

IMAGO HOMINIS

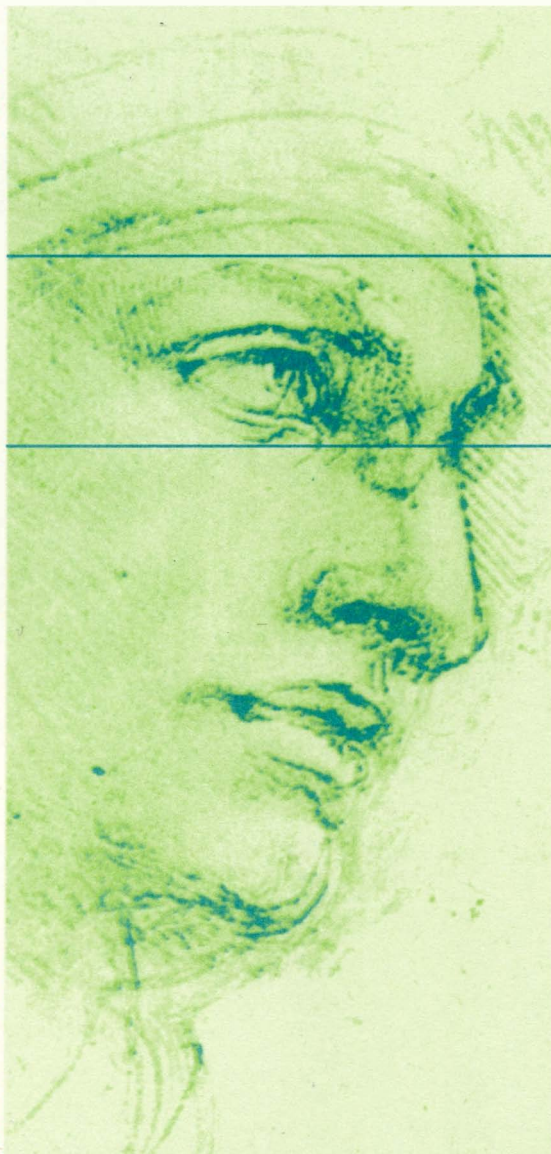
Band 9 - Heft 3 - 2002

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

PREIS: EUR 10,-

ISSN 1021-9803

Band 9 - Heft 3 - 2002



ARZT & PATIENT
IN DER
NEUROPSYCHIATRIE

3
2002

IMAGO HOMINIS

Herausgeber:

Johannes BONELLI

Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung:

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat:

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)

Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)

Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)

Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)

Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)

Elisabeth HASELAUER (Soziologie, Wien)

Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)

Lukas KENNER (Pathologie, Graz)

Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)

Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)

Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)

Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)

Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)

Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)

Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo.

INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL	149
AUS AKTUELLEM ANLASS	
P. LIESE <i>„Bioethikdebatte in Österreich und Europa“ aus europäischer Sicht</i>	151
J. KÖNIGSEDER <i>Rael-Sekte: Lassen Sie bei uns klonen!</i>	154
C. UMSCHADEN <i>Welt-AIDS-Kongress in Barcelona</i>	156
SCHWERPUNKT: Arzt & Patient in der Neuropsychiatrie	
K. HEINRICH <i>Zur Ethik der Arzt-Patient Beziehung bei suizidal Depressiven</i>	159
R.M. BONELLI <i>Das ethische Problem bei der Betreuung von Patienten mit Erbkrankheiten am Beispiel von Chorea Huntington</i>	171
P. AMANN <i>Die Selbstbestimmungsfähigkeit des Suchtkranken</i>	179
DISKUSSIONSBEITRAG	
M. LÜTZ <i>Psychotherapie und Seelsorge – über Grenzen</i>	191
S.O.M.	
<i>Bewertung der Studie: „Impact of High-normal Blood Pressure on the Risk of cardiovascular Disease“</i>	195
NACHRICHTEN	200
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	203
BUCHBESPRECHUNGEN	205
ANKÜNDIGUNG	212

Herausgeber: Prim. Prof. Dr. Johannes BONELLI, Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA
Medieninhaber und Verleger: IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien, Telefon: +43 1 715 35 92, Telefax: +43 1 715 35 92-4
E-Mail: postbox@imabe.org, <http://www.imabe.org>
DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Dr. Notburga AUNER

Redaktion/Nachrichten: Dr. Johannes KÖNIGSEDER, Dr. Antoine SEGUR-CABANAC, Claudia UMSCHADEN

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: IMAGO HOMINIS ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der die aktuellen ethisch-relevanten Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout, Satz, Graphik und Produktion: Claudia UMSCHADEN

Herstellung: Druckerei ROBITSCHKE & Co, Schlossgasse 10-12, A-1050 Wien

Anzeigenkontakt: Claudia UMSCHADEN

Einzelpreis: Inland EUR 10.-, Ausland EUR 12.-,

Jahresabonnement: Inland EUR 35.-, Ausland EUR 40.-, Studentenabo EUR 20.-, Fördererabo EUR 80.-

Abo-Service: Claudia UMSCHADEN

Bankverbindung: CA AG, Kto. Nr. 0955-39888/00

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Verlagspostamt: 1033 Wien, Postgebühr bar bezahlt.

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

Das IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates begutachtet.

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

Gedruckt mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Wien.

Unabhängig, neutral, objektiv und gründlich sind Adjektive, die Naturwissenschaftler gerne in Zusammenhang mit den eigenen Forschungsergebnissen stellen. Die Wissenschaft wähnt sich selbst nach wie vor immun gegenüber Zeitgeisteeinflüssen, obwohl die philosophische Reflexion über die Wertneutralität der Wissenschaften fast immer in der Skepsis landete. Ganz besonders im letzten Jahrhundert unternahm philosophische Empiriker und Positivisten zahlreiche Versuche, Regeln für wertneutrales Denken aufzustellen. Es gelang ihnen aber kein Durchbruch der Objektivität.

Spätestens seit POPPER ist die wissenschaftstheoretische Ansicht unumstritten, dass naturwissenschaftliche Theorien ein System von kohärenten „noch nicht falsifizierten Hypothesen“ sind, die eine plausible Erklärung der Wirklichkeit liefern. Daher stellt sich die Vorgabe der absoluten, objektiven Allgemeingültigkeit in wissenschaftlichen Belangen in die Ecke der Verdächtigkeit. Bescheidenheit und die Fähigkeit zur Eigenkritik sind wünschenswerte Tugenden für einen Wissenschaftler.

Jede wissenschaftliche Untersuchung, jedes Forschungsprojekt, jeder Theoriebildungsversuch setzt vorwissenschaftliche Erkenntnisse aus dem lebensweltlichen Alltag voraus, die meistens auch Wertungen enthalten. Diese sollen gerade durch die naturwissenschaftliche Methode im Zuge der Theoriebildung abgebaut werden. Da aber jede Theorie neben messbaren Variablen auch solche enthält, die nicht oder zumindest noch nicht vollständig quantifizierbar sind, gelingt eine vollständige Bereinigung der Wertungen nicht und die Objektivität muss als ein nicht erreichbares Ideal anerkannt werden.

Auch stellen externe Faktoren ein Hindernis für die Sachlichkeit und Objektivität der wissenschaftlichen Forschung. Die zunehmende Verpolitisierung und Verökonomisierung aller Bereiche der Gesellschaft führt dazu, dass die Forschung in den politischen und ökonomischen Machtkampf hineingezogen wird. Politik und Wirtschaft sehen den technologischen Fortschritt als Machtfaktor und in dem sie die Forschung zu vereinnahmen suchen, stellen sie eine gewaltige Bedrohung ihrer Freiheit dar.

Dies muss heute auch als eine ganz große Herausforderung für die medizinische Wissenschaft angesehen werden. Es ist sehr wichtig, dass der Forscher sich selbst nicht bloß als ein Rädchen im großen Getriebe der politischen oder wirtschaftlichen Maschinerie empfindet. Seine Arbeit steht immer in Beziehung zur Menschheit. Mittelbar leistet er einen Dienst, oder aber er provoziert den Schaden. Damit die wissenschaftliche Arbeit bleibenden, dauerhaften Wert erlangen kann, muss sie dem echten Fortschritt dienen, der sich am Menschen selbst orientiert: an seiner Natur, an seinem Wohlergehen, am Gemeinwohl der Gesellschaft. Von der aufrichtigen, persönlichen Suche nach dem Menschenbild, nach seiner Authentizität, kann kein Wissenschaftler entbunden werden. Bioethik allein hilft da nicht viel, zumal sie häufig eigentlich Biopolitik ist: Mehr-

heitsentscheidungen, „Absegnungen“ durch Ethikkommissionen etc.

Bioethik ist weder Ethikersatz, noch kann sie von der eigenen persönlichen Sittlichkeit getrennt werden. Hier ist die Ethik der ersten Person gefragt: was soll ich tun? Die Tugendethik gibt dazu die passende Antwort: die Kultivierung der Tugenden befreit das in jedem Menschen innewohnende Streben nach dem Guten von den irreleitenden, störenden Innen- und Außeneinflüssen. Sie verleihen dem Wissenschaftler die nötige Standhaftigkeit, die Herausforderung der Sachlichkeit anzupacken. Gleichzeitig ist diese Suche auch der beste Schutz gegen Manipulation durch Fremdinteressen.

In dieser Nummer wird in einigen Beiträgen deutlich, wie die Ideologisierung der Wissenschaft – in diesem Fall der Psychiatrie – Entwicklungen bewirkt hat, und wie sich das Pendel dann in der darauf folgenden Epoche wieder in die Gegenrichtung bewegt hat. Gerade in der Neuropsychiatrie ist die Vorstellung von der menschlichen Natur maßgeblich an der Therapie beteiligt. K. HEINRICH beschreibt in eindrucksvoller Weise die Zeiteinflüsse der letzten Jahrhunderte und die Gefahren der Gegenwart. Im Diskussionsbeitrag ergänzt M. LÜTZ die Sichtweise durch Klarstellungen, die gegenwärtige Strömungen der modernen Psychotherapie betreffen. P. AMANN greift eine andere delikate Frage auf: wie weit reicht die Freiheit und Autonomie im Falle einer Suchterkrankung? R.M. BONELLI schildert anhand der Chorea Huntington – einer schweren neurologischen Erbkrankheit – die zur Betreuung notwendige Arzt-Patient Beziehung.

Die Herausgeber

„Bioethikdebatte in Österreich und Europa“ aus europäischer Sicht

Peter LIESE

Die Debatte um den Import menschlicher embryonaler Stammzellen wurde in Deutschland und Österreich in den letzten Monaten mit großer Intensität geführt. Von den Befürwortern einer weitgehenden Freigabe der Forschung mit menschlichen Embryonen bis hin zum Klonen von menschlichen Embryonen wurde häufig als Argument angeführt, dass man aufgrund der europäischen Entwicklung ohnehin an einer solchen Forschung nicht vorbei komme. Dieses Argument ist bei näherer Betrachtung nicht stichhaltig. Zwar gibt es in Großbritannien eine sehr weitgehende Zulassung und Förderung solcher Forschung, aber Europa ist nicht Großbritannien.

In den meisten anderen Ländern findet eine ähnlich kritische und ähnlich engagierte Debatte wie in Deutschland und Österreich statt. Italien hat gerade ein strenges Gesetz gegen das Klonen von Menschen und zur Regulierung von künstlichen Befruchtungen beschlossen, das sich am deutschen Embryonenschutzgesetz orientiert. In Spanien hat die Regierungsmehrheit vor einigen Wochen einen Antrag auf Förderung von embryonaler Stammzellforschung abgelehnt. In den Niederlanden hat die neue Parlamentsmehrheit ein Gesetz zur Freigabe von Embryonenforschung und therapeutischem Klonen zunächst einmal gestoppt. In Irland ist verbrauchende Embryonenforschung sogar durch die Verfassung verboten. In den meisten europäischen Ländern ist die Meinungsbildung noch nicht abgeschlossen und Befürworter und Gegner diskutieren ebenso energisch miteinander wie in Deutschland und Österreich.

Auch das **Europäische Parlament ist in einigen dieser Fragen gespalten.** Zwar hat eine Mehrheit der Abgeordneten stets die Herstellung von Embryonen allein zu Forschungs-

zwecken, also auch das sogenannte therapeutische Klonen, abgelehnt und Einigkeit besteht auch darin, dass Alternativen zu Embryonenforschung wie z.B. die Forschung mit adulten Stammzellen auf jeden Fall gefördert werden sollen. Gerade die Frage, ob an sogenannten überzähligen Embryonen, die nach künstlicher Befruchtung entstanden sind, geforscht werden darf, ist jedoch heftig umstritten. Dies war auch der Grund dafür, dass der Bericht des nichtständigen Ausschusses Humangenetik im Europäischen Parlament im November letzten Jahres vom Plenum abgelehnt wurde. In dieser wichtigen Frage war im Plenum kein Kompromiss zu erzielen.

Aufgrund der großen Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten, (Vergleich z.B. England auf der einen und Irland auf der anderen Seite) und einer sehr gespaltenen Meinung im Europäischen Parlament ist es meiner Überzeugung nach **sehr unwahrscheinlich, dass es in den nächsten Jahren eine einheitliche gesetzliche Regelung** zum Thema Klonen von menschlichen Embryonen, Forschung an Embryonen und embryonale Stammzellforschung geben wird. Trotzdem müssen im Europäischen Parlament und im Ministerrat Entscheidungen zu dem Thema getroffen werden. Aktuell steht vor allen Dingen die Frage zur Debatte, ob die Forschung an menschlichen Embryonen und embryonalen Stammzellen aus dem Forschungsprogramm der Europäischen Union finanziert werden soll. Hier gibt es **einen unmittelbaren Bezug des Beschlusses des Deutschen Bundestages vom 30.1.2002 und der Debatte im Europäischen Parlament und im Ministerrat.**

Am 30.01.2002 hat der Deutsche Bundestag nach intensiver Debatte eine Entscheidung zum umstrittenen Import von menschlichen embryonalen Stammzellen getroffen. Bisher

war dieser Import im deutschen Embryonenschutzgesetz unregelt und damit ohne jegliche Begrenzung erlaubt. Der Bundestagsbeschluss bedeutet eine Einschränkung, insbesondere sollen nur diejenigen Zellen importiert werden dürfen, die vor einem bestimmten Stichtag hergestellt wurden. Der Bundestag lehnt sich dabei an eine Entscheidung von Präsident Bush in den USA an, der im Sommer vergangenen Jahres beschlossen hat, dass nur 72 bereits existierende embryonale Stammzelllinien mit Hilfe von US-Forschungsgeldern untersucht werden dürfen. Bei diesen existierenden Stammzelllinien handelte es sich nicht, wie oft fälschlicherweise behauptet wird, um die sogenannten überzähligen Embryonen, sondern diese Stammzelllinien sind selbst keine Embryonen mehr. Aus diesen können, nach dem jetzigen Stand der Wissenschaft, keine Babys entstehen.

Trotzdem ist die Bundestagsentscheidung auf heftige Kritik gestoßen, insbesondere die Kirchen sprechen von einem Dambruch. Es ist richtig, dass auch die Forschung an existierenden embryonalen Stammzelllinien ethische Probleme mit sich bringt, da die ethisch nicht akzeptable Tat (die Tötung von Embryonen) im nachhinein gebilligt wird und, da diese Stammzellen nur gegen Geld zu bekommen sind und sogar finanziell belohnt wird. Aus diesem Grund haben sich über 40 % der Abgeordneten im Deutschen Bundestag grundsätzlich gegen den Import gewandt. Dies entspricht auch der Position der Mehrheit der EVP-Abgeordneten (u.a. alle ÖVP- und CDU/CSU-Abgeordneten) im Europäischen Parlament, die sich bei der Entscheidung um die europäische Forschungsförderung zunächst für einen Antrag ausgesprochen haben, der jegliche Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen ausschließt. Allerdings hat in beiden Fällen die Mehrheit anders entschieden. Nun ist es auch für die Minderheit notwendig, sich die beschlossenen Grenzen genau anzusehen und darauf zu achten, dass sie tatsächlich eingehalten werden, und dass nicht ständig neue Grenzverschiebungen stattfinden.

Ein Antrag, der die verbrauchende Embryonenforschung in Deutschland selbst zuzulassen und den Import ohne nennenswerte Beschränkungen erlauben wollte, wurde von über 80 % der Bundestagsabgeordneten abgelehnt. Dies bedeutet, der Deutsche Bundestag ist weiterhin mit überwältigender Mehrheit der Meinung, dass verbrauchende Embryonenforschung weder in Deutschland oder Österreich stattfinden, noch von Deutschland oder Österreich veranlasst werden sollte. Gleichzeitig fordert der Deutsche Bundestag in dem Mehrheitsantrag die Bundesregierung auf, darauf hinzuwirken, dass auch für Forschung aus Mitteln der Europäischen Union die selben Grenzen gelten.

In Österreich hat die Kanzler-Kommission sich mit knapper Mehrheit für ethische Leitlinien ähnlich dem Deutschen Bundestagsbeschluss ausgesprochen. Eine starke Gruppe in der Kommission tritt jedoch für ein totales Verbot der embryonalen Stammzellforschung ein. Die letzte Entscheidung muss durch die Politik fallen. In jedem Fall aber sollte sich auch Österreich dafür einsetzen, dass die europäischen Regeln nicht noch „liberaler“ sind als die deutschen. Im Forschungsrahmenprogramm der Europäischen Union sind 17,5 Milliarden Euro für die europäische Forschungspolitik zur Verfügung gestellt worden. Die erste Priorität hat dabei die Gen- und Biotechnologie. Die Frage, ob und wenn ja, in welchen Grenzen, hier auch Forschung mit menschlichen embryonalen Stammzellen gefördert werden, hat die EU-Institutionen in den letzten Monaten intensiv beschäftigt. Das Europäische Parlament hat nach langer Diskussion in erster Lesung einen Antrag angenommen, der Grenzen festlegt, die strenger sind als diejenigen in Großbritannien, aber weniger streng als die in Deutschland und Österreich, auch nach dem Bundestagsbeschluss. Ein Antrag der EVP-Fraktion, der einen Ausschluss der verbrauchenden Embryonenforschung und eine Beschränkung der Forschung auf existierende embryonale Stammzellen

vorsah, wurde abgelehnt, unter andern auch, weil fast alle Sozialistischen Abgeordneten inklusive der deutschen und österreichischen, für liberalere Regelungen waren.

Der **Ministerrat** hat im Dezember 2001 mit den Stimmen Deutschlands und Österreichs einen gemeinsamen Standpunkt angenommen, der fast keine Grenzen festlegt. Es gibt nur einen unverbindlichen Verweis auf internationale Dokumente. Deutschland und Österreich haben zwar formell versucht, eine strengere Position einzubringen, ihr Engagement ließ dabei aber sehr zu wünschen übrig. Am Freitag vor der entscheidenden Sitzung des Ministerrates, gab es noch keine offizielle Position der deutschen Bundesregierung. Vor der dann am darauffolgenden Montag stattfindenden Sitzung, hat Forschungsministerin BULMAHN bereits erklärt, dass man zwar versuche, die verbrauchende Embryonenforschung aus dem Förderprogramm herauszuhalten, hatte aber bereits öffentlich erklärt, dass dies für Deutschland und Österreich kein Knackpunkt sei und dass auch bei Nichtrespektierung der deutschen Forderung die Zustimmung zum Rahmenprogramm gesichert sei. Dies war sicherlich keine beeindruckende Verhandlungsposition. Entsprechend schwach war auch das Ergebnis. Erreicht wurde lediglich eine rechtlich unverbindliche Erklärung Deutschlands, Österreichs und Italiens, die zum Protokoll hinzugefügt wird, aber keine konkreten Auswirkungen hat.

Leider hat das Europäische Parlament in zweiter Lesung gar keinen Antrag zu den ethischen Grenzen angenommen. Der Grund liegt allein darin, dass der Ministerrat im Vorfeld signalisiert hatte, dass er nicht in der Lage sei, über diesen Punkt zu verhandeln. Mittlerweile ist das Rahmenprogramm angenommen. Das Thema ethische Grenzen der Forschung ist aber im Ministerrat aktueller denn je, da noch die so genannten spezifischen Programme beschlossen werden müssen, ohne die die

EU-Mittel zur Forschungsförderung nicht fließen können.

Nach langem Zögern sind Deutschland und Österreich nun aktiv geworden und haben gemeinsam mit Italien, Portugal und Irland zu Protokoll gegeben, dass die spezifischen Programme nur beschlossen werden können, wenn klare ethische Leitlinien festgelegt werden. Dies gibt der Debatte in Europa eine neue Dimension, denn gegen diese fünf Staaten kann kein spezifisches Programm beschlossen werden, so dass die Forschungsprogramme nicht begonnen werden können, wenn keine Lösung im Sinne dieser Staaten gefunden wird. Es bleibt jedoch abzuwarten, wie energisch und konstruktiv sich **Deutschland und Österreich** in dieser Frage verhalten werden. In der genannten Fünfergruppe ist Deutschland sogar das Land, das die embryonale Stammzellforschung am wenigsten einschränken will, denn im Gegensatz zu Deutschland, das die Forschung an existierenden embryonalen Stammzellen ja unterstützen will, bestehen Italien und Irland auf den völligen Ausschluss der embryonalen Stammzellforschung.

Mittlerweile liegt ein Kompromisspapier der dänischen Regierung vor, die zur Zeit im EU-Ministerrat den Vorsitz innehat. Der Kompromissvorschlag erfüllt weder die Forderungen des deutschen Bundestages noch der österreichischen Kanzlerkommission, bedeutet aber einen Schritt in die richtige Richtung. Das Ergebnis lag bei Redaktionsschluss nicht vor.

Dieses Beispiel zeigt, dass man nicht unbedingt seine ethischen Grenzen aufgeben muss, wenn man für die Europäische Integration ist.

*Dr. Peter LIESE
Mitglied des Europäischen Parlaments
Rue Wiertz, ASP 10 E 153
B - 1047 Brüssel*

Rael-Sekte: Lassen Sie bei uns klonen!

Johannes KÖNIGSEDER

Am 10. Juli 2002 öffnete in Tokio die erste internationale Bio-Expo ihre Pforten. Seriöse und gewichtige Anbieter präsentierten für Labors und Genforschung dem Fachpublikum ihre Produkte. Neben Vertreibern von Reagenzgläsern und Chemieprodukten prangt dem Besucher plötzlich entgegen: Ewiges Leben durch Klontechnologie. Das Plakat weist auf einen sonst unscheinbaren Stand hin, der um ein elektronisches Gerät herum errichtet ist. „Embryonic cell fusion system RMX 2010,“ so die verheißungsvolle Bezeichnung. Aufgerüttelt und nun verunsichert, ob er nicht unversehens in den Bereich einer Esoterikmesse gelang sei, vernimmt der Messebesucher auch schon die eigentliche Botschaft: „Uns ist der Durchbruch gelungen, gerne wollen wir ihnen unsere Klondienste anbieten“ klingt es vom Videoschirm. Brigitte BOISELLIER, Chefchemikerin der Firma Clonaid und führendes Mitglied der Rael-Sekte kommentiert mit entrücktem Lächeln eine Folge von Bildern, auf denen die Fusion einer entkernten Eizelle mit einer menschlichen Spenderzelle zu sehen ist, dann eine Zelle im Blastozystenstadium und abschließend heißt es lapidar: „An diesem Punkt haben wir die Implantation vorgenommen.“

Wer sind die Raelianer? RAEI ist der Name des Sektengründers. Seinen Angaben zufolge war es eine Begegnung mit einem Außerirdischen, die ihn zur Gründung der Sekte bewegte. Vor diesem Ereignis war sein Name Claude VORILLON, er liebte Frauen, Musik und Autos. Mit 27 hatte er einige Autorennen gewonnen, eine Schallplatte aufgenommen und eine Fachzeitschrift „Auto-Pop“ gegründet. Bei jener „Begegnung“ wurde ihm mitgeteilt, dass die Menschen, wie auch alle Pflanzen und Tiere von Außerirdischen in Labors erzeugt worden sind. Ihren Sitz hat die Sekte in einem UFO-artigen

Gebäude in Kanada, etwa eine Autostunde von Montreal entfernt. Sie hat etwa 50.000 Mitglieder und für einen Vortrag lässt der Guru sich 100.000 Dollar bezahlen (vgl. FAZ vom 27. Juli 2001 und www.rael.org). Die Anhänger des RAEI fühlen sich besonders berechtigt, in der Schöpfung mitzuwirken und sehen ihre Aufgabe darin, geklonte Menschen zu erzeugen. Es seien schon Bestellungen eingelangt, für die sie sich, je nach Schwierigkeit, 200.000 bis 500.000 Dollar zahlen lassen.

Am Messestand in Tokio zeigte sich Thomas KAENZIG, der Vizepräsident von Clonaid begeistert für das neue Gerät, das mit seinem kleinen Bildschirm und den vielen Knöpfen eher wie ein Oszilloskop aussieht. Eine wahrhaft revolutionäre Erfindung, ja der entscheidende Schritt zum identen Zwilling, so KAENZIG! Es zeichne sich dadurch aus, dass es einen stabilen elektrischen Impuls für die Zellfusion liefere. Außerdem sei es nur halb so teuer wie das Konkurrenzprodukt. In der Beschreibung klingt es ganz einfach und fast glaubt man, es seien nicht hunderte Eizellen, aufwendige Mikroskope und unzählige fehlgeschlagene Versuche dafür nötig.

Angesprochen auf die bisherigen Erfolge gibt er sich (laut F.A.Z.) eher bedeckt, hunderte menschliche Blastozysten seien erzeugt, einige seien schon in die Gebärmutter implantiert worden. Allerdings rechne er mit 1 bis 2 Jahren bis zur Geburt des ersten Klonbabys. Bis es zu konkreten Ankündigungen komme, müssten noch Tests abgewartet werden. Nicht müde werdend wiederholt er, man wolle sicherstellen, dass es ein gesundes und glückliches Baby wird.

Und wenn es zu Missbildungen käme? So weit werde man es nicht kommen lassen. „Wir sind für Abtreibung“ betont der Guru (FAZ, 27. Juli 2001). „Ein mongoloider Klon kommt nicht

in Frage.“ Den Hinweis auf die vielen Fehlvorgänge und Anomalien bei der Erzeugung des bekannten Schafs Dolly will Clonaid nicht gelten lassen. Der Mensch sei kein Schaf und außerdem werde umfassendes Screening wie Präimplantations- und Pränataldiagnostik angewendet. Den Standort der Labors und die Namen der beteiligten Wissenschaftler will KAENZIG nicht nennen, aus Sicherheitsgründen, wie er betont, und der Mitbewerber im Wettstreit um das erste Klonbaby wegen.

Niemand kann mehr leugnen, dass Klonen von Menschen in greifbare Nähe gerückt ist. Das biotechnische Equipment steht in jedem Fruchtbarkeitslabor zur Verfügung, nach Dolly steht naturwissenschaftlich dem Klonen des Menschen für Reproduktionszwecke nichts mehr im Weg. Indem man die wirklich mageren Erfolgsquote bei Dolly und anderen Säugtieren verbessern will, sammelt man Erfahrung, die man beim Menschen einsetzen möchte. In vielen Fällen sind es die Protagonisten eines Forschungsklonens, manchmal fälschlich als therapeutisches Klonen bezeichnet, die in der Handhabung der dort benötigten menschlichen Embryonen Erfahrung sammeln möchten. Und sind erst Embryonen vorhanden und erhältlich, dann wird wohl eines Tages, ob erlaubt oder nicht, eine Implantation in die Gebärmutter versucht werden.

Die Rael-Sekte steht mit ihren Klonvorhaben nicht allein, die Äußerungen ihrer Mitglieder zeigen erneut, dass Klonen entweder

vollständig oder gar nicht verboten werden kann (siehe auch IH 2/02). Jede Version eines erlaubten Klonens, sei es auch auf Forschung oder sonstige Zwecke beschränkt, wird Implantationen zur Folge haben, sobald Menschenklone erhältlich sind.

In der Diskussion um Freigabe von menschlichen Klonen für spekulative therapeutische Verwendung in ferner Zukunft muss dieser Umstand mit großer Priorität beachtet werden, gerade angesichts des weitreichenden Konsenses, dass Klonierung von Menschen zu Fortpflanzungszwecken unter allen Umständen zu verhindern ist.

In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass die laufenden Initiativen Deutschlands und Frankreichs, eine Ächtung des Klonens von Menschen international durchzusetzen, zwar gut ist, aber nicht ausreichend. Solange die Ablehnung rein auf das reproduktive Klonen beschränkt bleibt, wird durch das therapeutische Klonen die Technik erlernt und verfeinert werden können. Ist diese ausgereift, wird es unweigerlich zur Implantation geklonter Embryonen kommen. Der einzig gangbare Weg ist ein umfassendes Verbot und die Ächtung jeglichen Versuchs, menschliche Klone herzustellen.

Dr. Johannes KÖNIGSEDER, Imabe-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A - 1030 Wien
koenigseder@imabe.org

Welt-AIDS-Kongress in Barcelona

Claudia UMSCHADEN

Insgesamt leben 40 Millionen HIV Infizierte auf der Welt, davon 95% in Entwicklungsländern. Das ist die erschreckende Bilanz der 14. Internationalen AIDS Konferenz, die diesen Sommer in Barcelona stattfand. Im Jahr 2001 starben in den westlichen Staaten 25.000 Menschen an AIDS und 500.000 Personen erhielten Medikamente gegen das HI-Virus. Im starken Kontrast dazu steht das südliche Afrika, wo 2,2 Millionen Menschen jährlich an AIDS sterben, aber nur 25.000 eine Therapie empfangen. Dr. Peter Piot, Direktor des UNAIDS (AIDS-Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen) meint optimistisch, dass eine Therapie praktisch überall auf der ganzen Welt erhältlich sein müsste. „Ich kenne keinen einzigen Ort auf der Welt, wo auf Grund mangelnder Gesundheitsinfrastruktur eine Grundbehandlung für AIDS nicht lieferbar ist. (...) Das ist ein politisches Problem“ [vgl. *NEJM* (2002)8: 553-554].

Erste Schritte für einen verbesserten Zugang sind die Entwicklung effektiver Medikamente und die Reduzierung der Preise. Immer mehr wird erkannt, dass AIDS ein globales Problem ist. Das HI-Virus breitet sich schneller als erwartet in vielen Gebieten, v.a. in Osteuropa, Zentralasien und China aus.

China steht vor dem Ausbruch einer AIDS-Epidemie unvorstellbaren Ausmaßes und könnte bald zu dem Land mit der höchsten HIV-Infektionsrate der Welt werden. Die AIDS-Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen in China [vgl. www.unchina.org/unaid/enews.html] kritisiert in einem Bericht, dass noch nicht einmal die grundlegenden Vorkehrungen gegen ein Ausbreiten der AIDS-Epidemie ergriffen worden seien und fordert schnelles Handeln. Bewusstsein und Kenntnis über AIDS hätten sich in den letzten Jahren kaum verbreitet. Millionen von Chinesen haben das Wort AIDS

noch nie gehört. Jene, die sich infiziert haben, hätten oft nicht einmal Zugang zu den einfachsten Pflege- und Hilfseinrichtungen.

Der Bericht spricht von 850.000 Infizierten in China und schätzt, dass sich im Jahr 2010 bis zu zehn Millionen Chinesen infiziert haben könnten. In China trifft AIDS besonders die Ärmsten. In vielen armen Regionen Chinas verkaufen Bauern ihr Blut, um ihr Einkommen aufzubessern. In einigen Provinzen sind die Bauern Opfer illegaler Plasma-Händler, die dem gespendeten Blut das Plasma entziehen, die restlichen Blutbestandteile dann in Containern zusammensetzen und den Bauern wieder injizieren. Ganze Dörfer sind dadurch mit HIV infiziert.

Bislang waren die größte Risikogruppe in China die Drogenabhängigen, die über gemeinsame Nadelnutzung den Virus weitergaben. Mittlerweile ist auch der Geschlechtsverkehr zu einem wichtigen Übertragungsweg geworden [vgl. *FAZ* 28. Juni 2002].

