

IMAGO HOMINIS

Band 10 - Heft 1 - 2003

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

PREIS: EUR 10.-

ISSN 1021-9803

Band 10 - Heft 1 - 2003



PALLIATIVMEDIZIN I

1
2003

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	5
AUS AKTUELLEM ANLASS: 80 Jahre Prof.Dr. Gottfried ROTH	
F. BREIER <i>Gast Editorial</i>	9
J. BONELLI <i>Laudatio zum 80. Geburtstag von Prof.Dr. Gottfried ROTH</i>	11
J. WEISMAYER <i>Fragen an der Grenze zwischen Spiritualität und Psychopathologie</i>	14
SCHWERPUNKT: Palliativmedizin	
J. MERAN <i>Lebensqualität, Aussichtslosigkeit und Therapiebegrenzung</i>	19
T. SCHENK <i>Vom richtigen Zeitpunkt: Die Entscheidung zur palliativmedizinischen Behandlung</i>	29
R. KLESSE <i>Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht</i>	37
NACHRICHTEN	45
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	47
BUCHBESPRECHUNGEN	48

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, Telephon: +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 ROBITSCHEK & 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.

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)

errichtet gemäß Artikel XV 7 des Konkordates vom 5.6.1933, BGBl. II Nummer 2/1934 und des CIC, insbesondere Canones 114 und 116 (2) als öffentliche kirchliche Rechtsperson.

Sitz des Instituts:

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

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

Kuratorium (Vorstand):

Vorsitzender: DDr. Klaus KÜNG, Feldkirch

Dr. Walter HAGEL, Wien, Rechtsreferent der ÖBK

Ehrwürdige Mutter Visitatorin Sr. Magdalena POMWENGER, Salzburg, Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul

Ehrw. Mutter Gen. Oberin Sr. Dominika KEINDL, Wien, Konvent der Elisabethinen

Ehrw. Mutter Gen. Oberin Sr. Scholastika LEITNER, Wien, Kongregation der Barmherzigen Schwestern

Pater Paulus KOHLER OH, Wien, Provinzial der Barmherzigen Brüder

Direktor:

Prim. Prof. Dr. Johannes BONELLI, Wien

Geschäftsführer:

Prof. Dr. Enrique H. PRAT de la RIBA, Wien

Institutszweck:

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

Wir haben das vorliegende und auch das folgende Heft dem Thema der Palliativmedizin gewidmet. Palliativstationen und Hospize gewinnen im Gegensatz zu früher bei der Krankenhausplanung zunehmend an Gewicht. Die ernsthafte Auseinandersetzung mit den Aufgaben der Palliativmedizin hat erst begonnen. In Wirklichkeit war es schon immer Aufgabe der Medizin, nicht nur zu heilen, sondern auch Leiden zu lindern und zu trösten angesichts einer nicht heilbaren Erkrankung. Allerdings hat die Medizin in den letzten Jahrzehnten ungeheure Fortschritte gemacht und hat angesichts dieser Fortschritte in den Menschen utopische Hoffnungen erweckt. So hat z.B. die WHO die Ausrottung aller Krankheiten, ja selbst des Todes als ihr erklärtes Ziel proklamiert. Es verwundert also nicht, dass auf dem Hintergrund solcher Vorstellungen die beiden anderen Ziele ärztlichen Handelns, Tröstung und Leidenslinderung bei unheilbaren Erkrankungen, aus den Augen verloren gegangen sind. Allerdings hat sich in letzter Zeit angesichts der ernüchternden Erkenntnis, dass die Versprechungen der modernen Medizin, wonach praktisch alles machbar und jede Krankheit in den Griff zu bekommen ist, nicht der Wirklichkeit entsprechen, ein gewisses Umdenken eingestellt und man beginnt sich wieder auf die traditionellen Aufgaben der Medizin zurückzubewahren und der Palliativmedizin zuzuwenden.

Die Wurzeln der Problematik reichen aber noch viel tiefer. Sie liegen auch in der verständlichen Scheu vor einer konkreten persönlichen Stellungnahme des Einzelnen angesichts unheilbarer Erkrankung und des sich abzeichnenden Herannahens des Todes. Noch immer empfinden es viele Ärzte als Misserfolg, wenn ihr Patient in ein Stadium der Krankheit eintritt, in dem keine Heilung mehr erwartet werden darf. Gelegentlich signalisieren dann die Behandler den Rückzug, so als ob ihre Mission beendet wäre. Es kann nicht verwundern, wenn Patienten in dieser Situation die vermeintlich logische Konsequenz ziehen und gleich das endgültige „Aus“ für ihr Leben wünschen. Vor einigen Monaten meinte ein deutscher Kollege beim Petersberger Gesundheitssymposium: „Wenn es die Palliativmedizin nicht schafft, sich als beste Versorgungsform für schwerstkranke und sterbende Menschen zu präsentieren, wird die aktive Sterbehilfe populärer werden“.

