. 30-41
 - 21 Menschenrechte beziehen sich ausschließlich auf Rechtspflichten und deren Einhaltung; Menschenwürde, aus der Menschenrechte abgeleitet werden, umfasst aber nicht nur Rechtspflichten, sondern auch die Tugenden, die benötigt werden, damit Menschenwürde erscheinen kann.
 - 22 Dunja Jaber bezweifelt in ihrer Dissertation, dass die Tugendethik als eine Ethik der Menschenwürde zu beschreiben sei, obwohl sie auch zugibt, dass „eine Tugendethik menschenfreundliche Tugenden wie Gerechtigkeit, Vertragstreue, Zivilcourage, Sanftmut, Wohltätigkeit, Hilfsbereitschaft, Großzügigkeit, Bescheidenheit, Höflichkeit und dergleichen mehr propagiert.“ (Jaber D., *Über den mehrfachen Sinn der Menschenwürde-Garantien. Mit besonderer Berücksichtigung von Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz*, Ontos Verlag, Frankfurt am Main [2003], S. 72.) Ihr zufolge würden Tugenden nämlich nicht um willen der anderen vollzogen: „Das Handlungsmotiv der Mitglieder besteht – das folgt aus dem tugendbezogenen Ansatz dieser Moral – in dem Wunsch, den eigenen Charakter zu vervollkommen. Da die dazu erforderlichen Tugenden soziale sind, werden die jeweils anderen zwar begünstigt. Doch sie werden dies nicht um ihrer selbst willen. Und gerade dieses Fehlen einer Werthaltung der Achtung anderen gegenüber macht einen zögern, ob man von einer Ethik der Menschenwürde sprechen kann.“ (ebd.) Dieser Vorwurf ist allerdings obsolet, da Tugenden auch und vor allem „other-regarding“, d. h. auf das Wohl anderer bezogen sind. Wichtige Arbeiten zur Menschenwürde als Tugend stammen u. a. von Meyer M. J., *Dignity, death and modern virtue*, in: *American Philosophical Quarterly* (1995); 32(1): 45-55; Starck C., *Dignity as a (Modern) Virtue*, in: Kretzmer D., Klein E. (Hrsg.), *The Concept of Human Dignity in Human Rights Discourse*, Den Haag (2002), S. 195-207
 - 23 Wir finden im Handbuch *Menschenwürde und moderne Medizin*, siehe Ref. 1, dazu keine einzige Erwähnung. Alan Gewirths Ansatz, Menschenwürde als Grundlage generischer Rechte zu betrachten, die Handlungsfähigkeit garantieren, folgt zwar einem tugendethischen Impuls, allerdings sind Tugenden nicht Handlungen, sondern Haltungen, die auf etwas Grundlegenderes als das Recht auf Handlungsfähigkeit zurückgehen – und zwar auf die menschliche Natur.
 - 24 Die Bestimmung der Würde im Kontext einer Tugendethik als „inflorescent dignity“ finden wir bei: Sulmasy D. P., *Dignity and Bioethics: History, Theory, and Selected Applications*, in: Pellegrino E. D. et al., *Human Dignity and Bioethics*, Notre Dame (2009), S. 469-501
 - 25 Wildt A., *Recht und Selbstachtung, im Anschluss an die Anerkennungstheorien von Fichte und Hegel*, in: Kahlo M. et al. (Hrsg.), *Fichtes Lehre vom Rechtsverhältnis*, Frankfurt am Main (1992), S. 156-172. hier S. 160
 - 26 Dieses Maßhalten wird von Gregor dem Großen wie folgt illustriert: „Wenn wir dem Leibe zuviel schenken, ernähren wir einen Feind; wenn wir ihm aber zu wenig geben oder ihn zu wenig achten, verlieren wir einen Freund.“ (zitiert aus: <http://www.erziehungstrends.net/Psychologie/Alltag/6>, letzter Zugriff am 3. März 2014)
 - 27 Zur Verantwortlichkeit als Verbindung zwischen Tugend und Menschenwürde siehe: Barila M., *Human Dignity, Human Rights, and Responsibility: The New Language of Global Ethics and Biolaw*, Cambridge (2012)
 - 28 Thomas von Aquin, *Summa Theologica*, 34 Bde., Graz u. a. (1933 ff.) (kurz: S. th.), II-II, 102, 2
 - 29 S. th. II-II, 80
 - 30 S. th. II-II, 103 f.
 - 31 Das ist strukturanalog mit dem Gehorsam gegenüber der Autonomie von Personen.
 - 32 S. th. II-II, 103, 1
 - 33 vgl. Scheler M., *Zur Rehabilitierung der Tugend*, in: Ders., *Vom Umsturz der Werte*, GW Bd. 3, Bern/München (1955), S. 17-32
 - 34 vgl. Alasdair MacIntyres Analysen zur misericordia in: Ders., *Die Anerkennung der Abhängigkeit. Über menschliche Tugenden*, Berlin (2001)
 - 35 Der in diesem Zusammenhang oft verwendete Wertbegriff, der bloß ein Derivat des klassischen Tugendbegriffes darstellt, bestreitet die Inkommensurabilität des Würdebegriffes, wohingegen die Tugenden diesen zu stützen vermögen, insofern sie im Dienste der Selbstdarstellung jener Würde stehen.

DNR (Do Not Resuscitate) - bei einem Patienten mit metastasiertem Blasenkarzinom

DNR (Do Not Resuscitate) - In the Case of a Patient with a Metastatic Bladder Cancer

Herr M. H. ist derzeit 62 Jahre alt und war bis vor fünf Jahren nicht wesentlich erkrankt. Gelegentlich wurde Alkohol konsumiert, Nikotin als passionierter Raucher sehr regelmäßig, aber ohne wesentliche Begleiterkrankungen. Damals wurde an der Urologischen Abteilung wegen Hämaturie eine transurethrale Diagnostik durchgeführt. Wegen des ausschließlich lokalen Befalls erfolgte anschließend eine Cystoprostektomie mit Anlegen eines Ileumkonduits.

Damals galt der Patient als potentiell saniert und war bis vor einigen Monaten bei den regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen noch rezidivfrei. Vor wenigen Wochen kam es zu neuralgiformer Schmerzsymptomatik im Bereich der rechten unteren Extremität mit Sensibilitätsstörungen und einer Peroneausschwäche. Aufgrund der motorischen neuralen Läsion wurde eine MRI im LWS Bereich wegen therapierefraktärer Schmerzen angeordnet. Der Befund ergab eine ausgedehnte tumoröse Raumforderung der Wirbelkörper L5, S1, S2 und Infiltration des Spinalnervens. Weiters wurde ein Lokalrezidiv beschrieben mit Infiltration in die angrenzende Muskelgruppe. Um die Verdachtsdiagnose zu sichern, wurde diese Raumforderung computertomographisch unterstützt punktiert und histomorphologisch einem Urothelkarzinom zugeordnet. Entsprechend wurde eine Chemotherapie mit Cisplatin/Gemzar eingeleitet und die ersten Zyklen seitens des Patienten wurden ohne Nebenwirkungen toleriert.

Bei einer der üblichen Blutbildkontrollen kam es zum plötzlichen Bewusstseinsverlust im Ambulanzbereich, Herzalarm und der Auftrag zur Reanimation wurde von der verantwortlichen Ärztin gegeben. Bei Kammerflimmern am Moni-

tor konnte nach einmaligem Elektroschock wieder eine Herzaktion mit Sinusrhythmus erzielt werden. Der Patient war zu diesem Zeitpunkt bereits intubiert und erhielt über einige Stunden eine maschinelle Beatmung. Im Anschluss erfolgte die Entwöhnungstherapie problemlos und der Patient war sofort bei Bewusstsein ohne Erinnerung an das Vorgefallene. Die weitere Abklärung ergab eine ausgedehnte Pulmonalembolie mit reflektorischem Kammerflimmern als Ursache für die Synkope. Eine relevante koronarsklerotische Cardiopathie wurde mittels Coronarangiographie ausgeschlossen. Der Patient verließ nach neuerlicher Chemotherapie die Abteilung, war trotz der spinalen Raumforderung mit Peroneausschiene uneingeschränkt mobil und selbstständig.

Er wurde für eventuelle weitere, ähnliche Vorfälle mit Entscheidung für oder gegen eine Reanimation über die Möglichkeit einer Patientenverfügung aufgeklärt. Diese wollte er nicht aufsetzen, um im Wiederholungsfall mit allen Konsequenzen wieder belebt zu werden.

Beim aktuellen Patientenbeispiel steht zur Diskussion inwieweit und wann eine DNR Order bei Patienten mit maligner Grunderkrankung im metastasiertem Stadium aus ethischer Sicht zulässig ist.