Auch in Russland haben sich die Neuinfektionen mit dem HI-Virus nahezu verdoppelt. Etwa 80% der Neuinfizierten sind jünger als 29, jeder fünfte ist jünger als 20 Jahre. Die Leiterin der UNICEF-Programme für Russland, Weißrussland und die Ukraine erklärte, AIDS verbreite sich in Russland und der Ukraine schneller als irgendwo sonst auf der Welt. Besonders gefährdet seien mehr als eine Million Kinder und Jugendliche, die in Osteuropa ohne ein Zuhause aufwachsen. Außerdem haben Befragungen ergeben, dass mehr als die Hälfte der Jugendlichen in Osteuropa wenig bzw. gar nicht über AIDS aufgeklärt ist.

Für eine HIV-Infektion sind insbesondere junge Drogensüchtige gefährdet. Fast 1% der osteuropäischen Bevölkerung ist von harten Drogen wie Heroin abhängig. Vor allem unter Teenagern explodiert die AIDS-Seuche. Zudem wird

die Sucht häufig durch Prostitution finanziert und so wird das Virus schnell weiterverbreitet.

Immer häufiger kommen Kinder drogenabhängiger Mütter HIV-infiziert zur Welt. In Russland wurden bis Juni 2002 bereits 3.000 Säuglinge registriert, die mit dem HIV-Virus geboren wurden [vgl. *Presstext*, 22. August 2002].

Im Moment gibt es sieben Länder in Afrika (Botswana, Lesotho, Namibia, Südafrika, Swaziland, Zambia und Zimbabwe), in denen mehr als jeder Fünfte zwischen 15 und 49 Jahren mit HIV infiziert ist, in weiteren sechs afrikanischen Ländern ist jeder Zehnte an AIDS erkrankt. Im Jahr 2010 wird die Lebenserwartung in manchen Ländern des südlichen Afrika auf 30 Jahre fallen (ähnlich der Lebenserwartung im 19. Jahrhundert!). Ohne AIDS wäre in Botswana die Lebenserwartung 74 Jahre, doch mit der AIDS-Epidemie muss man mit einer Lebenserwartung von 27 Jahren rechnen.

Die Internationale AIDS Konferenz vereinigt Verantwortungsträger verschiedener Gruppierungen: Wissenschaftler, praktische Ärzte, Politiker und Journalisten. Während die Wissenschaftler ihre neuen Erkenntnisse präsentieren, verwenden Politiker die Konferenz als Plattform, um für schnellere und gemeinsame Tätigkeiten zu mobilisieren. Insgesamt wären 10 Milliarden Dollar erforderlich, um die Epidemie in den Griff zu bekommen, so Piot. Im Moment stehen 2,8 Milliarden Dollar von Regierungen, verschiedensten Fonds und der Wirtschaft zur Verfügung. Zurzeit kosten die Arzneimittel zur Bekämpfung von AIDS 350 Dollar pro Person und Jahr. Gäbe es die Möglichkeit, die Preise auf 100 Dollar zu reduzieren, wären die Behandlungen in mehreren Ländern erschwinglich und auch die Spenden hätten einen größeren Wirkungsradius [vgl. *NEJM* (2002)8: 553-554].

Eine interessante Alternative zur Aidsbekämpfung bringt jüngst eine Studie der Harvard Universität [vgl. www.harvard.edu]. So ist Uganda auf dem besten Weg, AIDS durch auf Enthaltbarkeit und Treue beruhende Pro-

gramme auszumerzen. Die HIV-Infektionsrate ist in den Jahren 1992-2000 um 50% gefallen. Die Kampagne begann in den späten 80igern. Damals war die Rate der HIV infizierten Schwangeren bei 21,2%. Im Jahr 2001 waren es nur noch 6,2%. Auch bei den Jugendlichen gab es Veränderungen: hatten 1989 18,4% der jugendlichen Mädchen im Alter von über 15 Jahren sexuellen Kontakt, so waren es im Jahr 2000 nur noch 2,5% [vgl. *Culture and Family Report* 17.07.2002].

Uganda ist das einzige Land, das seinen Schwerpunkt bei der Bekämpfung von AIDS auf Enthaltbarkeit setzt. In anderen Ländern mit hoher HIV-Infektionsrate (sowie in Botswana oder Zimbabwe) werden Kondome ausgeteilt, um die AIDS Epidemie in Griff zu bekommen. Zum Vergleich: letztes Jahr waren in Botswana 38% der schwangeren Frauen HIV positiv, in Uganda waren es nur 6,2%. Enthaltbarkeit und Treue als eine mögliche Verhinderungsstrategie bei AIDS wird aber noch von vielen Institutionen trotz Beweise zurückgewiesen. So meint Paolo Teiteria, Direktor des brasilianischen AIDS Programms, dass Millionen von jungen Menschen sexuelle Beziehungen eingehen und es nicht möglich wäre, mit Ihnen über Enthaltbarkeit zu sprechen. So glaubt man, dass Werbekampagnen für Kondome und „safer Sex“ die richtige Antwort für das Beenden der Ausbreitung von AIDS wären. Hingegen gibt es immer wieder Personen, wie z.B. Mark SOUDER vom U.S. Komitee für Politische Reformen, die überzeugt sind, dass nur Monogamie, Enthaltbarkeit, das Ermutigen zur Ehe und Warnungen vor Gelegenheitssex die einzige wirkliche Alternative sind, um die Ausbreitung von AIDS zu stoppen, wie es am Beispiel von Uganda ersichtlich ist.

Claudia UMSCHADEN, Imabe-Institut
Landstraßer Hauptstr. 4/13
A - 1030 Wien
lapka@imabe.org

SCHWERPUNKT

Zur Ethik der Arzt-Patient-Beziehung bei suizidalen Depressiven

Kurt HEINRICH

Zusammenfassung

Anhand der historischen Entwicklung der Psychiatrie im Zeitalter der Aufklärung, im Nationalsozialismus und in der Epoche der Studentenbewegung seit 1968 wird dargestellt, dass dieses medizinische Fach immer schon durch den Zeitgeist maßgeblich beeinflusst wurde. Die Behandlung der psychisch Kranken nach Regeln der Vernunft, nach rassenideologischen Gesichtspunkten bzw. gemäß dem Axiom von der menschlichen Autonomie entspricht zeitgeist-typischen herrschenden Lehren. Die Ablehnung des ärztlichen Paternalismus ist gegenwärtig in den westlichen Industriestaaten verbreitet, die Selbstbestimmung des Patienten soll unter allen Umständen gestärkt werden. Diese Bestrebungen führen dazu, dass bei schwer Depressiven der Wunsch nach Selbsttötung unter bestimmten Umständen als Ausdruck menschlicher Autonomie verstanden und dem Arzt das Recht eingeräumt wird, seinem Patienten beim Suizid Hilfe zu leisten. Dabei wird verkannt, dass der psychopathologische Zustand des Suizidenten in den meisten Fällen die freie Willensbestimmung ausschließt und dass der Arzt im Falle der Bestätigung der Suizidabsichten in Gefahr gerät, einen „negativen Paternalismus“ zu verwirklichen. Die Anerkennung der ärztlichen Pflicht zur therapeutischen Hilfe bei depressiven Suizidenten schließt nicht die Anerkennung von seltenen Situationen aus, in denen ein Behandlungsversuch unangemessen erscheint. Die Beispiele von Egon FRIEDEL und Jochen KLEPPER sind in diesem Sinne anzuführen. Im Gegensatz zu den widersprüchlichen Erörterungen in der Rechtswissenschaft muss die ärztliche Haltung nach wie vor durch die Beachtung der Pflicht zur Erhaltung des Lebens bestimmt sein. Ethik in der Psychiatrie bedeutet immer noch die Anerkennung transzendentaler Auffassungen in bezug auf die „Heiligkeit“ menschlichen Lebens. Die gegenwärtig verbreitete Diskursethik kann den Anforderungen an den notwendigen Schutz des menschlichen Lebens nicht genügen. Der Arzt gibt seine ärztliche Integrität auf, wenn er sich zum Todbringer machen lässt.

Schlüsselwörter: Suizid, Depression, Psychiatrie

Abstract

Psychiatry always was influenced by the dominating characteristics of the epoch („Zeitgeist“). This is demonstrated by describing the historical evolution of psychiatry in the century of illumination, in the era of National Socialism and during the revolutionary students movement in the western countries. Treatment of the mentally ill then was orientated to the rules of reason, to racism and to human autonomy. Physician's paternalism is repudiated now, the patient's selfdetermination is stressed. Under certain circumstances the intention of the depressive patient to kill himself is misunderstood as expression of personal autonomy.

In these cases a right of the physician is postulated to assist the patient in his suicide. The assumption is wrong that the suicidal depressive is able to act as an autonomic individual. His psychopathological condition makes free deliberation and independent action impossible. If the physician does not realize this incapacity he is in danger to perform „negative paternalism“ towards the suicidal patient. On the other hand the psychiatrist has to acknowledge that there are very rare cases, where trials of antisuicidal therapy must fail. As examples the fates of Egon FRIEDEL and Jochen KLEPPER are mentioned. The opinion is expressed that the medical profession has the duty to protect life for transcendental reasons. The „holiness of life“ is still obliging. Physicians loose their professional integrity when they become functionaries of death.

Keywords: Suicide, depression, psychiatry

Anschrift des Autors: Prof.Dr.Kurt HEINRICH, em. Direktor der Psychiatrischen Klinik der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Bergische Landstraße 2, D - 40629 Düsseldorf

Zeitgeisteinflüsse auf die Psychiatrie

Die Psychiatrie ist eine medizinische Disziplin, die in ganz besonderer Weise von den Tendenzen des Zeitgeistes abhängt.¹ So brachte die grundlegende Änderung der gesellschaftlichen Verhältnisse unter den libertären und egalitären Einflüssen der Französischen Revolution die mythisch überhöhte Befreiung der psychisch Kranken in der Bicêtre in Paris durch PINEL mit sich, wobei die Entfernung der Ketten allerdings nicht zu einer Humanisierung der Zustände in den Anstalten für Geisteskranke führte. Im Zeitalter der Aufklärung wurde die Psychiatrie nicht so sehr aufgrund eigener Anstrengungen zur selbständigen Wissenschaft, sie verselbständigte sich als solche unter dem gesellschaftlichen revolutionären Druck.² Die psychiatrischen Leitideen wurden durch die zeitgenössische Philosophie bestimmt, nach der dem Menschen der Ausgang aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit³ gezeigt werden sollte. Nach SCHRENK⁴ wollte die Pädagogik des 18. Jahrhunderts mit Hilfe ihrer Methoden die Ideen der aufgeklärten Philanthropie bei Kindern, Sträflingen und Irren verwirklichen. Im Widerspruch zu heutigen humanitären Axiomen hatte dies allerdings zur Folge, dass die Geisteskranken rigoros vernünftigen Ordnungsprinzipien unterworfen wurden. Die propagierte Herrschaft der Vernunft ließ ihre unregelmäßige Existenz nicht zu, sie wurden in Zucht- und Tollhäusern, in Hospitälern und Anstalten zusammengefasst und mit gutem Gewissen einem strikten, auch auf Strafen nicht verzichtenden Regime unterworfen. So konnte es an nicht wenigen Orten im aufgeklärten Europa zu quälenden Freiheitsberaubungen, unmenschlicher Unterbringung und menschenunwürdiger Misshandlung kommen. Selbst Georg Christoph LICHTENBERG⁵ schien die Feststellung nicht falsch zu sein, dass Stockschläge bei Narren oft mehr als andere Mittel helfen und sie nötigen, sich wieder der Welt anzuschließen, aus der die Schläge kommen. Die Epoche der Aufklärung lässt exemplarisch erkennen, dass unmensch-

lich erscheinende Praktiken in der Psychiatrie in dem Bewusstsein angewandt werden, vernünftiger Menschlichkeit einen Dienst zu erweisen. SCHIPPERGES⁶ führt als aufklärerischen Reformator Johann Peter FRANK (1745-1821) an, dessen autoritative und oft despotische Humanität den Zwang nicht verschmähte.

Die unreflektierte Dominanz rationaler Gesichtspunkte bei der Behandlung von psychisch Kranken ist auch in neueren Epochen der Psychiatriegeschichte zu beobachten. Der unmenschliche Höhepunkt solcher Entwicklungen in der Zeit des nationalsozialistischen Regimes ist häufig beschrieben worden. EHRHARDT hat in seiner Monographie über Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens⁷ darauf hingewiesen, dass die sozialdarwinistisch und rassenideologisch begründete Vernichtung keine „nazistische Erfindung“ gewesen sei. Das NS-Regime habe ein nur in Ansätzen und Umrissen vorgefundenes Konzept in seinem Sinne ausgebaut und erweitert, sei dann jedoch nicht bei der Theorie stehen geblieben, sondern habe dieses Konzept mit einer Gründlichkeit und in einem Umfang praktiziert, die in der neueren Geschichte der zivilisierten Welt erstmalig und einmalig gewesen seien. Auch hier spielten pervertierte Vernunftgründe eine wichtige Rolle, der nationalsozialistische Rassenwahn sollte eine Verbesserung des völkischen Erbgutes durch „Ausmerze“ bewirken, ein weiteres Kalkül versprach sich ökonomische Vorteile von der Elimination unproduktiver „Minderwertiger“.

Zeitgeistbedingte Einflüsse ganz anderer Art wurden zur Zeit der Studentenrevolte zwischen 1967 und 1975 deutlich. NOELLE-NEUMANN⁸ stellte seit 1967 Veränderungen im Wertesystem fest, die sich vor allem in einem Abbau der Hochschätzung sog. bürgerlicher Tugenden äußerten. Sekundärtugenden wie Höflichkeit, gutes Benehmen, Sorgfalt bei der Arbeit, Sparsamkeit und Ordnungsliebe wurden vor allem von jüngeren Menschen wesentlich weniger häufig als verpflichtende Werthaltungen angesehen. Die studentischen

Revolutionäre bedienten sich einer provozierenden marxistischen Phraseologie, hinter der jedoch nicht so sehr die ernsthafte Absicht zum Aufbau einer sozialistischen Gesellschaftsordnung als die spielerische Irritation der Eltern-generation und der gesellschaftlichen Autoritäten stand. Die sich linksradikal gebende Ideologie der Revolte war nach GROSSARTH-MATICEK⁹ durch Elemente des bürgerlichen Liberalismus, durch Züge des Surrealismus und durch einen im Grunde dürren Kathedersozialismus gekennzeichnet. Die Unvollkommenheit der realen Situation wurde am Optimum der Utopie gemessen. Der damit verbundene moralische Rigorismus diente vorwiegend der Selbstüberhebung und der Verurteilung Andersdenkender. Die Arbeiterschaft hat sich für die revolutionären Bestrebungen der Studenten nicht gewinnen lassen, sie durchschaute den im Grunde bürgerlich-romantischen Kern des Aufbruchs einer narzisstisch „die Verhältnisse zum Tanzen“ bringen wollenden intellektuellen Jugend. Der Bemerkung GROSSARTH-MATICEKS, dass das permanente Bedürfnis der antiautoritären Studenten nach exemplarischen öffentlichen Konflikten eher auf gruppentherapeutische Bedürfnisse als auf eine sozialistische Politik mit Weitblick schließen lasse, ist zuzustimmen.

Schon vor dem Beginn der Studentenbewegung waren Reformbemühungen seitens der Ärzteschaft und der Psychiatrie erkennbar gewesen, sie hatten jedoch keinen Widerhall gefunden. Mit der Studentenrevolte und der damit verbundenen Idee der Emanzipation ging eine gesellschaftliche Öffnung gegenüber den Problemen der psychisch Kranken und der Psychiatrie einher. Medien, Parlamente, Gemeinden und Verwaltungen mussten erstaunt, häufig auch verstört, zur Kenntnis nehmen, dass es die diskriminierte Minderheit der psychisch Kranken und geistig Behinderten gab, die unter menschenunwürdigen Bedingungen lebte. Es ist schwierig, im Nachhinein zu entscheiden, ob der studentische Protest eine kausale Rolle bei der etwa gleich-

zeitig mit ihm einsetzenden Psychiatriereform spielte oder ob es sich nur um eine zeitliche Koinzidenz vor dem Hintergrund umfassender gesellschaftlicher Entwicklungen gehandelt hat. Ursächlich viel bedeutender war für Deutschland die Psychiatrie-Enquête, die ihren Bericht 1975 dem Deutschen Bundestag vorlegte. Die Lust am Chaos und der spielerische, dabei durchaus allerdings auch gewaltsame Unernst der Revolte machen es unwahrscheinlich, dass diese eine positive Veränderung auf Dauer hätte bewirken können. In den psychiatrischen Kliniken richteten die 68er kontraproduktive Unordnung an, die die Situation der Patienten verschlechterte.¹⁰

Wichtig war jedoch, dass in den sechziger und siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts das Prinzip der menschlichen Autonomie für psychisch Kranke zunehmend relevant wurde. Es spielt auch beim Thema der Euthanasie bzw. ärztlichen Unterstützung von Suizidabsichten eine wichtige Rolle.

Gesellschaftliche Umwälzungen verlaufen allerdings nicht widerspruchlos, die Propagierung von Freiheit und Vernunft in der Aufklärung führte durchaus auch zu inhumanen Behandlungsweisen von Geisteskranken, der emanzipatorische Aufbruch der 68er führte bei aller Betonung der bürgerlichen Autonomie der Psychiatriepatienten zu schlimmen Fehlentwicklungen wie dem Heidelberger sozialistischen Patientenkollektiv oder den Auswüchsen der italienischen Psychiatriereform. Es zeigte sich, dass eine „reine Lehre“ im Rahmen einer alle gesellschaftlichen Phänomene mit letzter Autorität erklärenden Ideologie zu unmenschlichen Entwicklungen führt.¹¹

Autonomie und Paternalismus

Die im Kampf gegen den ärztlichen Paternalismus angestrebte autonome Selbstbestimmung des Kranken kann zu widersinnigen, im eigentlichen Sinne inhumanen Praktiken in Form von aktiver Euthanasie und tätiger ärzt-

licher Mithilfe beim Suizid führen. Das eifrige Bemühen um die Sicherung der Rechte des Patienten im asymmetrischen Verhältnis zum Arzt hat zu einer forcierten Verrechtlichung der Beziehungen von Patient und Arzt geführt, die den Entscheidungsraum des ersteren gegen den als übermächtig gedachten Arzt erweitern soll. Auch wenn eine infantile Rolle des Kranken gegenüber seinem Arzt mit guten Gründen als nicht angemessen anzusehen ist, so ist die gleichsam mitleidlose Verfolgung der Autonomisierung durch die Justiz in den westlichen Industriestaaten potenziell kontraproduktiv, weil sie zur Verringerung des Schutzes des krankheitsbedingt häufig eben doch nicht zur vollen Selbstbestimmung Fähigen führen kann. Der Aufbau eines Schutzwalls gegen die befürchtete Expansion ärztlicher Befugnisse kann zur Folge haben, dass der Arzt sich seinerseits dahinter verschanzt und zum Schaden des Kranken eine für ihn selbst risikoarme Defensivmedizin betreibt.

Mit dem Stichwort des ärztlichen Paternalismus ist entsprechend modernen Kommunikationstheorien ein gut handhabbarer Kampfbegriff formuliert worden, der die im Sinne progressiver Modernität zu bekämpfende Haltung eindrücklich umreißt. Kein Psychiater – und auch kein sonstiger Arzt – würde heute die 1961 von SCHÖLLGEN vertretene Anschauung gutheißen, dass die ärztliche Autorität nicht nur auf intellektuell fassbaren Prämissen ruhe, sondern dass diese Autorität die Vital-schichten des Patienten binde und diesen irgendwie hörig mache – zu seinem eigenen Heil und Nutzen. Die Regression des Patienten, die diesen infantil und anlehnsbedürftig werden lässt, wird als eine Weisheit der Natur gedeutet, die Urbeziehung von Arzt und Patient möglichst eng werden zu lassen. Solche Sätze können nicht mehr auf Zustimmung rechnen. Auch die Empfehlung von HARE¹², dem Prinzip des Paternalismus eine dominierende Rolle in der psychiatrischen Ethik zu geben, wird mit guten Gründen abgelehnt.¹³ Einen realistischen Standpunkt nimmt LUNGERS-

HAUSEN¹⁴ ein. Unter bestimmten Bedingungen (ärztliche Verhinderung einer Suizidhandlung z.B.) sei die ethische Rechtfertigung paternalistischen Verhaltens gegeben. Diese Auffassung ist der Lehre von der unbeschränkten Autonomie des psychisch Kranken vorzuziehen, der mit der juristischen und ärztlichen Zuweisung voller Selbstverantwortlichkeit überfordert werden kann. Es muss als unangemessene Analogisierung bezeichnet werden, wenn nach gewissen juristischen Auffassungen das Recht auf Leben auch das Recht auf Sterben beinhaltet. LUNGERSHAUSEN bestreitet zu Recht den Sieg der freien Selbstbestimmung des Menschen über die Situation im Suizid. Er sieht in der Selbsttötung den Sieg der Situation über den in ihr Gefangenen. Er zitiert eine Bemerkung SCHOPENHAUERS, in der dieser feststellt, dass es „niemals das Leben ist, das verneint wird, sondern die Umstände, unter denen es gelebt werden soll.“

Die Befürworter von aktiver Euthanasie und ärztlich unterstütztem Suizid übersehen, dass die als Menschenrecht postulierte Selbstbestimmung durch psychische Störungen aufgehoben oder beeinträchtigt sein kann und dass der Psychiater aus vergleichbaren Gründen gegen die Suizidabsicht seines Patienten handeln darf und muss, wie er eine zwangsweise Unterbringung eines Kranken nach den entsprechenden Gesetzen zu veranlassen hat.¹⁵ Die Absolutsetzung der Autonomie ist falsch und muss zur Schutzlosigkeit von Kranken und zum gesellschaftlichen Chaos führen. Es ist eigentümlich, dass in den hochentwickelten Industriestaaten eine Fülle von freiheitseinschränkenden Gesetzen und Vorschriften auf so gut wie allen Lebensgebieten klaglos hingenommen wird, während lautstarke Gruppen die Befreiung vom Lebensschutz mit großem öffentlichen Widerhall fordern können. Die angestrebte Erweiterung der menschlichen Autonomie wird widersinnig, wenn der Kranke bzw. Depressive sich mit ärztlicher Hilfe töten soll, während durchaus noch Aussicht auf Erfolg einer antidepressiven Thera-

pie besteht. Der in der Literatur häufig zitierte Fall der 50jährigen holländischen Sozialarbeiterin, deren Psychiater ihr Medikamente zur Selbsttötung gegeben hatte, ist geeignet, dies zu illustrieren. Die Patientin litt an einer schweren Depression, sie hatte einen Sohn durch Suizid und einen zweiten durch eine Tumorerkrankung verloren. Sie drohte dem Psychiater sich auf gewalttätige Weise das Leben zu nehmen, wenn er ihr nicht helfe, sich umzubringen. Der Psychiater half ihr bei der Selbsttötung und wurde vom Gericht freigesprochen, weil er sich in einem Notstand befunden habe. Der Beurteilung dieses Falles durch Cécile ERNST¹⁶ ist zuzustimmen, dass Depressionen in der Regel nicht unheilbar sind und dass eine intensive Therapie auch dieser Kranken nicht aussichtslos gewesen wäre. ERNST zitiert Untersuchungen an Tumorkranken, nach denen in etwa 25 Prozent der Fälle zumindest mittelschwere Depressionen bestehen, die grundsätzlich einer antidepressiven Behandlung zugänglich sind. Präsuizidale Risikofaktoren sind eine ungenügende palliative Therapie und die Entlassung aus der Betreuung durch das (hier schwedische) Gesundheitssystem.

Todeswünsche von Depressiven können auch durch entsprechende Insinuationen der Umwelt (Familienangehörige, Medienverlautbarungen, ökonomische Erwägungen) verstärkt werden. Es kann quasimoralischer Druck auf Kranke ausgeübt werden, ihre Krankheit sei teuer und belaste die Umgebung. Suizid kann dann als obligatorische Handlung erscheinen, die der Kranke Familie und Gesellschaft schuldet. Gelegentlich entsteht der Eindruck, dass bei scheinbar sachlichen Feststellungen in der Öffentlichkeit über die demographische Entwicklung mit der Zunahme der Alten das Bedauern mitschwingt, dass man diese Entwicklung nicht verhindern kann. Dabei fällt auf, dass diese Sorgen von jüngeren Leuten geäußert werden, die durch ihr eigenes limitiert reproduktives Verhalten zur Verformung der Bevölkerungspyramide beitragen. Die Single-

Ideologie gilt als schick, das Sozialprestige der Alten ist gering. Die monströsen „Ausmerze“-Aktionen der Nationalsozialisten gegen „unnütze Esser“ verhindern erstaunlicherweise das Umsichgreifen der Billigung der aktiven Euthanasie und des ärztlich unterstützten Suizids nicht. Selbst Befürwortern müsste es unheimlich werden, wenn sie zur Kenntnis nehmen müssen, dass die Zahl der jährlichen Anfragen nach assistiertem Suizid bei holländischen Psychiatern 320 beträgt und dass 64 Prozent (von 552) befragten Psychiatern ärztlich assistierten Suizid aufgrund psychischer Erkrankungen für akzeptabel halten.¹⁷ Diese Gegebenheiten entsprechen einem negativen ärztlichen Paternalismus, ohne affirmative Haltung des Arztes angesichts der Suizidalität des Patienten ist der „Erfolg“ der unterstützten Selbsttötung ja nicht denkbar. Der ärztliche Einfluss muss als erheblich, wenn nicht als entscheidend angesehen werden.

Psychopathologie der Suizidalität

Als praktisch gut brauchbar hat sich das von MITTERAUER¹⁸ beschriebene suizidale Achsen-syndrom erwiesen, das aus offener oder versteckter Suizidalität, aus der Diagnose eines endomorph-zyklothymen, endomorph-schizophrenen oder/und eines organischen Achsen-syndroms sowie einer suizidpositiven Familienanamnese besteht. Es ist leicht erkennbar, dass in dieser Zusammenstellung pathologische Faktoren überwiegen, die eine freie Willensbestimmung ausschließen oder zumindest einschränken. Den selbstbestimmten Bilanz-selbstmord bezeichnet PÖLDINGER¹⁹ mit Recht als selten.

Erwin RINGELS²⁰ einprägsame Beschreibung des präsuizidalen Syndroms mit den Elementen der Einengung, der gehemmten und gegen die eigene Person gerichteten Aggression sowie der Selbstmordphantasien beruht ebenfalls auf der Annahme, dass in solchen Fällen ein abnormer bzw. krankhafter psychischer

Zustand zur Suizidabsicht führt. Er räumt realistischere Weise ein, dass unerträgliche Außenfaktoren auch Menschen, die an und für sich nicht selbstmordgefährdet wären, in den Suizid treiben können. Jeder Selbstmord entsteht im Zusammenwirken innerer und äußerer Faktoren. Es gibt Suizidhandlungen in Situationen, in denen auch der Psychiater nicht so sehr psychopathologische Faktoren als wirksam erkennen kann als eine Ausweglosigkeit hinsichtlich der Fortsetzung des Lebens, die auf äußere Umstände zurückzuführen ist. RINGEL zitiert den Bericht von Walther SCHNEIDER²¹ über die Selbsttötung von Egon FRIEDEL, in dem eine Verzweigung deutlich wird, die psychiatrischen Therapieanstrengungen unzugänglich erscheinen muss. In einem derartigen außergewöhnlichen Fall sind die Umstände tatsächlich stärker als alle denkbaren ärztlichen Korrekturversuche. FRIEDEL sprang aus dem Fenster seiner Wohnung im vierten Stock auf die Straße, als ein SA-Kommando ihn verhaften wollte. Er fürchtete die Einlieferung in ein Konzentrationslager mit allen sich daraus ergebenden mörderischen Konsequenzen. Ähnlich verhielt es sich mit der Selbsttötung Jochen KLEPPERS²², der als „Arier“ und Christ sich während des Zweiten Weltkrieges zu seiner jüdischen Ehefrau und seiner jüdischen Stieftochter bekannte. Gerade auch der Psychiater wird die Tagebucheinträge KLEPPERS in den letzten Tagen seines Lebens mit tiefer innerer Bewegung lesen und aus ihnen Folgerungen für seine Einstellung zu dieser Art von Selbsttötung ableiten können. Nachdem alle Versuche, eine Ausreiseerlaubnis für seine Frau und die Tochter zu erreichen, gescheitert waren, nahm sich die Familie am 10. Dezember 1942 das Leben. KLEPPER starb als tief gläubiger Christ, nachdem er nach Erschöpfung aller Hilfsmöglichkeiten die Ausweglosigkeit der Situation für ihn und seine Familie erkennen musste. Reinhold SCHNEIDER schrieb in einem Nachwort zu dem veröffentlichten Tagebuch KLEPPERS 1956: „KLEPPER hat die Seinen an der Hand genommen, als es kein Recht und kei-

nen Schutz mehr gab, und ist mit ihnen vor den Richter, den schrecklichen Vater, geeilt, sich schuldig wissend und doch unergründlicher Gnade gewiss. Gerade dieser Tod ist, von ihm her gesehen, zu einem Glaubenszeugnis und einem Zeichen der Treue geworden... Er war an eine Stelle genötigt worden, von der niemand zurückkehrt – und also können die Lebenden nicht urteilen über die Entscheidung, die er dort vollzog.“

Solche schrecklichen Ausweglosigkeiten, in denen der Psychiater seine Nichtzuständigkeit anerkennen muss, sind nicht die Regel bei der Beurteilung depressiver suizidaler Zustände. Für diese erlauben die modernen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV nur etikettierende Kennzeichnungen. Diagnostische Zuordnungen erfolgen anhand der Summation von Symptomen, deren Ätiologie nicht berücksichtigt wird. Ihre Psychodynamik bleibt unberücksichtigt, wodurch zwar Beurteilungsunschärfen vermieden werden können, jeder nähere Zugang zu der anthropologischen Verfassung des Depressiven unterbleibt jedoch. Gerade die Erörterung eines Themas, wie es die suizidale Verzweigung von depressiven Menschen ist, zeigt, dass die intendierte weltweite Anwendbarkeit von psychopathologischen Klassifikationssystemen einen hohen Preis hat. Inzwischen sind viele Psychiater der Auffassung, dass der Preis tatsächlich zu hoch ist und dass er einen Verlust an psychiatrischem Verständnis für menschliche Befindlichkeiten mit sich bringt. SCOBEL²³ hat die Auffassung vertreten, dass das Krankheitskonzept der Depression als reine Abstraktion verstanden werden müsse. Es existiere weder als einheitliche, genau definierbare Krankheit, noch lasse sich eine einheitliche, kongruente Gruppe von depressiven Menschen festmachen. Jede Kategorisierung von depressiven Erscheinungen enthält danach immer auch die subjektive Einschätzung und die Beurteilung des Untersuchers. Die Diagnostik depressiver Phänomene und ihre psychiatrische Erklärung müssten deshalb

zwangsläufig umstritten und zum Teil widersprüchlich sein. Depression sei ein eher verwischener Oberbegriff für verschiedenste Zustandsbilder.

Dies ist zwar richtig, trotzdem ist eine Differenzierung depressiver Syndrome nach ätiologischen Gesichtspunkten nicht nutzlos, da die Behandlung eines präsuizidalen Symptomenkomplexes je nach Verursachung schwerpunktmäßig verschieden sein kann. Eine früher endogen genannte Depression mit Suizidalität wird vor allem eine stationäre klinische Therapie mit Antidepressiva erforderlich machen, eine reaktive Depression nach einem Verlusterlebnis wird in erster Linie eine Psychotherapie angezeigt sein lassen.