Auf jeden Fall kann sich der Arzt nicht von seiner schweren Pflicht entbinden, in allen Therapieentscheidungen nach bestem Wissen und Gewissen seine Kunst einzusetzen, auch dann, wenn der betreffende Patient unheilbar schwerkrank ist und das Ende absehbar bevorsteht. Die Problematik der Entscheidungen in diesen Grenzsituationen ist auch für die Ärzteschaft belastend. Man muss viel Kraft aufwenden, um der Konfrontation nicht aus dem Wege zu gehen. Dabei wird immer öfter die Frage nach jenen Kriterien gestellt, die in den extremen, durch die High-tech-Medizin provozierten Situationen zur sicheren Entscheidungsfindung beitragen können. Vielen ist schon klar geworden, dass die Machbarkeit allein nicht das einzige Kriterium sein kann. Wonach aber kann man sich dann richten? Die Frage nach

Sinnhaftigkeit und Verhältnismäßigkeit wird jedenfalls immer dringender.

In dieser Nummer werden zunächst mehr grundlegende Fragen, die gleichsam als Basis oder Voraussetzung einer qualifizierten Palliativmedizin angesehen werden können, angesprochen. Diese sind der Begriff der Lebensqualität allgemein (MERAN) und die Frage nach den Kriterien des richtigen Zeitpunktes der Umstellung von der kurativen zur palliativen Medizin (SCHENK), aber auch im weiteren Sinn das Problem der Suizidalität (KLESSE) und ein Beitrag über die Grenze zwischen Spiritualität und Psychopathologie (WEISMAYER). Das nächste Heft wird sich mehr den praktischen Fragen der Palliativmedizin zuwenden.

Mit Freude haben wir diese Ausgabe als Festschrift für Prof.Dr. Gottfried ROTH konzipiert. Am 8. Jänner 2003 wurde als Anlass zu seinem 80. Geburtstag im Otto-Mauer Zentrum des Katholischen Akademikerverbandes eine Festveranstaltung als Anerkennung für sein Lebenswerk begangen. Dies soll auch in IMAGO HOMINIS seinen Niederschlag finden. Wir haben daher die Laudatio bei der Festveranstaltung abgedruckt, der Beitrag von Johannes G. MERAN in diesem Heft wurde ebenfalls als Vortrag im Rahmen der Festveranstaltung gehalten. Wir danken Prof.Dr. ROTH im Namen unserer Leserschaft für sein Engagement und wünschen ihm noch viele weitere Jahre des fruchtbaren Schaffens!

Die Herausgeber

IMAGO HOMINIS

Band 10 - Heft 1 - 2003

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

PREIS: EUR 10,-

ISSN 1021-9803

Band 10 - Heft 1 - 2003



FESTSCHRIFT:
80 JAHRE
PROF.DR. G. ROTH

1
2003

Gast Editorial

anlässlich der Festveranstaltung zum 80. Geburtstag von Professor Dr. Gottfried ROTH im Otto-Mauer Zentrum des Katholischen Akademikerverbandes der Erzdiözese Wien

Friedrich BREIER

„Knowledge will forever govern ignorance; and a people who mean to be their own governors must arm themselves with the power which knowledge gives.“ James MADISON (1751-1836)

Wissen wird für immer Unwissenheit regieren. Diesem Motto scheint unser Jubilar sein ganzes Leben lang offenbar gefolgt zu sein. Professor Dr. Gottfried ROTH feierte am 7. Jänner 2003 seinen 80. Geburtstag. Er ist Gründungsmitglied der katholischen Ärztesgemeinschaft, die er gemeinsam mit Lotte ZINS, Christoph GROH, Wolfgang MÜLLER-HARTBURG und Erwin SCHMUTTERMEIER noch vor 1955 gegründet hat. Professor ROTH war 33 Jahre Hauptschriftleiter der Viertel-Jahresschrift für medizinisch-ethische Grundsatzfragen, *Arzt und Christ*, eine Tätigkeit, mit der er nicht nur die Medizinische Welt sondern auch die Kirche als ordentliches Mitglied der Pontificia Academia pro vite mitgestaltet hat.