Marion Stoll

Kommentar zum Fall

Commentary on the Case

Im vorliegenden Fall betrachten wir die Situation eines Tumorpatienten, dessen Tumorerkrankung nach medizinischem Ermessen unheilbar ist. Die Diagnose erfolgte relativ kurz vor dem Notfallereignis, die bis dato durchgeführte Chemotherapie wurde gut vertragen, über das Ansprechen darauf vonseiten der Tumorerkrankung wissen wir nichts. Der Patient war bisher offensichtlich in einem sehr guten Allgemeinzustand. Es wird die Frage aufgeworfen, inwieweit und wann eine DNR (do not resuscitate)-Order bei einem Patienten mit einer fortgeschrittenen malignen Erkrankung aus ethischer Sicht zulässig ist: Es geht also um eine „Ethik der Reanimation“.

Zur Begriffsklärung müssen folgende Bemerkungen vorausgeschickt werden: Dem Begriff DNR-„do not resuscitate“ werden heute vielfach die Begriffe DNAR-„do not attempt resuscitation“ oder ANR-„allow natural death“ vorgezogen. DNR bedeutet nicht, dass der Arzt in der generellen Betreuung des Patienten die Hände in den Schoß legt und nichts macht. Es besagt nur, dass im Falle eines Herzkreislaufstillstandes keine Maßnahmen der Wiederbelebung ergriffen werden. Der Begriff „Order“ legt eine Anweisung nahe, die im Falle einer klaren und bewussten Willensäußerung des Patienten auch als solche zu werten ist. Doch wenn diese Anweisung durch einen Arzt infolge der infausten Prognose im Terminalstadium einer Erkrankung erfolgt, ist der Begriff „Vermerk“ sicher akkurater, da dadurch mehr der Charakter einer Empfehlung hervorgehoben und somit auch unmissverständlich klargestellt wird, dass diese Weisung immer wieder an die aktuelle Situation des Patienten angepasst und auch mit ihm abgesprochen werden muss.

Die Entscheidung, jemanden im Notfall nicht zu reanimieren, ist eine schwerwiegende. Sie kann nicht en passant getroffen werden. Sie kann nicht vom Arzt allein getroffen werden. Sie kann auch nicht nur aus der Perspektive der momentanen klinischen Situation beurteilt werden. Solche Entscheidungen können nicht auf die Notfallsituation abgewälzt werden. Denn in einer Notsituation möglichen Nutzen, potentielle Risiken, wahrscheinliche Prognose und vermutlichen Schaden, vielleicht auch noch abschätzbare Kosten, sinnvoll abzuwägen, wäre eine Illusion.

Betrachten wir zunächst einige grundlegende ethische Prinzipien in Anwendung auf die beschriebene Situation. Da ist zum einen das Prinzip der Autonomie: Der Patient hat das Recht, selbst zu entscheiden, wie in einer definierten Situation gehandelt wird, im vorliegenden Fall, ob in einer Notfallsituation Reanimationsmaßnahmen ergriffen werden. Solche Entscheidungen können Behandlungen ablehnen, niemals aber Therapien einfordern, wenn diese nach ärztlichem Dafürhalten nicht angemessen sind. Sie bedürfen einer umfassenden Aufklärung durch den Arzt, die es dem Patienten erlaubt, gemäß seiner eigenen Prioritäten Für und Wider abzuwägen. Dass die Konfrontation mit solchen Entscheidungssituationen einen Patienten auch überfordern kann, zeigt der klinische Alltag. Das betrifft sowohl Alles-oder-Nichts-Entscheidungen (wie im vorliegenden Fall) als auch Entscheidungen für eine Therapieoption aus mehreren mehr oder weniger gleich sinnvollen Therapiemöglichkeiten. Es zeigt sich klar: Die Ausübung der Autonomie als Grundrecht in diesem Verständnis kann vom Patienten nicht eingefordert werden. Offensichtlich wollte in der beschriebenen Situati-

on der Patient diesbezüglich auch keine Entscheidung treffen bzw. keine Richtlinien im Rahmen einer Patientenverfügung festlegen. Autonom ist in einem weiter gefassten Begriffsverständnis auch das vertrauensvolle Überlassen solcher Entscheidungen an das ärztliche Know-How. Der Patient hat also keine Verpflichtung dazu, seinen Willen darüber kundzutun, wie in solchen Notfallsituationen in Zukunft gehandelt werden soll. Der Patient sollte auch keine Vorkehrungen treffen müssen, um den Arzt auf der einen Seite in Situationen ohne sinnvolle Perspektive an therapeutischem Übereifer zu hindern und sich auf der anderen Seite vor einem therapeutischen Nihilismus zu schützen. Im Grunde sollte er darauf vertrauen können, dass der Arzt sinnvolle und angemessene Handlungen setzt und sinnlose oder unsinnige Maßnahmen unterlässt. Ein solches Vertrauen aber kann nur in einer guten und aufrichtigen Arzt-Patient-Beziehung entstehen, wachsen und in besonderen Belastungssituationen auch tragfähig sein.

In solchen und ähnlichen Diskussionen wird häufig über die Autonomie des Patienten am Lebensende gesprochen, auch die Patientenverfügungen als Möglichkeit, die Wünsche des Patienten bezüglich zukünftiger Behandlungen festzuhalten, unterstreichen dies. Und doch betrifft Autonomie am Lebensende nicht nur den Zeitpunkt des Todes – das wäre eine verkürzte Sichtweise – sondern auch und vielleicht sogar primär die Phase des Lebens bis dahin. Das Lebensende ist nicht nur ein konkreter Moment in der Zeit. Autonomie betrifft nicht nur Reanimieren oder Nicht-Reanimieren, sondern vor allem Lebensqualität. Und über Lebensqualität entscheidet nicht der Arzt, sondern der Patient.

Wesentlich sind in dieser Diskussion auch die ethischen Prinzipien der Fürsorge und des Nicht-Schadens: Es ist nicht nur Teil einer guten klinischen Praxis, sondern entspricht der Würde des Menschen, dann keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen, wenn diese nur eine sinnlose Verlängerung des Sterbens bedeuten würden. Die Kernfrage lautet: Zielt die ärztliche Handlung

darauf ab, zu heilen, zu trösten oder Leiden zu lindern, und ist diese Zielsetzung realistisch erreichbar, ohne dass dabei der in Kauf genommene Schaden den möglichen Nutzen übersteigt? So wird man bei infauster Prognose im Terminalstadium einer Erkrankung von einer Reanimation absehen, wenn dadurch nur das Leiden verlängert und der Todeszeitpunkt hinausgezögert wird. Es wird eine medizinisch nicht sinnvolle Maßnahme nicht ergriffen, sodass eine unheilbare Krankheit in der allerletzten Phase ihren natürlichen Lauf nehmen kann. Ziel dieser Unterlassung ist nicht, das Sterben zu beschleunigen, das Leben zu verkürzen und den Tod herbeizuführen, sondern ein würdigeres Sterben zu ermöglichen.

Im vorliegenden Fall erfahren wir nichts über den Inhalt weiterer Gespräche zwischen Arzt und Patient, der Fokus wird auf die Entscheidung rund um eine neuerliche Reanimation gelegt, also auf eine ganz konkrete Situation, die darüber hinaus nicht allzu häufig vorkommt. Hoffentlich war die Lebensqualität in den Gesprächen zwischen Arzt und Patient ebenfalls ein Thema, es sollte sogar ein vorrangiges Thema sein. Denn die weitere Lebensphase dieses krebskranken Menschen bietet weit mehr Entscheidungsmöglichkeit als bloß für die isolierte Situation eines Notfalls: Allzu leicht wird der Schwerpunkt darauf gelegt, was in einer Notfallsituation zu tun oder zu unterlassen ist. Weit mehr Gewicht sollte der Frage zukommen, was sich ein Patient mit fortgeschrittener maligner Grunderkrankung von seinem Leben bis zum Ende erwartet, welches für ihn die Kriterien für Lebensqualität darstellen. Es sollte nicht bloß um das Alles oder Nichts am Ende gehen, sondern vor allem um die Schattierungen und Farben des Lebens bis dahin.