Versucht man das Kernsyndrom der schweren („majoren“) Depression unabhängig von soziokulturellen Überformungen zu erfassen, so ergibt sich eine menschliche Befindlichkeit, die als Herabgestimmtheit bezeichnet werden kann.²⁴ In Anlehnung an den Sprachgebrauch der Verhaltensphysiologie können die menschlichen Handelns- und Erlebensbereitschaften als Formen der Umweltkommunikation mit dem Terminus Gestimmtheit bezeichnet werden. Die depressive Herabgestimmtheit ist in diesem Sinne identisch mit einer Verminderung der Aktionsfähigkeit und aktiven Erlebensfähigkeit. Die rein seelische Traurigkeit als besondere Form der Stimmung impliziert die Frage, wie ein Mensch verstimmt ist, angesichts melancholischer Herabgestimmtheit im Sinne der verminderten Handelns- und Erlebensbereitschaft ist zu fragen, wozu ein Kranker noch oder schon nicht mehr gestimmt ist. Die Herabgestimmtheit kann so intensiv sein, dass Suizidhandlungen bei bestehender Suizidabsicht erschwert oder verhindert werden. Sie liefert die dynamischen Voraussetzungen für das melancholische Erleben müssen des eigenen Befindens und der Zuständigkeit der Welt. Die eigene Unversehrtheit kann nicht mehr gedacht und erlebt werden, sie bleibt als Ziel der Selbstverwirklichung unerreichbar. Die Welt wird unbewältigbar. Dar-

aus erwachsen Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung als Verstimmungsqualitäten mit der Selbsttötung als vermeintlichem letztem Ausweg. Bei einem bisher Handlungsunfähigen kann raptusartig ein bis dahin kompensierter Suizidtrieb in eine Selbsttötungshandlung umgesetzt werden, wobei vorherige Selbstmordandrohungen trotz ihres manchmal theatralisch-appellativen Charakters in jedem Falle ernstgenommen werden müssen.²⁵

Ärztliche Selbsttötungshilfe

Die Psychiater werden die in den letzten Jahren von den verschiedensten Seiten in westlichen Ländern an sie gestellten Forderungen nach ärztlicher Mithilfe bei Suizidhandlungen abzulehnen haben. Die Propagandisten des ärztlich unterstützten Suizids (physician assisted suicide: PAS) geben sich nicht ausreichend Rechenschaft darüber, dass sich die Position des Arztes in der Gesellschaft zwangsläufig ändern wird, wenn er nicht mehr als Anwalt des Lebens, sondern als Todbringer angesehen wird. Kennzeichnend für die Änderung des Zeitgeistes ist die Tatsache, dass der erfahrene Kliniker KRANZ in seinem 1970 erschienenen Buch „Depressionen. Ein Leitfaden für die Praxis“ die Probleme des ärztlich assistierten Suizids bzw. der aktiven Euthanasie von Depressiven nicht einmal erwähnt. Ein Psychiater, der den Nationalsozialismus abgelehnt hatte und deshalb erhebliche berufliche Beeinträchtigungen erfuhr, konnte sich 25 Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges offenbar nicht vorstellen, dass derartige Themen für die Psychiatrie wieder relevant werden könnten. Die Psychiatrie hatte mit dem Zusammenbruch des nationalsozialistischen Regimes eine Phase ihrer Gefährdung und Gefährlichkeit²⁶ hinter sich gebracht, die Morde an psychisch Kranken und geistig Behinderten waren in intensiver Erinnerung. Es war nicht vorherzusehen, dass mit der offensiven Verkündung des Emanzipati-

onsideals eine neue Epoche der selektiven Tötung von Menschen durch Psychiater heraufziehen würde. Zweifellos hat die seit den späten sechziger Jahren eingetretene Psychiatriereform mit der Vermehrung von Freiheit und Selbstbestimmung psychisch Kranker einerseits zur Humanisierung beigetragen, die Kehrseite dieser Bestrebungen ist jedoch andererseits die Erfahrung, dass Psychiatriepatienten in eine falsche Autonomie hineingestoßen werden, die sie ohne Schutz vor eigenen selbstzerstörerischen Antrieben lassen kann. Auch wenn man die Figur des alles bestimmenden „großen Arztes“ als Verkörperung eines unerlaubten Paternalismus ablehnt, so zwingen die praktischen Lebensverhältnisse den Arzt nicht selten, eine der reinen Lehre von der unbedingten Selbstbestimmung widersprechende Haltung einzunehmen. Der Philosoph H.-M. SASS hat 1991 die These vertreten, dass der Paternalismus zwar nicht als ein generelles Modell für Güterabwägung in der Psychiatrie zu akzeptieren sei, er sei jedoch eine nicht vermeidbare Rückfallposition, ... die immer erst in einem konkreten Fall aktuell werde, wenn die Benutzung anderer Szenarien der Interaktion versage. Schwerste Fremdgefährdung und Selbstgefährdung werden von ihm in diesem Zusammenhang ausdrücklich erwähnt. Auf LUNGERSHAUSENS²⁷ Auffassung wurde bereits hingewiesen, dass bei der ärztlichen Verhinderung einer Suizidhandlung die ethische Rechtfertigung paternalistischen Verhaltens gegeben ist. Das ärztliche Standesrecht fordert vom Arzt, dass er einem Suizidenten gegenüber interveniert.²⁸ Die Schwierigkeit, die ärztliche Hilfeleistung an den Eintritt der Handlungsunfähigkeit des Suizidenten zu knüpfen, führt nach LENCKNER²⁹ zu höchst merkwürdigen, wenn nicht widersinnigen Ergebnissen: Der Arzt müsste dann zwar den Krebskranken nicht daran hindern, die tödliche Dosis Schlaftabletten zu nehmen, wohl aber müsste er postwendend den Suizidverlauf abwenden, sobald der Kranke das Bewusstsein verloren habe. RINGEL³⁰ und PÖL-

DINGER³¹ ist darin Recht zu geben, dass die überwiegende Mehrzahl der Suizidenten entweder aus reaktiv-depressiven oder aus psychotischen Gründen psychopathologische Symptome aufweist, die die Fähigkeit zur rationalen Würdigung der eigenen Situation und zu darauf gegründeten freiheitsbestimmten Entschlüssen einschränken. HOLDEREGGER sieht dies ganz ähnlich. Bei suizidbereiten Menschen sei davon auszugehen, dass sich die Mehrzahl in einem außergewöhnlichen Zustand befindet. In der Regel könne wohl kaum von einem vollverantwortlichen Freiheitsakt („Freitod“) die Rede sein. Es entspricht verbreiteter psychiatrischer Erfahrung, dass nicht wenige Suizidversuche verdeckte Hilferufe an die Umgebung sind, deren helfendes, tötungsverhinderndes Eingreifen gefordert und erwartet wird. Jede psychische Erkrankung, die die affektive Ausgeglichenheit schwer beeinträchtigt, ist als Ausschließungsgrund freiheitlicher Selbstbestimmung anzusehen, wenn es um die Frage geht, präventive oder therapeutische Maßnahmen einzuleiten. STONE³² hat pragmatisch paternalistische Handlungsweisen dann als gerechtfertigt bezeichnet, wenn erwartet werden kann, dass derjenige, bei dem eine solche Handlung durchgeführt wurde, später dafür dankbar sein wird.

Vor allem der rechtswissenschaftlichen Literatur ist zu entnehmen, dass vielen Juristen eine derartige Denk- und Handlungsweise als zu simpel imponiert. BOTTE³³ hat die Meinungsvielfalt in der juristischen Diskussion beschrieben, daran hat sich bis heute noch nichts Entscheidendes geändert. Der Juristenstreit ist geeignet, den in der aktuellen Situation handeln sollenden Arzt zu verunsichern. Er wird sich, auch zu seinem eigenen Schutz vor strafrechtlicher Anklage und zivilrechtlicher Haftung, im Sinne von ESER an seiner Garantenpflicht zu orientieren haben, die sein suizidverhinderndes Eingreifen fordert. In der Praxis haben sich häufig unrealistische Anforderungen durch Staatsanwälte und Richter an die absolut sichere Verhinderung einer Selbst-

tötung eines Patienten in einer psychiatrischen Klinik ergeben, dabei wurde dann argumentiert, dass die Angehörigen eines suizidalen Menschen nach der Aufnahme des Kranken in die Klinik mit Sicherheit hätten erwarten dürfen, dass diesem ein Suizid nicht gelingt. Der Praktiker weiß, dass der Garantenpflicht trotz aller Vorkehrungen nicht die uneingeschränkte Sicherheit der entsprechenden Garantie entspricht.

SCHOCKENHOFF³⁴ hat zutreffend die Argumentation, die ihren Ausgangspunkt allein beim Gedanken der Autonomie und Selbstbestimmung des Menschen nimmt, als nur scheinbar frei von anthropologischen Voraussetzungen bezeichnet. Diese Auffassung enthalte in Wahrheit eine dezidierte anthropologische Prämisse – Autonomie im Sinne der Autarkie und Selbstgenügsamkeit –, die am gesunden leistungsbewussten und keiner Hilfe bedürftigen Individuum abgelesen sei. Ebenso wie die verzweifelte Geste der versuchten Selbsttötung seien auch sprachlich geäußerte Sterbewünsche im letzten Krankheitsstadium häufig verhüllte Mitteilungen, die auf einer tieferen Beziehungsebene etwas anderes meinten, als sie äußerlich ausdrückten. Diese Appellfunktion von suizidalen Bekundungen muss erkannt und ernstgenommen werden. Zwar gibt es Rechtsauffassungen (z.B. nach deutschem Recht), wonach die Beihilfe zur Selbsttötung nicht strafbar ist, strafbar ist dann allerdings die unterlassene Hilfeleistung, wenn die suizidale Lebensgefährdung eingetreten ist. Diese Situation ist ärztlich unbefriedigend, man würde wohl auch nicht zögern, einen Menschen als nicht geschäftsfähig zu bezeichnen, der in einer schweren Depression mit Verarmungs- und Schuldwahn Erbangelegenheiten regeln möchte.

Ethik in der Psychiatrie

Die frühere ärztliche Sicherheit, dass der Arzt Leben zu fördern und den Tod zu verhin-

dern bzw. hinauszuschieben habe, ist verloren gegangen. Der hippokratische Eid mit seinen einschlägigen Vorschriften war in seiner schlichten Transzendenz eindeutig, das christlich bestimmte Ideal ärztlichen Handelns ließ keine Relativierung der ärztlichen Pflicht zur Erhaltung des Lebens zu. Ärztlicher Paternalismus wird jetzt grundsätzlich in Frage gestellt, die Autonomisierung des Patienten führt zur Verrechtlichung der Patient-Arzt-Beziehung. Diese entspricht nach herrschender Rechtsauffassung einem Vertrag zwischen gleichartigen Partnern, dessen Gegenstand eine definierte Leistung gegen Bezahlung ist. Die seit etwa zwei Jahrzehnten eingetretene grundlegende Änderung mit dem Verschwinden der Transzendenz als eines anthropologischen Grundwertes und damit mit dem Verblässen der christlichen Überzeugung von der Gottebenbildlichkeit des Menschen³⁵ kennzeichnet die Leitlinien der aktuellen bioethischen Diskussion. Das vorgerückte Humanitätsbewusstsein unserer Tage tritt an die Stelle der Religion.³⁶ Die Gefahr, dass das Humanum verkürzt wird, sobald es ohne einen Bezug über sich selbst hinaus gedeutet wird³⁷, wird häufig nicht mehr gesehen. Dominierend ist die sogenannte Diskursethik, nach der eine Entscheidung oder Bewertung dann moralisch richtig ist, wenn alle von ihr Betroffenen im freien und echten Austausch ihr zustimmen können.³⁸ Personen sind nach STRASSER allerdings nicht bloß von dieser Welt. Unser Wissen davon sei intuitiv und selbstevident. Es bestehe eine universale religiöse Evidenz. PAN-
NENBERG³⁹ stimmt mit ihm im Grundsätzlichen überein: Der Begriff der Person ist unter christlichen Aspekten auf alles anwendbar, was Menschenantlitz trägt. Derartige Überlegungen widersprechen dem Zeitgeist. Neben der Lehre von der Autonomie des Menschen besteht eine pragmatisch-kasuistisch orientierte Tendenz zur Kosten-Nutzen-Orientiertheit. Der Begriff der „Heiligkeit des Lebens“ wird als obsolet betrachtet. Der Wert des menschlichen Lebens tritt bei der Güterabwägung

hinter die Würdigung der depressiv-suizidalen Befindlichkeit zurück. Die ärztliche Bereitschaft, den Menschen von dieser Befindlichkeit zu „erlösen“ wird in vielen Fällen nicht mehr durch die Anerkennung des Lebens als eines höchsten Wertes verhindert.

Angesichts des Fehlens einer metaphysisch begründeten ethischen Maxime hat sich eine auf gesellschaftlicher Zustimmung beruhende Ethikdefinition ergeben. Die Selbstbestimmung in fast jeder Lage wird so zur Grundlage ärztlichen Handelns, wobei die Psychiatrie in ein ganz spezifisches Dilemma gerät. Sie ist mit gesetzlich verankerten Freiheitsentzugsmöglichkeiten ausgestattet, deren Anwendung die Gesellschaft einerseits sanktioniert, die andererseits jedoch geeignet erscheinen, den Vorwurf des Paternalismus zu begründen. Die Antipsychiatrie hatte diesen Vorwurf mit besonderer Heftigkeit erhoben, wobei sie übersah, dass das psychotische bzw. depressiv-suizidale Erleben und Verhalten nicht einer selbstbestimmten, freiheitlichen Reaktion eines Individuums entsprechen, sondern auf eine freiheitsmindernde Erkrankung zurückzuführen sind. Die psychiatrische Therapie mit dem Ziel der Beseitigung der Krankheitssymptome ermöglicht erst wieder ein Leben in freiheitsbestimmter Autonomie.

Die antipsychiatrischen Überspitzungen haben jetzt an Bedeutung verloren. Es ist allerdings deutlich geworden, dass Versuche, psychiatrisches Handeln in ethische Regeln zu fassen, auf große Schwierigkeiten stoßen. Nach PAYK⁴⁰ ist Ethik in der Psychiatrie täglich angewandte Ethik, mit oft unzulänglichen Antworten auf konkrete Fragen. Sich vom Schreibtisch aus mit ethischen Fragen der Medizin zu beschäftigen, gelte zwar als zeitkritisch engagiert, stehe aber oft nicht mit der Wirklichkeit in Einklang. Tatsächlich irritiert die in den letzten Jahren immer weiter wachsende Zahl von Ethikkommissionen, ethischen Richtlinien, Ethikkongressen und einschlägigen Veröffentlichungen, deren inflationäre Vermehrung den Verdacht erweckt, dass die

Probleme der Ethik in der Psychiatrie immer noch nicht befriedigend gelöst sind. HELMCHEN⁴¹ hat lapidar festgestellt, dass es eine spezielle psychiatrische Ethik gar nicht gibt. Wir haben uns also angesichts der Probleme von aktiver Euthanasie und ärztlicher Beihilfe zum Suizid auf tragfähige Grundlagen einer die Anforderungen der täglichen Praxis bestehenden allgemeinen Ethik zu besinnen. Die herrschende säkulare Bioethik wird nach ENGELHARDT JR.⁴² dieses notwendige Fundament nicht liefern können. Sie ist nach ENGELHARDT ein verzweifelter kultureller Versuch, moralische Orientierung zu erlangen, wobei hinzuzufügen wäre, dass die in der Politik und in der Wissenschaft bewährte Methode der Entscheidung durch Mehrheitsbildung auf die Formulierung und Anerkennung ethischer Maximen übertragen wird. Für Parlamente und für wissenschaftliche Beurteilergremien, die nach Symptomlisten zu entscheiden haben, ist diese Methode angemessen, eine zeitgeistbedingte Mehrheit ist jedoch angesichts der gegenwärtig zu machenden Erfahrungen im Zusammenhang mit aktiver Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid als fehlbar zu bezeichnen.

Gerade bei geschichtsbewussten Psychiatern besteht der Eindruck, dass die Ethikdiskussion Züge einer Mode aufweist und dass sie häufig für den psychiatrischen Alltag unbrauchbar ist, in dem ein Weg gefunden werden muss „zwischen Freiheitsberaubung und unterlassener Hilfeleistung“.⁴³ FINZENS Frage, ob die jetzigen Ethikdiskussionen nicht schlicht eine Fortsetzung des postmodernen Diskurses sind, in dem Werte nicht stabilisiert, sondern relativiert werden, trifft wohl ein wesentliches Merkmal der Situation. Dem Verständnis von ärztlichen Pflichten und Rechten muss es unangemessen erscheinen, dass ethisch relevante Entscheidungen aufgrund von epochal wechselnden, situations- und kontextabhängigen Diskussionsergebnissen gefällt werden sollen.⁴⁴ Der aufscheinende Ökonomismus, der als hintergründiger Faktor in der öffentlichen Diskussion als

wesentlich erkannt werden muss, ist in höchstem Maße beunruhigend. Er kommt durchaus auch im ethischen Gewand daher, indem er die Ansprüche der Alten und Kranken zu Lasten der Jungen und Produktiven als ungerechtfertigt, gemeint ist unmoralisch, denunziert. Ein depressiver suizidaler Mensch ist sicher eine Belastung für seine Umwelt, die ärztliche Sicherstellung des Gelingens seiner Selbsttötung beseitigt auch einen Kostenfaktor. Die gegenwärtig zu hörenden Argumente für aktive Euthanasie und ärztlich assistierten Suizid sind allerdings feiner gesponnen. Den kruden Ökonomismus der Nationalsozialisten verurteilt man selbstverständlich entrüstet, dabei wird aber die Ähnlichkeit der Ergebnisse übersehen. Die Spannung zwischen Zeitgeist und ärztlichem Handeln bei Suizidalität mag manchmal schwer auszuhalten sein, der Arzt muss jedoch auf der Seite des Lebens stehen. Er gibt seine ärztliche Integrität auf, wenn er sich zum Todbringer machen lässt.

Referenzen:

- HEINRICH, K., *Zeitgeist und ärztliches Handeln am Beispiel der Psychiatrie*. In: Z. f. Allgemeinmedizin, Heft 22 (1979), S.1207-1219
- ACKERKNECHT, E. H., *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. F. Enke Verlag, Stuttgart (1957)
- KANT, I., *Werke*, Akademie-Textausgabe 1902. Berlin (1968)
- SCHRENK, M., *Über den Umgang mit Geisteskranken*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York (1973)
- LICHTENBERG, G.CHR., *Ausführliche Erklärung der Hogarthischen Kupferstiche*. (1794/95)
- SCHIPPERGES, H., *Medizinalreform in Aufklärung und Romantik*. In: *Arzt und Christ* (1959), S.65-76
- EHRHARDT, H., *Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens*. F. Enke Verlag, Stuttgart, (1965)
- NOELLE-NEUMANN, F., *Werden wir alle Proletarier? Wertewandel in unserer Gesellschaft*. Edition Interfrom AG, Zürich (1978)
- GROSSARTH-MATICEK, R., *Revolution der Gestörten? Motivationsstrukturen, Ideologien und Konflikte bei politisch engagierten Studenten*. Quelle und Meyer, Heidelberg (1975)
- HEINRICH, K., *Degenerationsmöglichkeiten therapeutischer Gruppen*. In: KRANZ, H., HEINRICH, K. (Hrsg.), *Psychiatrische und ethologische Aspekte abnormen Verhaltens*. Erstes Düsseldorf-Symposium 1974, Thieme Verlag, Stuttgart (1975)
- HEINRICH, K., *Öffentlichkeit und „reine Lehre“ in der Psychiatriegeschichte*. In: *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 53 (1985), S.177-184
- HARF, R., *The philosophical basis of psychiatric ethics*. In: BLOCH, S., CHODOFF, P. (Hrsg.), *Psychiatric Ethics*. University Press, New York (1981)
- HEINRICH, K., *Anmerkungen zur psychiatrischen Ethikdiskussion*. In: *Z. klin. Psychol., Psychiat., Psychother.* 45 (1997), S.345-356
- LUNGERSHAUSEN, E., *Paternalismus und Autonomie in Bezug auf den suizidalen alten Menschen*. In: PAYK, Th.R. (Hrsg.), *Perspektiven Psychiatrischer Ethik*. Thieme Verlag, Stuttgart (1996)
- HEINRICH, K., *Freiheit und Zwang in der Psychiatrie*. In: *Fortschr. Med.* 95 (1977), S.2619-2622; PAYK, Th.R., *Freiheit und Zwang in der Psychiatrie*. In: PAYK, Th.R. (Hrsg.), *Perspektiven Psychiatrischer Ethik*. Thieme Verlag, Stuttgart (1996)
- ERNST, C., *„Du sollst nicht töten“. Warum aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid abzulehnen sind*. In: *Basler Zeitung Magazin* Nr. 30, 27.07.1996, S.15
- GROENEWOUDE, J. H., VAN DER MAAS, P. J., VAN DER WAL, G. et al., *Physician-Assisted Deaths in Psychiatric Practice in the Netherlands*. In: *New England J. Med.* 336 (1997), S.1795-1801
- MITTERAUER, B., *Das suizidale Achsensyndrom – eine medizinisch biologische Studie zur Abschätzung der Suizidalität*. In: *Med. Wschr.* 31, Suppl. 68 (1981), S.1-28
- PÖLDINGER, W., *Suizid*. In: KORFF, W., BECK, L., MIKAT, P., in Verbindung mit HONNEFELDER, L., HUNOLD, G.W., MERTENS, G., HEINRICH, K., ESER, A. (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd 3 Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh (1998)
- RINGEL, E., *Das Leben wegwerfen? Reflexionen über Selbstmord*. Herder Verlag, Wien (1978)
- SCHNEIDER, W., *Bericht über den Selbstmord Egon Friedells*. Friedell-Brevier. Müller (1947)
- KLEPPER, J., *Unter dem Schatten deiner Flügel*. dtv (1976)
- SCOBEL, W. A., *Depression und Suizid*. In: REIMER, C. (Hrsg.), *Suizid*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York (1982)
- HEINRICH, K., *Stimmung und Gestimmtheit in der Melancholie*. In: SCHULTE, W., MENDE, W. (Hrsg.), *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung*. Thieme Verlag, Stuttgart (1969)
- KRANZ, H., *Depressionen. Ein Leitfaden für die Praxis*. Werkverlag Banaschewski, München-Gräfelfing (1970)
- HEINRICH, K., *Gefährdung und Gefährlichkeit der Psychiatrie*. In: *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 60 (1992), S.349-355
- LUNGERSHAUSEN, E., *Paternalismus und Autonomie in Bezug auf den suizidalen alten Menschen*. In: PAYK, Th.R. (Hrsg.), *Perspektiven Psychiatrischer Ethik*. Thieme Verlag, Stuttgart (1996)
- ESER, A., *Suizid. Rechtlich*. In: KORFF, W., BECK, L., MIKAT, P., in Verbindung mit HONNEFELDER, L., HUNOLD, G.W., MERTENS, G., HEINRICH, K., ESER, A. (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd 3 Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh (1998)
- LENCKNER, Th., *Arzt und Strafrecht*. In: FORSTER, B. (Hrsg.), *Praxis der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen*. Thieme Verlag, Stuttgart; Beck Verlag, München (1986)
- RINGEL, E., *Das Leben wegwerfen? Reflexionen über Selbstmord*. Herder Verlag, Wien (1978)
- PÖLDINGER, W., *Suizid*. In: KORFF, W., BECK, L., MIKAT, P., in Verbindung mit HONNEFELDER, L., HUNOLD, G.W., MERTENS, G., HEINRICH, K., ESER, A. (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd 3 Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh (1998)
- STONE, A.A., *Law, psychiatry and morality*. In: *American Psychiatric Press* (1984)
- BOTTKE, W., *Die Beurteilung von Suizid, Suizidversuch und Suizidbeteiligung durch die strafrechtliche Rechtsprechung*. In: REIMER, C. (Hrsg.), *Suizid*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York (1982)
- SCHOCKENHOFF, E., *Recht auf Leben – Recht zu sterben. Grenzen menschlicher Selbstbestimmung am Lebensende*. In: *Imago Hominis* VIII (2001), S.23-30
- TELLENBACH, H., *Die Bildung zum Arzt als Aufgabe der Ausbil-*

- dung. In: SCHIPPERGES, H. (Hrsg.), *Ausbildung zum Arzt von morgen*. Thieme Verlag, Stuttgart (1971); PANNENBERG, W., *Der Mensch als Person*. In: HEIMANN, H., GÄRTNER, H.J. (Hrsg.), *Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen*. Springer Verlag, Berlin (1986)
36. SEIDLER, E., *Grundformen ärztlichen Selbstverständnisses*. In: ENGELMEIER, M.-P., POPKES, B. (Hrsg.), *Leitbilder des modernen Arztes*. Thieme Verlag, Stuttgart (1971)
37. WEBER, L., *Diskussionsbemerkung*. In: ENGELMEIER, M.-P., POPKES, P. (Hrsg.), *Leitbilder des modernen Arztes*. Thieme Verlag, Stuttgart (1971)
38. HICK, C., HIDDEMANN, W., REITER-THEIL, S., *Integration des Patienten in die medizinethische Diskussion*. In: Deutsches Ärzteblatt 94 (1997) C130
39. PANNENBERG, W., *Der Mensch als Person*. In: HEIMANN, H., GÄRTNER, H.J. (Hrsg.), *Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen*. Springer Verlag, Berlin (1986)
40. PAYK, TH.R., Vorwort. In: PAYK, TH.R. (Hrsg.), *Perspektiven Psychiatrischer Ethik*. Thieme Verlag, Stuttgart (1996)
41. HELMCHEN, H., *Ethische Fragen in der Psychiatrie*. In: KISKER, K. P., LAUTER, H., MEYER, J.-E., MÜLLER, C., STROEMGREN, E. (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 2. Springer Verlag, Berlin (1986)
42. ENGELHARDT, H. T., *Autonomie und Selbstbestimmung: Grundlegende Konzepte der Bioethik in der Psychiatrie*. In: PÖLDINGER, W., WAGNER, W. (Hrsg.), *Ethik in der Psychiatrie. Wertebegegründung – Wertedurchsetzung*. Springer Verlag, Berlin (1991)
43. FINZEN, A., *Sozialpsychiatrische Aspekte der Ethik*. In: PÖLDINGER, W., WAGNER, W. (Hrsg.), *Ethik in der Psychiatrie. Wertebegegründung – Wertedurchsetzung*. Springer Verlag, Berlin (1991)
44. HEINRICH, K., *Anmerkungen zur psychiatrischen Ethikdiskussion*. In: Z. klin. Psychol., Psychiat., Psychother. 45 (1997), S.345-356

Das ethische Problem bei der Betreuung von Patienten mit Erbkrankheiten am Beispiel von Chorea Huntington

Raphael M. BONELLI

Zusammenfassung

Die Chorea Huntington ist eine autosomal dominant vererbte neurodegenerative Erkrankung. Sie wurde früher auch als erblicher Veitstanz bezeichnet und ist eine fortschreitende Erkrankung, die meist zwischen dem vierten und fünften Lebensjahrzehnt ausbricht. Innerhalb von einigen Jahren kommt es zum Verlust der motorischen Kontrolle, zu Demenz und zu Wesensveränderungen. Die Ursache der Erkrankung ist eine Mutation des Huntington-Gens auf dem Chromosom 4. Infolge der Mutation erfährt das vom Gen codierte Protein mit der Bezeichnung Huntingtin eine Strukturveränderung von der normalen Struktur in eine Amyloidstruktur, welche die Nervenzellen zerstört. Es kommt zum Untergang von Nervenzellen, insbesondere in den Stammganglien und der Hirnrinde. Die Therapie beschränkt sich auf eine symptomatische Behandlung. Die Erkrankung führt immer zum Tod, wobei der zeitliche Verlauf variabel ist und Jahre bis Jahrzehnte (5 bis 20 Jahre) dauern kann. Die Diagnose der Erkrankung erfolgt durch neurologische, elektrophysiologische sowie bildgebende Untersuchungsverfahren. Durch einen Gentest sind eine direkte molekulargenetische Diagnostik bei Erkrankten und eine differentialdiagnostische Abklärung möglich. Vielschichtig ist die ethische Problematik: erstens die Aufklärung und die Entscheidung zum Gentest; zweitens die Abtreibung bzw. Embryonenauswahl; drittens die Implantation von Fetalzellen in das Gehirn erkrankter Personen; viertens die von Erfolglosigkeit belastete Arzt-Patient-Beziehung; und fünftens das große Thema der sozialen und gesellschaftspolitischen Diskriminierung.

Schlüsselwörter: Chorea Huntington, Ethik, Gentest, Embryonenauswahl, Arzt-Patient-Beziehung

Abstract

Huntington's disease is a autosomal dominantly inherited neurodegenerative disease with a progressive course which usually starts between the fourth and fifth decade of life. Dominant clinical features are movement disorders (such as choreatic hyperkinesias), dementia, and psychiatric symptoms (such as psychotic episodes or depression). This increasingly severe motor impairment, cognitive decline, and behavioral manifestations are leading to functional disability. The therapy of motor symptoms, especially chorea, is rather difficult. Typical neuroleptics like haloperidol, pimozide and fluphenazine, decrease chorea, but care is needed not to increase to doses that impair the individual's functional level. Low doses of those neuroleptics are often well tolerated, whereas high doses are rarely helpful and may impair motor function, such as swallowing or fine motor tasks, and cognitive function. There are several ethical problems: (1) the problem whether or not do the genetic testing; (2) abortion / selection of embryos; (3) the implantation of fetal tissue in the striatum; (4) the relationship to the doctor; and (5) social discrimination.

Keywords: Chorea Huntington, ethics, genetic testing, selection of embryos, relationship to the doctor

Anschrift des Autors: Dr. Raphael M. BONELLI, Facharzt für Neurologie
Allgemeines Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Bergstraße 27, A - 8020 Graz Eggenberg

Einleitung

Der Name Chorea (griech. Choreia = Tanz) rührt her von den für die Erkrankung typischen unkontrollierten Bewegungen, wie überschießenden Bewegungen, einem torkelnden Gang, oder dem Grimassieren. Die Chorea Huntington wurde erstmals 1841 von C.O. WATERS beschrieben.¹ Benannt wurde sie später nach dem amerikanischen Nervenarzt George HUNTINGTON aus Ohio, der 1872 erkannte, dass es sich um eine Erbkrankheit handelt und sie von der Chorea minor, die die Folge einer Streptokokkeninfektion ist, abgrenzte.² Die Bezeichnung Veitstanz = Tanzwut ist eine Lehnübersetzung des mittellateinischen Begriffs Chorea Sancti Viti. Ursprünglich war Veitstanz die Bezeichnung für die Tanzwut, zu deren Heilung man im 14. Jahrhundert nach der Veitskapelle bei Ulm wallfahrte.³ Bei der Chorea Huntington werden die normalen Bewegungsabläufe durch nicht kontrollierbare Bewegungen zeitweilig unterbrochen, was an einen Tanz erinnern kann. Heute werden mit Chorea plötzlich einsetzende, vielgestaltige unwillkürliche Bewegungen verschiedener Muskeln, besonders der distalen Extremitäten bezeichnet, die bei verschiedenen Erkrankungen auftreten können (z.B. Chorea minor Sydenham, Chorea gravidarum). Nachdem 1983 das Gen in einer Region des kurzen Arms des Chromosoms 4 lokalisiert wurde⁴, dauerte es noch zehn Jahre bis das verantwortliche Gen identifiziert werden konnte.⁵ Das Huntington-Gen enthält einen Bereich aus Wiederholungen des Codons Cytosin-Adenin-Guanin (CAG-Repeat).

Die Ursache der Chorea Huntington ist eine Mutation im Huntington-Gen auf dem kurzen Arm des Chromosoms 4. Bei den Mutationen handelt es sich um Verlängerungen der CAG-Repeats, die die Aminosäure Glutamin codieren.⁶ Die Repeat-Ausdehnungen im codierenden Bereich des Gens führen zur Bildung von langen Polyglutaminen. Durch den Einbau einer zu langen Abfolge von Glutaminresten in das Protein Huntingtin erfolgt eine Strukturum-

wandlung in eine Amyloidstruktur, die zu einer Zerstörung von Nervenzellen führt. Bei Gesunden wiederholt sich das CAG-Codon 10 bis 30 mal, bei einer Verlängerung von über 37 kommt es zur Manifestation der Chorea Huntington, dazwischen liegt eine Grauzone. Es besteht eine eindeutige Beziehung zwischen der Anzahl der Repeats und der Schwere der Erkrankung. Je mehr Repeats vorliegen, desto früher ist mit dem Ausbruch der Erkrankung zu rechnen und desto ungünstiger ist dann die Prognose.⁷

Die Chorea Huntington ist eine autosomal dominante Erkrankung, weswegen Männer und Frauen gleichermaßen erkranken. Kinder von Eltern, bei denen ein Elternteil die Genveränderung trägt, erkranken mit einer Wahrscheinlichkeit von 50% ebenfalls. Fast alle Erkrankungsfälle beruhen auf einer von einem Elternteil erbten Mutation. Sehr selten, nur in etwa 3% der Erkrankungsfälle, tritt eine Neumutation ein. Bei der Vererbung eines verlängerten CAG-Repeats durch die weibliche Keimbahn kommt es zu keiner oder lediglich geringen weiteren Verlängerung. Dagegen erfolgt bei der Vererbung durch die männliche Keimbahn häufig eine Zunahme der Repeat-Expansion mit einem daraus resultierenden früheren Krankheitsbeginn und einer schwereren klinischen Manifestation (Antizipation) bei den betroffenen Nachkommen.⁸ Die Häufigkeit der Chorea Huntington wird mit 4 bis 8 auf 100.000 Menschen angegeben. Sie gehört damit zu den häufigsten genetisch bedingten neurologischen Erkrankungen. Männer und Frauen sind gleichermaßen betroffen. Nach groben Schätzungen gibt es in Deutschland ca. 6.000 Betroffene, in Österreich wird die Zahl der HD-Erkrankten auf ca. 500 geschätzt.