Durch zahlreiche Projekte, Vorträge, Diskussionen und Publikationen aber auch durch Rat und Tat ist er mit der katholischen Kirche im Allgemeinen, dem katholischen Akademikerverband und der katholischen Ärztesgemeinschaft im Besonderen seit Jahrzehnten engstens verbunden. Wenn ich die Publikationen von Professor ROTH analysiere, umfassen sie vier Schwerpunkte: Medizin, Theologie, Jurisprudenz und Philosophie.

Diese 4 Disziplinen finden sich auch in seinem „Ex libris“, symbolisiert durch Schlange, Kreuz, Waage und Eule. Die Publikationen, die Themen aus den oben genannten Fächern umfassen, erinnern mich an die Worte von Professor Wolfgang GRANINGER, der zum Thema eines erfolgreichen Medizinerlebens, sagte: „Sie müssen einen Lebenslauf haben, von dem drei Leute leben können.“ Professor ROTH ver-

fügt über einen Lebenslauf, von dem sicher vier Menschen leben könnten: ein Arzt, ein Theologe, ein Jurist und ein Philosoph.

Wenn heute eine wissenschaftliche Arbeit publiziert wird, müssen Zitate angeführt werden, auf die sich die wissenschaftlichen Ansätze, Thesen oder Resultate begründen, bzw. welchen sie widersprechen. Dazu hat Mimi ZEIGER, Lecturer for Scientific Writing vom Cardiovascular Research Institute, California, USA eine Regel publiziert, welche vier Arbeiten mindestens genannt werden sollten:

- (i) the first
- (ii) the most important
- (iii) the most elegant
- (iv) the most recent¹

Professor ROTH hat mir die Auswahl seines wissenschaftlichen Oeuvres genannt: Der wissenschaftliche Bogen spannt sich über „Zum Begriff des Unbewussten“² als „the first paper“ aus dem Jahr 1954, über „Psychotherapeutische Konzepte bei THOMAS VON AQUIN“³, als „the most important“ und „Authentische Pastoralmedizin“ sowie „Medicina pastoralis – 150 Jahre Pastoralmedizin in Österreich“⁴, als „the most elegant“ bis zu „Erwägungen über die innere Verbindung von Schlaf und Abendgebet“⁵, als „the most recent“ paper, welches derzeit im Druck ist.

Bei der Festveranstaltung zu Ehren des 80. Geburtstages von Professor ROTH hat Professor Johannes BONELLI die Laudatio verfasst. Professor BONELLI, Facharzt für Innere Medizin – Kardiologe, ein Arzt, der seinen Fokus auf dem Herzen aber auch in der Seele hat – er ist durch zahlreiche Projekte in Publikationen, aber auch gemeinsame Gedanken in Ethik und Medizin mit unserem Jubilar durch viele Jahre verbunden. Deswegen freue ich mich, dass

es sehr leicht war, zwei prominente Herren zu gewinnen, die zu Ehren von Professor ROTH in dieser Festschrift publizieren:

Der Autor des Festvortages ist Prof. Dr. Johannes Gobertus MERAN. Professor MERAN ist Hämatookologe und hat, wie Professor ROTH in den Fachbereichen, die oben genannt wurden, publiziert: Medizin, Theologie, Jurisprudenz und Philosophie. Der Festredner ist Professor für Pastoralmedizin an der Philosophisch-theologischen Hochschule in Heiligenkreuz und somit der Nachfolger von Professor ROTH. Wir freuen uns, dass er zu folgendem Thema ausgewählte Worte zu Ehren des Jubilars gefunden hat: „Lebensqualität, Aussichtslosigkeit und Therapiebegrenzung“.

Professor WEISMAYER ist Studiendekan der Katholisch-Theologischen Fakultät und Ordinarius für Dogmatik an der Universität Wien, und ebenfalls mit Professor ROTH über viele Jahre verbunden. Er verfasste eine grundlegende Arbeit in der Festschrift mit dem Titel: „Fragen an der Grenze zwischen Spiritualität und Psychopathologie. Eine Würdigung zu Prof.Dr. Gottfried ROTHs 80. Geburtstag“.

Professor ROTH möchte ich auch für einen praktischen Hinweis zum Thema Depression danken, der für seinen sorgfältigen und liebevollen Umgang mit Patienten charakteristisch ist: „Wenn Sie einen Patienten mit einer Depression behandeln, ist die ständige, konsequente Begleitung sehr wesentlich! Wichtig ist, mit diesem Patienten eine definierte Ver-

abredung zu vereinbaren. Ein angekündigter Anruf am nächsten Tag kann für einen solchen Menschen eine Hoffnung sein, ein Fixpunkt für den nächsten Tag.“

An dieser Stelle möchte ich den Autoren danken, sowie der Schriftleitung von IMAGO HOMINIS, die diese Festschrift in der Märzausgabe von IMAGO HOMINIS ermöglicht haben.