In Bezug auf die geschilderte Situation sollte auch die Frage nach den Motiven erlaubt sein, aus denen heraus der Arzt das Thema einer Patientenverfügung ansprach. Suggestiert der Arzt im vorliegenden Fall nicht in einem gewissen Sinne die Entscheidung für einen Verzicht auf eine Reanimation, wenn er sie in einer Situation diskutiert,

in der die Entscheidung für eine Reanimation eine ganz offensichtlich gute Entscheidung war? Die Reanimation hat im beschriebenen Fall nämlich keineswegs geschadet, sondern ganz offensichtlich genützt. Wollte sich der Arzt in seinen Entscheidungen in einer zukünftigen Notfallsituation absichern? Oder wollte er die Gelegenheit nützen, mit dem Patienten ein tiefer greifendes Gespräch über die Begrenztheit des Lebens, das Sterben, den Tod oder das Leiden zu führen? Solche tief gehenden Gespräche mit dem Patienten sollten schon im Vorfeld geführt worden sein, und sich nicht erst dann entwickeln, wenn sich aufgrund der klinischen Situation oder des Krankheitsverlaufes die explizite Frage danach stellt. Wenn sich solche Gespräche nur anhand von Patientenverfügungen führen lassen, erweckt dies allerdings den Eindruck eines wesentlichen Defizits in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Auch wenn uns der Bericht über diese wichtigen Details im Dunkeln lässt, so zeigt sich doch ganz klar, wie wichtig und grundlegend eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist. Vor allem auch in Situationen, in denen es nicht so klar abzuschätzen ist, ob eine Handlung mehr schadet als nützt, ist es umso wichtiger, mit ärztlicher Einfühlbarkeit, Offenherzigkeit und Aufrichtigkeit das Gespräch mit dem Patienten zu suchen und zu fördern.

Auch wenn es sicherlich wichtig ist, Kriterien einer „Ethik der Reanimation“ zu erörtern, so darf eine solche Diskussion niemals losgelöst geführt werden von einer „Ethik der Kommunikation“.

Dr. Marion Stoll, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
mstoll@imabe.org

Österreich: Zustimmung zu aktiver Sterbehilfe nimmt deutlich ab

Die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe im Sinne der Euthanasie oder Beihilfe zum Suizid ist in Österreich seit dem Jahr 2010 stark zurückgegangen. 47,5 Prozent befürworten die aktive Herbeiführung des Todes auf Patientenwunsch, im Jahr 2010 waren es noch 62 Prozent. Dies geht aus einer aktuellen repräsentativen Befragung hervor, die vom *Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie* der *Medizinischen Universität Graz* und dem *Institut für empirische Sozialforschung* (IFES) unter 2.000 Österreichern (Alter ab 15 Jahren) durchgeführt wurde.

Gefragt wurde zuerst nach der Akzeptanz von passiver Sterbehilfe (definiert als Abbruch von Behandlungen auf Patientenwunsch bei aussichtslosem Zustand), aktiver Sterbehilfe sowie Beihilfe zur Selbsttötung (definiert als Verabreichen bzw. Überreichen eines Mittels, das nach Einnahme direkt den Tod herbeiführt) bei schwer leidenden und unheilbar Kranken. Das Vorliegen von Schmerzen wurde in dieser Fragestellung nicht als Bedingung angeführt. Dabei zeigte sich ein Stimmungswandel innerhalb der vergangenen vier Jahre: Die direkte Tötung wird zunehmend abgelehnt (minus 14,5 Prozent gegenüber 2010). Eine passive Sterbehilfe wird von 68 Prozent (2010: 78 Prozent) der Österreicher befürwortet.

Insgesamt findet sich bei jüngeren Menschen eine größere Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe als bei älteren, bei Männern eher als bei Frauen. Euthanasie-Befürworter haben ein höheres Bildungsniveau, stehen politisch eher links oder sind liberal und meist areligiös, so die Studie.

Der Grazer Sozialmediziner und Studienautor Wolfgang Freidl erklärt sich den „massiven Rückgang der Befürwortung aktiver Sterbehilfe in Österreich“ durch die jüngst geführte politische und mediale Diskussion rund um die Verankerung eines Euthanasie-Verbotes in der Verfassung. Hier zeige sich, wie „flüchtig die Meinungsbildung zu diesem schwierigen ethischen Thema in der Bevölkerung“ sei. In Österreich ist aktive Sterbehilfe verboten. Auch assistierter Suizid, sprich die Verordnung von Medikamenten, die todkranke Menschen selbst einnehmen, um damit ihren Tod herbeizuführen, ist gesetzlich nicht gestattet. Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bei einer tödlich verlaufenden Erkrankung oder Verletzung (passive Sterbehilfe) ist erlaubt.

Meduni Graz, Pressemitteilung, 6. Mai 2014

Studie: Tamiflu so gut wie nutzlos - Kritik an Politik, WHO und Pharmaindustrie

Die Grippemittel Tamiflu und Relenza sind nach einer im *British Medical Journal* publizierten groß angelegten Studie so gut wie nutzlos. Diesem Ergebnis ging ein jahrelanger Kampf zwischen Wissenschaftlern aus Oxford und Harvard und den Pharmafirmen voraus. Die nun vorliegende erdrückende Faktenlage des 550 Seiten dicken *Cochrane-Reviews* zu Neuraminidasehemmern weist auf den weltweit vielleicht größten und kostspieligsten Medizinskandal hin.

Die aktuelle Metaanalyse zeigt: Die Medikamente verkürzten die Symptome der Krankheit nur um rund einen halben Tag. Gleichzeitig riskierten Patienten jedoch häufiger und schwerere Nebenwirkungen als bisher bekannt. Hinweise darauf, dass die Mittel bestimmte Komplikationen und Einlieferungen ins Krankenhaus verhindern, fanden die Forscher um Tom Jefferson vom *Cochrane-Team* nicht. Relenza hatte keinen Einfluss auf die Todesrate durch Grippe.

Tamiflu ist das meistverkaufte Grippemittel der Welt. Um für die Vogelgrippe (2005) und die Schweinegrippe (2009) gewappnet zu sein, haben Regierungen weltweit Tamiflu im Wert von rund 10 Milliarden US-Dollar gehortet. Behörden wie die WHO oder die *Europäische Arzneimittel-Agentur* (EMA) hatten offizielle Empfehlungen zum Einsatz von Tamiflu ausgesprochen – ohne dass sie dabei auf die vollständigen Studiendaten zugreifen konnten. Auf dem Höhepunkt der Pandemieangst wurde Tamiflu für Roche zum Verkaufsschlager. Seit 2002 machte Roche mit seinem Grippemittel einen Umsatz von rund 12 Milliarden Dollar.

Die *Cochrane-Mitarbeiter* hatten nun 20 Studien zu Tamiflu und 26 zu Relenza mit insgesamt mehr als 24.000 Teilnehmern ausgewertet. Der Hersteller von Tamiflu, das Unternehmen Hoffmann-La Roche, und auch Glaxo Smith Kline, Hersteller von Relenza, widersprechen den Schlussfolgerungen der *Cochrane-Gruppe*. Sie verteidigen ihre milliardenfach verkauften Medikamente immer noch als nutzbringend.

BMJ, 2014; 348: g2263

BMJ, 2014; 348: g2545

Cochrane-Review, doi: 10.1002/14651858.CD008965.pub4

Pflege: Demografische Entwicklung braucht neue Lösungen in der Altenpflege

In Hinblick auf die Betreuung und Pflege alter Menschen muss Schluss sein mit einer Kopf-in-den-Sand-Stecken-Politik, fordern Editorial-Autoren im *Lancet*. Sie zeigen sich alarmiert vom ökonomischen Druck, der

auf den Gesundheitssystemen lastet – und plädieren für eine bessere Abstimmung zwischen Gesundheitsversorgung, Langzeitpflege und Sozialdienstleistungen zur Verbesserung der Kapazitäten.

Die kommende „Altenpflegekrise“ sei vor allem auf den wachsenden Anteil einer älteren Bevölkerung zurückzuführen, heißt es in *Lancet*: Im Jahr 2000 lag der Weltbevölkerungsanteil von Menschen über 60 Jahren bei etwa 11 Prozent, im Jahr 2050 wird er sich auf 22 Prozent verdoppeln. Die finanziellen Mittel aus öffentlicher Hand für ältere Menschen würden hingegen schrumpfen. Noch seien Angehörige und Familie vielfach die Haupttragenden in der Pflege. Angesichts der gesunkenen Geburtenraten stehe das System vor einem gewaltigen Umbruch.

Dramatisch sei die Situation auch in China als Folge der Ein-Kind-Politik und der massiven Urbanisierung. „China wird alt, bevor es reich wird“, schreiben die Autoren. Nach Angaben der China Health and Retirement Längsschnittstudie (CHARLS) gab es Ende 2011 in China mehr als 185 Millionen Einwohner im Alter von 60 Jahre und älter. 32 Prozent Chinesen (60 Jahre und älter) sind bei schlechter Gesundheit, 38 Prozent haben Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung, 40 Prozent zeigten Symptome einer Depression und 23 Prozent lebten unter der Armutsgrenze.