Symptome

Die ersten Symptome der Chorea Huntington treten im Allgemeinen zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr auf. Ein Erkrankungsbe-

ginn vor dem 10. Lebensjahr bzw. nach dem 60. Lebensjahr ist selten. Die Symptome können in neurologische und psychische unterteilt werden, die sich ihrerseits wieder im Früh- und Spätstadium der Erkrankung unterscheiden. Ein später Erkrankungsbeginn ist häufig mit einem milderen Krankheitsverlauf assoziiert und umgekehrt. Die Erkrankung beginnt mit einer Bewegungsunruhe der Extremitäten, also der Arme und Beine, des Kopfes, sowie des Rumpfes. Diese Unruhe steigert sich zu choreatischen Hyperkinesien. Das sind plötzlich einsetzende, unwillkürliche Bewegungen verschiedener Muskeln, wodurch die Willkürbewegungen unterbrochen werden. Betroffene versuchen zunächst, die choreatischen Bewegungen zu verbergen, indem sie diese in willkürliche Bewegungsabläufe einbauen, z.B. lecken sie sich nach dem unwillkürlichen Herausstrecken der Zunge die Lippen oder streichen sich nach einer einschießenden Beugebewegung des Armes über das Haar.⁹ Zunehmend geraten die Muskelbewegungen aber außer Kontrolle. Beim Vollbild der Erkrankung kommt es zum plötzlichen Grimassieren und zu schleudernden Bewegungen von Armen und Beinen. Sprechen und Schlucken fallen zunehmend schwer (Dysarthrophonie und Dysphagie). Die Bewegungsunruhe verstärkt sich unter seelischer und körperlicher Belastung. Obwohl die unkontrollierten Bewegungen im Schlaf aufhören, nehmen sie bei Ermüdung eher zu. Die anfangs choreatischen Hyperkinesien wandeln sich mit zunehmendem Krankheitsverlauf in Bradykinesen, also in eine Verlangsamung der Bewegungsanläufe. Durch Erhöhung des Muskeltonus können die Gliedmaßen minuten- bis stundenlang in einer schmerzhaften Fehlstellung verharren. Anstelle des Grimassierens tritt dann der Mutismus, d.h. der Patient ist nicht mehr in der Lage, durch Mimik, Gestik und Sprache zu reagieren. Die Bewegungsstörungen sind in der Regel wie die Demenz progredient, obwohl vereinzelt eine Reversibilität beobachtet werden konnte.¹⁰ Das Schlucken und Atmen fällt

den Patienten immer schwerer und kann zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen. Die Chorea Huntington nimmt einen über 5-20 Jahre dauernden schicksalhaften Verlauf.

Psychische Beschwerden gehen den neurologischen Beschwerden häufig voran. Im Frühstadium werden leichte Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten sowie Gedächtnisstörungen oft übersehen.¹¹ Zu den ersten Erscheinungen eines psychischen Abbaus gehören ein unbedachtes und impulsives Verhalten, sowie eine Enthemmung in zwischenmenschlichen Beziehungen. Aufgrund der mangelhaften Kontrolle über die Muskulatur, z.B. des Gesichtes mit Grimassieren, kann der falsche Eindruck eines bereits fortgeschrittenen Persönlichkeitsverlustes entstehen, was bei den Patienten Resignation und Depressionen hervorruft.¹² Man führt die relativ hohe Suizidrate unter den Huntington-Patienten nicht nur auf die extrem schlechte Prognose, sondern auch auf diesen Zusammenhang zurück.¹³ Im Spätstadium der Erkrankung haben alle Patienten eine Demenz entwickelt, das heißt, es ist zum Verlust geistiger Fähigkeiten gekommen. So finden sich Störungen der Merkfähigkeit, damit im Zusammenhang stehend eine Desorientierung und eine Sprachverarmung.¹⁴ Einige Patienten entwickeln Wahnvorstellungen. Komplikationen ergeben sich aus der gestörten Koordination der Muskelbewegung. Infolge der Schluck- und Atemstörungen kann es zum Verschlucken, zu Aspiration oder Ateminsuffizienz kommen. Zum anderen geht die depressive Stimmungslage der Patienten mit einer relativ hohen Selbstmordrate einher.¹⁵ Die Chorea Huntington ist nicht heilbar, sie hat einen fortschreitenden Verlauf und endet immer mit dem vorzeitigen Tod. 15 Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome lebt nur noch etwa ein Drittel der Patienten. Es sind aber auch Krankheitsverläufe von über 40 Jahren möglich. Die häufigsten Todesursachen dabei sind Ateminsuffizienz, also Atemstörungen, und Aspirationspneumonien, also Lungenentzündungen

durch Verschlucken, infolge der gestörten Koordination der Atemmuskulatur.

Diagnose

Die klinische Diagnose der Erkrankung ist im Frühstadium schwierig. Die Bewegungsstörungen sind anfangs gering ausgeprägt, aber bei der neurologischen Untersuchung können bereits eine Störung der Artikulation sowie der Augenbewegung auffallen. Mit zunehmender Ausprägung der typischen Bewegungsstörungen kann sich der Verdacht auf eine Chorea Huntington erhärten. Von besonderer Bedeutung bei der Diagnosestellung ist das Vorkommen der Chorea Huntington in der Familie. Somato-sensibel evozierte Potentiale (SEP), die durch Elektrostimulation der Haut ausgelöst und über bestimmten Hirnregionen abgeleitet werden, können schon frühzeitig pathologische Veränderungen zeigen.¹⁶ In der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) lässt sich bereits im Frühstadium der Erkrankung eine Störung des Glukose-Stoffwechsels feststellen.¹⁷ In den Schnittbildverfahren (MRT und CT) kann eine Atrophie (Gewebschwund) des Nucleus caudatus, aber auch der Großhirnrinde nachgewiesen werden.¹⁸ Veränderungen im Elektro-Enzephalogramm (EEG) stellen sich erst im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium als unspezifische diffuse Funktionsstörung der Großhirnrinde dar.¹⁹ Durch die Kombination neurophysiologischer (SEP) mit bildgebenden Verfahren lassen sich Veränderungen 5 bis 10 Jahre vor dem Ausbruch nachweisen.

Wenn bei einem Patienten Symptome vorhanden sind, die bei der Chorea Huntington vorkommen, besteht die Möglichkeit einer molekulargenetischen Diagnostik. Durch die DNA-Untersuchung anhand einer Blutprobe wird festgestellt, ob bei dem Patienten tatsächlich eine Chorea Huntington vorliegt. Auch gesunde Personen, die aufgrund einer Chorea Huntington bei Familienangehörigen ein Risiko haben, ebenfalls Genträger zu sein,

können durch eine molekulargenetische Untersuchung feststellen lassen, ob sie Anlagenträger sind. Für eine solche Vorhersagediagnostik (prädiktive Diagnostik) bei Risikopatienten wurden wegen der erheblichen psychischen und sozialen Tragweite, die sich aus der Gewissheit, zu erkranken, ergeben kann, von der Internationalen Vereinigungen der Huntington-Selbsthilfeorganisationen und des Weltverbandes der Neurologen Richtlinien erarbeitet, nach denen auch in Österreich die Diagnostik durchgeführt wird.²⁰ (siehe unten)

Therapie

Eine kausale Therapie, also eine Therapie der Ursache der Erkrankung, existiert bisher nicht. Eine symptomatische Behandlung ist nur begrenzt möglich, das Voranschreiten der Erkrankung ist damit nicht zu verhindern. Um der Abmagerung und dem Kräfteverfall entgegenzuwirken, sollten die Patienten hochkalorisch ernährt werden. Dabei müssen die Schluckstörungen bedacht werden. Dünneflüssige Nahrung wird häufig „verschluckt“, besser ist eine breiige Konsistenz der Nahrung. Es sollten öfter kleinere Mahlzeiten gereicht werden, z.B. 5-6 Mahlzeiten pro Tag. Genussmittel, wie Kaffee, Nikotin und Alkohol können sowohl die Symptomatik verstärken als auch die Wirkung der Medikamente abschwächen. Es werden vielfältige Ansätze in der medikamentösen Therapie der Chorea Huntington verfolgt, die sich aber bisher noch im Experimentalstadium befinden. Die medikamentöse symptomatische Therapie sollte unbedingt durch einen Neurologen erfolgen, da fast alle derzeit bei der Therapie der Chorea Huntington gebräuchlichen Medikamente auch ungünstige Wirkungen haben können. In letzter Zeit haben sich die neuen atypischen Neuroleptika als hilfreich zur Bekämpfung der Bewegungsstörungen und der psychischen Problematik erwiesen.²¹ Auch eine Hirnstimulation, die bei der Parkinson-Erkrankung

durchaus hilfreich ist, wird diskutiert.²² Die rigide Form der Chorea Huntington spricht manchmal auf Dopaminagonisten an.²³ Neben der medikamentösen Therapie ist Krankengymnastik außerordentlich wichtig. Dazu gehört u.a. auch ein logopädisches Training, um Sprechstörungen entgegenzuwirken. Damit werden auch Schluckstörungen günstig beeinflusst. Eine Unterweisung in Entspannungstechniken, wie z.B. autogenes Training, ist nicht nur dem Patienten selbst, sondern auch den Angehörigen zu empfehlen. Auch von einer begleitenden Psychotherapie / Seelsorge kann nicht nur der Patient, sondern auch die Familie profitieren. Es gibt leider (noch) keine Prophylaxe, obwohl immerhin Studien über potentiell neuroprotektiv wirksame Substanzen laufen.

Die ethische Problematik

1) Aufklärung / der Gentest

Fast jeder der Kinder betroffener Elternteile durchlebt eine Phase der totalen Negation, in der er das Problem (oder die Möglichkeit der eigenen Erkrankung) einfach nicht wahrhaben will. Bei manchen hält diese Phase bis zum Krankheitsausbruch an. Andere halten das ständig über ihnen schwebende Damoklesschwert der Diagnose nicht aus und entschließen sich zum Gentest. Das eigentliche Problem des Gentests ist seine Effektivität.²⁴ Eine betroffene Person, z.B. im 20. Lebensjahr, erfährt, woran sie mit wahrscheinlich 40 Jahren erkranken und mit 55 Jahren sterben wird. Für die Person stellt sich die Frage, eine Familie zu gründen oder nicht; falls sie sich entschließt, den Test nicht zu machen, muss sie mit der 50% Wahrscheinlichkeit leben. In dieser Situation ist eine Familiengründung auch eine schwere Entscheidung für viele „Risikopersonen“. Rund um den Gentest ist nachvollziehbarerweise eine vermehrte Suizidneigung be-

obachtbar.²⁵ Strenge Richtlinien rund um den Gentest wurden aus diesem Grund von der World Federation of Neurology Research Group on Huntington's Chorea erlassen.²⁶

2) In-vitro-Fertilisation (IVF) bzw. pränatale Diagnostik

Seit dem Etablieren der IVF hat sich mancherorts der Usus entwickelt, künstlich Embryonen von betroffenen Elternteilen zu zeugen. Alle Embryonen werden danach auf die Genmutation untersucht. Die von der Mutation betroffene Hälfte der Embryonen wird getötet; die „gesunde“ Hälfte implantiert. Alternativ dazu kann man durch pränatale Diagnostik die Genmutation des Kindes bereits im Mutterleib feststellen und dann gegebenenfalls dessen Leben beenden.²⁷

3) Implantation von embryonalen Stammzellen in das Striatum

Das Absterben von Zellen im Gehirn (Striatum) hat zur Folge, dass die Krankheit zu Symptomen führt. Dies hat zur Hypothese geführt, dass pluripotente Zellen (d.h. aus menschlichen Embryonen gewonnene embryonale Stammzellen), die in das erkrankte Gehirn eingesetzt werden, anwachsen und die verlorengegangene Funktion übernehmen. Hierzu werden bereits jede Menge Versuche am lebenden Menschen unternommen. Dies hat zu einer breiten Diskussion über die ethische Problematik eines solchen Vorgehens geführt.²⁸ Ein ethisch gangbarer Weg wäre die Verwendung sogenannter bone marrow mesenchymal stem cells (MSCs). Das sind Stammzellen, die aus dem Bindegewebe des Knochenmarks isoliert werden. Versuche an Ratten, denen humane MSCs in künstlich erzeugte Infarktareale im Kortex appliziert wurde, haben gezeigt, dass sie im Vergleich zu einem Kontrollkollektiv wesentlich verbesserte sensorische Funktionen zeigten.²⁹ Weiters ist

darauf hinzuweisen, dass bei somatischen Stammzellen keine Abstoßungsreaktionen durch die Transplantation zu erwarten sind, da sich in der Regel der Patient die MSCs selbst spendet.

4) Die ärztliche Begleitung des Patienten

Die Arzt-Patient-Beziehung steht im Falle der Chorea Huntington auf einem schweren Prüfstand. Oftmals werden die Patienten mit einem niederschmetternden „da kann man nichts mehr machen“ vom Hausarzt oder vom Neurologen heimgeschickt. Und tatsächlich ist es auch als Arzt schwer zu ertragen, dass nichts wirklich hilft und junge, vormals gesunde Patienten, nach und nach verfallen – und das über 15 Jahre bis zum Tod. Dazu kommen mit der Krankheit assoziierte Persönlichkeitsstörungen³⁰ und psychiatrische Probleme, die die Compliance erschweren und oft zum Bruch mit jeglichem Therapeuten (Arzt, Logopäde, Physiotherapeut, Ergotherapeut,...) führt.³¹ In diesem Zusammenhang sollte man aber darauf hinweisen, dass die Ziele ärztlichen Handelns dreifach sind: (1) Heilung, (2) Lebensverlängerung, (3) Verbesserung der Lebensqualität. Tatsächlich sind die ersten beiden Punkte für die Huntington Patienten zum gegenwärtigen Zeitpunkt offensichtlich nicht zu erreichen. Allerdings kann der Arzt sehr viel beim 3. Punkt machen, nämlich die Lebensqualität auch medizinisch zu verbessern. Es geht also darum, dass man dem Patienten einerseits zwar keine Heilung versprechen kann, dass man ihm aber doch in Bezug auf die Lebensqualität einiges helfen könnte und dass man ihm dieses Gefühl auch geben muss. In diesem Punkt handelt es sich sicher um eine ursprünglich und spezifisch ärztliche Aufgabe. Die Verzweiflung wächst beim Patienten, besonders da er ja den ganzen Krankheitsverlauf von einem seiner Eltern kennt und oftmals seine/n Mutter/Vater ständig schwer pflegebedürftig, inkontinent und hochgradig demenz vor sich hat – und das natürlich auf sei-

ne Zukunft bezieht. Die Patienten erwarten keine Heilung – obwohl sie in dieser Phase Quacksalbern leicht auf den Leim gehen könnten (wer von uns würde in dieser Situation nicht auch alles versuchen?). Aber sie erwarten sich, dass der Arzt auf dem neuesten Stand der Forschung ist, dass er weiß, welche Medikamente und Operationen unpubliziert im Versuchsstadium sind. Für diese Kompetenz sind manche Patienten auch bereit, 500 km Fahrt zum Spezialisten in Kauf zu nehmen. Im Allgemeinen ist bei Chorea Huntington Patienten eine hohe Bereitschaft zum Risiko (d.h. neue Medikamente, neue Verfahren / Operationen,...) zu beobachten – die absolut nachvollziehbar ist. Die ethische Frage, ob solch eine experimentelle Therapie auch an Patienten sofort durchgeführt werden soll, zumal die Patienten auch dazu bereit sind, ist ebenfalls sehr wichtig. Je risikoreicher die Patienten sind, desto vorsichtiger müsste der Arzt agieren, weil er immer das Prinzip *primum nil nocere* vor Augen haben muss. Aus ethischer Sicht kann man sagen, dass ein Experiment v.a. dann gerechtfertigt erscheint, wenn es dem Patienten sehr schlecht geht bzw. wenn sein Leben wegen der Grundkrankheit ohnehin in Gefahr ist und das Experiment sozusagen die einzige Hoffnung darstellt. So ist es geraten, betroffene Personen zum Spezialisten weiterzuschicken oder ihnen das zumindest anzubieten.

Ein weiterer Punkt ist die Frage der psychologischen Betreuung des Patienten in Bezug auf das Tragen und Ertragen seiner Erkrankung. Hier wird vom Arzt etwas gefordert, das nicht in sein ursprüngliches Handlungsziel fällt, trotzdem kann man sagen, dass ihm auch die Funktion eines Trösters zukommt. Damit zusammenhängend hat er offensichtlich bei Patienten mit Chorea Huntington eine spezifische Sozialfunktion, die darin besteht, dem Patienten nicht nur medizinisch zu helfen sondern ihm auch zu helfen, sein Schicksal anzunehmen und ihn dabei bis zum Lebensende zu begleiten. Das bedarf aber dann auch einer spezifischen psy-

chologischen und auch menschlichen Bildung des Arztes und auch eines besonderen Talents (Empathie = Einfühlungsvermögen!). Hier ist die Zusammenarbeit mit Sozialhelfern, Psychologen, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten sinnvoll. Selbsthilfegruppen (in Österreich: Wien, Linz, Graz) können eine erstaunlich hilfreiche Stütze sein, weil hier Familien mit denselben Problemen zusammenkommen und man „unter sich“ ist und doch nicht alleine. Innerhalb der Familie wird die Krankheit oftmals totgeschwiegen, weil fast immer einige Risikopersonen im Haushalt leben, die die Krankheit zu 50% bekommen können und die das Thema verständlicherweise nicht ständig thematisiert haben wollen.

5) Diskriminierung

In der Nazizeit wurden etwa 3.500 Chorea Huntington Patienten „aus Gründen der Rassenhygiene“ zwangssterilisiert (Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933).³² Viele von ihnen wurden später Opfer des Euthanasieprogramms.³³ Auch heute mehren sich die Stimmen, dass es von einer Risikoperson oder gar von einem Erkrankten verantwortungslos wäre, Kinder in die Welt zu setzen. Dies führt in dieselbe Richtung der Verherrlichung der Gesundheit um jeden Preis. Auch manche Versicherungsträger überlegen sich, die Krankenversicherung von Risikopersonen nicht mehr zu übernehmen oder diese gar zu kündigen. Die Frage nach Erbkrankheiten in der Familie bei Versicherungsbeginn kann als Szenario zum Ausstieg aus der Versicherung Bedürftiger gesehen werden. Sosehr diese Bemühungen firmenpolitisch nachvollziehbar sind, verbirgt sich hier doch eine erschreckende Unmenschlichkeit.

Referenzen

1. HARPER, P., MORRIS, M., *Introduction: a historical background to Huntington's disease*. In: HARPER, P. (Hrsg.), *Huntington's disease*. 2 ed. London: Saunders Company (1996), S.1-30
2. HUNTINGTON, G., *On chorea*. *Med Surg Rep* (1872) 26: 317-21

3. HARPER, P., MORRIS, M., *Introduction: a historical background to Huntington's disease*. In: HARPER, P. (Hrsg.), *Huntington's disease*. 2 ed. London: Saunders Company (1996), S.1-30
4. GUSELLA, J.F., WEXLER, N.S., CONNEALLY, P.M. et al., *A polymorphic DNA marker genetically linked to Huntington's disease*. *Nature* (1983), 306(5940): 234-8
5. THE HUNTINGTON'S DISEASE COLLABORATIVE RESEARCH GROUP, *A novel gene containing a trinucleotide repeat that is expanded and unstable on Huntington's disease chromosomes*. *Cell* (1993), 72(6): 971-83
6. ebd.
7. GUSELLA, J.F., MACDONALD, M.E., *Huntington's disease and repeating trinucleotides*. *N Engl J Med* (1994), 330: 1450-1
8. RANEN, N.G., STINE, O.C., ABBOTT, M.H. et al., *Anticipation and instability of IT-15 (CAG)n repeats in parent-offspring pairs with Huntington disease*. *Am J Hum Genet* (1995), 57: 593-602
9. QUARRELL, O., HARPER, P., *The clinical neurology of Huntington's disease*. In: HARPER, P. (Hrsg.), *Huntington's disease*. 2 ed. London: Saunders Company (1996), S.359-394
10. BONELLI, R.M., GRUBER, A., KENNER, L., REISECKER, F., *Reversible Huntington's disease - lesion to the globus pallidus?* *Lancet* (1999), 353: 240-241; BONELLI, R.M., KOLTRINGER, P., KENNER, L., REISECKER, F., *Reversible Huntington's disease?* *Lancet* (1998), 352: 1520-1
11. ZAKZANIS, K.K., *The subcortical dementia of Huntington's disease*. *J Clin Exp Neuropsychol* (1998), 20: 565-78
12. NAARDING, P., KREMER, H.P., ZITMAN, F.G., *Huntington's disease: a review of the literature on prevalence and treatment of neuropsychiatric phenomena*. *Eur Psychiatry* (2001), 16: 439-45
13. LIPE, H., SCHULTZ, A., BIRD, T.D., *Risk factors for suicide in Huntington's disease: a retrospective case controlled study*. *Am J Med Genet* (1993), 48: 231-3; DI MAIO, L., SQUITTERI, F., NAPOLITANO, G., CAMPANELLA, G., TROFATTER, J.A., CONNEALLY, P.M., *Suicide risk in Huntington's disease*. *J Med Genet* (1993), 30: 293-5; KESSLER, S., *The dilemma of suicide and Huntington disease*. *Am J Med Genet* (1987), 26: 315-20; FARRER, L.A., *Suicide and attempted suicide in Huntington disease: implications for preclinical testing of persons at risk*. *Am J Med Genet* (1986), 24: 305-11; SCHOENFELD, M., MYERS, R.H., CUPPLES, L.A., BERKMAN, B., SAX, D.S., CLARK, E., *Increased rate of suicide among patients with Huntington's disease*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* (1984), 47: 1283-7
14. ZAKZANIS, K.K., *The subcortical dementia of Huntington's disease*. *J Clin Exp Neuropsychol* (1998), 20: 565-78
15. NAARDING, P., KREMER, H.P., ZITMAN, F.G., *Huntington's disease: a review of the literature on prevalence and treatment of neuropsychiatric phenomena*. *Eur Psychiatry* (2001), 16: 439-45; PAULSEN, J.S., READY, R.E., HAMILTON, J.M., MEGA, M.S., CUMMINGS, J.L., *Neuropsychiatric aspects of Huntington's disease*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* (2001), 71: 310-4; BERRIOS, G.E., WAGLE, A.C., MARKOVA, I.S. et al., *Psychiatric symptoms and CAG repeats in neurologically asymptomatic Huntington's disease gene carriers*. *Psychiatry Res* (2001), 102: 217-25; ANDERSON, K.E., MARDER, K.S., *An overview of psychiatric symptoms in Huntington's disease*. *Curr Psychiatry Rep* (2001), 3: 379-88; ROSENBLATT, A., LEROI, I., *Neuropsychiatry of Huntington's disease and other basal ganglia disorders*. *Psychosomatics* (2000), 41: 24-30
16. TOPPER, R., SCHWARZ, M., PODOLL, K., DUMGES, F., NOTH, J., *Absence of frontal somatosensory evoked potentials in Huntington's disease*. *Brain* (1993), 116: 87-101

17. ANDREWS, T.C., WEEKS, R.A., TURJANSKI, N. et al., *Huntington's disease progression. PET and clinical observations*. Brain (1999), 122: 2353-63
18. ROSAS, H.D., GOODMAN, J., CHEN, Y.I. et al., *Striatal volume loss in HD as measured by MRI and the influence of CAG repeat*. Neurology (2001), 57: 1025-8; BARTZOKIS, G., TISHLER, T.A., *MRI evaluation of basal ganglia ferritin iron and neurotoxicity in Alzheimer's and Huntington's disease*. Cell Mol Biol (Noisy-Le-Grand) (2000), 46: 821-33
19. BYLSMA, F.W., PEYSER, C.E., FOLSTEIN, S.E., FOLSTEIN, M.F., ROSS, C., BRANDT, J., *EEG power spectra in Huntington's disease: clinical and neuropsychological correlates*. Neuropsychologia (1994), 32: 137-50
20. INTERNATIONAL HUNTINGTON ASSOCIATION (IHA) AND THE WORLD FEDERATION OF NEUROLOGY (WFN) RESEARCH GROUP ON HUNTINGTON'S CHOREA, *Guidelines for the molecular genetics predictive test in Huntington's disease*. Neurology (1994), 44: 1533-6 und J Med Genet (1994), 31: 555-9
21. BONELLI, R.M., NIEDERWIESER, G., TRIBL, G.G., KOLTRINGER, P., *High-dose olanzapine in Huntington's disease*. Int Clin Psychopharmacol (2002), 17: 91-3; BONELLI, R.M., NIEDERWIESER, G., DIEZ, J., KOLTRINGER, P., *Riluzole and olanzapine in Huntington's disease*. Eur J Neurol (2002), 9: 183-4
22. BONELLI, R.M., GRUBER, A., *Deep brain stimulation in Huntington's disease*. Mov Disord (2002), 17: 429-30; BONELLI, R.M., KENNER, L., GRUBER, A., REISECKER, F., KOLTRINGER, P., *Comptototomy in Huntington's chorea*. Med Hypotheses (2001), 57: 491-6
23. BIRD, T.D., BENNETT, R.L., LIPE, H.P., *The consequences of testing for Huntington's disease*. N Engl J Med (1993), 328: 1046
24. ROBINS WAHLIN, T.B., BACKMAN, L., LUNDIN, A., HAEGERMARK, A., WINBLAD, B., ANVRET, M., *High suicidal ideation in persons testing for Huntington's disease [In Process Citation]*. Acta Neurol Scand (2000), 102: 150-61
25. DAVIS, D.S., *Rational suicide and predictive genetic testing*. J Clin Ethics (1999), 10: 316-23; BIRD, T.D., *Outrageous fortune: the risk of suicide in genetic testing for Huntington disease [editorial; comment]*. Am J Hum Genet (1999), 64: 1289-92; LASHWOOD, A., FLINTER, F., *Clinical and counselling implications of preimplantation genetic diagnosis for Huntington's disease in the UK*. Hum Fertil (2001), 4: 235-8
26. INTERNATIONAL HUNTINGTON ASSOCIATION (IHA) AND THE WORLD FEDERATION OF NEUROLOGY (WFN) RESEARCH GROUP ON HUNTINGTON'S CHOREA, *Guidelines for the molecular genetics predictive test in Huntington's disease*. Neurology (1994), 44: 1533-6 und J Med Genet (1994), 31: 555-9
27. HILDT, E., *Ethical aspects of neural tissue transplantation*. Croat Med J (1999), 40: 326-33
28. ZHAO, L.R., DUAN, W.M., REYES, M.G., KEENE, C.D., VERFAILLIE, C.M., LOW, W.C., *Human bone marrow stem cells exhibit neural phenotypes and ameliorate neurological deficits after grafting into the ischemic brain of rats*. Exp Neurol (2002), 174: 11-20
29. THOMPSON, J.C., SNOWDEN, J.S., CRAUFURD, D., NEARY, D., *Behaviour in Huntington's Disease: Dissociating Cognition-Based and Mood- Based Changes*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci (2002), 14: 37-43
30. BONELLI, R.M., THAU, K., *Noncompliance: ein Überblick*. Dtsch Med Wochenschr (2001), 126: 699-703
31. HARPER, P., HOULIHAN, G., TYLER, A., *Genetic counselling in Huntington's disease*. In: HARPER, P. (Hrsg.), *Huntington's disease*. 2. ed. London: Saunders Company (1996), S.359-394
32. ebd.
33. ebd.

Die Selbstbestimmungsfähigkeit des Suchtkranken

Peter AMANN

Zusammenfassung

Das Phänomen Sucht geht uns alle an; vor allem wenn Sucht das Leben blockiert. Sucht bedeutet Verlust der freien Stellungnahme und Selbstbestimmung. Suchtkrank ist, wer feststellt, „nicht ich habe die Dinge unter Kontrolle, sondern das (Sucht-)Mittel hat mich“. Sucht hat nie eine einzige Ursache, sondern entsteht prozesshaft aus einem komplexen Gefüge von Wirkfaktoren. Wer nicht gelernt hat, schwierige Situationen zu bewältigen, oder – im besonderen – das soziale Umfeld beschleunigen bei einem Zusammentreffen den Einstieg in die Suchtabhängigkeit.

Aufhören ist durch Aufsuchen gezielter fachlicher Hilfen möglich. Logotherapie und Existenzanalyse ist im Gesamtgefüge der bestehenden Hilfen als personaler und ganzheitlicher Ansatz ein ergänzender Beitrag der Hilfestellung. Selbstbestimmung des Suchtkranken ist auf Grund der Freiheit der Stellungnahme zu den Bedingungen der Suchtabhängigkeit und das Ausschau halten nach neuen zukunftsorientierten Perspektiven möglich. Werte sind die notwendigen Mittel zur Sinnbestimmung und Sinn wird zum tragenden durchgängigen Leitmotiv für ein Leben ohne Abhängigkeit.

Schlüsselwörter: Sucht, Selbstbestimmung, Logotherapie, Existenzanalyse

Abstract

The phenomenon of addiction must interest all of us especially if the addiction blocks up life itself. Addiction means loss of freedom in positioning oneself and in self determination. A person is addicted when they discover that they do not have control of things but that their drug has control of them. Addiction never has one cause only, but comes about by way of a process of complex structures and effects. One who has never learned to master difficult situations, especially those in his social environment is very likely to become addicted.

It is possible to end one's addiction by special professional aid. Logotherapy and Existential Analysis as part of the professional aid can often be of great help in reaching the goal aimed at. Self determination of the addicted person is possible when the regulations for freedom from addiction are kept and future perspectives without addiction are looked forward to. Values are the necessary means for determination of sense and meaningfulness and must become the main motive for a life without addiction.

Keywords: Addiction, self determination, logotherapy, existential analysis

Anschrift des Autors: Dr. Peter AMANN, Psychotherapeut und Lehrtherapeut
Sozialpädagogische Wohnstation, A-6822 Schnifis 12c

1. Das Phänomen Sucht

„Sucht geht uns alle an. Sucht betrifft uns alle. Sucht macht uns alle betroffen. Sucht erwischt uns alle. Sucht schädigt uns alle. Sucht kompromittiert uns alle. Sucht hat uns alle gesucht – und gefunden. Sucht lässt uns alle nach einem Ausweg suchen – und auf den Ausweg hoffen. Da sind sie alle, die Nikotinsüchtigen, die Alkoholsüchtigen, die Medikamentensüchtigen, die Haschisch-, Kokain- und Heroinsüchtigen, die Ecstasy-Süchtigen, die Geltungssüchtigen, die Spielsüchtigen, die Eifer- und selbst die Sehnsüchtigen.“¹

Fragen wir mutig weiter: Wo sind wir? Sind wir nicht eine/r von diesen? Haben wir nicht selbst fast von jedem etwas? Sind wir nicht zumindest streitsüchtig oder gewinnsüchtig? Ist es nichts von alledem? Bleibt zumindest die Gefahr der Selbstsucht oder doch der Selbstgefälligkeit und Selbstgerechtigkeit in der Leugnung jeglicher Suchtgefährdung?

Die Liste weiterer – vor allem nicht substanzgebundener Süchte könnte von jedermann weitergeführt werden. Die persönliche Betroffenheit bei jedem Gespräch über Sucht ist oft nur mit Mühe auszublenden. Die Frage nach dem, was einerseits Sucht „mit jedem von uns macht“ (a.a.O.) verbindet viele, fast alle Menschen (irgendwann) miteinander, andererseits bekommt diese Frage selbstredend eine andere Qualität und Dramatik, „wenn Sucht das Leben blockiert.“²

Das Phänomen Sucht, so konnte gezeigt werden, hat viele Namen und noch mehr verschiedene Gesichter.