Somit möchten wir auch auf diesem Wege unserem Jubilar zum 80. Geburtstag herzlich gratulieren, ihm für seine großartigen Dienste danken, ihm wünschen, dass er mit seiner Familie noch viele schöne, gesunde und kreative Jahre erlebt und mit uns so liebevoll und stimulierend verbunden bleibt, wie bisher.

Referenzen

1. ZEIGER, M., *Chapter 9. References*. In: MCGRAW-HILL, INC., *Essentials of writing biomedical research papers*, New York (1991), S. 247-254
2. ROTH, G., *Zum Begriff des Unbewussten*, *Wi Archiv Psych Psychiatr Neurobiol* (1954); IV; 3: 1-7
3. ROTH, G., *Psychotherapeutische Konzepte bei Thomas von Aquin*, *Semin Kathol Akademie*, Wien (2001); S. 1-11
4. ROTH, G., *Authentische Pastoralmedizin*, *Glaube und Politik* (1991), Berlin (1991), S. 339-352; ROTH, G., *Medicina pastoralis – 150 Jahre Pastoralmedizin in Österreich*, *Österr. Ärztezeitung* 42/24 (1987), S. 29-30
5. ROTH, G., *Erwägungen über die innere Verbindung von Schlaf und Abendgebet*. *Ann Cisterciensae* (in press)

Doz.Dr. Friedrich BREIER
KH Lainz, Abt. für Dermatologie
Wolkersbergenstraße 1
A - 1130 Wien

Laudatio

zum 80. Geburtstag von Prof.Dr. Gottfried ROTH
gehalten am 8. Jänner 2003 im Katholischen Akademikerverband

Johannes BONELLI

Lieber Professor ROTH, sehr geehrte Festgäste!

Vor einigen Wochen habe ich die verehrte Frau Gemahlin unseres Jubilars mit der Bitte um ein paar Daten über Ihren Mann angerufen, denn ich sei derjenige, der die Ehre hat, die Laudatio zu seinem 75. Geburtstag zu halten. „Na da haben sie aber meinem Mann jetzt ein Kompliment gemacht“, hat Frau ROTH geantwortet. „Es ist natürlich der 80. Geburtstag.“

Und da ist mir sogleich bewusst geworden, dass wir es hier mit einem 80-iger zu tun haben, der sich noch ganz und gar nicht in den wohlverdienten Ruhestand abgemeldet hat, sondern der nach wie vor auf seine bescheidene Art inmitten der medizinisch-ethischen Auseinandersetzung unserer Tage präsent ist und aktiv an ihr teilnimmt. Erst vor kurzem hat Professor ROTH in unserer Zeitschrift IMAGO HOMINIS seine Analyse über das Thema der künstlichen Ernährung am Ende des Lebens publiziert, ein Problem zu dem Kardinal RATZINGER erst kürzlich die Ärzteschaft aufgerufen hat, sich damit eingehend zu beschäftigen.

Professor ROTH wurde am 7. Jänner 1923 in Retz geboren. Er besuchte dort die Volksschule, dann zogen aber die Eltern nach Hollabrunn, um den vier Söhnen den Besuch des humanistischen Gymnasiums zu ermöglichen bzw. zu erleichtern. Nach der Matura im Jahre 1941 hat Professor ROTH zunächst zwei Semester Chemie in Wien studiert, musste dann aber im II. Weltkrieg als Sanitäter einrücken, was ihn letztlich seine Liebe zur Medizin entdecken ließ. Nach Kriegsende begann Professor ROTH das Medizinstudium in Innsbruck.

Bereits in diesen ersten Studiensemestern hat sich Professor ROTH dem Kreis Medizin und Theologie angeschlossen – dem übrigens auch der jetzige Kardinal KÖNIG angehört hat – dieses Thema sollte ihn nie wieder loslassen.

In der ersten Nachkriegsnummer von „*Arzt und Christ*“ ist ein Artikel mit dem Titel „*Christliche Medizin*“ von einem gewissen cand.med. Gottfried ROTH zu finden, in dem dieser unter anderem schreibt: „Seit Jahrhunderten entwickelt sich die Medizin neben Theologie und Philosophie. Aber Medizin enthält immer Philosophie und Theologie, weil sie notwendig ein Menschenbild braucht, insofern sie ärztliches Handeln anstrebt (...): Vom Menschenbild ist das ärztliche Handeln abhängig wie auch die Art ärztlicher Hilfe, die der Patient verlangt.“

Mir scheint, hier hat der junge Medizinstudent gleichsam das Programm seines Berufslebens bereits festgelegt.