Die Altenpflege sei in der Krise, aber Altern sei keine unvermeidliche Belastung für die Sozial- und Gesundheitsressourcen, so die Autoren. In der Krise gäbe es Möglichkeiten, Gesundheits- und Sozialsysteme zum Wohle aller zu überdenken und zu reformieren. „Ein altersfreundlicher Ansatz ist notwendig, um ein gesundes Altern in Würde zu gewährleisten“, heißt es im *Lancet*-Editorial.

Lancet 2014, doi:10.1016/S0140-6736(08)61345-8
CHARLS, <http://charls.ccer.edu.cn/en>

Schweiz: Ethik-Manifest fordert Maßhalten im Gesundheitswesen

Wer nach der Ethik im Gesundheitswesen fragt, will wissen, was ein gutes Gesundheitswesen ausmacht. Wie praxisnahe und treffsicher die Antworten darauf sein können, zeigt ein veröffentlichtes Manifest der Schweizer Stiftung Dialog Ethik. *Dialog Ethik* ist als *Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen* an der *Universität Zürich* angesiedelt.

Hintergrund des Manifests ist das einerseits extrem hohe Niveau in Medizin und Gesundheitswesen, das der breiten Bevölkerung zur Verfügung steht. Die Schattenseite: Die Ansprüche an die Leistungsfähigkeit des

Gesundheitswesens werden übermäßig, ja grenzenlos. Es herrscht ein andauernder und starker ökonomischer, politischer und menschlicher Druck. Unter dem Titel *Die Anerkennung unserer Grenzen - ein Manifest für das Maßhalten im Gesundheitswesen* tritt *Dialog Ethik* nun mit 10 Thesen und 10 Forderungen an die Öffentlichkeit, die Wegweiser für die Zukunft der Versorgung und Behandlung von Kranken sein sollen. Die 10 Thesen tragen folgende Titel: Ausblendung unserer Grenzen; Behandlungsextremismus, Fortschrittsgläubigkeit, Fehlende Priorisierung, Gefährdung der Solidarität, Kommerzialisierung, Undurchsichtigkeit, Fehlende Gesundheitskompetenz, Überlastung und Verantwortungsverlust.

Die Autoren fordern als „erste Bedingung für einen notwendigen Realismus im Gesundheitswesen“ die „Anerkennung und die Respektierung unserer Grenzen, unserer Verletzlichkeit, Sterblichkeit und Abhängigkeit“, und zwar sowohl „auf Seiten der professionell Tätigen“ als auch „auf Seiten der Patienten und Patientinnen“. Management und Gesundheitsökonomie hätten in Hinblick auf die medizinische und pflegerische Praxis eine „dienende Funktion“, sie seien nicht Selbstzweck. Kritisch wird eine Anspruchshaltung bei gesunden und kranken Menschen, aber auch in der Ärzteschaft gesehen, „Gesundheit im Sinne einer maximalen Leistungsanforderung zu steigern“. Dies führe zu unnötigen Untersuchungen, überflüssigen Therapien bis hin zu schädigenden Übertherapien: „Die Anerkennung von zeitlichen, räumlichen und finanziellen Grenzen ist eine unabdingbare Voraussetzung für einen ökonomischen und menschlichen Realismus im Gesundheitswesen.“ Es gehe darum, Kranken eine angemessene und sinnvolle Behandlung zu gewähren und nicht Gesunde zu behandeln oder zu „verbessern“. Darüber hinaus unterstreicht das Manifest eine Ethik der Eigenverantwortung: „Verantwortung lässt sich nicht delegieren“. Sie sei sowohl von den Bürgern einzufordern (persönlicher Lebensstil), als auch von Patienten und den im Gesundheitswesen Tätigen. Nur gemeinsam könne ein maßvoller und sinnvoller Umgang mit Ressourcen erreicht werden, so die Unterzeichner des 10-Punkte-Forderungskatalogs. Das Manifest kann online unterzeichnet und auch kritisch kommentiert werden, wozu die Initiatoren ausdrücklich ermutigen.

Die Anerkennung unserer Grenzen - ein Manifest für das Maßhalten im Gesundheitswesen, <http://dialog-ethik.ch/manifest2014/>

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch

14. Jahrgang, Heft 1, 2014

Articles:

Rachelle Barina: Risk-Reducing Salpingectomy and Ovarian Cancer. Chasing Science, Changing Language, and Conserving Moral Content;

David Albert Jones: Magisterial Teaching on Vital Conflicts. A Reply to Rev. Kevin Flannery, SJ;

Urbano Cardinal Navarrete, SJ: Transsexualism and the Canonical Order.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

21. Jahrgang, Heft 3, 2014

Wilhelm Bergthaler, Eva Schu-lev-Steindl, Ferdinand Kerschner:

Editorial. Das Chlorhuhn-Synallagma oder: Von Händeln und Hendeln im Welthandel;

Schwerpunkt:

Alexander Forster, Claudia Reithmayer: Naturschutz im Verfahrenslabyrinth - von der wiedergewonnenen Aktualität der potentiellen FFH-Gebiete;

Florian Berl: Die Bürgerinitiative, ihre Rechte und das Verhältnis zu ihren Unterstützern.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch Band 26, Heft 2, 2014

Editorial: Ralf J. Jox: Ethikberatung im Gesundheitswesen: Wo stehen wir?

Originalarbeiten:

Marcel Mertz et al.: Prinzipien und Diskurs - Ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethikkonsultation;

Sabine Rudnik-Schöneborn et al.:

Ethische und rechtliche Aspekte im Umgang mit genetischen Zufallsbefunden - Herausforderungen und Lösungsansätze;

Christian Erk: Das Eigentliche Des Todes. Ein Beitrag zur Be-Lebung der Debatte über Hirntod und Transplantation;

Matthias Guth, Ralf J. Jox: Medikamentöse Gedächtnismodifikation zur Prävention der Posttraumatischen Belastungsstörung: eine ethische Bewertung.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

60/2, 2014

Abhandlungen:

Walter Bruchhausen: Was braucht Global Health Ethics: Globalisierung von Bioethik oder neue Ansätze?

Elmar Nass: Ethik technischer Assistenz. Der Weg zu einer systematischen Positionierung und die Frage nach dem christlichen Beitrag;

Fruzina Molnár-Gábor, Johannes Weiland: Die Totalsequenzierung des menschlichen Genoms als medizinischer Eingriff - Bewertung und Konsequenzen;

Lilith A. Kufner, Axel W. Bauer: Unscharfe Begriffe, ambivalente Positionen. Der Rationierungsdiskurs im Deutschen Ärzteblatt von 1996 bis 2008;

Johannes Schelhas: Gesundheit und Krankheit nach christlichem Verständnis.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

Sonderheft April 2014

Wilhelm Bergthaler, Wolfgang

Gratt: Editorial: „Da fährt der Zug drüber“ Der „Schienenbonus“ als Testfall für Infrastruktur-Privilegien im Umweltrecht;

Schwerpunkt:

Dieter Altenburger, Wolfgang Berger, Sabine Meister: Schienenbonus und besondere Immissionsvorschriften vor dem Hintergrund der aktuellen Rechtsprechung; Manfred Neuberger, Erich Lassnig: Noise annoyance correction factor und Schienenbonus aus schalltechnischer und umwelthygienischer Sicht.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

21. Jahrgang, Heft 2, 2014

Ferdinand Kerschner: Editorial:

20 Jahre RdU - und kein bisschen leise!;

Schwerpunkt:

Leopold Bumberger: Rechtsprechung zum Wasserrecht im Jahre 2013;

Dieter Neger, Thomas Neger, Wolfram Schachinger: Beurteilung der Restwasserabgabe in wasserrechtlichen Genehmigungs- und Widerstreitverfahren.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch

47/1, 2014

Estudios:

Cruz González-Ayesta: ¿Es la voluntad un apetito o un ‚ponder‘? La perspectiva de Duns Escoto;

Timothy B. Noone: Juan Iribarne e Uraburu on the voluntary, will, and nature;

Constantino Esposito: Francisco Suárez: la natura, la grazia e la causa della libertà;

Santiago Orrego: Recepción suareciana de las doctrinas de Domingo de Soto sobre la causalidad y la libertad;

Paula Oliveira e Silva: Límites y alcance de la felicidad natural en el.