2. Was ist Sucht?

Man spricht viel über Drogen. Wer aber über Drogen spricht, muss über Sucht sprechen!

Eine allgemein gültige Definition von Sucht gibt es nicht. Ursprünglich war in der deutschen Sprache das Wort „Siechen“ das Wort für Krankheit (z.B. Wassersucht).

Heute versteht man darunter eine krankhafte, zwanghafte Abhängigkeit von verschiedensten Stoffen; man versteht darunter weiters das sich steigernde Verlangen nach einer ständig erneuten Einnahme einer oder auch mehrerer abhängig machender Stoffe (Mischkulanzen), um ein bestimmtes Lustgefühl immer wieder, möglichst stärker als zuvor zu erreichen oder Unlustgefühle zu vermeiden.

Der Zustand der Abhängigkeit tritt nach einer Phase der Gewöhnung ein, die bei bestimmten Substanzen, z.B. Heroin, sehr kurz sein kann, wenn regelmäßiger oder dauernder Konsum zu einer physischen und/oder psychischen Abhängigkeit geführt hat.

Von physischer Abhängigkeit spricht man, wenn die Substanz in den Stoffwechsel des Körpers eingebaut wird und wenn nach Absetzen der Drogen körperliche Entzugserscheinungen wie Schwitzen, Fieber, Muskelschmerzen, Erbrechen usw. auftreten.

Der Begriff der psychischen Abhängigkeit wurde eingeführt, weil bei einigen Drogen (z.B. Haschisch, Kokain, LSD) keine direkte körperliche Abhängigkeit eintritt.

Dennoch ist das Verlangen sehr stark, den Konsum auch bei diesen Substanzen fortzusetzen. Es ist meist nicht mehr selbstbestimmend steuerbar. Wenn das Mittel abgesetzt wird, treten Unlustgefühle und Depressionen auf.

Sucht bedeutet in beiden Fällen Verlust der freien Stellungnahme und der Selbstbestimmung. Der süchtige Mensch vermag mit dem Suchtmittel nicht mehr frei umzugehen.

Insgesamt gesehen gibt es sehr viele legale und illegale Mittel, aus deren Gebrauch eine zwanghafte und krankhafte Abhängigkeit, nämlich Sucht, entstehen kann.

In der Öffentlichkeit wird als Sucht vor allem die Abhängigkeit von illegalen Drogen, Alkohol und Medikamenten angesehen; unter den Jugendlichen sind in den letzten Jahren Designerdrogen³ und mit Geheimwissen verbundene Pilze zusätzlich stärker in Gebrauch gekommen.

Als Krankheit und als von der Öffentlich-

keit zu bezahlende Behandlung sind bisher nur substanzgebundene Süchte anerkannt.

Was ist aber mit Spielsucht? Kaufsucht? Arbeitssucht? Fernsehsucht? Internetsucht etc.?

Nicht substanzgebundene Abhängigkeiten sind auf den ersten Blick oft nicht als süchtige Verhaltensweisen zu erkennen. Sie können wie stoffliche Suchtmittel zur „Krücke“ für eine schwierige Lebensbewältigung werden und wie diese genauso (selbst-)zerstörerisch sein.

Die scheinbare Entlastung, die das Suchtmittel momentan bringt, erscheint vorerst als Erleichterung in einer schwierigen Situation. Wenn nach einiger Zeit einer feststellt: „Nicht ich habe die Dinge unter Kontrolle, sondern das (Sucht-)Mittel hat mich“, ist es meist schon zu spät für ein eigenes, freigewähltes selbstbestimmtes Aufhören: *Man ist suchtkrank*.

3. Wie entsteht Sucht?

Es geht um die entscheidenden Wirkfaktoren, welche „stark“ genug sind, dass der eine Mensch in ein und derselben Kultur, in derselben gesellschaftlichen Lage, mit ähnlichen Anlagen (vgl. Zwillingsforschung), fast einer identischen sozialpsychologischen Entwicklung, ähnlichen ideologischen, zeitgeschichtlichen Einflüssen etc. süchtig wird, ein anderer Mensch in der ähnlichen Situation jedoch nicht.

Wo ist das entscheidende Quäntchen, das gewisse „Etwas“, was das Leben des einen Menschen in die eine Richtung, das Leben des anderen Menschen in eine geradezu umgekehrte Richtung sich entwickeln lässt?

Warum wird ein junger Mensch drogenabhängig? Warum wird ein Familienvater Alkoholiker? Warum ist eine Nachbarin tablettenabhängig? Warum raucht die Freundin, obwohl sie sich der Gefahren bewusst ist?

Sind es determinierende milieubedingte, biologische und genetische oder psychologische, entwicklungsbedingte Faktoren, die der freien Stellungnahme der einzelnen gefährdeten Person jeden Spielraum zur eigenen Ent-

scheidung auf ein Leben ohne Sucht rauben?

Es stellt sich die Frage, ob es angesichts der zahlreichen Ursachen und Faktoren, die eine Suchtabhängigkeit bewirkt, letztlich noch möglich ist, eine Selbstbestimmungsfähigkeit des Suchtgefährdeten und gar schon Suchtkranken zu begründen.

Die Antwort auf diese Fragen sehen immer wieder anders aus. Sucht hat nie eine einzige Ursache, sondern entsteht aus einem komplexen Ursachengefüge, in einem Prozess und nicht von heute auf morgen.

Wurzeln können in der Persönlichkeit des Betroffenen liegen, wenn er nicht gelernt hat, schwierige Situationen zu bewältigen, wenn er sich nicht dagegen wehren kann, von Gefühlen wie Angst, Wut, Scham, Langeweile, Einsamkeit erdrückt zu werden.

Wurzeln können aber auch im sozialen Umfeld liegen, in Kindheitserfahrungen oder Ereignissen, die bedrohlich und ausweglos erscheinen, wie Trennung von einer geliebten Person, Verlust des Arbeitsplatzes, überbordende Geldnot, Schulprobleme, Schwierigkeiten in der Familie.

Das gleichzeitige Zusammentreffen mehrerer belastender Faktoren kann den Einstieg in den Drogenkonsum beschleunigen. Neben diesen mehr subjektiven Faktoren spielt selbstverständlich auch die objektive Verfügbarkeit der Droge eine Rolle.

Hat jemand in einer schwierigen Situation einmal die Erfahrung gemacht, dass durch ein Suchtmittel im engeren oder weiteren Sinne schlechte Gefühle abgestellt und gute Gefühle hervorgerufen werden, ist die Gefahr sehr groß, immer wieder zu diesen Mitteln zu greifen (greifen zu müssen), sich „per Knopfdruck“ Erleichterung zu verschaffen, bis ein Wohlbefinden ohne diese Hilfe nicht mehr möglich ist.

Aber auch Leichtfertigkeit im Umgang mit Suchtstoffen, manchmal sogar ein metaphysischer Leichtsinn, die Welt aus den Angeln heben zu können/wollen; Selbstüberschätzung („... ich kann schon damit umgehen, ich werde schon nicht abhängig ...“) sind oft der

Einstieg in eine Suchtkarriere.

Ein Teufelskreis beginnt! Der Mensch gerät in das vitale Spannungsfeld von

- 1) den Suchtmitteln,
- 2) der Abhängigkeit mit einer Vermehrung von Leid, Schmerzen, Unglück und Angst;
- 3) der verstärkten Anspannung mit Defiziterlebnissen, wie Schmerz, innerer Leere, existentieller Frustration, ... , neurotischer Konflikte, Psychosen. Daraus folgt
- 4) Aggression und Depression, was erneute Flucht in den erneuten Missbrauch der Droge provoziert.

Der Kreis hat sich prozesshaft geschlossen. Je mehr sich dieser Kreisprozess zum Teufelskreis schließt, desto stärker wird der Wunsch nach Hochgefühl, Entlastung, Erleichterung durch erneute Flucht mit Hilfe der Droge; das Verlangen danach lässt zunehmend alle Hemmungen und Barrieren fallen. Solange es geht wird die Dosis gesteigert. Auch mit Hilfe der permanenten Lüge. Der so abhängig gewordene Süchtige beginnt an den Sinn, ja an die Notwendigkeit der Lüge zu glauben, sein Leben wird zu einer nicht mehr beseitigbaren Lebenslüge. Der Weg zur kriminellen Handlung ist nicht mehr weit. Schuldgefühle entstehen, der Süchtige fühlt sich zunehmend eingeengt und versucht sich zu rechtfertigen, was in der unmittelbaren Umgebung nur noch mehr Ablehnung hervorruft. Es bleibt noch, sich selbst und andere zu täuschen, zu vertuschen, was andere schon wahrzunehmen beginnen; Vorsätze und Versprechungen werden nicht eingehalten; im Besonderen werden die Nächsten, die Familie und Freunde belogen und bestohlen; das Suchtmittel wird Dreh- und Angelpunkt des Lebens – nicht nur für den Abhängigen, sondern auch für das Leben seiner sozialen Gruppe – „es wird zur Hölle“.

Die Sucht hat alle gefunden, sie hat die ursprünglichen Probleme überlagert und neue geschaffen, die dem Betroffenen unüberwindlich scheinen.

Aufhören ist möglich. Dazu zwei Beispiele: Es handelt sich im folgenden um eine Zusam-

menfassung (im ersten Fall) und ein Original (im zweiten Fall) von einem ärztlichen Erstgespräch mit Anamnese nach der Aufnahme in die Drogenlangzeittherapie. Die Gespräche wurden durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie und eine Psychotherapeutin für Logotherapie und Existenzanalyse nach Viktor E. FRANKL geführt. Die Klientin befindet sich nun ca. 10 Monate in der Therapieeinrichtung.

Fallbeispiel 1

Die 22jährige Klientin berichtet einleitend, sie habe bisher schon 4 Therapeuten gehabt und ca. 60 psychotherapeutische Sitzungen, die aber alle nichts bewirkten.

Sie stamme aus einem gut bürgerlichen Elternhaus (der Vater Prokurist einer Bank, in der Stadtpolitik aktiv, öffentliches Ansehen sei ihm wichtig, Geldmensch; die Mutter Bürokauffrau, mütterlich, hausfraulich, sensibel, hilfsbereit), habe eine glückliche Kindheit gehabt. Als sie 10 war, ließen sich die Eltern scheiden, Vater hatte bald eine neue Freundin. Die K. besuchte die Volksschule und 6 Klassen des Gymnasiums, bis sie sitzen blieb; sie absolvierte anschließend einen Massagekurs. Ihre Drogenkarriere begann mit 14 J.: Alkohol und Nikotin, dann Cannabis, Speed, LSD; mit 18 J. probierte sie Heroin und Morphium, mit 20 J. Kokain. Nach der Aufnahme befand sie sich ca. 7 Monate im Methadon-Programm. Bis zum Therapieantritt haben sich 1 Mill. Schilling Schulden angehäuft.

Mit 18 J. lernte sie „ihre große Liebe“ kennen. Dieser Freund, ein Baggerfahrer, hatte viele Schulden und erstach einen Taxifahrer (wurde dann wegen Mordes verurteilt), er hatte auch einen Bankraub geplant. Sie war zum Zeitpunkt der Tat im 3. Monat schwanger von ihm und ließ dann eine Abtreibung vornehmen. Ca. 6 Monate lang besuchte sie Ihren Freund noch im Gefängnis, war überzeugt von seiner Unschuld, bis er ihr gegenüber den Mord tatsächlich zugegeben habe. Der Vater

unterstützte sie in dieser schweren Zeit kaum, die Mutter schon. Seit dieser Zeit konsumierte sie massiv Heroin.

Zur Zeit des Therapiebeginns ist sie sehr depressiv, weint viel. Ihre Zukunftsperspektiven: gesund werden, Karriere machen.

Ca. ½ Jahr später wird sie bei einem Ausgang in der Schweiz von Dealern überfallen und ausgeraubt; nach diesem schockierenden Erlebnis entschließt sie sich zu einem Entzug auch von der ärztlichen Substitution, was ihr auch gelingt.

Seit einiger Zeit geht sie ins Fitnessstudio, geht regelmäßig schifahren und besucht Abendkurse, um die Matura zu machen; sie möchte anschließend studieren. Nach der stationären Therapie hat sie einen längeren Erholungsurlaub in den USA bei einer Tante in New York geplant.

Die Aufgabe der psychotherapeutischen Begleitung war bisher: 1) Raum geben und Zeit lassen und die durch die Sucht verdrängten „gesunden Anteile“ der noch unverehrt gebliebenen geistigen Person wahrzunehmen durch „Begegnung“ im Beieinander-Sein, Förderung des Person-Seins der Klientin. Durch die Selbsterfahrung des eigenen Person-Seins und der Erfahrung, dem eigenen Leben wieder selbstbestimmend eine positive, d.h. auf Sinn und Werte aufgebaute neue Richtung geben zu können, entsteht bei der Klientin spontan wieder Mut, und auf Medikamente und Zusatzstoffe verzichten zu können und zu wollen, auch Leiden und (Entzugs-) Schmerzen auf sich zu nehmen. Im offenen therapeutischen Dialog kann die K. auch ihre verdrängten und deshalb ihr auch verborgen gebliebenen Sinnmöglichkeiten (wieder) espüren. Die Stimme ihres Gewissens beginnt ihr wieder (leise) zu flüstern, was am besten wäre für ihr noch junges Leben. Die K. beginnt ihre eigenen Pläne zu schmieden für ein neues Leben – jenseits von Drogen. Dadurch entfernt sie sich auf selbstverständliche Art und Weise von den fremdbestimmenden Kreisen, die einst ihr Leben in eine verzweifelte Richtung lenkten. In der Folge wird der Grundwert ihrer Person und

ihre Würde gestärkt und der Selbstwert durch Werteverwirklichung herausgebildet. Aus innerer Freiheit wird aus Anlass von negativem Vergangenen im „Hier und Jetzt“ eine Fülle von künftigen neuen Möglichkeiten mehr und mehr verwirklicht. Indem der Psychotherapeut der Klientin neuen Raum für einen Neuanfang zu geben vermag und Zeit lässt in einer dialogischen Begegnung, beginnt er die Einmaligkeit der Situation und Einzigartigkeit der Person der Klientin zu verstehen, besser als sie sich selbst zu verstehen vermag. Daraus wächst das Vertrauen, dass neue Werte (Sport, Gesundheit, Kurse, Reisen, etc.) erlebbar werden, die in der Folge selbstgestaltend in ein eigenes Lebenskonzept eingehen werden.

Fallbeispiel 2

Es handelt sich um einen 22jährigen Klienten. Das Protokoll wird wörtlich wiedergegeben:

Frühere Krankheiten: Trug Korsett mit 12 J. (M. Scheuermann), immer Rückenschmerzen, mit 15-16 J. kurzzeitige Besserung, dann wieder schubhafte Verschlechterung, 1999 Hammerzehen-OP links; Mit 2 J. durch herabhängende Schlinge am Sofa beinahe erhängt (Eltern fanden ihn schon cyanotisch).

Medikamente derzeit: Codidol, Tranxilium

Drogenanamnese:

Mit 14 J. Nikotin und Alkohol

15 J. tägliches „Kiffen“

16 J. Benzodiazepin-Abusus (Praxiten, Rohypnol, Valium)

19/20 J. öffentliches Arbeitsprojekt, Cannabis wurde toleriert, nahm auch heftig Ekstasy, da es dort keine Harnkontrollen gegeben habe. Habe auch Opium konsumiert, was ihm eilweise gegen seine Schmerzen geholfen habe.

¾ Jahr im Methadonprogramm, war dann im Krankenhaus auf Entzug, habe sich dann wieder Substitoltabletten, Compensan (sind

Morphintabletten), Benzos etc. am Schwarzmarkt besorgt.

Mit den Drogen funktioniere es bei ihm nach dem Belohnungsmechanismus.

Schulanamnese und Berufsanamnese:

4 J. VS; 5 J. Realgymnasium, 4. Klasse wiederholt, 2x negativ beendet.

Der K. formuliert es in der Rückschau als Trotzhaltung gegen die Eltern, die damals unbedingt wollten, dass er das Gymnasium erfolgreich abschließt.

Er hat dann selbst eine Lehre als Einzelhandelskaufmann begonnen, die er mit Auszeichnung abgeschlossen habe, obwohl er auch in der Berufsschule wenig Motivation gezeigt habe. Er sei viel in den Krankenstand gegangen (ca. 3 Monate pro Jahr, wegen seiner Rückenerkrankung). Er habe dann in der Folge auch Komplexe gehabt wegen seiner eingeschränkten Körperhaltung. Wollte nicht mehr ins Schwimmbad oder in die Sauna gehen.

Psychische und Sozialanamnese:

In den ersten Lebensmonaten habe er nur geschrien (sog. Schreikind). In Kindergarten und Schule sei er dann hyperaktiv gewesen. Zwischen 10. – 12. LJ extrem ruhiges, introvertiertes Kind.

Er erkenne kognitiv viele Dinge, die falsch laufen in seinem Leben – es gelinge ihm aber nicht, diese umzusetzen. Wenn ihn etwas störe, schlucke er das immer und spreche nicht davon. Er könne sich nichts einteilen, weder einen Monatslohn noch die Medikamentenration. Daher sei er froh, wenn das jemand für ihn übernehme.

Er fühle sich traurig, energielos, antriebsgemindert, hat Fantasien, dieser Qual auf Erden durch den Tod entrinnen zu können (Überdosis), meint aber dann gleichzeitig, dass er wahrscheinlich nicht den Mut hätte, es wirklich zu tun.

Er ist das einzige Kind aus der Ehe seiner Eltern; der Vater hat noch einen Sohn aus erster Ehe.

Die Mutter, geb. 1943, hat einen Halbtagsjob in der Warenübernahme einer Firma; der Vater, geb. 1942, ist Gendarm und arbeitet im Bereich der EDV. Die Ehe der Eltern beschreibt er eher als Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft, wobei die Mutter eher der dominanter Teil sei, der Vater eher der stillere, welcher auch viel schlucke, so wie er. Zweimal wöchentlich gehe der Vater kegeln und trinke Alkohol zur Problembewältigung. Die Mutter wird als offen geschildert, mit der man gut kommunizieren könne, sie habe eine Brustkrebs-OP li hinter sich. Der Kontakt zu den Verwandten sei teilweise wegen seiner Drogensucht von diesen abgebrochen worden. Mama sei eine gute Hausfrau und habe ihn zu sehr verwöhnt, sodass er dadurch wohl unselbstständig geworden sei. Er sei von ihr überbehütet worden, so dass der Ausdruck „Mamabübl“ nicht übertrieben sei.

Obwohl er sich sehnlichst ein Geschwisterchen gewünscht habe, habe er zu seinem neun Jahre älteren Halbbruder nie Kontakt gehabt – er könne aber nicht sagen warum.

Zur Mutter habe er uneingeschränktes Vertrauen, würde alles mit ihr besprechen, obwohl sie sich in letzter Zeit mehr abgrenze, auf Anraten von Ärzten und Therapeuten. So würde sie es z.B. nicht mehr zulassen, dass er im Elternhaus wohnen könnte.

Vater sei teilweise auch egoistisch, mache was ihm Spaß macht und meine, dass sein Problem oder überhaupt das Familienproblem so einfach zu lösen wäre, wenn nämlich Martin aufhören würde, Drogen zu nehmen oder seine Psyche ändern würde.

Partnerschaften:

Hielten meist nur ein paar Monate; ein 17 jähriges Mädchen, in welches er sich zuletzt verliebt hatte, stürzte unter Drogen von der Jenbacher Burg in den Tod.

Zukunftsperspektive:

Könnte sich einen Halbtagsjob vorstellen (Computerbranche), aber nur unter Substitutions-

behandlung („so wie ein Diabetiker unter Insulin arbeiten geht“). Möchte mit seinem Leben zufrieden sein.

Wie kann bei einer solchen Problemlage ein Ausstieg aus der Sucht vorbereitet werden? Ist angesichts einer vielschichtigen und sich überlagernden Problematik ein selbstbestimmendes Leben jemals denkbar?

In einem Vorbereitungsschritt ging/geht es in einer ersten Phase (der K. ist seit ca. 3 ½ Monaten in der Einrichtung) primär um eine Stabilisierung und Orientierung auf der Ebene seiner Leiblichkeit. Diese erste Phase ist in der Regel auf ca. 6 Monate konzipiert.

Seine zahlreichen gesundheitlichen Ängste auf Grund von bereits amputierten Zehen und Fingern, die wie bei vier Onkeln mütterlicherseits sich abnorm zu entwickeln beginnen, sowie andere Gebrechen provozieren Existenzängste, die ihrerseits Impulse „sich mit Drogen zuzumachen“ hervorrufen.

In dieser ersten Therapiephase werden alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft, um (zum ersten Mal in seinem Leben) eine optimale ganzheitlich (fach-) ärztliche Versorgung zu erreichen, die ihm bisher – so seine Aussage – nicht zuteil wurden. Deshalb holte er sich selbst bisher von ca. 5 verschiedenen Ärzten jene vor allem schmerzstillenden Medikamente, vor allem Morphium und Valium, um eine optimale Versorgung selbst sicherzustellen.

Kraft seiner hochentwickelten erlernten Freundlichkeit und Redefähigkeit konnte er – ohne gegenseitiges Wissen der Ärzte untereinander – einen hohen Grad von Versorgung mit Medikamenten für kurze Zeit erreichen – bis dieser Zustand lebensbedrohlich wurde. Zuletzt schluckte K. ganze Packungen von schmerzstillenden Medikamenten auf einmal, einschließlich morphinhaltiger Tabletten.

Der Therapieansatz

1.) Die Medikation muss in **eine** ärztliche Hand. Derzeit substituiert und verschreibt ein

Facharzt die Medikamente und eine Fachärztin macht mit ihm ärztlich-psychotherapeutische Gespräche.

2.) Die Verabreichung wird vorerst genauestens kontrolliert und in verbindlichen Vereinbarungen reduziert.

3.) Eine **sinnvolle Tagesstruktur** wird verbindlich angeboten (ist eine Aufnahmebedingung) und durch konkrete Werte im Alltag umgesetzt. Dadurch kann die übertriebene eigene Wehleidigkeit in Schritten abgebaut werden.

4.) In psychotherapeutischen Einzelgesprächen wird einerseits für die Aufarbeitung von Verdrängtem personaler Lebensraum geschaffen, indem die oft verletzte Würde seiner Person sich zurückbildet und sein Selbstwert sich wieder herauszubilden vermag, andererseits wird das Erspüren von neuen tragfähigen Werten und Sinnstrukturen intendiert.

5.) Die sich sammelnde innere Kraft seiner Persönlichkeit, lässt die Defizite seiner Entwicklung und auch die Abhängigkeit von Drogen und Medikamenten in den Hintergrund treten.

Nach dieser psychotherapeutischen Phase, die von ausdauernder Empathie getragen sein muss, soll dann später die konfrontative Phase der psychotherapeutischen Auseinandersetzung mit seinen falschen Verhaltensmustern und Einstellungen einen zukunftsorientierten Neuanfang vorbereiten.

4. Ausstieg aus der Sucht – der Beitrag der Logotherapie und Existenzanalyse

Der Ausstieg aus der Abhängigkeit beginnt mit der Einsicht: „Ich bin süchtig, so kann ich nicht weitermachen, der Preis ist zu hoch.“

Der Wunsch aufzuhören ist in der Regel begleitet von der Suche nach Hilfen beim Entwickeln von Alternativen, beim Lernen und Ausprobieren neuer Verhaltensweisen und Einstellungen.

Eine Suchtberatungsstelle und in der Folge eine stationäre Therapieeinrichtung kann fach-

liche Unterstützung anbieten. Die institutionellen Hilfsangebote sind heute breit gefächert. Von nieder- bis hochschwelligem Beratungsstellen, von Kurzzeittherapiestationen bis Langzeittherapiestationen kann sich der Hilfesuchende beraten lassen.

Im Vorfeld sind es oft Laien, Freunde, Eltern, Bekannte, die helfen wollen. Dabei besteht die Gefahr der Co-Abhängigkeit⁴, besonders bei Alkoholsucht und sozio-kulturell ähnlich orientierten (Jugend-)Gruppen. Eine Co-Abhängigkeit ist gekennzeichnet durch starke Fremdbestimmtheit (der Bezugspunkt für Fühlen, Denken und Erleben liegt außerhalb des Selbst), durch Beziehungssucht, mangelnde Abgrenzungsfähigkeit, übertriebene Fürsorge, extremes Kontrollbedürfnis u.a.m.

In der Regel sind es Frauen, die ihren süchtigen Männern/Partnern helfen wollen. Männer trennen sich in der Regel von ihrer süchtigen Partnerin (hohe Scheidungsrate).

Ein spezifischer Beitrag beim Ausstieg aus der Sucht, den die Logotherapie und Existenzanalyse in das Gesamtgefüge bereits bestehender Hilfe einbringen kann, ist in seiner Grundintention getragen von

1. **der Würde der süchtigen Person** gegenüber. Dies ist nicht selbstverständlich, denn gerade Drogenabhängige erleben oft Ablehnung und Missachtung ihrer Person gegenüber;

2. **der Stärkung des gesunden Selbstwertes**. Dieser ist in der Regel entweder zu hoch (Selbstüberschätzung) oder zu gering (Abwertungstendenz des Selbstwertes);

3. **der Werteverwirklichung im Alltag** (im Hier und Jetzt) und dadurch Aufbau neuer Sinnstrukturen. Selbsterfahrung, Selbsterkenntnis und Selbstbestimmung sind notwendige und unterscheidbare Schritte bei der Suchtkrankenhilfe.

„Selbsterfahrung auf eine andere Weise“⁵ ist eine Erfahrung der eigenen Persönlichkeit, ist eine Seinsweise, die das Selbst mit der Fülle seiner Möglichkeiten verbindet. Eine solche Selbsterfahrung lenkt die Aufmerksamkeit nicht primär auf das Negativ-Vergangene, was ja kaum Hoffnung machende Zukunftsperspektiven er-

möglicht, sondern die Erfahrung einer im Vorhinein nicht begrenzten Fülle von verbliebenen Lebensmöglichkeiten macht Mut zu einem zweiten, „notwendenden-Schritt“ in der Drogentherapie: der Selbsterkenntnis.

Drogen- und Suchtkranke weichen normalerweise einer vertieften Selbsterkenntnis aus, wenn diese primär aufs Negative, auf das, was falsch gelaufen ist, gerichtet ist.

Nach der Erfahrung des Selbst auf die verbliebenen Möglichkeiten des Ich, hat es den Mut, „in den Spiegel zu schauen“, in dem auch die Fratze der Sucht erscheint. Im freien Stellungnehmen vermag das gesund gebliebene Ich sich differenziert zu erkennen als eine Persönlichkeit, die so geworden ist, aber eben auch noch anders werden kann. Freiheit und Eigenverantwortung werden zur Möglichkeit der Selbstbestimmung – trotz der Suchtabhängigkeit.

Diese Möglichkeit zur Selbstbestimmung und die therapeutische Unterstützung dazu gründet in der Annahme, dass das Selbst kein faktisches Ich, sondern ein **fakultatives Ich** ist. FRANKL: „Es repräsentiert den Inbegriff der Möglichkeit des Ich“.

Diese Möglichkeiten sind solche der Sinn-erfüllung und Wertverwirklichung, und als solche sind sie Möglichkeiten, die nicht zuletzt in der Konfrontation des Menschen mit schicksalhaften Notwendigkeiten aufscheinen.

Was einen Menschen um diese Möglichkeiten betrügt, beraubt ihn des Selbst als des Spielraums, in dem das Ich atmet.⁶

In der Praxis des therapeutischen Alltags geht es nicht darum, mit allen medizinischen Mitteln beim Entzug Schmerzen zu bekämpfen, sondern eine erträgliche konkrete, gesunde Spannung zwischen dem Selbst des Ich und der Fülle seiner verbliebenen Möglichkeiten aufzubauen und aufrecht zu erhalten.

Hierin liegt der spezielle Weg der Logotherapie bei der Suchtbehandlung, indem sinnstiftende Motive konkret angeboten und Argumente dialogisch-prozesshaft eingesetzt werden, die den suchtabhängigen Patienten nach und nach befähigen von seiner Freiheit einen rechten

Gebrauch zu machen und somit dem fremdbestimmenden Zwang entkommen zu können.

In der konkreten alltäglichen Praxis ist es allerdings hilfreich in einem ersten Schritt methodisch zu unterscheiden, welche Schritte vorbereitend vor einem sinnzentrierten psychotherapeutischen Gespräch bei auch medizinisch zu behandelnden Symptomen gesetzt werden müssen.

Im Besonderen sind es auch klinisch zu behandelnde Neurosen und psychotische Störungen, die einer medizinischen Vorabklärung und Behandlung bedürfen. Eine vorübergehende – in Einzelfällen auch dauernde – medikamentöse unterstützende Behandlung ist im besonderen bei depressiven Krankheitsbildern nötig, aber auch bei Drogenkranken, die noch einen geringen Selbstwert und an einem beschädigten Grundwert leiden. Der Einsatz einer Substitution (wie z.B. Methadon oder einem Morphinpräparat, wie z.B. Compensan, Substitol, neuerdings auch Subutex) kann eine Voraussetzung schaffen für einen erfolgreichen sinnzentrierten psychotherapeutischen Prozess. Dazu kommt bei manchen drogenkranken Patienten, die schon andere Therapieversuche gemacht haben, dass sie Psychotherapiegespräche vorerst ablehnen, nachdem sie gegenüber allzu analytischen Therapiegesprächen eine Skepsis und manchmal auch Gesprächsblockaden entwickelt haben.

Manche drogenkranken Patienten sind nicht nur erziehungsgeschädigt, sondern auch therapiegeschädigt durch frühere Therapieversuche. Da Drogenberatung nicht gesetzlich geschützt ist, kommen qualitativ sehr unterschiedliche Konzepte zum Einsatz. In meine Einrichtung kommen vor allem gesprächsresistente Patienten, die jede Form einer direkt vorgehenden Therapie (vorerst) ablehnen. Deshalb unterscheide ich, ausgehend von der Ansprechbarkeit der Patienten solche, die – trotz ihrer „Sinnbarrieren“ – durch indirekte Argumente (Motive) ansprechbar sind und solche die direkten Argumenten zugänglich sind.

Zur ersten Gruppe gehören – neben erzie-

hungs- und milieugeschädigten und psychosozialen Störungsbildern – nach einer fachärztlichen Differentialdiagnose und Zuweisung – Patienten, die unter starken Ängsten, Zwängen und an Depressionen leiden.

Dazu eine kurze Fallschilderung: Ein 27 Jahre alter Patient erleidet vor ca. 8 Jahren einen Horrortrip, auf einer Brücke seiner Kleinstadt stehend, nachdem er mit dem Freund LSD, vermutlich mit Strichnin gestreckt, konsumiert hatte. Seither versuchte er mit Hilfe aller anderen verfügbaren Drogen (Heroin, Kokain, Extasy), in mehreren stationären und psychiatrischen Kliniken und bei Psychiatern durch verschiedenste Medikationen seine seither höllischen Ängste und Zwänge, die oft gepaart sind mit starken plötzlich auftretenden Depressionen, los zu werden.

Der junge Mann war früher Sportler, hat Matura und den Führerschein und ist sehr intelligent. Obwohl er sich selbst als nicht gläubig bezeichnet, redet er gelegentlich vom Teufel, der gelegentlich in ihn eindringt. Er möchte nun zu allem greifen, sogar zur Bibel um aus diesem real erlebten Teufelskreis auszubrechen.

Es wäre ein logotherapeutischer Kunstfehler, mit logischen Argumenten diese sehr schweren angst- und zwangshaften Zustände behandeln zu wollen.

Was kann aber getan werden mit Hilfe der Logotherapie, nachdem der Patient in allen bisherigen Therapien gescheitert ist?