Professor ROTH hat das zweite und dritte Rigorosum bereits in Wien abgelegt und 1952 sein Studium beendet. In dieser Zeit hat er neben seiner Mitarbeit bei „*Arzt und Christ*“ als Herausgeber der *Blätter der Katholischen Hochschulg Jugend* auch erste redaktionelle Erfahrungen gesammelt.

Nach seiner Promotion hat Professor ROTH eine umfassende und fundierte Ausbildung in den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie am Rosenhügel bei Professor DAL BIANCO und an den Universitäten in Bern (Prof. KLES), Innsbruck und Wien erhalten.

In diese Anfangszeit fällt auch die erste medizinische Publikation 1954 mit dem Titel „Zum Begriff des Unbewussten“ in der Wiener Zeitschrift für Psychiatrie und Psychotherapie. Es sollten in der Folge über 200 Publikationen aus den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie, der Medizin, der Pastoralmedizin und der ärztlichen Ethik in in- und ausländischen Fachzeitschriften folgen.

Bereits 1955 übernahm Professor ROTH die Hauptschriftleitung der Viertel-Jahresschrift für medizinisch-ethische Grundsatzfragen „*Arzt*

und Christ“, das offizielle Mitteilungsblatt der Katholischen Ärztegilde Österreichs, deren Mitbegründer und langjähriger Präsident Professor ROTH war.

1971 trat Professor ROTH die Nachfolge von Professor NIEDERMEIER und DAL BIANCO an und wurde Universitätslektor für Pastoralmedizin an der kath.-theologischen Fakultät der Universität Wien. 1977 wurde er Dozent für Pastoralmedizin an der philosophisch-theologischen Hochschule Heiligenkreuz und 1979 an der philosophisch-theologischen Hochschule St. Pölten, wo er überall regelmäßig Vorlesungen hielt.

Professor ROTH ist auch ordentliches Mitglied der Wiener Katholischen Akademie.

Außerdem war er jahrelang Sachverständiger beim erzbischöflichen Metropolitan- und Diözesangericht Wien und Eisenstadt. Darüber hinaus war Professor ROTH Berater und Vertrauter bei höchsten kirchlichen Stellen in vielen heiklen Fragen im Grenzbereich Psychiatrie. Dabei war er wegen seiner sachlichen, nüchternen und kompetenten Analysen bekannt und hochgeschätzt. Typisch dafür ist die Begebenheit, als Prof. ROTH einmal verzweifelt in ein Kloster um Hilfe gerufen wurde, wo eine alte Schwester ihre Mitschwestern in Angst und Schrecken versetzte, weil sie im ganzen Haus regelrechte Weihwasserüberschwemmungen anstellte, um den Teufel auszutreiben. Professor ROTH hat diesen „religiösen Wahn“ souverän und nüchtern mit einem Medikament zur Förderung der Gehirndurchblutung ausgetrieben.

Schon sehr früh hat Professor ROTH Kontakte zur internationalen Vereinigung Katholischer Ärzte geknüpft und wurde bald weit über unser Land bekannt und geschätzt. Es folgten Einladungen zu Vorträgen und Gastvorlesungen in aller Herren Länder. Er wurde Professor für Pastoralmedizin am internationalen kirchlichen akademischen Institut Rolduc in den Niederlanden, Konsultor der Päpstlichen Kommission für das Krankenapostolat, Mitglied der Redaktion der Vatikanischen Zeitschrift „*Dolentium*

Hominum“, und Mitglied der Päpstlichen Akademie für das Leben seit der Gründung 1994.

Und nun komme ich vielleicht zu dem markantesten Spezifikum des Wirkens und der Wirksamkeit von Professor ROTH überhaupt; nämlich zur Tatsache, dass Professor ROTH in all den Jahren und Jahrzehnten des Kalten Krieges und des Eisernen Vorhangs die Pastoralmedizin als Vehikel genützt hat, um von Wien aus den Kontakt zu den katholischen Ärzten und den Katholiken überhaupt im Ostblock aufrecht zu erhalten. Er hatte in dieser Zeit unzählige Vortragsreisen in fast alle Länder des Ostens unternommen und unter dem Deckmantel der Pastoralmedizin dort christliches Gedankengut verbreitet. Die Kommunisten haben seine Vorträge und Reisen in den Osten geduldet, weil sich dort unter Pastoralmedizin niemand etwas Rechtes vorstellen konnte; keinesfalls kamen sie auf die Idee, dass hier eine christliche Botschaft verkündet wurde. Jedenfalls bekam Professor ROTH unter diesem Titel relativ leicht eine Einreisegenehmigung. Umgekehrt ist es ihm auch gelungen, durch die Organisation von pastoralmedizinischen Tagungen in Heiligenkreuz über viele Jahre Kollegen aus dem Ostblock einen Besuch im Westen zu ermöglichen. In diesem Sinne hat Professor ROTH sozusagen die Rolle eines Osteuropaapostels ausgefüllt, indem er die christlichen Brücken zwischen Ost und West auch in den schwierigsten Jahrzehnten vor der Wende aufrechterhalten hat.