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di Bioetica
Halbjährliche Zeitschrift
2014/1
Articoli:
Alessio Musio: Il liberalismo degli indifferenti. La bioetica nell'epoca degli stranieri morali;
Marco Paolinelli: A proposito del "modello liberale" in bioetica;
Carlo Scorretti, Lorenzo Ventre: La proposta del nuovo Codice di Deontologia Medica Per quale medico? Per quale medicina?
Jaime Vilarroig Martín: Problemas en la relación médico-enfermo y ética de las virtudes como propuesta de solución;
Yordanis Enríquez Canto: Approccio localistico e bioetica deliberativa in America Latina. Limiti e interrogativi;
Enrique Villanueva Cañadas: Il dibattito in bioetica. A vueltas con el aborto;
Massimiliano Zonza, Pietro Refolo: Bioetica clinica. Documento di Trento. La consulenza etica in ambito sanitario in Italia.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 26, Heft 1, 2014
Editorial: Markus Zimmermann-Acklin: Was bringt die Lebensende-Forschung für die Ethik in der Medizin?
Originalarbeiten:
Irina Medau, Ralf J. Jox, Stella Reiter-Theil: Behandlungsfehler in der Psychotherapie: ein empirischer Beitrag zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten;
Sebastian Muders: Macklins Substitutionsthese und der Begriff der Menschenwürde in der Bioethik;
Tanja Kronen et al.: Das Verbot der pränatalen Diagnostik spätman-

ifestierender Erkrankungen im deutschen Gendiagnostikgesetz - eine Diskussion medizinischer und rechtlicher Aspekte und deren Implikation für die medizinethische Diskussion;
Katharina Seibel, Franziska Krause, Gerhild Becker: Ärztliche Verantwortung gegenüber Palliativpatienten unter dem neuen Paradigma der Kundenorientierung.

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch
13. Jahrgang, Heft 4, 2013
Articles:
Michael Augros, Christopher Olson: St. Thomas and the Naturalistic Fallacy;
Rev. Kevin L. Flannery, SJ: Two Factors in the Analysis of Cooperation in Evil;
Rebecca Peck, Rev. Juan R. Vélez: The Postovulatory Mechanism of Action of Plan B;

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di Bioetica
Halbjährliche Zeitschrift
2013/6
Articoli:
Adriano Pessina: La disputa sull'adozione degli embrioni umani. Linee per una riflessione filosofica;
Carlo Casini, Marina Casini: Diritto di proprietà vs diritto alla vita? Una nuova questione dinanzi alla Corte europea dei diritti dell'uomo;
Aldo Rocco Vitale: Rischi di un'epistemologia contrattualista in bioetica;
Claudio Pensieri, Maddalena Penacchini: La quinta disciplina e le organizzazioni che apprendono nel Management sanitario;
Michael Artur Vacca: A reexamination of conscience protections in healthcare.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch
60/1, 2014
Abhandlungen:
Franz Josef Marx/ Friedrich H. Moll: Die Zirkumzision von der Antike bis heute - Eine medizinhistorische Übersicht;
Laura Hoppe: Beschneidung minderjähriger Jungen aus religiösen und weltanschaulichen Gründen - Medizinische Aspekte der Beschneidung und ihre kontroverse Diskussion;
Stephan Rixen: Das Beschneidungsgesetz in der Kritik: verfassungsrechtliche Legitimation, Anwendungsprobleme, Reformbedarf;
Johannes Brantl: Gefährliche Körperverletzung im Namen der Religion? Kernfragen in der Beschneidungsdebatte aus ethischer Sicht;
Ilhan Ilklic: Islamische Aspekte der Beschneidung von minderjährigen Jungen;
Marie-Jo Thiel: Die Diskussion über die Beschneidung minderjähriger Jungen in Frankreich - eine Gegenwartsanalyse.

Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin – Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung

Giovanni Maio/Tobias Eichinger/Claudia Bozzaro (Hrsg.)
Verlag Karl Alber, Freiburg/München 2013
532 Seiten
ISBN 978-3-495-48539-2

Um die vielen Probleme, die mit der Reproduktionsmedizin verbunden sind, besser verstehen zu können, ist es notwendig, sich klarzumachen, was es heißt, für die ungewollte Kinderlosigkeit als eine alte Menschheitsfrage speziell die Technik als Lösung zu propagieren. Bei der starken Allianz von Medizin und Technik wird zuweilen verkannt, dass die Technik ja nicht nur eine Methode ist, die gewählt wird, sondern sie ist zugleich auch ein Programm, das mit einem bestimmten Grunddenken verknüpft ist. Dieses Grunddenken einer technisierten Fortpflanzung legt der Arzt und Philosoph Giovanni Maio in einem bemerkenswerten und scharfsinnigen Beitrag zu Beginn des gegenständlichen Sammelbands anhand der Begriffe einer „Logik des Herstellens, der Entpersonalisierung und der Modalisierung der Familienstrukturen“ dar.

Es folgen 24 Beiträge zu verschiedenen Aspekten der Reproduktionsmedizin aus medizinischer, anthropologischer und ethischer, soziologischer, kultur- und rechtswissenschaftlicher Perspektive sowie in der Literatur, die anlässlich der interdisziplinären Klausurwoche entstanden, die von den Herausgebern im März 2011 an der Katholischen Akademie Freiburg veranstaltet wurde.

Maios Beitrag eröffnet den Sammelband, indem er den philosophischen Kontext der Problematik zur Sprache bringt und so alle später ausführlich behandelten technischen Lösungen in einen größeren Rahmen stellt. Unter dem Schlagwort „Logik des Herstellens“ zeigt er auf, was es bedeutet, wenn wir meinen, wir könnten Menschen in bestimmter Hinsicht herstellen. Er führt darauf aus, dass Herstellen „Denken in Zweck-Mittel-Relationen“ heißt: Die künstliche Befruchtung dient der Erfüllung eines Wunsches der Eltern, das auf

diese Weise zum Entstehen zu bringenden Kind ist also nicht etwa zwecklos und damit ganz sinnvoll, sondern das Kind ist nur so lange sinnvoll, wie es eben eine Zweck, nämlich den Wunsch der Eltern erfüllt. Außerdem heiße „Herstellen“ Verdinglichen – darauf weist im Übrigen auch Hille Haker in ihrem Beitrag hin, wenn sie auf die Kritik Jürgen Habermas‘ an der Nivellierung der Differenz zwischen „natürlich Gegebenem“ (Personen) und „von uns Gegebenem“ (Sachen) eingeht.

Je mehr nun die Reproduktionsmedizin aus dem Gegebensein des menschlichen Lebens ein Bestellenkönnen des Lebens macht, desto mehr würdigt sie das menschliche Leben zu einem Instrument herab und nährt eine Grundeinstellung zum menschlichen Leben, die verhängnisvolle Folgen hat, so Maio weiter. Denn wenn wir sagen, dass die menschliche Existenz nur deswegen gut ist, weil sie gewünscht wurde, so müssten wir zugleich anerkennen, dass es dann eben auch menschliche Existenzen geben müsste, die – weil wir sie uns nicht gewünscht haben – dann eben auch überflüssig und nutzlos und deswegen als Last zu betrachten wären. Durch die Reproduktionsmedizin werde also die Grundhaltung der bedingungslosen Annahme eines Lebens aus sich selbst heraus, nur weil es ist und nicht weil es eine bestimmte Funktion erfüllt, aufgegeben. Nicht nur die Existenz, sondern auch die „Qualität“ müsse dem Wunsch entsprechen. Je nach dem wie überlebensfähig die Embryonen morphologisch erscheinen, werden sie eingeteilt in Güteklasse A bis D. Mit dem Begriff Güteklasse bringe man nichts anderes zum Ausdruck, als dass diese Embryonen schon sprachlich nicht als Menschen betrachtet werden, sondern vielmehr als Waren, als Sachgegenstände, ja in gewisser Hinsicht zunehmend als produzierbare „Konsumgüter“.

Als „Logik der Entpersonalisierung“ bezeichnet Maio die Ignorierung der Beziehungshaftigkeit der Fortpflanzung. Sobald man sich für die Reproduktionstechnik entscheide, habe man sich zugleich für den Ersatz der Beziehung durch das technische Verfahren entschieden. Überdies werde die

gesamte Fortpflanzung vollständig fragmentiert, in einzelne Bestandteile aufgesplittert und diese Bestandteile neu miteinander kombiniert („modularisiert“). Es werde dem Kind ganz bewusst eine fremde Herkunft auferlegt, die zu bewältigen eine große Herausforderung bedeuten wird.

Maio hinterfragt außerdem kritisch einige von Befürwortern der heterologen Samenspende herangezogenen Studien. Denn ein genauere Blick auf diese Studien zeige, dass die Parameter, die hier als „Beweis“ für das Wohlergehen der „Samenspende-Kinder“ herangezogen werden, von fraglicher Aussagekraft seien. So werde etwa nachgewiesen, dass deren sprachmotorische Entwicklung normal sei oder dass sie nicht gehäuft in psychiatrische Behandlung gehen würden. Doch dies sage überhaupt nichts darüber aus, inwiefern die fremde Identität eine Belastung für das Kind darstellt. Aussagekräftiger als der Schulerfolg wäre doch hier die Frage, wie diese Menschen mit ihrer Identität umgehen, wie sie sich später als Eltern sehen und welchen Einfluss diese Herkunft auf die eigene Familie haben wird, so der Autor.