Es muss aus einer ganzheitlichen Sicht

1. die *Medikation* durch eine gute fachärztliche Behandlung immer wieder überprüft und neu eingestellt werden, um eine qualitativ gute medizinische Behandlung sicherzustellen. Der Patient hat einen sehr guten Fachpsychiater gefunden, der auch als Psychotherapeut viel Verständnis aufbringt für die schon lange andauernde Krankheitsgeschichte. Dieses Argument bezieht sich auf die Notwendigkeit, die eigenen körperlichen medizinisch-klinischen Gegebenheiten zu akzeptieren und mit diesen umgehen zu lernen.

2. Dem interessierten Patienten wird aus ei-

ner *ganzheitlichen Sicht* seine Problemlage in den Kernpunkten erklärt, damit er sich selbst in seiner Leidensproblematik besser objektiv verstehen und annehmen kann (Selbstannahme).

Dieses Argument bezieht sich auf die selbst bestimmte Objektivierung und somit auf die Relativierung seiner Leidenszustände.

Dem für objektive Informationen empfänglichen Patienten wird die Wirkungsweise der psychosomatischen Kreislaufprozesse nach langjähriger schwerer Drogenabhängigkeit erklärt, eingebettet in das anthropologische Gesamtkonzept des Körper-Seele-Geist Problems. Dieses ist aus der Sicht der Logotherapie nicht als Mechanismus zu verstehen, sondern der leidenden Person werden aktive Gestaltungskräfte kraft der Geistigkeit seiner Person zugesprochen.

3. Im *sokratischen Dialog* wird die Leidensfähigkeit des Patienten gestärkt, indem logotherapeutisch das „Wofür“ und „Wozu“ des Lebens erarbeitet wird. Das Argument, das hier eingesetzt wird, zielt vorerst auf den Satz von NIETZSCHE: „Wer ein Warum zum Leben hat, erträgt fast jedes Wie“.

Dies ist nach FRANKL ein Leitmotiv der Logotherapie, das der Patient zögernd, aber doch als Motiv für sich akzeptieren kann.

4. Bei einem längeren *Urlaub* im Ausland beginnt der Patient seine ihn zwingende Problematik zu relativieren. Zu Hilfe kommt ihm das südliche Klima: er schläft zum ersten Mal nach Jahren wieder einige Tage ohne Alpträume.

Dieser Urlaub stärkt das logotherapeutische Argument persönlicher Selbstdistanzierung durch das Mittel der räumlichen und zeitlichen Distanzierung von seinem ansonsten in sich geschlossenen und zwanghaften Lebensstil und somit monotonen Lebens. Seine personale Selbstdistanzierung von seiner eigenen sinnentleerten Problemlage wird gestärkt. Seine latente Suizidalität geht zurück und eine konkrete Steigerung seines Lebensmutes und Selbstwertes nimmt spürbar zu.

Das hier dem Patienten bewusst geworde-

ne sinnorientierte Argument bezieht sich auf die eigene personale *Freiheit der Stellungnahme* zur erlebten eigenen aussichtslosen Leidensstruktur.

Schließlich wird nach einer weiteren *Motivationsphase* von wieder in Gang gekommenen Beziehungen, in Form seines Besuches bei einem Freund in der Großstadt, dann bei den Eltern zuhause und dann wiederum in der Therapeutischen Gemeinschaft eine

5. *Konfrontationsphase* eingelegt, indem dem Patienten in mehreren Kurzgesprächen direkt die verbliebenen Möglichkeiten „*vorgehalten*“ werden. Der Patient muss nun dazu von seinem (inneren) „Selbst“, seiner Person Stellung beziehen und von seiner Freiheit im Stellungnehmen positiven Gebrauch machen.

Früher intakt erlebte Beziehungen (Familie, Freunde, Landschaften, etc.) lösen im Patienten zukunftsorientierte Hoffnungen aus, wieder ganz gesund zu werden und die Erfahrung der eigenen personalen Freiheit stärkt und sichert die Hoffnung machenden Gefühle, die durch die (Wieder-) Aufnahme früher intakter Beziehungen (wieder) erlebt wurden, für die gestaltende Person rückwirkend ab. Der Patient beginnt sich als „Täter seiner Taten“, als Subjekt zu erspüren und nicht als willenloses Objekt seines eigenen psychischen Chaos.

Der positive Gebrauch personaler Freiheit bezieht sich nicht nur auf die möglichen besseren objektiven Resultate, sondern vor allem auf das subjektive Erleben der eigenen Personalität. Die Selbsterfahrung personaler Freiheit ermöglicht die Grundlegung eines gesicherten Neuanfangs einer Neuorientierung auf Zukunft.

Der positive Gebrauch seiner Freiheit führt den Patienten im nächsten Schritt ohne direkte Anleitung dazu (probehilber) alle Medikamente (außer die Substitution) vorerst ganz abzusetzen.

Dies befreit und ermutigt den Patienten dazu, sich selbstständig eine Arbeit und Wohnung zu suchen. Zur Sicherung benötigt er noch einige Zeit die direkte Gesprächsunterstützung und andere Hilfe bei der Umsetzung seiner selbst-

gesetzten Ziele und Schritte. Dieses ist möglich geworden, nachdem eine vertrauensvolle und somit tragfähige personale dialogische Gesprächsstruktur grundgelegt ist.

In einer ersten Zusammenfassung kann die als indirekte logotherapeutische Vorgehensweise auch als eine wertorientierte Motivationsphase bezeichnet werden, in der – trotz des Krankheitsbildes – die gesundgebliebenen Teile der Persönlichkeit angesprochen und aktiviert werden. Ausgangspunkt bleibt natürlich das fachärztlich begleitete und behandelte Krankheitsbild. Im Blickpunkt ist jedoch – mit Hilfe der verbliebenen und neu möglich gewordenen intakten Lebensperspektiven – der gesund gebliebene Aspekt der Persönlichkeit. Dies ist die geistige Person.

Diese ist es – auch im Geschehen der täglich erlebten Krankheit mit allen ihren Leiden und hoffnungslosen Zuständen – die „trotz allem“ (kraft der „Trotzmacht des Geistes“, FRANKL) eine Perspektive in Richtung personaler Selbstbestimmung trotz fremdbestimmender Krankheit ermöglicht.

Die Anerkennung der geistigen Person ermöglicht späterhin einen direkten und sinnzentrierten Zugang zur Problembewältigung.

In der bisher am Beispiel dargelegten Vorphase werden vorerst erlebnisorientiert objektiv wahrnehmbare Sinnstrukturen ins Blickfeld gerückt, d.h. Möglichkeiten phänomenologisch aufgezeigt. Das phänomenologische Aufzeigen orientiert sich an den konkreten Möglichkeiten des leidenden Menschen seinem Gesichtskreis des eigenen Wahr-Nehmens, vor allem der verbliebenen Möglichkeiten. Somit wird der leidende Mensch, sein „Angelegt-Sein“ auf die Wahrnehmbarkeit der eigenen Person – aus Anlass seiner Leidenszustände – voraussetzend, wiederhergestellt, um selbst Bewertungen fürs eigene Leben zu erlernen.

Werten lernen ermöglicht späterhin selbstbestimmend entscheiden zu lernen, zwischen den verschiedenen wertvollen Möglichkeiten. Richtige und stimmige Entscheidungen kann nur eine Person treffen, die sich des eigenen

Grundwertes (Würde) bewusst wird und objektive Werte im Blick hat. Aus diesem Spannungsfeld von dem was „Ich einerseits bin“ als Mensch und eigentlich immer schon war in seiner Möglichkeit, und andererseits durch die objektiv verbliebenen Möglichkeiten noch zu werden vermag, entwickelt sich von selbst von dem Grundmuster dieses Beziehungsgefüges her eine gesundheitsfördernde Spannung zwischen dem gesundheitlichen (Ist-) Zustand und dem was der leidende Mensch sein kann (Freiheit) und sein soll (Verantwortung).

Die konstruktive und konkrete Umsetzung dieser not-(ab)wendenden Spannung ermöglicht das eigene persönliche Gewissen, dem Viktor E. FRANKL als Sinn-„Organ“ eine zentrale Stellung für eine neu medizinische Ethik zuspricht.

Das personale Gewissen ist jene (innere) Instanz, die die Person erst frei und unabhängig macht und einen direkten Dialog auf allen menschlichen – somit auch allen fachlichen Ebenen des Helfens – erst ermöglicht.

Das personale Gewissen unterscheidet sich diametral vom Gewissen der Psychoanalyse FREUDS, der das Gewissen mit dem „Überich“ identifiziert, aber auch von den soziokulturellen Denkmustern. In dieser Sichtweise verfängt sich das personale Ich in den Netzwerken aktiver Fremdbestimmung.

Das Gewissen ist im Gegensatz dazu jene personale (Gegen-)Instanz, die den Einflüsterungen des Lustprinzips und (Drogen-) Konsums aus der Freiheit der eigenen Personalität, des inneren Selbst, wahrnehmungsorientiert und wertend entgegenzutreten vermag. Es ist auch die entscheidende Umsetzungsinstanz, die realitätsbezogen zu handeln vermag. „Ich handle“ aus meinem eigenen Gewissen, also „bin ich“ ganz Mensch.

Für Suchtkranke ist dieser Weg (vorerst) nicht direkt selbstbestimmend alleine zu gehen. Er braucht Hilfen von außen, die seine Selbstbestimmung wieder ermöglichen und dann aber wieder los-lassen können, um die Würde selbstbestimmenden Handelns nicht wieder einzuschränken.

Als konkrete Therapieelemente werden in der Therapieeinrichtung neben der (fach-) ärztlichen Behandlung eingesetzt:

- Arbeit als Therapie; im besonderen Landwirtschaft/Gartenbau; Ausbauen und Renovieren; Hausmeisterei, Kochen, ...
- Kreativität als Therapie: Malkurse, Keramik, Fotokurse, Theateraufführungen, Musikgruppe, ...
- Sport als Therapie, insgesamt übers Jahr verteilt bis zu 15 Sportarten
- Soziales Lernen in den verschiedenen Gruppen (Wohnen, Arbeiten, Freizeitgruppen, Gesprächsgruppen)
- Spezielle psychotherapeutische Gesprächsgruppen auch aus konkreten Anlässen
- Daneben werden Berufsorientierung, Weiterbildung, Persönlichkeitsbildung, familiäres Lernen in der Therapieeinrichtung unterstützt.

Referenzen

1. FLEISCH, HALLER, HECKMANN (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe. Ein Lehrbuch*, (1997), S.9
2. KOPPI Stefan, *Wenn Sucht das Leben blockiert*. (Seminarmit-schrift v. 24.04.01, Feldkirch/Vorarlberg)
3. SAHIHI Anna, *Designer-Drogen: Die neue Gefahr*, Beltz-Verlag (1989)
4. SCHAEF Anne Wilson, *Co-Abhängigkeit*, Heyne-Sachbuch (1986)
5. LUKAS Elisabeth, *Spannendes Leben*, dtv (1996), S.166 ff.
6. FRANKL Viktor E., *Der leidende Mensch*, Huber Verlag (1984), S.169

Weiterführende Literatur

- AMANN Peter, *Enthält die Logotherapie und Existenzanalyse Viktor E. Frankls eine Pädagogik?* Diss. Universität Wien (1993)
- MADER Johann Karl, *Der Philosoph 1*, Überreiter.
- MIKA Bernhard, *Evaluation der stationären Langzeitbehandlung in der Drogentherapieeinrichtung SENOBIO in Schnifis/Vorarlberg. 1997 und 2000.* (erhältlich unter: Senobio, A-6822 Schnifis, 12c)
- WAIBEL Eva Maria, *Erziehung zum Selbstwert*, Auer-Verlag (1994)

Psychotherapie und Seelsorge – über Grenzen

Manfred Lütz

„Psycho“ ist in „Psychotherapeutische“ Schulen schießen allüberall wie Pilze aus dem Boden. Bei Lebenstragödien, bei Katastrophen oder auch nur bei banalen Problemen des Alltags – Psychotherapie gilt als Allheilmittel. Zumindest meint man „es könne ja nichts schaden“. Dabei wäre an den alten pharmakologischen Grundsatz zu erinnern, dass Medikamente, die keine Nebenwirkungen haben, wahrscheinlich auch keine Wirkungen aufweisen können. Psychotherapie hat Wirkungen, aber auch Nebenwirkungen. Bei nichtindiziertem oder unsachgemäßem Einsatz kann sie erhebliche Schäden anrichten. Tragisch genug, dass sich inzwischen die Diagnose „Psychotherapiedefekt“ eingebürgert hat. Daher wäre jedenfalls Vorsicht angebracht.

Doch im Bereich der Seelsorge herrscht vielfach ein höchst problematischer Trend, die Bedeutung der Psychotherapie weit zu überschätzen. Amalgame von Seelsorge und Psychotherapie haben Hochkonjunktur. Mancher Seelsorger vermittelt den Eindruck, am besten würde man Seelsorge durch Psychotherapie ersetzen, zumal „psyche“ die griechische Übersetzung von „Seele“ sei. Sie ist also höchst aktuell, die Frage nach Nähe und Differenz von Seelsorge und Psychotherapie. Es ist zugleich die Frage nach den Grenzen der Psychotherapie.

1. Hilfreiche Manipulation – eine künstliche Beziehung für Geld

Wenn Psychotherapie der zielgerichtete methodische Einsatz von Kommunikation zur Heilung von Leiden ist, dann hat sie sich auf der einen Seite selbstverständlich abzugrenzen gegenüber einer frei schwebenden Alltags-

kommunikation. Dies aufzuweisen – oder eben nicht – ist Aufgabe der Therapieeffizienzforschung. Solche Untersuchungen sind damit keine unsittlichen Zumutungen an Psychotherapie, sondern sie sichern der Psychotherapie ihre Eigenart – und übrigens auch das Recht auf Bezahlung, die man für Alltagskommunikation nicht erwarten würde, es sei denn, Psychotherapeuten sähen sich nur noch als die zeitvertreibenden Kammerdiener einer versingelten Überflussgesellschaft.

Die Grenze zur anderen Seite hin wird deutlich, wenn man sich mit so genannten Psychosekten befasst. Die Effizienz der dort betriebenen freiheitsberaubenden Methoden steht drastisch vor aller Augen. Die Frage nach der Seriosität stellt sich hier anders: Psychotherapie oder Religion beziehungsweise Weltanschauung? Zwar ist die Frage spontan oft leicht zu beantworten, alles erinnert da zu meist an Sektenstrukturen.

Doch wenn man in die Lage kommt, dafür präzise Kriterien angeben zu sollen, wird die Sache schwierig. Die Literatur der verschiedenen Therapieschulen geht an dieser Fragestellung weitgehend vorbei. Schlimmer noch, manche Therapierichtungen fördern unter dem Pathos eines unpräzisen Begriffs der „Ganzheitlichkeit“ – in bester Absicht, möglichst gründlich zu helfen – Missverständnisse und Grenzüberschreitungen.

Der Sinn des Lebens, die Liebe eines Menschen und überhaupt das Wichtige im Leben stehen aber nicht in der Kompetenz der Psychotherapie, sie erschließen sich in der freien erschütternden oder beglückenden existenziellen Kommunikation gleichberechtigt von Mensch zu Mensch. Wenn Psychotherapie vielleicht günstigere Rahmenbedingungen für solche Erlebnisse zu schaffen vermag, so darf

sie nicht beanspruchen oder auch nur zulassen, mit ihrem Handwerkszeug, nämlich zielgerichteter methodischer Kommunikation, Sinn und Liebe absichtsvoll herzustellen. Heraus kämen dann nur Plastiksinn und Hörigkeit.

Jede Psychotherapie ist eine zum Zwecke der Heilung von Leiden manipulative und asymmetrische Beziehung eines methodenkundigen Profis zu einem Heilung suchenden Menschen. Gerade deswegen muss sie streng durch Supervision kontrolliert und sowohl inhaltlich wie zeitlich ausdrücklich begrenzt werden. Psychotherapie ist damit – sogar für psychisch Kranke – stets höchstens die zweitbeste Form der Kommunikation. Die beste Form ist das Gespräch mit Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Metzgern und sonstigen ganz „normalen“ Leuten. Erst, wenn das nicht mehr geht, entweder weil die psychische Störung ausgeprägt ist oder weil ein solcher Kontext nicht vorliegt, dann tritt Psychotherapie ein, aber auch nur so lange, bis jene beste Form der Kommunikation wieder möglich ist. Daher muss der Grundsatz gelten: So wenig Psychotherapie wie möglich, so viel wie nötig.

Wenn sich etwas Psychotherapie nennt, das eine Beziehung von der Wiege bis zur Bahre anbietet, handelt es sich nicht um Psychotherapie, sondern um Weltanschauung. Weil die psychotherapeutische Beziehung also eine streng begrenzte ist, die nur mit dem Ziel der Heilung oder Linderung von Krankheitssymptomen aufgenommen wurde, muss der seriöse Psychotherapeut bemüht sein, sie möglichst kurz zu halten. Je länger er die Therapie laufen lässt, desto wichtiger macht er sich und seine Fähigkeiten und desto weniger Respekt zeigt er vor den eigenen Kräften des Patienten. Bemühung um Kürze von Psychotherapie ist daher nicht etwa Oberflächlichkeit oder ökonomische Sparsamkeit und nicht bloß Signum einer bestimmten Therapieeinrichtung, sie ist nach meiner Überzeugung ein ethisches Gebot für jede Psychotherapie, die Menschen befähigen oder ermutigen will zum eigentlichen

Leben. Und das ist nicht die künstliche Beziehung in der Therapie, sondern wahrhaft echte Beziehung zu anderen Menschen neben und nach der Therapie. Gute Therapie macht nicht Lust auf Therapie, sondern Lust aufs Leben.

Das Herrschaftswissen des Psychotherapeuten vorausgesetzt, ist Psychotherapie eben auch kein herrschaftsfreier Diskurs im Sinne von Jürgen Habermas. Psychotherapie ist eine künstliche Beziehung für Geld. Wer nicht ehrlich zugibt, dass er den Sinn des Lebens und wahre Liebe für Geld nicht bieten kann, betriebe nichts anderes als existenzielle Zuhälterei.

2. Neurotisches Elend und normales Leid – Kunsthandwerker vor der Gretchenfrage

Doch gerade danach scheinen die Menschen zu suchen. „Ich möchte ganz werden“, war das irreduzible Ziel einer Frau, die mich um Psychotherapie anrief. Während noch FREUD bescheiden aus neurotischem Elend normales Leid machen wollte, ertrinken Psychotherapeuten heute in einer Inflation der Sinnerwartung, die ungestüm gegen sie heranbrandet. Ein vergiftetes Angebot, denn dies zu bewältigen sind Psychotherapeuten völlig inkompetent. Das Missverständnis von Psychotherapie als Religionsersatz ist möglicherweise die verhängnisvollste Nebenwirkung von Psychotherapie. Daher ist es für einen Psychotherapeuten nützlich, sich eher als präzise und sorgfältig kontrolliert arbeitender Handwerker am psychischen Apparat, wie FREUD sagt, zu verstehen, wobei es einige Mitglieder der Zunft zum Kunsthandwerk bringen mögen. Die Nähe zu den Prinzipien der Handwerkskammer mag am besten davor schützen, sich in der gefährlichen Nähe von Visionären und Künstlern, faszinierenden religiösen Genies und Poeten zu sehen, die den Menschen so viel mehr geben können, als Psychotherapeuten geben dürfen.

Es hilft alles nichts; jede seriöse Psychotherapierichtung hat sich Gretchens Frage: „Wie hast du’s mit der Religion?“, zu stellen und so präzise wie möglich anzugeben, wo ihre Grenze gegenüber Religion und Weltanschauung liegt. Und sie hat darauf zu achten, dass diese Grenze gewahrt wird, damit über den begrenzten Auftrag der Psychotherapie hinaus der eigene Raum für existenzielle Beziehungen und Erfahrungen gesichert wird – selbst wenn er für einzelne, wie das Allerheiligste des jüdischen Tempels, leer bleibt. Andernfalls würde Psychotherapie letztlich totalitär, denn jeder methodische Zugriff auf den geheimnishaften Kern des Menschen verletzt zutiefst Intimität und Würde des Menschen. Erklärt man das Thema Religion für gleichgültig und reflektiert es daher nicht, treibt es unbemerkt seinen Spuk in der Therapie, da es irgendein „Über-die-Therapie-hinaus“ ja ausdrücklich nicht gibt. Holt man es absichtlich in die Therapie hinein, hat man mit den gleichen Gefahren zu kämpfen. Es bleibt der Respekt vor der Grenze.

Es sei allerdings davor gewarnt, solche Überlegungen allzu vordergründig auf verschiedene Therapierichtungen zu übertragen. Das Thema Psychotherapie und Religion hat die Entwicklung moderner Psychotherapie stets begleitet – freilich mehr beiläufig und oft eher pathetisch als begriffsklar. Sagen wir es knapp: Es muss dahingestellt bleiben, ob das jungsche Denken in seinem bis zu esoterischem Überschwang reichenden religiösen Bilderreichtum den existenziellen Erschütterungen Sören KIERKEGAARDS gültigere Antworten gegeben hätte als die diesbezüglich eher abstinenten Nüchternheit FREUDS, die sich hier „kein Bild macht“. Ob sich wiederum Freud in seinem unbestritten antireligiösen Affekt den weltanschaulichen Plattitüden des Urvaters der Verhaltenstherapie Burrhus Frederic SKINNER angeschlossen hätte, dem sich die heutige Verhaltenstherapie in dieser Hinsicht auch nicht mehr verbunden weiß, muss sogar ausdrücklich bezweifelt werden.

3. Psychotherapie und Seelsorge – BEETHOVEN und der psychische Apparat

VICTOR FRANKL war ein genialer Erfinder psychotherapeutischer Techniken. Außerdem hat er die einseitig defizitäre Religionssicht Freuds wirksam in Frage gestellt. Dennoch ist seiner Logotherapie die Gratwanderung nicht immer gelungen, den Sinn des Lebens als wichtig zu beschwören und ihn nicht zugleich auch vermitteln zu wollen. Denn die Rollen des Arztes und des Seelsorgers müssen streng getrennt werden. Zwar sollten Ärzte und Psychotherapeuten Ahnung von und Respekt vor der Seelsorge haben und dann, wenn existentielle Fragen aufkommen, die Professionalität besitzen, an den Seelsorger zu überweisen. Auch Seelsorger sollten sich mit psychopathologischen Phänomenen auskennen, um gegebenenfalls an einen Psycho-Fachmann abzugeben. Aber eine Vermischung beider Rollen wäre eine verhängnisvolle Manipulation und führte schnell zu Guru-Konstellationen. Ein Mensch, dessen tiefe Depression man durch fachlich korrekte Behandlung in vergleichsweise kurzer Zeit beseitigt hat, ist einem Therapeuten verständlicherweise sehr dankbar. Und wenn der Therapeut diesem Menschen dann eine beliebige religiöse Auffassung nahe legt, so wird er geneigt sein, darauf einzugehen. Das aber ist Manipulation im existenziellen Bereich. Die Entscheidung zum Glauben ist eine freie Entscheidung und darf nicht manipuliert werden. Sie kann im Kontakt mit einem guten Seelsorger reifen. Der Arzt darf sie mit seiner Autorität nicht bewirken. Umgekehrt führt die Vermischung von Psychotherapie und Seelsorge zum Beispiel bei einem gewissen Michael Dieterich zu dem höchst fragwürdigen Ergebnis, dass bei dessen „biblisch-therapeutischer Seelsorge“ die Methodenwahl vom Heiligen Geist übernommen wird. Eine solche Sichtweise kann verheerende Folgen haben. Denn wer davon wirklich überzeugt ist, kann eigene Fehler verständlicherweise gar nicht mehr wahrnehmen.

Echte Seelsorge ist niemals manipulativ-methodisch. Sie ist viel umfassender und reicht viel tiefer als Psychotherapie. Und es besteht eigentlich überhaupt kein Anlass, dass Seel-sorger ihr Selbstwertgefühl von irgendwelchen Wochenendseminaren in Psychotherapie ableiten. Die Freiheit des Menschen kann durch psychische Verknotungen in ihrer Ausübung gehindert sein, aber sie ist dennoch niemals das Produkt der Psychotherapie, sondern liegt ihr stets voraus. Sie ist der heilige Boden, der des fremden Menschen Hand entzogen ist, auf dem Würde und Einmaligkeit, Schuld und Verantwortung, Lust und Freude dem Menschen selbst und keinem Therapeuten letztlich zugänglich sind. Diesem Kern des Menschen begegnet man nicht therapeutisch, sondern im Dialog, so wie Martin Buber ihn verstanden hat, in der existenziellen, gleichberechtigten Begegnung von Mensch zu Mensch.

Ein seriöser Psychotherapeut macht also aus seinen Grenzen keinen Hehl und er kann Menschen sehr helfen, wenn er ein Ansinnen, das über die Möglichkeiten der Psychotherapie hinausgeht, höflich, aber bestimmt zurückweist. Die durch Psychotherapie erreichbaren Ziele sind stets begrenzt und oft kann der Psychotherapeut nur eine tragische Entwicklung zeitweilig hilfreich begleiten. Ein guter Psychotherapeut beherrscht seine Technik und überlässt die Ziele dem Patienten. Auf diese Weise enthält er sich jeder weltanschaulichen Präjudizierung. Er kann den Scheinwerfer der

Aufmerksamkeit suggestiv auf die Kräfte und Ziele des Patienten lenken und damit Heilung bewirken, ein Heilsexperte jedoch ist er nicht.

Man mag den seelischen Apparat, für den der Psychotherapeut zuständig ist, mit einer Geige vergleichen. Ohne die Musik BEETHOVENS, MOZARTS und der vielen anderen wäre eine Geige nur ein eigenartiges geformtes Hindernis für Ameisen. Erst die Musik macht sie so wertvoll. Mit der „Musik“ aber, mit all dem Schönen, das der Apparat bewirken kann, hat der Psychotherapeut nichts zu tun. Er hat nur die bescheidene Aufgabe, dafür zu sorgen, dass das eigenartig geformte Instrument wieder Töne hervorbringen kann. Der Melodie eines Lebens aber, die dann wieder erklingt, kann auch er nur staunend lauschen. Auf diese Weise vermag es dem Psychotherapeuten gelingen, handwerklich korrekt verklemmte Türen zu öffnen oder verborgene Türen zu beleuchten. Den Schritt hinaus muss der Patient selbst tun. Und wohin ihn dann dieses spannende Leben führt, das geht nur den Patienten an.

Weiterführende Literatur

Vgl. LÜTZ, Manfred, *Lebenslust – Wider die Diätsadisten, den Gesundheitswahn und den Fitnesskult*, Pattloch Verlag, München (2002)

Dr.med.Dipl.theol. Manfred LÜTZ
Wasserburgstraße 2
D - 53919 Weilerswist-Metternich

Bewertung der Studie: „Impact of High-normal Blood Pressure on the Risk of cardiovascular Disease“

(Ramachandran S. VASAN et al., NEJM (2001) 345: 1291-1297)

Fragestellung

Der Informationsstand über das cardiovasculäre Risiko bei Patienten mit hoch-normalem Blutdruck (systolisch zwischen 130 und 139 mmHg, diastolisch zwischen 85 und 89 mmHg oder beides) ist gering.

In der vorgestellten Studie wurde das cardiovasculäre Risiko (Tod durch ein cardiovasculäres Ereignis, Myocardinfarkt, Schlaganfall, cardiale Dekompensation) bei Patienten, die ursprünglich weder eine Hypertonie noch sonst eine cardiovasculäre Erkrankung hatten, untersucht.

Methoden

Die Teilnehmer an der Studie wurden in drei Blutdruckkategorien eingeteilt: optimal (Blutdruck unter 120/80), normal (systolisch zwischen 120 und 129 und/oder diastolisch zwischen 80 und 84 mmHg) oder hoch-normal (systolisch zwischen 130 und 139 und/oder diastolisch zwischen 85 und 89 mmHg).

Die Untersuchungen wurden bei 6.859 Teilnehmern an der Framingham Studie über jeweils 12 Jahre in einem Zeitraum zwischen 1956 und 1986 durchgeführt.

Ergebnisse

Die Untersuchungen wurden für Männer und Frauen getrennt ausgewertet.

Es ergab sich ein schrittweiser Anstieg des cardiovasculären Risikos bei den Patienten in

den jeweils höheren Blutdruckkategorien. Verglichen mit optimalen Blutdruckwerten waren hoch-normale Blutdruckwerte bei Frauen mit einem 2,5 fachen und bei Männern mit einem 1,6 fachen cardiovasculären Risiko behaftet. Dieses Ergebnis blieb allerdings nur bei Männern signifikant, wenn die Daten als zeitabhängige Variablen (der Untersuchungszeitraum erstreckte sich über 4 Dekaden!) adjustiert wurden.

Weiters wurden auch altersabhängige Unterschiede untersucht. Dabei zeigte sich erwartungsgemäß, dass die kumulative Inzidenz cardiovasculärer Ereignisse bei älteren Patienten höher war als bei jüngeren. Bei Patienten mit hoch-normalem Blutdruck betrug das Risiko im Alter von 35 bis 64 Jahren 4% bei Frauen bzw. 8% für Männer und stieg bei älteren Patienten (65 bis 90 Jahre) auf 18% bei Frauen bzw. 25% bei Männern an.

Schlussfolgerung der Autoren

Die Autoren stellten fest, dass die Assoziation zwischen Blutdruckwerten im oberen Normbereich und erhöhtem cardiovasculären Risiko, die Frage nach einer Therapiebedürftigkeit aufwirft. Theoretisch könnten nach Berechnungen der Autoren bei älteren Männern bzw. Frauen von 28 (Männer) bzw. 41 (Frauen) behandelten Fällen je ein größeres cardiovasculäres Ereignis innerhalb von 5 Jahren „verhindert“ werden.

Nach Meinung der Autoren unterstreichen die Ergebnisse die Notwendigkeit weiterer Studien, um festzustellen, ob insbesondere bei

* In dieser Rubrik werden Studienergebnisse, die im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsprojektes des IMABE-Instituts und der Gesellschaft für sinnorientierte Medizin unter der Leitung von Prof. Dr. Johannes BONELLI erarbeitet werden, publiziert. Dieses Projekt wird vom Fonds Gesundes Österreich mitfinanziert.

älteren Patienten und bei Patienten mit mehreren Risikofaktoren, deren Blutdruck im oberen Normbereich liegt, von einer medikamentösen Blutdrucksenkung profitieren.

S.O.M.-Analyse

Stufe I: Wirkungsnachweis

Es handelt sich um eine prospektive offene Studie mit klaren und relevanten Endpunkten. Eine gewisse Einschränkung erfahren die Ergebnisse, weil die Einteilung der Patienten in die drei Blutdruckkategorien lediglich auf einer einzigen Blutdruckmessung beruhte. Da sich die Beobachtungszeit der Studie über 4 Dekaden hinzog, ist eine gewisse Einflussnahme zeitbedingter Faktoren (Bias) auf die absolute Zahl der Ereignisse nicht auszuschließen. Statistisch signifikante Ergebnisse konnten eigentlich nur für Männer erhoben werden, insbesondere wenn die Ergebnisse als zeitabhängige Variablen berechnet wurden.

Eine weitere Limitation der Studie ist es, dass die Inzidenz der coronaren Ereignisse bei

den hoch-normalen Blutdruckpatienten zwar für zwei verschiedene Altersgruppen berechnet wurden, aber keinerlei Angaben über das entsprechende Risikoverhalten in den beiden anderen Blutdruckkategorien in diesen Altersgruppen gemacht werden. Trotzdem beziehen sich die Autoren in ihren spekulativen Schlussfolgerungen bezüglich eventueller Therapieeffekte in erster Linie auf die älteren Patienten mit hoch-normalen Blutdruckwerten, für die in Wirklichkeit, wie gesagt, keine Vergleichsdaten vorliegen.