Eine besondere Begebenheit möchte ich in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt lassen, nämlich als Professor ROTH 1977 zu einem Gastvortrag nach Krakau eingeladen wurde. Er hatte den zweiten Vortrag bei dieser Tagung zu halten. Sein Vorredner war niemand geringerer als der damalige Kardinal Karol WOJTYŁA, und die beiden Männer haben sich bei dieser Tagung näher kennen gelernt. Der Kardinal fasste ein so großes Vertrauen zu Professor ROTH, dass er ihm anbot, mit seinem Chauffeur eine „Kunstreise“ – wie er es nannte – durch seine Diözese zu machen. In

Wirklichkeit fuhr der Chauffeur eine ganz bestimmte Route ab, um heikle Privatpost des Kardinals unauffällig an den Mann zu bringen. Noch bis heute hat der Papst Professor ROTH nicht aus den Augen verloren.

Man fragt sich natürlich schon, wie ein einziger Mensch so viele Aufgaben auf einmal bewältigen kann und wo unser Jubilar Zeit dafür hergezaubert hat. Und das denke ich, wäre unmöglich gewesen, wenn Professor ROTH nicht das Glück gehabt hätte, eine Frau zur Seite zu haben, die ihn in all diesen Aktivitäten rückhaltlos unterstützt und ihm viel Arbeit abgenommen hätte.

Gottfried und Ingeborg ROTH haben 1952 geheiratet und fünf Kinder aufgezogen und sind jetzt schon Großeltern von zehn Enkelkindern.

Zum Schluss meiner kleinen Laudatio möchte ich nicht nur die Gelegenheit wahrnehmen, Professor ROTH zum 80. Geburtstag zu gratulieren und alles Gute für seine weitere Zukunft zu wünschen, sondern ich möchte ihm vor allem auch danken:

Er hat keinen spektakulären medienwirksamen Lebensweg inszeniert, wie das sonst so üblich ist, aber er hat uns jungen Ärzten in großer Bescheidenheit ein Vorbild echten Arztums vorgelebt. Er hat uns aufgezeigt, dass

Arztsein mehr verlangt als nur naturwissenschaftliches Können und Wissen, sondern dass es dazu einer umfassenden menschlichen Bildung bedarf. Wenn man bei Professor ROTH auf Besuch kommt, so geht man zunächst durch einen Korridor von Büchern in seine Privatbibliothek. Dort steht in einer Ecke eine einmanualige mechanische Orgel und hier finden regelmäßig Hauskonzerte im Freundeskreis statt.

Man kann mit Fug und Recht unseren Jubilar als einen der wenigen Gelehrten unserer Tage im Sinne des humboldtschen Bildungsideals bezeichnen. Als besonderes Verdienst und Charakteristikum seiner Arbeit und seines Lebens überhaupt möchte ich dabei vor allem dafür danken, dass Professor ROTH auch in turbulenten Zeiten als Richtschnur seines Wirkens stets die Treue zur Lehre der Kirche und des Papstes gehalten und uns Jüngeren aufgezeigt hat, dass sich seriöse Wissenschaft und christliche Ethik nicht widersprechen, sondern einander in fruchtbarer Weise ergänzen.

Prof.Dr. Johannes BONELLI
Direktor des KH St. Elisabeth
Landstraßer Hauptstraße 4a
A - 1030 Wien

Fragen an der Grenze zwischen Spiritualität und Psychopathologie Eine Würdigung zu Prof.Dr. Gottfried ROTHs 80. Geburtstag