Mit nachvollziehbarer Begründung fordert Maio, die Alternativen zur technisierten Fortpflanzung zu stärken. Nicht die Geburt, sondern vielmehr der Leidenszustand der Paare solle als zentraler Orientierungspunkt der Medizin (als Heilkunde) betrachtet werden. Nicht also die „Herbeiführung“ einer Geburt, sondern das Lindern einer Leiderfahrung oder die Hilfe zur Bewältigung des Leidens an der ungewollten Kinderlosigkeit müsste als adäquates Ziel einer humanen Medizin als Dienst am Menschen formuliert werden. Bedenkt man, dass Paare mit ungewollter Kinderlosigkeit in eine Sinnkrise geraten, werde deutlich, wie einseitig es ist, wenn die Medizin auf diese Sinnkrise allein mit technischen Angeboten reagiert und damit suggerierte, dass die technische Lösung die einzig mögliche Antwort auf die Herausforderung wäre, die sich aus der ungewollten Kinderlosigkeit ergibt. Daher könne es in Zukunft nur darum gehen, all die benannten Bereiche gerade nicht als rein technische

Probleme zu betrachten, sondern als existentielle Nöte, als Situationen der Bedrängnis, in denen die Betroffenen mit den bloß technischen Angeboten nicht alleingelassen werden dürfen, sondern in denen sie Hoffnung haben dürfen auf ein System von Medizin und Gesellschaft, das sich für ihre Not ernsthaft interessiert und das ihnen, wenn die Technik nicht gelingt, noch Perspektiven jenseits der Technik vermitteln kann.

Im Gegensatz zum einleitenden Beitrag Maios gehen viele der nachfolgenden Beiträge zum Teil von diskussionswürdigen Prämissen aus oder erschöpfen sich darin, Fragen aufzuwerfen – ohne sie zu beantworten. Sie bieten dennoch einen interessanten Einblick in die aktuelle medizinische, anthropologische und ethische, soziologische, kultur- und rechtswissenschaftliche Debatte rund um Kinderwunsch und technisierte Fortpflanzung.

Hervorgehoben sei an dieser Stelle der Beitrag Stephanie FrieBELs, die einen Überblick über aktuelle reproduktionsmedizinische Entwicklungen in Deutschland gibt. Sie weist unter anderem darauf hin, dass die Verschiebung der Familienplanung in ein höheres Lebensalter zum Teil auf einem fehlenden Bewusstsein bezüglich des Fruchtbarkeitsfensters der Frau basiert sowie darauf, dass Kinderwunschpaare nicht nur die Erfolgsraten, sondern auch die physischen und psychischen Belastungen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung deutlich unterschätzen.

Aufschlussreich sind auch Barbara Stroops anthropologische und ethische Überlegungen zu „Vorgeburtlichen Wohlergehenstests“: Sie nimmt in ihrem Beitrag eine exemplarische Analyse der auf „Wohl“ basierenden Argumente in der Debatte um PID vor und stellt sie den Befunden der empirischen Forschung gegenüber. Dabei zeigt sich, dass es von unterschiedlichen Faktoren abhängt, in welcher Weise das Wohl einer Familie von der Behinderung oder Erkrankung des Kindes beeinflusst wird. Weder außenstehende Personen, noch die zukünftigen Eltern selbst scheinen in der Lage zu sein zu antizipieren, welchen Einfluss die Geburt eines

behinderten oder chronisch kranken Kindes auf ihr Wohl haben wird. Damit gerät das Fundament jener Argumentationsfiguren in der ethischen Debatte um PID ins Wanken, welche in dem Verfahren die Möglichkeit sehen, das zukünftige Wohl der Eltern, Familien oder des noch nicht geborenen Kindes zu schützen.

Claudia Bozzaro geht in ihren Ausführungen zum Einsatz von Egg- und Ovarian-Tissue-Freezing der Frage nach, worin der häufig festzustellende Wunsch, die Elternschaft zu verschieben, wurzelt. Sie sieht den Ursprung in einer Überforderung des modernen Subjektes, in Anbetracht des Verrinnens der eigenen begrenzten Lebenszeit Entscheidungen bezüglich des eigenen Lebensentwurfes zu fällen. Hinter dem Wunsch „Eizellen einzufrieren“ stecke also der Wunsch, die „Zeit einzufrieren“. Techniken wie das Egg- und das Ovarian-Tissue-Freezing seien zwar konsequente, aber unzureichende Antworten auf das Problem der Verschiebung der Elternschaft. Es bleibe zu befürchten, dass eine Entgrenzung der Fortpflanzung dazu führen könnte, dass Frauen die Auseinandersetzung mit der Frage nach dem eigenen Kinderwunsch immer wieder aufschieben würden. Wichtiger wäre es, sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene das Bewusstsein entstehen zu lassen, dass die menschliche Natur endlich und kontingent ist und somit nicht alle Selbstverwirklichungsansprüche gleichermaßen realisiert werden können, so Bozzaro.

Ausdrücklich erwähnt sei außerdem ein Beitrag aus soziologischer Perspektive, der die Entwicklungen und Praxis in internationalen Kinderwunsch-Kliniken, vor allem in Indien behandelt. Elisabeth Beck-Gernsheim beschreibt, wie hier Medizin als Geschäft betrieben wird und folglich nicht mehr die Ethik ärztlichen Handelns Priorität hat, sondern das Prinzip der Gewinn-Maximierung und der Produkt-Optimierung.

Das Buch schließt mit einem eher überraschenden Blickwinkel und bringt literarische Werke, die etwa Gedankenexperimente erlauben, als Szena-

rien zur ethischen Entscheidungsfindung in den Diskurs ein.

Für eine umfassende Beurteilung der Materie hätte sich der Leser etwa in der heiklen Frage des Kinderwunsches von homosexuellen Männern und Frauen eine ausgewogenere Verteilung der Pro- und Kontra-Meinungen gewünscht.

Insgesamt enthält der gegenständliche Sammelband einige beachtliche und lesenswerte Beiträge und bietet einen interdisziplinären Einblick in aktuelle Entwicklungen und Argumentationsansätze zum Thema Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin, insbesondere auch zur Relevanz der Begriffe „Natürlichkeit“ und „Kontingenz“ in der ethischen Diskussion.

M. Schörghuber

Verbesserte Körper – gutes Leben? Bioethik, Enhancement und die Disability Studies

Miriam Eilers, Katrin Grüber, Christoph Rehmann-Sutter (Hrsg.)

Peter Lang Internat. Verlag der Wissenschaften, 2012
332 Seiten, 7 Abb.
ISBN 978-3-631-63065-5

Im Oktober 2012 trafen sich junge und ältere Anthropologen und Ethiker zu einem bemerkenswerten Workshop in Lübeck, um sich darüber auszutauschen, wie „enhancement“ korrekt zu definieren und einzuordnen sei. Schließlich sperren sich selbst „Kosmetik“ oder „Doping“ jeder Allerweltdefinition. Denn: Was wird hier besser, und wozu?

Plötzlich werden die Begriffe schillernd, die Grenzen zwischen Norm und Normativität verwischen sich, um letztlich einer komplexen Sehnsucht nach dem „guten Leben“ Platz zu machen.

Das Fragezeichen im Titel des Buches kommt also nicht von ungefähr, denn wer auch immer die „Güte des Lebens“ anderer Menschen beurteilt, tut dies zwangsläufig aus (s)einem subjektiven Winkel, unter dem Einfluss eigener Erfahrungen, Begriffe und Projektionen.

So weisen die Herausgeber schon in der Einleitung auf die verschiedenen „Ziele“ einer Verbes-

serung hin: Heilung eines Defektes (*restitutio ad integrum? quo ante? ad normas?*), oder eben Enhancement von Körper und Geist über die Norm, beginnend bei Kosmetik und Doping, bis hin zur Übersteigerung der „normalen“ menschlichen Fähigkeiten durch genetische und apparative Manipulation (Post-, Transhumanismus).

Was ist also (noch/nicht mehr) normal? Führt Enhancement selbst zu einem neuen Niveau des Normalen? An die Stelle einer scheinbar klaren Begrifflichkeit treten Übergänge, Relativierungen und Graubereiche, die zu faszinierenden ethischen und anthropologischen Herausforderungen geworden sind, welche im vorliegenden Band der Reihe „Praktische Philosophie – kontrovers“ (Band 5) thematisiert werden.