Stufe II: Quantitative Effekte (Relevanz)

Die quantitativen Unterschiede zwischen den verschiedenen Blutdruckkategorien bezüglich der Inzidenz von coronaren Ereignissen werden in erster Linie in absoluten und relativen Risikozahlen angegeben (siehe oben). Dabei wird v.a. auf das hohe Risiko bei älteren Patienten zwischen 65 und 90 Jahren verwiesen und auf einen erhöhten Therapieerfolg gerade in dieser Altersgruppe spekuliert. Wie üblich werden auch in dieser Studie Berechnungen angestellt, wonach eine medikamentöse Therapie bei älteren Patien-

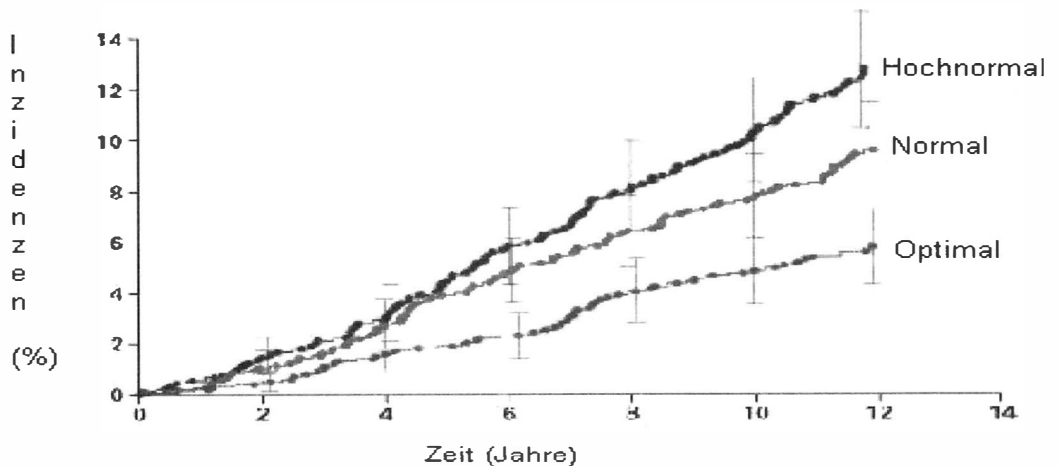


Abbildung 1: Inzidenzen der coronaren Ereignissen bei Männern (vgl. NEJM (2001) 345: 1295)

ten coronare Ereignisse „verhindert“ werden könnten. Es sei daher erneut betont, dass entsprechend den kumulativen Kurven (siehe Abbildung I) auch Patienten mit normalen und optimalen Blutdruckwerten von koronaren Ereignissen nicht verschont bleiben, sondern dass diese mit einiger Verzögerung das Niveau der hoch-normalen Gruppe erreichen. „Verhindert“ kann ein coronares Ereignis nur dann werden, wenn ein Patient stirbt, bevor das coronare Ereignis eintritt. Dies ist (rein statistisch) nur dann möglich, wenn die Mortalität höher ist als das Coronarisiko. In diesem Fall wird die Sinnhaftigkeit einer Therapie höchst fraglich, weil die tatsächlichen Effekte für den Patienten kaum mehr relevant sind. Um dies aufzuzeigen, ist in Tabelle I die durchschnittlich erlebbare Zeit bis zum Eintritt eines ersten coronaren Ereignisses bei verschiedenen Altersgruppen für die drei Blutdruckkategorien berechnet (Spalte 1-3). Daraus geht hervor, dass es bei jungen Patienten (z.B. 40 Jahre) mit optimalen Blutdruckwerten um 1,8 Jahre später zu einem coronaren Ergebnis kommt als bei Patienten z.B. mit normalen bzw. um 3,1 Jahre später als Patienten mit einem hoch-normalen Blutdruckwert (Spalte 4-6).

Im Gegensatz dazu wird der Gewinn zwischen den drei Gruppen in den höheren Altersstufen zunehmend geringer. Dies bedeu-

tet, dass der erreichbare Gewinn einer eventuellen Blutdrucksenkung vom hoch-normalen in den optimalen Bereich im Gegensatz zum Postulat der Autoren der Studie mit zunehmendem Alter abnimmt, obwohl die Inzidenz der coronaren Ereignisse im Alter zunimmt (Spalte 4-6). Es ist daher offensichtlich ein Trugschluss, wenn die Autoren aus der hohen Inzidenz von Ereignissen eine hohe Effektivität einer Blutdrucksenkung ableiten, weil dabei die geringe Lebenserwartung bzw. hohe Gesamtmortalität bei alten Menschen nicht berücksichtigt wurde.

Dieser Sachverhalt kann auch durch die Berechnung des Lebenszeitriskos (=die Wahrscheinlichkeit im Laufe des weiteren Lebens ein coronares Ereignis zu erleiden) gut demonstriert werden. In Tabelle II ist das Lebenszeitrisiko für verschiedene Altersgruppen in den drei Blutdruckkategorien bei Männern berechnet. Obwohl die 10-Jahres Inzidenzen in jungen Jahren mit 8% deutlich niedriger liegen als im hohen Alter (25%), sinkt die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens noch ein coronares Ereignis zu erleben (Lebenszeitrisiko!) naturgemäß mit zunehmendem Alter von 40. bis zum 90. Lebensjahr in allen drei Gruppen (Tabelle II, vertikale Spalten 1-3). Auch der Gewinn durch niedrige Blutdruckwerte (Spalten 4-6: Differenzen zwischen den Blut-

Alter Mann	1 Zeit bis zum Einritt des cardiovask. Ereignisses EEL (a) (hn)	2 Zeit bis zum Einritt des cardiovask. Ereignisses EEL (a) (n)	3 Zeit bis zum Einritt des cardiovask. Ereignisses EEL (a) (o)	4 Gewinn hn → n EELG	5 Gewinn hn → o EELG	6 Gewinn n → o EELG
40	33,6	34,9	36,7	1,3	3,1	1,8
50	25,3	26,3	27,7	1,0	2,4	1,4
60	18,2	18,7	19,4	0,5	1,2	0,7
70	11,0	11,4	11,9	0,4	0,9	0,5
80	6,1	6,4	6,7	0,3	0,6	0,3
90	3,6	3,7	3,8	0,1	0,2	0,1

Tabelle I: Legende: EEL = Expected Event-free Lifetime; EELG = Expected Event-free Lifetime Gain; (a) = Jahre; hn = hoch-normal; n = normal; o = optimal.

druckkategorien) nimmt mit steigendem Alter ab. Daraus ergibt sich, dass ein höherer Blutdruck im Alter vergleichsweise ein wesentlich geringeres Coronarisiko darstellt als in jüngeren Jahren. Während z.B. bei einem 40-jährigen Patienten mit hoch-normalem Blutdruck das Lebenszeitrisiko für eine coronare Herzkrankheit um 17% höher liegt als bei einem Patienten mit optimalem Blutdruck, so beträgt dieser Unterschied bei einem 80-jährigen Patienten nur noch 4,5% bzw. mit 90-jahren nur mehr 2,5% (Tabelle II, Spalte 5). Wenn also die Autoren der Studie es nicht für zweckmäßig erachten, jüngere Patienten mit hoch-normalen Blutdruckwerten zu behandeln, so gilt dies viel mehr für ältere Patienten, weil durch ihre geringe Lebenserwartung die Vorteile minimal sind.

Stufe III: Verhältnismäßigkeit

Bei der Analyse der Verhältnismäßigkeit müssen die Nachteile bzw. der Aufwand gegen die Vorteile aufgewogen werden.

Das interessante an der vorliegenden Studie ist, dass nicht zwei Therapieoptionen verglichen werden, sondern dass die Frage zu stellen ist, ob überhaupt eine Behandlung von Patienten mit normalen bzw. hoch-normalen Blutdruckwerten als sinnvoll angesehen werden kann.

Festzuhalten ist, dass die Risikounterschiede und die damit verbundenen Gewinne für

Patienten mit normalen und optimalen Blutdruckwerten insbesondere bei älteren Patienten minimal sind, so dass auch bei optimaler Blutdrucksenkung nur mit einem geringen Nutzen für die Patienten zu rechnen ist. Da signifikante Unterschiede nur vom oberen Normbereich (hochnormal) in den optimalen Bereich erzielt werden konnten, wäre es auf jeden Fall notwendig bei diesen Patienten, den Blutdruck unter das Niveau von 120/80 zu senken. Dies wäre in vielen Fällen nur mit einer mehrfachen Kombinationstherapie zu erreichen. Es muss daher mit einem hohen Prozentsatz von unerwünschten Wirkungen bzw. Nebenwirkungen gerechnet werden. Zumindest bei älteren Patienten wird es außerdem zu Complianceproblemen kommen, da diese ohnehin meist schon eine Reihe von mehr oder weniger notwendigen Medikamenten einnehmen. Bekanntlich nimmt die Compliance mit der Anzahl der eingenommenen Medikamente – ab drei Arzneimittel deutlich – ab. Man riskiert also, dass möglicherweise die Verordnung von wenig effektiven Medikamenten (deren Nebenwirkungen erheblich sein können) dazu führt, dass für den Patienten wirklich wichtige Substanzen nicht eingenommen werden. Man fragt sich daher, ob man einem 80-jährigen Patienten mit einem Blutdruckwert von 130/85 wirklich Antihypertensiva verschreiben soll, mit dem Scheinargument ein Schlaganfall oder Myo-

	1	2	3	4	5	6	7
Alter (LE) Jahre	hoch-normal (hn)	normal (n)	optimal (o)	Gewinn hn → n	Gewinn hn → o	Gewinn n → o	Unfallrisiko (Verletzung/ Tod)
40 (35a)	46 %	37 %	29 %	9 %	17 %	8 %	35 %
50 (26a)	40 %	32 %	25 %	8 %	15 %	7 %	19 %
60 (18a)	34 %	27 %	21 %	7 %	13 %	6 %	13 %
65 (15a)	32 %	26 %	20 %	6 %	12 %	6 %	11 %
70 (10a)	22 %	18 %	14 %	4 %	8 %	4 %	7,3 %
80 (6a)	12 %	9,7 %	7,5 %	2,3 %	4,5 %	2,2 %	4,3 %
90 (3a)	6,5 %	5,2 %	4,0 %	1,3 %	2,5 %	1,2 %	2,1 %

Tabelle II: Männer – Lebenszeitrisiko für ein kardiovaskuläres Ereignis

Legende: LE = Lebenserwartung; a = Jahre

cardinfarkt könne innerhalb von 5 Jahren bei einem von 40 Patienten „verhindert“ werden oder ob hier nicht das Prinzip der Verhältnismäßigkeit ärztlicher Eingriffe überschritten ist.

Zum Vergleich: Das Risiko, bei einem Auto-unfall verletzt oder getötet zu werden, ist größer als ein koronares Ereignis zu erleiden, nur weil man den Blutdruck nicht in den optimalen Bereich gesenkt hat (vgl. Tabelle II, Spalte 4-7).¹

Jedenfalls sollte vor Durchführung von neuen Studien zur medikamentösen Therapie von normalen Blutdruckwerten zunächst einmal der Einfluss einer geänderten und gesunden Lebensweise bei solchen Patienten untersucht werden.

Referenzen

1. Pressemitteilung Statistik Austria vom 14. März 2002

Human-Genom: ungenaue Daten

Isländische Forscher von der Case Western Reserve University haben sich mit der Gen-Karte des Menschen beschäftigt, da sie Ursachen für genetische Krankheiten finden wollten. Dabei entdeckten sie mehr als 100 große Fehler beim Human-Genom Projekt. Nach Ansicht der Forscher sind Änderungen der Sequenzen nichts besonderes, aber die Ungenauigkeit der bisherigen Ergebnisse wäre enttäuschend. Es werde bis April 2003 dauern, bis die Gen-Spezialisten das menschliche Genom erneut entziffern.

Presstext, 11. Juni 2002

Stammzellenforschung: neue Erkenntnisse

Bislang waren Wissenschaftler überzeugt, dass nur embryonale Stammzellen die Vielseitigkeit besitzen, sich in alle der rund 200 verschiedenen Körperzellen zu entwickeln. Neue Studienergebnisse zeigen, dass sich Stammzellen aus dem Knochenmark zu fast allen Gewebearten des Körpers wie Nerven-, Muskel- oder Leberzellen entwickeln können.

In der Studie der Universität Minnesota isolierten Forscher die Knochenmarkszellen von erwachsenen Mäusen und Ratten. Laborversuche zeigten, dass sich einige der so gewonnenen Zellen unbegrenzt teilen – sie wachsen in der Kulturschale, ohne zu altern. Die Wissenschaftler spritzten aus dem Knochenmark von Mäusen gewonnene Zellen in Mäuseembryonen. Dabei wies das Team nach, dass sich die adulten Stammzellen aus dem Knochenmark in die meisten Gewebearten der Maus entwickelten.

Nature, 20. Juni 2002

China: Männer in Überzahl

Wegen der gesetzlich festgelegten

Ein-Kind-Politik haben viele chinesische Ehepaare, besonders in den städtischen Gebieten, nur eine Chance auf einen Sohn. Viele instrumentalisieren die pränatalen Ultraschalluntersuchungen, um das Geschlecht des Kindes festzustellen und gegebenenfalls ein Mädchen abzutreiben.

Der überproportionale Anteil der männlichen Bevölkerung wird die Gesellschaft destabilisieren. In den nächsten zwei Jahrzehnten werden ca. 40 Millionen junge Männer unverheiratet bleiben müssen, weil es nicht genügend Frauen gibt. Gemäß der jüngsten Statistik hat diese Regierungsmaßnahme zu einem Verhältnis von 116,9 Jungen auf 100 Mädchen im Jahr 2000 geführt. Zum Vergleich: Der weltweite Durchschnitt beträgt 106 Jungen auf 100 Mädchen.

PLI, 22. Juni 2002

Künstliche Befruchtung: neues Gesetz in Italien

Das italienische Parlament hat, nach einer hitzigen Debatte, mit 266 Stimmen dafür und 144 dagegen, ein neues Gesetz zur künstlichen Befruchtung verabschiedet. Dem Gesetzeswortlaut gemäß wird die künstliche Befruchtung innerhalb des Landes nur dann erlaubt, wenn feststeht, dass andere Mittel und Wege ineffizient sind. Die ausdrückliche Zustimmung des Partners ist notwendig. Der Gebrauch von Spermia oder Eizellen, die nicht vom Partner stammen (heterologe Befruchtung) wird verboten.

Künstliche Befruchtung ist nur Paaren verschiedenen Geschlechtes und im fruchtbaren Alter gestattet, d.h. Homosexuelle oder ältere Paare und Alleinstehende haben kein Recht auf künstliche Befruchtung.

Es dürfen nicht mehr als drei Embryonen erzeugt werden, die sofort und gemeinsam in den Mutterleib eingepflanzt werden müssen. Selektive Abtreibung ist verboten, außer in einigen vom Gesetz vorgesehenen Fällen, die in Italien per Referendum erlaubt wurden.

Auch die Verweigerung aus Gewis-

sensgründen ist im Gesetz vorgesehen, nach der das Gesundheitspersonal am künstlichen Befruchtungsprozess nicht mitarbeiten muss. Das Gesetz verbietet das Manipulieren und Experimentieren mit Embryonen sowie Selektion aus eugenischen Gründen. Verboten ist auch das Klonen von Menschen, das mit einer Gefängnisstrafe zwischen 10 und 20 Jahren, einer Geldbuße zwischen 600.000 und einer Million Euro und dem endgültigen Verbot der Berufsausübung geahndet wird.

Ital. Gesetz, Juni 2002

Forschung: USA geben mehr aus

In den USA beliefen sich die Ausgaben für Forschung und technologische Entwicklung im Jahr 2000 auf 288 Mrd. Euro, in Europa auf 164 Mrd. Euro. Dafür werden hauptsächlich die Investitionen des Privatsektors verantwortlich gemacht, die in Europa geringer als in den USA ausfallen. Der Privatsektor in der EU hat bisher nur 56% der Gesamtinvestitionen finanziert. Im Jahr 2000 haben europäische Unternehmen 104 Mrd. Euro weniger in die Forschung investiert als US-Unternehmen. Im Vergleich dazu betrug der Abstand 1995 nur 14 Mrd. Euro. Doch auch die staatlichen Investitionen in Europa müssten zunehmen, denn die Unterstützung der industriellen Forschung durch öffentliche Mittel hat eine beträchtliche Hebelwirkung für private Investitionen. Nun wird befürchtet, dass sich ein beträchtlicher Forschungsrückstand der EU gegenüber den USA ergeben wird.

Presstext, 27. Juni 2002

Mehrlingsgeburten: Zahl steigt

Die Zahl der Zwillingsgeburten ist allein in den USA zwischen 1980 und 1997 um 42% gestiegen, die der Drillingengeburten sogar um 370%. Den Hauptgrund dafür sehen Forscher in der In-Vitro-Fertilisation. „Mehrlingsgeburten sind besonders häufig, wenn

Ärzte mehr als einen Embryo in den Mutterleib einsetzen, um die Chancen für eine erfolgreiche Schwangerschaft zu erhöhen“, so der In-Vitro-Experte Robert WINSTON vom Londoner Imperial College. Ein weiteres Problem sind die Medikamente, die eingesetzt werden, um einen Eisprung anzuregen. Sie bewirken meist, dass gleich mehrere Eizellen freigesetzt werden.

Mehrlingsgeburten sind oft von zahlreichen Komplikationen begleitet. Die Babys kommen häufig viel zu früh auf die Welt, sind untergewichtig und brauchen teure medizinische Behandlung. Auch bleibende neurologische Schäden sind nicht selten der Fall.

Einzelne Länder haben die Zahl der Embryos, die nach einer künstlichen Befruchtung in den Mutterleib eingesetzt werden, bereits auf maximal drei begrenzt, Großbritannien beabsichtigt die Zahl auf zwei zu reduzieren.

Presstext, 12. Juli 2002

Transplantation: Uterus funktionsfähig

Forscher der Universität Göteborg ist erstmals eine Lebendgeburt aus einem Uterus-Transplantat gelungen. Das schwedische Team pflanzte einen Arm der Gebärmutter einer Maus in den Unterleib einer anderen Maus. Es zeigte sich, dass die Durchblutung in beiden Organen ähnlich war. In der Folge wurden in jeden Uterus drei befruchtete Embryonen eingepflanzt. Im Spenderorgan entwickelte sich eines von drei Embryonen, im natürlichen Uterus entwickelten sich alle drei Embryonen zu gesunden Föten.

Bislang verliefen Uterus-Transplantationen beim Menschen erfolglos, die Forscher rechnen aber mit der ersten Schwangerschaft durch einen Uterus-Transplantat innerhalb von zwei Jahren.

Presstext, 21. August 2002

Klonen: Sterblichkeitsrate von 99%?

Die erste menschliche Klonschwangerschaft endete mit einer Fehlgeburt. Drei weitere Frauen sind mit geklonten Embryonen schwanger und sollen

Ende dieses Jahres entbinden, so der „Klon-Arzt“ Severino ANTINORI zur Pariser Tageszeitung „Le Monde“.

Die beiden Forscherinnen Jerry TANG und Cindy TIAN von der Universität Connecticut erinnern daran, dass bei Klonversuchen an Mäusen, Ziegen, Schweinen, Kaninchen und Katzen bisher nur 6 von 10 Embryonen überhaupt bis zur Geburt überlebten. Andere starben kurz danach an Missbildungen, andere überlebten mit Fehlbildungen. In der Zeitschrift „Nature Genetics“ belegten die Forscherinnen anhand einer Studie an geklonten Kälbern die Gefahr, mit geschädigten X-Chromosomen geboren zu werden. Beim Klonen von Menschen werde eine fast völlig identische Technik angewandt, ebenso wie bei der Kälber-Studie. Nach der Einschätzung der Forscherinnen werden 99% der menschlichen Embryonen gar nicht zur Welt kommen, von dem einen Prozent, das leben könnte, wird ein großer Anteil nach der Geburt wegen genetischer Fehlfunktionen sterben.

Nature Genetics, 29. Mai 2002 & Kathpress, 23. Juni 2002

AIDS: wirksame Impfung

Innerhalb der nächsten fünf Jahre soll der erste Impfstoff gegen die Immunschwäche-Krankheit AIDS auf den Markt kommen. Das US-Unternehmen VaxGen berichtete auf der 14. Welt-AIDS-Konferenz in Barcelona, dass die Arbeiten an ihrem neuen Produkt beinahe abgeschlossen seien und sich das Produkt in der Testendphase befinde. Um allerdings eine Lizenz zu erhalten, muss VaxGen erst die Wirksamkeit des Impfstoffes an mindestens einem Drittel der Patienten nachweisen.

Presstext, 8. Juli 2002

Pharmaindustrie: Druck durch Zigarettenhersteller

Massiver finanzieller Druck wurde von Zigarettenherstellern in den USA auf mehrere Pharmaunternehmen dahingehend ausgeübt, dass weniger Hilfsmittel zum Nikotinentzug verkauft werden, so eine Untersuchung der

Universität von Kalifornien. So habe z.B. der US-Tabakriese Philip Morris 1982 für acht Millionen Dollar Chemikalien beim Pharmakonzern Dow Chemical eingekauft, der den Entwöhnungskaugummi „Nicorette“ herstellt. Offenbar auf Druck des Zigarettenherstellers habe Dow Chemical seinen Werbung für das Produkt daraufhin deutlich eingeschränkt. In einem anderen Fall übte Philip Morris laut der Studie Druck auf das damalige Schweizer Pharmaunternehmen Ciba-Geigy aus, um die Werbekampagne für ein Nikotinpflaster zu beeinflussen.

Die Studie belegt, wie die Tabakindustrie ihre finanzielle Macht einsetzt, um der öffentlichen Gesundheit entgegenzuwirken.

ORF on, 14. August 2002

Rauchen: Sucht bei 1. Zigarette

Kinder und Jugendliche können bereits nach ihrer ersten Zigarette nikotinsüchtig werden. Das untersuchten Forscher der Universität Massachusetts an 679 Jugendlichen im Alter von 12 bis 13 Jahren in einem Zeitraum von 30 Monaten.

Von 332 untersuchten Schülern, die sehr wenig geraucht hatten, beklagten 40% typische Entzugserscheinungen. Einige der Probanden hatten nur einen einzigen Zug genommen.

Der Studie zufolge wurden Mädchen innerhalb von 3 Wochen zu Suchtrauerinnen, bei Burschen dauerte es im Durchschnitt 6 Monate bis zur Abhängigkeit, nachdem sie einmal pro Woche 2 Zigaretten rauchten. Bisher gingen Forscher davon aus, dass Kinder erst ab einem Konsum von etwa zehn Zigaretten täglich süchtig werden können.

Möglicherweise sind die Gehirne Jugendlicher, die noch in der Entwicklung sind, anfälliger für Abhängigkeiten als Erwachsene.

Tobacco Control, September 2002

Transplantation: Nieren von Herztoten

Spendernieren von Herztoten (non beating heart) funktionieren ebenso lange wie Nieren, die von

hirntoten Patienten entnommen werden, deren Herz noch schlägt. Bisher fürchteten Ärzte, dass bei einem Blutstop durch die Nieren der resultierende Gewebeschaden dazu führt, dass das Organ zu wenig Sauerstoff erhält und im Körper des Empfängers weniger lange überlebt.

Mediziner des Universitätsspitals in Zürich untersuchten über einen Zeitraum von 15 Jahren rund 250 Transplantationspatienten und verglichen beide Modelle. Nach zehn Jahren lebten 79% jener Patienten, deren Nieren von einem herztoten Spender kamen. Im Vergleich dazu waren es bei den Patienten, deren Organe von hirntoten Spendern mit Herzschlag stammten 77%.

NEJM, 25. Juli 2002

Forschung: instrumentalisiert?

Der frühere Leiter der National Bioethics Advisory Commission in den USA, Dr. Harold SHAPIRO, sprach über seine Sorgen bezüglich des trauten Verhältnisses zwischen den universitären Wissenschaftlern und den biotechnologischen Firmen. Niemals

zuvor sei in der Geschichte der modernen wissenschaftlichen Forschung ein so großer Teil der akademischen biologischen Forschung derart mit den gewinnorientierten biotechnologischen Firmen verwoben gewesen. Es ist schwer, Wissenschaftler zu finden, die nicht potentiell an finanzielle Interessen ihrer Firmen gebunden sind, so Dr. SHAPIRO. Volle Offenlegung der finanziellen Interessen könnte helfen, den öffentlichen Vertrauensschwund in die Integrität der Wissenschaftler zu stoppen.

Weiters ist Dr. SHAPIRO auch besorgt über die Ethikkommissionen für Menschenversuche: „Die institutionellen medizinischen Aufsichtseinrichtungen, welche diese Aktivitäten überwachen, sind überlastet und neigen dazu, gewissenhaft Formulare auszufüllen, statt substantiellen Schutz zu bieten. Wir müssen die öffentliche Glaubwürdigkeit dieser Einrichtungen verstärken und Mitglieder von außen in diese Kreise aufnehmen, um die Einrichtungen zu zwingen, jährliche Berichte darüber zu erstellen, was sie gebilligt und was sie missbilligt haben und warum.“

New York Times, 2. Juli 2002

Embryo: erste 24h entscheidend

Frühe Säugetierembryonen können nicht länger als undefinierter Zellhaufen abgetan werden, sagen Entwicklungsbiologen. Vielmehr scheint eine frisch befruchtete Eizelle einen definierten oberen und unteren Pol zu besitzen, und die Achse, die sich dazwischen ausspannt, soll die entsprechende Scheitel-Steiß-Achse des späteren Embryos darstellen. Eine Forschergruppe vertritt die These, dass der Eintrittspunkt des Spermiums bestimmt, wo die erste Zellteilung stattfindet.

Diese Arbeit hat Konsequenzen für IVF-Kliniken. Verfahren, die in die frühe menschliche Entwicklung eingreifen, wie zum Beispiel die Entnahme einer Zelle für Präimplantations-Gendiagnostik könnten sich schädlich auswirken. Es ist offensichtlich nicht bedeutungslos, welche Zelle aus dem Zellverband des frühen Embryos herausgelöst wird. Die Methode der intrazytoplasmatischer Spermieninjektion, bei der nicht befruchtungsfähige Spermien direkt in eine Eizelle injiziert werden, erscheint dadurch in einem neuen Licht.

Nature, 4. Juli 2002

RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

9. Jahrgang Heft 2, 2002

Editorial

Beiträge:

Evelyn WOLFSLEHNER, Christine HOCH-

HOLDINGER: Das Abfallwirtschaftsgesetz

2002;

Josef W. AICHLREITER: Voraussetzungen

wasserpolizeilicher Aufträge;

RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

9. Jahrgang Heft 3, 2002

Editorial

Beiträge:

Helmut SCHWAMBERGER: Organisations-

verantwortung und Schnittstellenma-

nagement;

Markus GRIMM: Die rechtlichen

Grundlagen der medizinischen Lei-

stungen bundesbediensteter Ärzte an

Universitätskliniken;

Sandra SKICZUK, Gregor WENDA: Zur

Zulässigkeit der Durchführung einer

Frühdefibrillation mit halbautomati-

schen Geräten im Rahmen der Erste-

Hilfe-Leistung durch Laien;

9. Jahrgang Heft 4, 2002

Editorial

Beiträge:

Gerhard AIGNER: Zur Haftung von

Notarzt und Sanitäter;

Wolfgang KOSSAK: Der Entschä-

digungsfonds gem §27a Abs 5 und Abs

6 Krankenanstaltengesetz;

Christian F. SCHNEIDER: Zur Anwend-

barkeit ärztlicher Werbebe-

schränkungen in Krankenanstalten.

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.

Band 14, Heft 2, 2002

J. IN DER SCHMITTEN: Organtransplanta-

tion ohne „Hirntod“-Konzept? Anmer-

kungen zu R.D. TRUOGS Aufsatz „Is it

Time to Abandon Brain Death?“

J.-P. WILS: Stammzellen-Transplanta-

tion aus Nabelschnurblut – ethische

SCHLAUDRAFF: Zur Frage ethischer

Pflichten des Hausarztes bei Behand-

lungsverweigerung;

Stellungnahme: H.-L. WEDLER: Stel-

lungnahme zur Fallbesprechung:

Nicht verhungern, nicht verdursten –

zum Problem der Sondernahrung;

Informationen: P. THORN: Die Gesetz-

gebung im Bereich der Reprodukti-

onsmedizin – internationale Entwick-

lungen und Diskussionen;

R. DAMM: Gendiagnostik im experi-

mentellen öffentlichen Diskurs. Bürger-

konferenz „Streitfall Gendiagnostik“.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

10. Jahrgang Heft 2, 2002

Leitartikel:

Peter FONK, Wolfgang SCHLÖGL: Der

parlamentarisch assistierte Suizid;

Matthias MARING: Werturteilsfreiheit in

den Sozialwissenschaften. Relationa-

lität der Werte und methodologisches

Postulat;

Andrea ARZ DE FALCO: Xenotransplan-

tation im Spannungsfeld ungelöster

medizinischer, human- und tierethi-

scher Probleme;

Klaus M. SEEL: Inwieweit sind mensch-

liche Embryonen schützenswert? Eine

neue Argumentation in der Diskussi-

on um die Novellierung des Embryo-

enschutzgesetzes in Deutschland.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

2002/3

Editoriale: Lettera del Papa GIOVANNI

PAOLO II al Prof. Mons. Elio SGRECCIA

in occasione del 50 anno dall'ordi-

nazione sacerdotale;

E. SGRECCIA: Quando la fede si con-

fronta con la legge nell'ambito delle

biotecnologie umane;

M. CASINI, A.G. SPAGNOLO: Aspetti gi-

uridici, deontologici ed etici della

prescrizione medica degli estroproge-

stini a scopo contraccettivo;

C. VIAFORA: Formazione bioetica: pre-

HASTINGS CENTER REPORT.

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Volume 32 No. 4, 2002

From the Editor: Moral Philosophy

Biologized?

Capital Report: Kathi E. HANNA: Eytra-

ordinary Measures for Countermea-

sures to terrorism: FDA's "Animal

Rule";

At law: Carl E. SCHNEIDER: All My

Rights;

Case Study: Christopher MEYERS, Laurie

LYCKHOLM: A New Liver for a Prisoner;

Review Essay: Dan BEAUCHAMP: The

Law, the Market, and the health of the

Body Politic;

Review: Troy DUSTER: Medicine, Cul-

ture, and Sickle Cell Disease;

David J. MAYO, Martin GUNDERSON: Vi-

talism Revitalized: Vulnerable Popu-

lations, Prejudice, and Physician-Ass-

isted Death;

Jason E. KLEIN, Alan R. FLEISCHMANN:

The Private Practicing Physician-In-

vestigator: Ethical Implications of

Clinical research in the Office Set-

ting;

Hans JONAS: Wissenschaft as Personal

Experience;

Strachan DONNELLY: Natural Respon-

sibilities: Philosophy, Biology, and

ethics in Ernst MAYR and Hans JONAS;

Perspektive: John R. STONE, Annette

DULA: Wake-up Call. Health Care and

Gilberto A. GAMBOA BERNAL: Una respuesta Bioética a la Búsqueda de la identidad sexual Personal.

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY.
Dordrecht/ Boston/ London. Bimestrale Zeitschrift in English.

Vol 27 No.4, August 2002

Laurence B. McCULLOUGH: Introduction; Richard W. MOMEYER: What Conception of Moral Truth Works in Bioethics?

Rosemarie TONG: Teaching Bioethics in the New Millenium: Holding Theories Accountable to Actual Practices and Real People;

Stephen WEAR: Teaching Bioethics at (or Near) the Beside; Robert BAKER: Bioethics and History; Maureen KELLEY: The Meaning of professional Life: Teaching Across the Health Professions; Rosamond RHODES: Two Concepts of Medical Ethics and Their Implications for Medical Ethics Education.

DIE VERANTWORTUNG DER KIRCHE IN DER EUTHANASIE-FRAGE

Heike KNOPS

Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2001

179 Seiten

ISBN 3631-38744

Christlicher Einfluss in der Euthanasie-Problematik – das ist heute die höchst dringende Forderung der deutschen Autorin, einer evangelischen Theologin, in der vorliegenden Untersuchung. Reden und Handeln in aller Deutlichkeit verlangt sie von der Kirche, „denn sie ist die letzte Bastion für gesellschaftliche Orientierung. Ihr obliegt es, das menschliche Leben zum Maßstab der Gesellschaft zu erheben.“

Ziel der Untersuchung sei es, zu praktisch-theologischen Lösungen zu kommen, welche die formale kirchliche Ablehnung von Euthanasie zum Schutz der Betroffenen gewährleisten.

Ihre Arbeit kann als Alarm- und Weckruf verstanden werden, angesichts des lebensbedrohenden Angriffs der Euthanasie durch Medizin und Bioethik auf die Schöpfung. Ihr Plädoyer gegen den offensichtlich schwindenden Einfluss der Kirche für die christliche „Kultur des Lebens“ in Zeiten des Pluralismus und für ein christliches Menschenbild in der Gesellschaft ist eine starke Botschaft der Orientierung für jeden Christen, dem die Re-Evangelisierung unserer Welt ein Anliegen ist.