JOSEF WEISMAYER

„Psychologie et vie spirituelle. Distinguer pour unir“ – Diesem Thema ist das erste Heft des Jahrgangs 2003 der renommierten, von den französischen Jesuiten herausgegebenen Zeitschrift „Christus. Revue de formation spirituelle“ gewidmet. „Distinguer pour unir“, „unterscheiden, um zu vereinen“ war auch das Anliegen der zehn gemeinsamen Lehrveranstaltungen, die ich mit Prof.Dr. Gottfried ROTH zwischen Sommersemester 1977 und Wintersemester 1995/96 durchgeführt habe.¹ Wir behandelten in diesen Konversatorien „Grenzfragen zwischen Spiritualität und Religionspsychopathologie (Pastoralpsychiatrie)“, Fragen zu „Mystik und Pseudomystik“ sowie zu „Spiritueller Begleitung und Psychiatrie“. So etwa lauteten die Titel der Lehrveranstaltungen. Von 1971 an hatte Prof.Dr. Gottfried ROTH an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien den Bereich Pastoralmedizin als Lektor betreut. In dieser Aufgabe folgte er Prof.DDDr. Albert NIEDERMEYER und Primarius Doz.Dr. Peter DAL BIANCO.² Der Verfasser dieser Zeilen war von 1976 an als Außerordentlicher Universitätsprofessor im Institut für Dogmatische Theologie und Dogmengeschichte für den Bereich der Spirituellen Theologie zuständig. Eine Zusammenarbeit und Kooperation („distinguer pour unir“) zwischen Pastoralmedizin (mit besonderer Betonung der Psychiatrie) und Spiritueller Theologie bot sich hier an.

Theologie und Spiritualität gilt es von Psychologie zu unterscheiden, aber es geht dabei keineswegs um ein Gegeneinander, um eine Konkurrenzsituation, sondern um ein Miteinander. Im „Editorial“ des zitierten Themenheftes der Zeitschrift „Christus“ wird auf die Aktualität dieser Thematik hingewiesen.³ Die Herausgeberschaft betont, dass wir uns

heute offensichtlich in einer „psychologisierten“ Epoche befinden. Der neue Imperativ lautet: Sich Wohlfühlen in seiner Haut, das Schlagwort von der „wellness“ erobert zunehmend auch die psychische Dimension unseres Daseins. „Die harmonische Entfaltung des psychischen Lebens ist das große Postulat, ist die ‚Spiritualität‘ unserer Zeit.“ Das geistliche Leben betrifft den ganzen Menschen als leib-seelische Einheit, ist aber nicht einfach mit psychischen Zuständlichkeiten zu identifizieren. Enthusiasmus und Tröstung durch den Heiligen Geist sind nicht einfachhin aus dem gleichen Stoff gewebt, Depression ist nicht das Gleiche wie geistliche „Trostlosigkeit“. Es gilt zu unterscheiden und miteinander zu arbeiten; es gilt auch da die chaledonische Formel des „unvermischt und ungetrennt“.

Die Grenzfragen im Einzelnen

Im Folgenden möchte ich einen Überblick über die wichtigsten Themenbereiche vermitteln, die Prof. ROTH und ich gemeinsam bzw. mit verteilten Rollen in den genannten Lehrveranstaltungen behandelt haben. Dabei ist noch zu bemerken, dass die Lehrveranstaltungsform „Konversatorium“ auch die Mitarbeit der Hörer und Hörerinnen impliziert hat bzw. provozieren wollte. Wir haben danach getrachtet, dass im Rahmen der für die Lehrveranstaltung vorgesehenen Zeit auch für Fragen seitens der Studierenden und für das Gespräch ausreichend Zeit vorhanden war. Auch wurden Texte, Literaturhinweise und kurze Zusammenfassungen den Studierenden zur Verfügung gestellt.

Da die Mehrzahl der Hörer und Hörerinnen Studierende der Katholischen Theologie

waren, mussten zu Anfang der Lehrveranstaltungen jeweils grundlegende medizinische bzw. psychiatrische Kenntnisse vermittelt werden. So firmierte jedes Mal eine Einführung in die psychiatrische Systematik und in die Religionspsychopathologie als Einstieg in das gemeinsame Unternehmen. Ein weiterer fixer Programmpunkt war ein Überblick über „Heilen und Formen des Heilens“. Beide Themenfelder wurden von Prof. ROTH in bewährter Weise abgedeckt.

Ein großes Themenfeld war der Bereich „Privatoffenbarungen – Visionen – Prophetien“. Da war es vorerst notwendig, die Wertigkeit dieses Phänomens theologisch auszuloten. Karl RAHNERS tiefgründige Untersuchung „Visionen und Prophezeiungen“ war dabei immer ein wichtiger Gesprächsbeitrag und Ausgangspunkt für weitere Überlegungen.⁴ Visionen und Auditionen haben aber natürlich auch eine nicht zu vernachlässigende psychische Dimension. Krankhaftes und „Gesundes“ gilt es da zu unterscheiden, nicht nur theologisch, sondern auch psychopathologisch.