Es ist verständlich, dass die Herausgeber schon im Vorfeld eine wertneutrale Alternative zu „Verbesserung“ erwägen (z. B. „verändernde Technologien“). Damit könnte eine neue Dimension im Selbstverständnis von „Leiblichkeit“ (embodiment) als bedeutsames Element für das „gelungene Leben“ eingeführt werden.

Den Reigen der 15 Beiträge eröffnet der Wissenschaftstheoretiker Alfred Nordmann (früher North Carolina, jetzt Darmstadt) mit seiner „Kritik an einer zukunftsverliebten Technikbewertung“. Mit seinem „falls..., und jetzt...!“ drückt er sein Unbehagen mit Zukunftsvisionen aus, die phantasiervolle hypothetische Entwicklungen vorschnell in realistische Folgen münden lassen und daraus ableiten, dass wir uns, hier und jetzt, bereits darauf einstellen sollten (s. Nick Bostrom, Oxford).

Christina Schües, Ethikerin und Anthropologin (Lübeck), legt sich mit dem Utilitaristen Savulescu und seinen radikalen Sichtweisen an, dem die Generierung von schönen, gescheiterten und noch dazu gesunden Babys vorschwebt. Die Autorin warnt vor einer Gleichsetzung von Enhancement im Sinne von Technik zu Veränderung und tatsächlicher Verbesserung, also einer Ineinandersetzung von Methode und Wirkung. Ihre Schlussfolgerung: Verbesserung kann in der Realität nur

greifen, wenn dem „enhanceten“ Individuum auch die soziale Einbettung gelingt.

Ähnlich formuliert Bioethiker Christoph Rehmann-Sutter (Lübeck), der sich mit der Sinnhaftigkeit und Berechtigung von Wünschen zur Veränderung auseinandersetzt: Nicht alles, was als „besser“ gepriesen wird, ist gut für ein gelingendes Leben. Es obliegt einer „reflexiven Anthropologie“, wenn wir selbst unsere Natur „zur Aufgabe“ machen, solange ein ethisch-neutraler Handlungsbe- reich für Funktionsverbesserungen bestehe. Diese wieder könnten – in der Resonanz mit der Umwelt – zu verbesserten Fähigkeiten führen. Am Beispiel von Cochlea-Implantaten bei faktisch Gehörlosen habe sich gezeigt, dass sich die Akzeptanz des erreichten Hörvermögens durchaus in Grenzen halte: Sie erleben ihre Behinderung eher nur als lästige Körpervariante und finden, dass Lippenlesen und Gebärdensprache ihrem Selbstverständnis adäquater seien.

Auch Katrin Grüber, Biologin und Philosophin (Berlin), berichtet über Erfahrungen mit Contergan-Geschädigten, die über ein „Oktroy zur Prothese“ klagen, dem sie seit Kindheit ausgesetzt gewesen seien. Diese und andere Behinderte (Gehörlose, Spastiker) entwickeln eine ihnen passende Leiblichkeit, die sie der durchaus wohlgesinnten Umgebung nicht plausibel machen können. Sie setzen oft andere Prioritäten als ihre betulichen Angehörigen, die sie „so haben wollen wie sich selbst“, so- gar als robotergestützte Marionette.

Nahtlos schließt hier eine „Ethikdebatte“ über die Cochlea-Implantate an, verfasst von Stuart Blume (Anthropo- und Soziologe Oslo), der sich jahrelang diesem Problem verschrieben hat. Seine Erfahrung: Viele Gehörlose sind mit der Gebärdensprache so gut gerüstet, dass sie keine Notwendigkeit eines Cochlea-Implantats sehen (die Zahl der Implantierten stagniert praktisch seit über 30 Jahren). Vielmehr verstehen sie als „Barrierefreiheit“, dass sich die Umgebung die Gebärdensprache aneignet. Auch diese Personen pochten in den 1970er Jahren – wie die Bürgerrechtsbewegungen – auf ihr

Recht auf Anders-Sein. Mittlerweile scheint sich ein Modus von Sowohl-als-auch zu etablieren: Die Vorzüge des Hörens werden genutzt, ohne auf den Rückzug in die Gebärdensprache verzichten zu müssen.

Jackie Leach Scully, Bioethikerin (Manchester, Newcastle), widmet sich dem Embodiment (Leibverständnis), Enhancement und der Normativität. Sie stellt u. a. fest, dass von Menschen mit später erworbener Behinderung viel unternommen wird, eine Prothese mit hoher Funktionalität zu überkompensieren und zu kaschieren (s. Sprinter Pistorius).

Hier liegt das Stichwort für Birgit Stammerger (Genderforschung, Lüneburg/Flensburg) zu Posthumanität und Post-Genderwelt bei Cyborgs und Michael Jackson, bei dem soziale Beweggründe die kosmetische Chirurgie in die Pflicht nahmen.

Morten Hillgaard Bülow, dänischer Philosoph und Biowissenschaftler, denkt über die Normalität des Alterns, besonders im Sinne des „erfolgreichen Alterns“ nach (im Sinne von J. Rowe und R. Kahn). Eine sog. Normalität des Alterns schließt die Gebrechlichkeit ein und wird zur „Gewöhnlichkeit“ (Natürlichkeit) des Alters. Bevor man über Enhancements im Alter nachdenkt (post- oder sogar transhuman), sollte man sich der Frage stellen, welchen Wert und welche Würde wir dem gebrechlichen Menschen zumessen, und wie viel durch eine Prävention vor typischen Altersleiden erreicht werden könne.

Nikolai Münch, Politphilosoph in Jena, kommentiert die fragwürdige Anthropologie von Bostrom und Savulescu (s. o.). Nach deren bizarrer Meinung befindet sich die heutige *conditio humana* in einem „Durchgangsstadium“, das durch Gen-, Nano- und Informationstechnologie zu transzendieren sei, z. B. unter Einschluss von „Uploading“ des Gehirns auf einen Computer (Emulation). Wir könnten dann 170 Jahre alt werden und 1000 Mal schneller denken. Bülow merkt dazu an, dass hier im Sinne einer unzulässigen Instrumentalisierung Denken und Rechnen gleichgesetzt werden. Transhumanismus basierend auf Computerfunktionen macht Aussagen über Würde und Wohl von trans-

humanen Wesen a priori illusorisch.

Ein überaus anregendes Buch, geprägt von einer Riege junger Forscherinnen und Forscher, in glücklicher Verbindung mit der (Lebens-)Erfahrung älterer Mentoren. Der Vorzug des Buches liegt in der kritischen Klarstellung verschiedener angeblich hochmoderner, aber utopischer Tendenzen. Durch die Kritik an ihnen wird der echte, realistische Fortschritt befördert und von sensationlustiger Science fiction gesäubert.

F. Kummer

Mein gläserner Bauch. Wie die Pränataldiagnostik unser Verhältnis zum Leben verändert

Monika Hey

Deutsche Verlags-Anstalt, München, 2012

219 Seiten

ISBN 978-3-421-04538-6

Die sensible Zeit der Schwangerschaft ist kein optimaler Zeitpunkt, um sich mit Pränataldiagnostik auseinanderzusetzen. Die Aufklärung über die Risiken der vorgeburtlichen Untersuchungen müsste viel früher passieren, mahnt Monika Hey. Die Autorin erzählt im vorliegenden Buch „Mein gläserner Bauch“ autobiographisch und beleuchtet zwischen diesen gut lesbaren Berichten persönlicher Erlebnisse verschiedene Aspekte und Gefahren der Pränataldiagnostik (PND). Mit diesem Werk ist Monika Hey eine hervorragende Kombination aus Erfahrungsbericht und Sachbuch gelungen.

Die Autorin studierte Politik, Amerikanistik und Film, arbeitete 20 Jahre als Filmemacherin und Fernsehredakteurin. Seit 1996 ist sie als Supervisorin und Coach tätig. Ihr Nahverhältnis zum Thema und ihre Expertise ergeben sich daraus, dass sie 1998 nach einer pränatalen Diagnostik eine Abtreibung vornehmen ließ – die sie später bitter bereute und feststellte, dass ihr Fall kein Einzelschicksal ist. In der Folge setzte sie sich intensiv mit diesem Thema auseinander. Ihr Beruf und ihre persönliche Erfahrung gaben ihr das Rüstzeug, um dieses informative und zugleich berührende Buch zu verfassen.

PND ist heute in aller Munde. Viele werdende El-

tern nehmen Methoden in Anspruch, die über die im Mutter-Kind-Pass vorgeschriebenen Ultraschalluntersuchungen hinausgehen. PND betrifft jedoch alle werdenden Eltern, egal ob sie sich letztlich für oder gegen weiterführende Diagnostik entscheiden.