Um der offensichtlich mangelnden Durchsetzungskraft des christlichen Schutzes auf den Grund zu gehen, entscheidet sie sich zur Überprüfung der These, dass das christliche Zeugnis gegen Euthanasie in der Vergangenheit Ambivalenzen aufgewiesen hätte, sodass Argumente der Euthanasie-Befürworter Akzeptanz finden konnten: „Es mag eine Diskrepanz bestehen zwischen der Klarheit kirchlicher Ablehnung und dem praktischen Umgang mit behinderten Menschen.“

Die Autorin wählt eine viergliedrige Vorgehensweise:

1) Die Euthanasie-Problematik im Spiegel der Geschichte. 2) Selbstverständnis und Auftrag der Kirche (hier der EKD). 3) Quellen und Ursachen der vermuteten Ambivalenzen in Ethik und Handeln. 4) Verantwortung der Kirche in der Euthanasie-Frage.

Im ersten Teil der Untersuchung werden nach einer Begriffserklärung die Legitimationsprinzipien für die Euthanasie seit der Antike bis zur Gegenwart in Deutschland analysiert. Dabei wird auf die derzeitige Diskrepanz zwischen evident zunehmend eugenischer Gesetzgebung (Legalisierung der sog. „Sterilisation Nichteinwilligungsfähiger“, 1989) und gegenläufiger Tendenzen (Benachteiligungsverbot Behinderter im Art.3, GG, 1994 im deutschen Bundestag mit 622 Ja-Stimmen bei 629 Abgeordneten verankert) hingewiesen – eine Verdeutlichung des unterschiedlichen Gebrauches der Begriffe „Menschenbild“ oder „Person“ im Bewusstsein der jeweiligen Bevölkerungsgruppen.

Der zweite Teil erklärt Selbstverständnis und Auftrag der Kirche aus Bibel und Tradition. Daraus wird die kirchliche Verantwortung in der Euthanasie-Frage abgeleitet. Nach einem Exkurs über den Begriff „Kirche“ zitiert die Autorin Karl BARTH: Die Gemeinde ist beauftragt, in der Welt „die christliche Position“ sichtbar zu machen. Der Mensch wird im Auftrag der Gemeinde „der eine und einzige, unzweideutig klar und bestimmte Wert innerhalb der Schöpfung.“ Der Öffentlichkeitsauftrag der Kirche werde in Deutschland durch verfassungsrechtliche Voraussetzungen geschützt. Allerdings sehe sich die Kirche mit einer „Risiko- und Erlebnisgesellschaft“ konfrontiert (Analyse von Ulrich BECK). Anspruch und Auftrag der Kirche (EKD) werden in der Barmer theologischen Erklärung, in einer „Denkschrift von 1972“ und einer „Erklärung von 1997“ definiert und in der privilegierten Stellung in-

nerhalb des Staatsgefüges konkretisiert.

Offen und ohne Tabus wird im dritten Teil die historische Herleitung der Ambivalenz kirchlicher Stellungnahme in der gegenwärtigen Euthanasie-Diskussion behandelt.

Die Autorin resümiert in Bezug auf biblische Quellen: „Die Bibel bietet keine dezidierte Lehre von Krankheit und Behinderung. Sie denkt menschliche Leidenssituationen nicht primär in medizinischen Kategorien. Sie reflektiert menschliches Leiden im Gegenüber zu Gott. Schutzforderungen für Schwache werden als Gottesrecht konstitutiv für den Glauben.“

In der Folge analysiert die Autorin das Verständnis vom Menschen angesichts Krankheit und Behinderung und den Auftrag zur Nächstenliebe im Kontext der Theologie verschiedener Epochen bis 1933 sowie das Euthanasie-Problem im Raum der Kirche bis und nach 1945. Die NS-Zeit wird u.a. auf der Basis J. SEMLINS „Ohne Waffen gegen HITLER“ (1995) lebendig gemacht: Zitat: „Erst der öffentliche Protest katholischer Prälaten, des Bischofs von Münster, Graf VON GALEN und des Papstes PIUS XII (Schreiben an die deutschen Bischöfe 1940) habe den zunächst vereinzelt, unorganisierten Widerstand zu einem Druck der Basis auf das Regime anwachsen lassen, sodass „erstmalig seit seiner Wahl HITLER einen erwähnenswerten Rückschlag erlitten hat.“

Aus dieser Erfahrung betont die Autorin die Bedeutung der öffentlichen Meinung, im Verein mit demokratischem Bewusstsein und sozialer Integration von Minderheiten als Schutzwall auch gegen den Genozid im Gewand der Euthanasie: „Es sei leichter Vorsorge zu treffen als Widerstand zu leisten.“

Für die Zeit nach 1945 lässt die Autorin das Ergebnis der 3. Synode der EKD 1961, das Euthanasie-Gutachten von Ernst WOLF 1962, die evangelischen Dokumente von Hans Christoph VON HASE 1964, die Erklärung der rheinischen Synode 1985, sowie die Innere Mission zu Wort kommen.

Ausführlich und höchst informativ erörtert die Autorin die *heutige* sog. Euthanasie-Dis-

kussion, in welcher nicht die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, sondern die Möglichkeiten der Euthanasie zu Beginn und am Ende des Lebens gemeint ist (pränatale Euthanasie, Eugenik, Tötung auf Verlangen, Euthanasie in der Geriatrie) sowie die Darstellung des kirchlichen Menschenbildes in der Euthanasie-Diskussion, wobei sie vornehmlich Aussendungen der EKD zitiert.

In der Zusammenfassung des dritten Teiles wird die Ambivalenz in der derzeitigen Euthanasie-Debatte wie folgt erklärt:

„Der Strafcharakter von Krankheit in Texten der hebräischen Bibel verqu coastet mit der dualistischen Weltsicht des NT lassen Krankheit und Behinderung aus der gottgewollten Ordnung fallen und in die Sphäre des Teufels rücken. Die „Verteufelung“ von bestimmten Menschen wird zum gedanklichen Vorstadium der Euthanasie.“

„Asylierung und Fremdbestimmung erscheinen als Resultat des Hauptstroms theologischer Einordnung von Krankheit und bleiben Jahrhunderte lang Grundbedingung für menschliches Leben mit Behinderung.“

„Mangels einer dezidierten Auseinandersetzung mit den biblischen Texten über Krankheit und Behinderung sowie einer fehlenden Ethik des Zusammenlebens mit Menschen mit und ohne Behinderung gerät die evangelische diakonische Arbeit unter das Diktat staatlicher und finanzieller Zwänge.“

„Späte Aufarbeitung der eigenen Verstrickung in die NS-Euthanasie konfrontiert Kirche und Diakonie bei traditioneller Arbeitsweise mit einer neuen Euthanasie-Debatte seit den 80-er Jahren. Erst in diesem Kontext gewinnen Analyse der Vergangenheit und neue Reflexion über Euthanasie ihre Klarheit und Intensität.“

Im vierten Teil kommt die Autorin zum Kern ihrer Analyse über die Verantwortung der Kirche und zu ihrer dezidierten Forderung nach Entwurf christlicher Ethik, deren Menschenbild Grundlage für eine veränderte kirchliche Praxis werden kann, sodass Euthanasie von Menschen mit Behinderung auch faktisch aus-

geschlossen wird.

Zunächst werden die heutigen, zeit-geistigen Euthanasie-Phänomene offen gelegt: Stigmatisierung (Differenzierung von „Mensch und Personsein“ – P. SINGER), Asylisierung (Fremdbestimmung über Menschen mit Behinderung), Liquidierung (Legitimation aufgrund ideologischer, sozialer, politischer und wirtschaftlicher Faktoren). Die heutige Euthanasie-Diskussion wird u.a. mit Zitaten K.L. ROSTS und M. FOCAULTS drastisch geschildert, wonach auf Klaus DÖRNER hingewiesen wird, der seine These von der „Medizinierung der sozialen Frage“ entwickelt hat. Auf deren erschreckende Visionen wird detailliert eingegangen. Sodann wird die von den USA ausgehende Bioethik vorgestellt, die als Basis des moralischen Handelns das Autonomie- und Fürsorgeprinzip wählt. (Siehe H.T. EGELHARDT jun. 1994). Auch auf Sinn und Wert des Lebens in Gerhard SCHULZES „Die Erlebensgesellschaft“, 1995, wird hingewiesen. Die Autorin zitiert R. SPAEMANN, J.P. STÖSSEL und H. GREWEL. Die Implikationen für die Zukunft werden – so die Autorin – von der neuen, euthanasiefreundlichen Qualität des Lebens (Siehe F. CHRISTOPH, „Tödlicher Zeitgeist“) geprägt. Unsere Gesellschaft erscheint als eine hedonistische, die potentiell „terroristisch“ ist, insofern ihr eine „Pflicht zum Glücklichein“ inhärent ist. (R. SPAEMANN).

Die tatkräftige Wahrnehmung der ethischen Verantwortung der Kirche in der gegenwärtigen Euthanasie-Diskussion wird aus Veröffentlichungen der EKD und der dt. Bischofskonferenz („Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit“, 1997) bestätigt und darüber hinaus ethische Aussagen angedacht, die hilfreich sein können, um die Anwaltschaft für die Betroffenen zu gewährleisten und Menschenrecht und -würde zu sichern:

* Die Macht der Medizin durch Offenlegung ihrer Struktur zu begrenzen.

* Auf die Sonntagsruhe als ein demonstratives Zeichen gegen Markt und Ökonomie und für Gott und seine Urabsichten für ein Leben der Menschen bestehen.

* Alle eugenisch orientierten Bevölkerungsprogramme ablehnen.

* Auf christliche Werte und das gültige Recht (Menschenrechte und –würde) bestehen.

Dem Menschenbild widmet die Autorin zunächst einen historischen Exkurs zur Entstehung eines Verständnisses vom Menschen mit Zitaten u.a. aus J.M. SMITH, E. SZATHMARY, 1996.

Sodann definiert sie das „ausschließende“, nämlich stigmatisierende Menschenbild der Bioethik, welche die freiwillige und unfreiwillige Liquidierung der Stigmatisierten intendiert.

Einerseits kollidiere sie mit dem gültigen Recht der BRD, andererseits sei die gesamtgesellschaftliche Struktur Basis und Garant für die faktische Akzeptanz dieser Bioethik.

Dagegen sei im GG der BRD das „einschließende“ Menschenbild verankert, das die Schutzwürdigkeit allen menschlichen Lebens gleichermaßen proklamiert. Träger dieses kulturellen Erbes ist das christliche Menschenbild, wie aus dem Schöpfungsbericht der hebräischen Bibel abgeleitet wird. Die Autorin erhebt daher hier ihre entschlossene Stimme, um die deutliche Kritik der Kirche an den Implikationen einzufordern. Die Kirche müsse auf die existentiellen Zukunftsfragen der heutigen Menschen mit Deutung und Erklärung in der Bewältigung des Schicksals antworten.

Zitat: „Zur berechtigten Kritik müssen sozialethische und -politische Gegenentwürfe treten, die aus dem biblischen Ethos erwachsen und von der Kirche umgesetzt werden. Damit soll ein Wandel in der Gesamtgesellschaft, aber vor allem und zunächst einmal innerhalb der eigenen Strukturen angestrebt werden.“

Entscheidend in der korrespondierenden Umsetzung der kirchlichen Verantwortung in der Praxis sei – so die Autorin nach Jaques SEMLIN – die Schaffung von Normalität, von gesellschaftlichem Miteinander der Starken und Schwachen. Diese bilde den wirksamsten Schutz gegen mögliche Euthanasie.

Als diakonisch integratives Konzept für Gemeinde und Gesellschaft beschreibt sie die „Aktion Menschenstadt“ in Essen. (Siehe K.v.

LÖPKE: „Ich habe einen Traum...“ (1997).

Die menschlichen Lebensbereiche Ausbildung, Freizeit, Wohnen und Arbeit werden als Praxisfelder für Einzelprojekte der Aktion Menschenstadt konkret dargestellt und ihre gesellschaftsverändernde Dynamik analysiert.

Die Autorin schließt ihre Untersuchung mit folgendem Satz: „Das transzendente Reich Gottes ist nicht erreichbar ohne Partizipation an dem Kampf des innergeschichtlichen Reiches Gottes.“

Der vorliegende Beitrag erweist sich somit als beispielhaft im Sinne dieses Zitates aus P. TILICH'S „Systematische Theologie“.

P. HARTIG

SEELE UND KRANKHEIT. PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND THEOLOGISCHE ANTHROPOLOGIE.

Matthias BECK

Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn 2000

404 Seiten

ISBN 3-506-70778-7

„Man sieht nur, was man kennt“. Das weiß jeder Reiseführer. Matthias BECK, promovierter Mediziner und studierter Theologe, erweist sich als kundiger Führer durch das „Weite Land“ der menschlichen Seele und eröffnet dem Leser den Zugang – was selten genug geschieht – von zwei komplementären Seiten: einerseits vom naturwissenschaftlichen Standpunkt, beginnend mit S. FREUD, über Th. v. UEXKÜLL bis zum psychosomatischen Konzept V. v. WEIZÄCKERS, andererseits vom theologischen Standpunkt, gründend auf der aristotelisch-thomanischen Leib-Seele Lehre, angereichert mit Perspektiven der Transzendentalphilosophie (K. RAHNER) bzw. der Phänomenologie (U. v. BALTHASAR).

Der Autor hat sich das Ziel gesetzt, „die menschliche Seele in ihrer Ganzheit zu begreifen, die Leib-Seele Einheit denkerisch einzuholen und so die Krankheitsphänomene in

ihrer ganzen Tiefe zu erfassen.“ (Zit. S.16). Wie gelingt dieses Vorhaben? „Der ganzheitliche Zugang bringt es mit sich, dass zwei methodisch unterschiedliche und nicht direkt vermittelbare Ansätze – der empirische und der ontologische – gewählt werden müssen, um die Verschiedenartigkeit der menschlichen Ebenen darzustellen.“ (Zit. S.40). Der empirische Zugang kann die Seele nur als Epiphänomen der Materie deuten und erreicht die Leib-Seele Einheit nicht, einerseits, weil das Subjekt (die Seele) von Anfang an methodisch ausgegliedert worden ist, andererseits, weil aus Materie, im Sinne eines Prinzips der Vielheit, logisch keine Einheit konstruierbar ist. Der ontologische Zugang hingegen lässt das Eine (die Seele, den Geist) der Vielheit vorausgehen und will zeigen, wie sich diese in der Verschiedenheit des Leiblichen als Symbol (RAHNER) oder Gestaltbild (BALTHASAR) entfaltet und darstellt. Dabei rekurrieren die beiden Theologen auf den aristotelisch-thomistischen Hylemorphismus (*anima forma corporis*).

BECK meint nun – trotz des oben zitierten Vorbehalts – den ontologischen mit dem empirischen Zugang vermitteln und an Hand von Krankheiten zeigen zu können, wie die Geistseele den Leib informiert bzw. fehlinformiert und so die empirischen Krankheitsbilder, z.B. ungeordnetes Zellwachstum oder Fehlfunktionen des Immunsystems (Allergien, Autoimmunkrankheiten) hervorbringen kann.

Aus der Sicht des Rezensenten wird hier der logische Bogen überspannt. Auf der begrifflichen Ebene ist Materie im ontologischen Sinne (*causa materialis*) mit Materie im empirischen Sinne (Atome, Strukturen) nicht zur Deckung zu bringen. Vielmehr repräsentiert jedwede empirische Struktur ihrerseits eine durch die vier *Causae* vermittelte Einheit im ontologischen Sinn, sodass jeder wohlmeinende Empiriker sagen wird, er gehe ohnehin von einer Einheit aus – und es mangelt nicht an Naturwissenschaftlern, die rundweg behaupten, nicht erst die lebende Zelle sei durchseelt, sondern bereits in den Atomen wese der Geist.

Des weiteren besteht ein gravierender logischer Unterschied darin, dass empirische, durch Ursachen vermittelte Zusammenhänge von vorne herein raumzeitlicher Natur sind, wohingegen ontologische, durch Gründe konstituierte Wesenheiten raumzeitlichen Vorstellungen grundsätzlich entzogen sind.

BECK hat die Aufhebung dieser Unterschiede „denkerisch“ (d.h. logisch) nicht geleistet, weshalb er dem Anspruch, eine Brücke zwischen empirisch-psychosomatischer und philosophisch-theologischer Seelenlehre zu schlagen, nicht gerecht geworden ist. Um die Aufhebung der Unterschiede logisch zu leisten, hätte BECK eine dritte Denkform anwenden müssen, die ebenfalls vom Stagiriten behandelt und vom *Angelicus Doctor* christlich befruchtet wurde: Die *analogia entis*. Erst mit ihrer Hilfe gelingt es zu unterscheiden und zu vermitteln zwischen dem Geist, der bereits in den Atomen west – im Seienden überhaupt – und dem Geist, der die menschliche Seele durchwest. Tatsächlich scheint Th. v. UEXKÜLL den Anspruch BECKs eher erfüllt zu haben, da sein semiotisches System ausdrücklich von drei logischen Gliedern ausgeht, wenngleich er diese falsch reiht und deshalb die Unbegrenztheit der *anima* logisch nicht erreicht.

Was nun die Möglichkeit einer philosophisch-theologischen Krankheitslehre anlangt, ergeben sich dieselben oben genannten Schwierigkeiten: Zum Einen müssten die einzelnen Krankheitsbilder ganzheitlich uminterpretiert werden (was manche vorwissenschaftliche Medizinsysteme tatsächlich leisten), zum Anderen müsste ein nachvollziehbarer – nicht bloß spekulativer oder animistischer – Zusammenhang zwischen bestimmten Geisteshaltungen und bestimmten Krankheitsbildern herzustellen sein. Ein solches Ansinnen scheint aber zum Scheitern verurteilt, weil – worauf V. FRANKL besonders hinweist – der Geist, insofern er frei ist, prinzipiell nicht erkranken kann. Die Seinsmängel im Felde der Geistseele sind nicht Krankheiten, sondern Sünden. Dass die Sünde den Tod zur Folge hatte, das

wissen wir. Über welche Krankheiten – oder Kriege, oder Katastrophen – das geschieht, das wissen wir nicht. Umgekehrt litten und leiden auch Heilige an Krankheiten. Sie dienen ihnen aber zur Verherrlichung Gottes. Das heißt, diese Menschen besiegen ihr Leid nicht physisch, sondern geistig.

Zusammenfassend: Das Buch vermittelt ein ausführliches und fundiertes Verständnis des Leib-Seele Konzeptes der psychosomatischen Schulen von UEXKÜLL und WEIZSÄCKER, sowie eine ausgezeichnete Einführung in die sich gegenseitig ergänzenden Leib-Seele Perspektiven der großen deutschsprachigen Theologen Karl RAHNER und Hans Urs v. BALTHASAR. Ihre um neuzeitliche philosophische Elemente bereicherte thomanische Ontologie belegt eindrücklich, wieviel diese Konzepte für eine zeitgemäße ganzheitliche Erfassung der menschlichen Geistseele zu leisten vermögen. Allein um dieser Beiträge willen ist diese theologische Doktoratsthesis von Matthias BECK für all jene lesenswert, welche auf existentieller Ebene mit gesunden und kranken Menschen zu tun haben. Wünschenswert wäre es, aus demselben onto-theologischen Ansatz therapeutische Richtlinien zu entfalten. Diese würden gewiss deutliche Schlussfolgerungen hinsichtlich unseres Lebensstils und hinsichtlich unseres Umgangs mit Sünde, Umkehr und Buße enthalten. Und es würde sich zeigen, ob und wie Heil und Heilung zusammenhängen.

W. RELLA

REPLIK

Das Zitat des Rezensenten: „*Der Autor hat sich das Ziel gesetzt, die menschliche Seele in ihrer Ganzheit zu begreifen, die Leib-Seele Einheit denkerisch einzuholen und so die Krankheitsphänomene in ihrer ganzen Tiefe erfassen zu können.*“ (Zit. S. 16) ist z.B. falsch. Nicht ich verfolge dieses Ziel, sondern bestimmte theologische Konzepte. Das Zitat im

Buch heißt: „Positiv gewendet heißen die beiden Thesen, das erst die theologischen Seelenauffassungen die Seele in ihrer Ganzheit begreifen, (...)“ Ich wäre nicht so vermessen, den Anspruch zu erheben, die Seele in ihrer Ganzheit zu begreifen. Ich spreche von den theologischen Konzepten und nicht von meinen Erkenntnissen.

Weiters schreibt der Rezensent: *„Aus der Sicht des Rezensenten wird hier der logische Bogen überspannt. Auf der begrifflichen Ebene ist Materie im ontologischen Sinne (causa materialis), mit Materie im empirischen Sinne (Atome, Strukturen) nicht zur Deckung zu bringen.“*

Dem letzten Satz ist ausdrücklich zuzustimmen. Es gibt wohl kaum eine Stelle, an der ich nicht ausdrücklich hervorhebe, dass die beiden Materiebegriffe unterschiedlich zu verstehen und nicht zur Deckung zu bringen sind. Der erste Begriff steht für ein Prinzip (Formprinzip), das zusammen mit dem Materieprinzip die konkret vorfindliche Materie ausmacht. Die Seele als Formprinzip formt die materia prima zur materia secunda. Alles Vorfindliche ist geformte Materie, materia secunda. Materie als Prinzip der reinen Formbarkeit ist natürlich nicht mit empirisch vorfindlicher Materie zu identifizieren.

Zum Punkt: *„Ein solches Ansinnen scheint aber zum Scheitern verurteilt, weil – worauf V. FRANKL besonders hinweist – der Geist, insofern er frei ist, prinzipiell nicht erkranken kann. Die Seinsmängel im Felde der Geistseele sind nicht Krankheiten, sondern Sünden.“*

Ob der Geist nicht erkranken kann, ist eine offene Frage. Ob der Schizophrene, der sich seiner Identität nicht im Klaren ist, der – wörtlich – ein gespaltenes Zwerchfell hat, (heute würde man vielleicht eher sagen einen gespaltenen Geist oder eine gespaltene Seele), ob dieser Mensch nicht doch im innersten Kern krank ist oder nur an der Oberfläche, vermag ich nicht zu sagen.

Ich habe nicht gesagt, dass Seinsmängel im Felde der Geistseele Krankheiten sind, sondern dass sie sich in Krankheiten ausdrücken kön-

nen. Das ist etwas anderes. Ferner würde ich mit dem Begriff der Sünde doch behutsam umgehen wollen. Gerade die Verbindung Sünde-Krankheit wollte ich vermeiden. Sie wird vom Evangelium abgelehnt und sollte dem Patienten nicht als zusätzliche Last aufgebürdet werden. Zur Sünde gehört doch so etwas wie ein bewusstes sich gegen Gott entscheiden. Ob das immer dort gegeben ist, wo ein Seinsmangel vorliegt, ist kaum zu sagen und sollte auch von außen betrachtet nicht bewertet werden.

Ein letzter Punkt: *„Beck hat die Aufhebung dieser Unterschiede „denkerisch“ (d.h. logisch) nicht geleistet, weshalb er dem Anspruch, eine Brücke zwischen empirisch-psychosomatischer und philosophisch-theologischer Seelenlehre zu schlagen, nicht gerecht geworden ist.“* Ich wollte die Unterschiede auch gar nicht aufheben. Sie sind nicht aufzuheben. Ich wollte die Zugänge aber komplementär zueinander stellen. Das Prinzip der Komplementarität besteht ja genau darin, dass zwei zunächst nicht miteinander mittelbare Entitäten zusammen kommen (Welle und Korpuskel beim Licht). Erst aus dieser Komplementarität heraus ist die Wirklichkeit zu erfassen: Insofern besteht die Brücke darin, dass beide Zugänge, der empirische und der „ontologische“ zusammen gesehen werden müssen, um das Phänomen von Krankheiten erfassen zu können.

M. BECK

THURE VON UEXKÜLL VON DER PSYCHOSOMATIK ZUR INTEGRIERTEN MEDIZIN

Rainer OTTE

Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
2001

215 Seiten

ISBN 3-525-45891-6

Das Taschenbuch des Wissenschaftsjournalisten OTTE ist aus mehreren Interviews mit Thure VON UEXKÜLL, dem Nestor der psychoso-

matischen Medizin hervorgegangen. Wie der Autor im Vorwort berichtet, führten diese Gespräche immer wieder zu aktuellen Debatten und waren nicht bloß Rückblick auf ein Lebenswerk. Ausgehend vom Bezugssystem der Medizin, hatte ihn sein Denken in die unterschiedlichsten Gebiete wie die Biologie, die Philosophie, die Psychoanalyse, die Soziologie oder die Semiotik und schließlich wieder zur Medizin zurückgeführt. Dabei war ihm der von Jean PIAGET stammende Begriff des kognitiven Unbewussten zum Leitfaden seiner Bemühungen geworden.

OTTE gelingt es sehr gut, die persönlichen Erzählungen und sachlichen Erklärungen von UEXKÜLLS zu einer systematisch sehr inhaltsreich ergänzten Autobiographie zu erweitern. Auf diese Weise bekommt man rasch einen Einblick in sein Denken, in das man durch die Nachzeichnung der wichtigsten Stationen seines Lebens und deren historische Umstände gleichsam mithineingenommen wird, wodurch es auch viel plastischer, konkreter und verstehbarer wird. Da ist der starke Rückgriff auf das Werk seines Vaters, des Biologen Jakob v. UEXKÜLL, die Auseinandersetzung mit philosophischen Fragen, sein Beitrag zu Uni-

versitätsreformen und der Ärztlichen Approbationsordnung, schließlich die Erstaufgabe seines Lehrbuches der Psychosomatischen Medizin.

Der Autor vermittelt sehr gut die Lebendigkeit der Persönlichkeit und des Denkens Thure von UEXKÜLLS, sowie auch sein Bemühen, die Konzepte auch wirklich in die Praxis der Medizin umzusetzen. Dies blieb ihm bis ins hohe Alter erhalten. Das Bestreben, den Graben des Dualismus, wie ihn der Begriff „Psychosomatik“ noch ausdrückte, zu überwinden, führte ihn schließlich zum Begriff der Integrierten Medizin. Biotechnische Medizin und Analyse von Seelenmechanismen sollten auch begrifflich nicht mehr nebeneinanderstehen. Das Buch ist sehr inhaltsreich und gibt einen guten Überblick. Man sieht, wie komplex die Sachverhalte sind und wie schwierig es ist, sie begrifflich zu fassen und in praxismgerechte Modelle für die Medizin umzusetzen. Das Buch ist als Einstieg in die Auseinandersetzung mit dem Denken und den Konzepten Thure von UEXKÜLLS gut geeignet, obwohl es selbst keine kritische Auseinandersetzung damit enthält.

R. KLÖTZL

ANKÜNDIGUNG

Leben – und Sterben – Lassen

Interdisziplinäre Tagung: Beiträge zu einer neuen Kultur von Leben und Sterben
Freitag, 8. November 2002 – Vaduz, Fürstentum Liechtenstein

Noch nie waren die Möglichkeiten zur Lebenserhaltung so groß wie heute. Noch nie wurde über den Abbruch menschlichen Lebens so kontrovers diskutiert wie heute.

Haben wir dabei das persönliche Sterben verlernt oder verdrängt?

Kurzreferate von namhaften Expertinnen und Experten sowie die gemeinsame Diskussion verschaffen Ihnen einen Überblick zu diesem aktuellen Thema, das nicht nur für Fachleute sondern auch für politische Entscheidungsträger und die breite Öffentlichkeit von Bedeutung ist. Es soll aufgezeigt werden, auf welcher ethischen, medizinischen und religiösen Basis die würdige Gestaltung der letzten Lebensphase praktisch und theoretisch verwirklicht werden kann.

Veranstalter: Stiftung Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAK) & IMABE

Patronat: I.D. Fürstin Marie von und zu LIECHTENSTEIN

Programm:

9.30 Uhr: Eröffnung und Begrüßung

Recht auf Leben – Recht zu sterben. Grenzen menschlicher Selbstbestimmung am Lebensende

Prof.Dr. Eberhard SCHOCKENHOFF (Moraltheologe, Freiburg)

Natürliches Sterben mit der Apparatemedizin

Prof.Dr. Norbert MUTZ (Intensivmedizin, Innsbruck)

anschl. Diskussion & Pause

Palliativmedizin als Medizin der Lebensqualität. Vom kurativen zum palliativen Weg.

Prof.Prim.Dr. Johannes BONELLI (Internist, Wien)

Das Hospizmodell – ganzheitliche und integrierte Begleitungen. Einrichtungen und Ausbildungsmöglichkeiten

DSA Karl BITSCHNAU (Hospizbewegung, Feldkirch)

Die verschiedenen Dimensionen des Schmerzes. Erfahrungen aus der Praxis.

DGKS Patrizia PICHLER (Hospiz, Innsbruck)

anschl. Diskussion & Mittagspause

ANKÜNDIGUNG

14.00 Uhr:

Der ärztliche Auftrag: Lebensverlängerung um jeden Preis? Lebensverkürzung nach Wunsch?

Prof.Dr. Anselm W. MÜLLER (Moralphilosoph, Trier)

Euthanasie und Sterbebegleitung in den Niederlanden.

Prof.Dr. Henk JOCHEMSEN (Lindeboom Institut, Ede)

anschl. Diskussion & Pause

Was kann eine Patientenverfügung leisten?

Prof.Dr. Hans-Bernhard WUERMELING (Gerichtsmedizin, Erlangen)

Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht.

Dr.med. Raimund KLESSE (Psychiater, Chur)

Ars moriendi –Von der Kultur und Kunst des Sterbens

Prof.DDr.h.c. Hanna-Barbara GERL-FALKOVITZ (Religionsphilosophie, Dresden)

anschl. Diskussion

ca. 17.00 Uhr: Abschluss

Information:

Stiftung Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe, Landstraße 315, Postfach 34,
FL - 9495 Triesen, Tel.: 00423-3923050, email: office@lak.li

Anmeldung durch Zahlung des Tagungsbeitrags:

Liecht. Landesbank Vaduz (BLZ 8800) Kto. 205.470.36,
Kontoname: Tagung „Leben- und Sterben-lassen“ oder
Dornbirner Sparkasse (BLZ 20602) Kto. 0010-040707,
Kontoname: Tagung „Leben- und Sterben-lassen“

Tagungsbeitrag:

CHF 60.- oder EUR 40.- (inkl. Mittagessen, Pausengetränk, Tagungsmappe)

Tagungsort:

Auditorium in der neuen Fachhochschule Liechtenstein, Vaduz. Einlass ab 8.30 Uhr; bitte berücksichtigen Sie die Zeit für die Regiestrierung

Publikationen des IMABE-Instituts

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hrsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

Leben-Sterben-Euthanasie? (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

Studienreihe

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkulären Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

Imabe – Info (Kurzinformationen)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose

1997: Nr. 1: Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin, Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen, Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich, Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms, Nr. 4: Das Post-Abortion-Syndrome (PAS)

2001: Nr. 1: Ethische Qualität im Krankenhaus. Ein Fragenkatalog, Nr. 2: Präimplantationsdiagnostik, Nr. 3: Stammzellentherapie, Nr. 4: Xenotransplantation

2002: Nr. 1: Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen

VORSCHAU

IMAGO HOMINIS Band 9 • Heft 4/2002

Schwerpunkt
10 Jahre IVF in Österreich

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL	149
AUS AKTUELLEM ANLASS	
P. LIESE „Bioethikdebatte in Österreich und Europa“ ...	151
J. KÖNIGSEDER „Rael-Sekte: Lassen Sie bei uns klonen!“ .	154
C. UMSCHADEN „Welt-AIDS-Kongress in Barcelona“ ..	156
SCHWERPUNKT:	
Arzt & Patient in der Neuropsychiatrie	
K. HEINRICH „Suizidal Depressive“	159
R.M. BONELLI „Chorea Huntington Patienten“	171
P. AMANN „Suchtkranke“	179
DISKUSSIONSBEITRAG	
M. LÜTZ „Psychotherapie und Seelsorge“	191
S.O.M.....	195
NACHRICHTEN	200
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	203
BUCHBESPRECHUNGEN	205
ANKÜNDIGUNG	212