Hey betont, dass sich Eltern oft nicht bewusst sind, was PND bedeutet und vor welche Entscheidungen sie gestellt werden können. Alle Eltern wollen selbstverständlich das Beste für ihr Kind, doch wollen sie auch Entscheidungen über dessen Leben oder Tod treffen? Gerade während der Schwangerschaft bestehen Ängste, die man mit der Pränataldiagnostik bewältigen möchte, was Hey als Ritual interpretiert. Früher haben schwangere Frauen in unserer Kultur mittels religiöser und gesellschaftlicher Rituale (Gebete u. a.) versucht, einen inneren Frieden zu finden, was heute auch noch in traditionellen Gesellschaften, wie beispielsweise in Ghana, passiere. Auch heute sind diese Formen nicht gänzlich ausgelöscht. Zwar werden sie nicht mehr so häufig praktiziert, können aber für Frauen eine große Hilfe sein, um sich nicht ihrer „guten Hoffnung“ berauben zu lassen.

Die Autorin setzt sich in ihrem Buch auch mit dem Gendiagnostikgesetz und den darin formulierten Vorschriften für Beratungskompetenzen von Gynäkologen auseinander. Es werde darin zwar festgelegt, dass eine ausführliche Beratung über Wesen, Bedeutung und Tragweite vorgeburtlicher genetischer Untersuchungen verpflichtend ist und bei Bedarf ausgelagert werden sollte, tatsächlich sei es um die Beratung aber schlecht bestellt (S. 177 ff).

Warum treiben weit über 90 Prozent der Schwangeren ihr Kind ab, wenn ein Verdacht auf Trisomie 21 besteht? „Liegt das an einer eugenischen Grundhaltung der Frauen und ihrer Partner, die ihre Kinder daraufhin überprüfen lassen, ob sie es wert sind, zur Welt zu kommen?“ fragt Hey. Dabei bringt die Autorin auch wenig beachtete Aspekte zur Sprache, die ein Mitgrund für eine Abtreibung sein können: 1. der defektzentrierte Medizinerblick, 2. die hochentwickelte Technologie und 3. ein stillschweigender gesellschaftlicher

Konsens gegen das Austragen behinderter Kinder.

Heute sei ein Automatismus weitgehend unreflektierter PND beobachtbar. Hey spricht auch von „perfekt eingespielten Mechanismen der Pränataldiagnostik“, gegen die sich heute Schwangere und Kindesväter zur Wehr setzen müssen. Man brauche viel Kraft, um sich anders zu entscheiden, als es der Routine nach von einem erwartet werde.

Ein kurzer Schwenk auf die Lebensgeschichte der Autorin: Ihre starken Gefühle für ihr ungeborenes Kind und ihre feste Entscheidung gegen invasive PND, bei der das Ungeborene Schaden nehmen kann, halfen nicht, Widerstand gegen die Abtreibung zu leisten. In ihrem Fall ist sie durch Unwissen in die invasive PND hineingeschlittert, indem ihre Gynäkologin ohne ausführliche Beratung ein Ersttrimester-Screening durchgeführt hatte, bei dem auch schon nach Trisomie 21 gefahndet wird. Wohl gemerkt hatte auch der Kindesvater große Freude am heranwachsenden Sprössling, aber die große Krise machte auch ihn ohnmächtig.

Die Autorin möchte mit ihrem Buch werdenden Eltern mitgeben, dass es ein Recht auf Nichtwissen gibt, dass man auf Diagnosen verzichten kann und dass man sich und sein Kind durch ausführliches Wissen über die PND schützen kann.

Am Ende des Buches findet sich eine sehr hilfreiche Auflistung der verschiedenen Methoden der Pränataldiagnostik: Wie, wofür und wann werden die verschiedenen Untersuchungen durchgeführt? Was erfährt man? Was gibt es zu bedenken?

Den Schwangeren werde es heute verwehrt, sich einfach auf ihr Kind zu freuen und guter Hoffnung zu sein. Gleichzeitig werde die Haltung von Eltern abgewertet, die ihr Kind so annehmen, wie es ist. Manchmal werde sogar von der Naivität des Unwissenden gesprochen. Die Autorin spinnt diesen Gedankenstrang weiter und fragt sich, ob man künftig Eltern die Krankheit ihres Kindes vorwerfen werde, weil sie sie nicht „verhindert“ haben, indem sie sich für ihr Kind entschieden haben.

Zur „Vorwerfbarkeit“ der Krankheit des eigenen Kindes passend, wird auch auf eine Studie zu den

gesundheitsökonomischen Aspekten des Down-Syndrom-Screenings eingegangen. Die Studienautoren erachten es aus wirtschaftlicher Perspektive als sinnvoll, das Ersttrimester-Screening auf Krankenschein anzubieten (S. 105 ff).

Hey hat selbst sehr unter ihrer Abtreibung gelitten, immer wieder kommen die schmerzlichen Erinnerungen daran hoch. Sie erwähnt auch jene Lichtblicke und guten Worte, die ihr bei der Bewältigung geholfen haben. Allerdings fehlt ihr im letzten möglicherweise der Mut, gedanklich die Brücke zum generellen Übel der Abtreibung zu schlagen: Die Tötung eines Ungeborenen ist grundsätzlich, auch im Rahmen der Fristenregelung, ein großes Unrecht. Hier zieht sich Hey auf Stehsätze zurück wie die Rede vom „mühsam erkämpften Recht auf Abtreibung“.

Dennoch: Für die Autorin ist eine Abtreibung nach PND ein großes Übel. Das Buch stellt insgesamt eine höchst empfehlenswerte Lektüre dar. Im Sinne Heys sei es allen Menschen ans Herz gelegt, insbesondere wohl jenen, die in Zukunft Betroffene sind, weil sie in freudiger Erwartung einem Kind das Leben schenken möchten. Diese soll ihnen nicht genommen werden.

M. Feuchtnr

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

IMABE-Info (www.imabe.org)

AIDS 1: Die Infektion und ihre Verbreitung
AIDS 2: Prävention und Therapie
Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht
Burnout
Drogen
Entschlüsselung des menschlichen Genoms
Ethische Qualität im Krankenhaus
Euthanasie aus ethischer Sicht
Katholische Kirche zur Euthanasie
Familie und Krankheit
Fehlerkultur in der Medizin
Gender
Gentechnik in der Humanmedizin
Grenzen der Sozialmedizin
Hirntod
In-Vitro-Fertilisation
Kardinaltugenden und ärztliche Praxis
Klonen
Kommunikation und Vertrauen
Lebensqualität in der Medizin
Mifegyne. Die Abtreibungspille RU 486
Mitleid: Mitleiden und Mitleben
Neurowissenschaft
Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva
Ökonomie und Gesundheitswesen
Organtransplantation
Palliativmedizin
Der ethische Ruf der Pharmaindustrie
Pille danach
Pille versus Natürliche Empfängnisregelung
Placebo

Post-Abortion-Syndrom (PAS)
Präimplantationsdiagnostik
Pränatale Diagnostik
Pränatalmedizin
Prävention als moralische Tugend des Lebensstils
Reduktion von Therapie bei Terminalpatienten
Ethik in der Schönheitsmedizin
Schwangerschaftsabbruch in Österreich
Sinnorientierte Medizin
Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen
Risiken der späten Schwangerschaft
Stammzellen
Sucht und Alkohol
Tabakrauchen
Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten
Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht
Viagra. Medikament oder Lustpille?

Stellungnahmen (www.imabe.org)

13. 02. 2013: Stellungnahme zur Diskussion über die Wirkungsweise der „Pille danach“
24. 04. 2012: Stellungnahme zum Vorschlag zur Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
04. 02. 2011: Stellungnahme zur „Kind als Schaden“-Judikatur
23. 03. 2009: Stellungnahme zur Empfehlung für eine Liberalisierung der Stammzellforschung

Erklärungen (www.imabe.org)

2011: Präimplantationsdiagnostik
2009: Stammzellen

Vorschau

Imago Hominis · Band 21 · Heft 3/2014
Schwerpunkt: Ethik in der Pädiatrie

Editorial	91	
Current Issues	94	Bergund Fuchs Study on Gender-Specific Brain Anatomy Stirs up the Gender Debate
Focus	99	Rudolf Müller Mental Health of Austrian Employees
	111	Klaus Dörner A Monoculture of Efficiency: Work and Profession as a Trigger of Mental Disorders
	115	Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz Work and Meaning of Life in an Age of Psychic Illnesses
	123	Markus Schwarz Precautionary Strategies for Mental Health in Companies
Discussion	133	Martin Hähnel Embodied Human Dignity and the Virtue of Respecting it
Case Study	144	DNR (Do Not Resuscitate) - In the Case of a Patient with a Metastatic Bladder Cancer
	145	Marion Stoll Commentary on the Case
News	148	
Journal Review	150	
Book Reviews	152	