Dieses umfassende Feld wurde durch die kritische Betrachtung konkreter Fälle illustriert und aktualisiert. Die behaupteten Erscheinungen Marias in Medjugorje waren ein solcher Fall, zumal dazu auch publizierte medizinische Gutachten vorlagen.⁵ Auch der Fall der Theresia NEUMANN VON KONNERSREUTH beschäftigte uns als verschieden bewerteter Grenzfall.

Ein Themenkreis fand fast immer besondere Aufmerksamkeit in unseren Lehrveranstaltungen: das Phänomen der Depression. Prof. ROTH musste sich „berufsmäßig“ immer wieder mit depressiven Beschwerden von Patienten auseinandersetzen. In diesem Zusammenhang verfolgte er den schon von den frühen Mönchen in Ägypten beschriebenen Zustand der Akedia (acedia) und die Erwähnung der Melancholia in mittelalterlichen Texten. Das Studium der diesbezüglichen Quellen aus der frühen monastischen Tradition führte zur Unterscheidung, schloss aber auch gemeinsame Elemente nicht aus.

Ein wichtiger Fragenkreis im Grenzbereich von Psychiatrie und Theologie war „Besessenheit“ und damit im Zusammenhang der Exorzismus. Dr. ROTH plädierte in solchen Fällen immer dafür, dass vor der Behauptung einer Besessenheit zuerst alle psychologischen und psychiatrischen Diagnosen und Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft werden müssten.

Ein anderes Grenzphänomen war das Phänomen der Stigmatisation, die wir in unseren Lehrveranstaltungen das eine oder andere Mal behandelt haben. Ich konnte dazu frömmigkeitsgeschichtliche Beiträge leisten. Im Besonderen konnten wichtige Interpretationshinweise aus den Berichten der franziskanischen Quellschriften über die Stigmatisation des heiligen FRANZ VON ASSISI gewonnen werden. Gerade in diesem komplexen Phänomen ist das Miteinander von Spiritualität und Medizin von großer Bedeutung.

Im Rückblick könnten noch gemeinsame Bemühungen zum Verständnis der Glossolie erwähnt werden sowie Versuche, geistliche Führung (Begleitung) und ärztliche Psychotherapie zu unterscheiden. Auch die Frage der Drogenmystik und die Wirkung destruktiver Kulte (der sogenannten Jugendreligionen) wurde einige Male einer näheren Betrachtung unterzogen.

Unterscheidung der Geister

Ein Themenbereich, der in gewissem Sinn auch den Schlüssel zur Lösung mancher angelegener Fragen und Probleme darstellt, soll noch erwähnt werden: die „Unterscheidung der Geister“, die *discretio spirituum*. Diesem Topos schenkt man gegenwärtig wieder vermehrt Aufmerksamkeit, denn es gilt ja, spirituelle Phänomene hinsichtlich ihrer Geistgewirktheit zu unterscheiden, sowie Orientierungspunkte für die Beurteilung geistlicher Bewegungen zu finden. Prof. ROTH hat diese Berührungslinie mit Psychologie und Psychiatrie immer mit Aufmerksamkeit verfolgt und

dazu auch etliche Detailstudien publiziert.

Gewöhnlich pflegt man beim Terminus „Unterscheidung der Geister“ spontan meist nur das Exerzitienbuch des heiligen IGNATIUS VON LOYOLA zu assoziieren.⁶ Im Exerzitienprozess spielen die inneren Bewegungen des Trostes und der Trostlosigkeit eine wichtige Rolle für das Finden der Entscheidung, für die Wahl des Weges, den Gott dem Einzelnen zeigt. Oft übersieht man aber dabei, dass IGNATIUS mit seinen Unterscheidungsregeln schon in einer großen Tradition steht, ohne dass damit seine Genialität und Originalität in Frage gestellt wäre. Gerade im Spätmittelalter wurde eine Anzahl von Traktaten und Abhandlungen zu dieser Thematik verfasst.⁷ Der Grund dafür, dass im 14. und 15. Jahrhundert dieser Topos so große Beachtung und so vielfältige Behandlung gefunden hat, war wohl in der starken inneren Erregung zu sehen, die damals weite Kreise der Kirche ergriffen hatte: Das große Schisma hatte die Christenheit zerrissen und damit in eine fieberhafte Spannung versetzt; man sehnte sich nach der Erneuerung der Kirche durch einen engelgleichen Papst, auf der anderen Seite sah man gerade in den Missständen in Kirche und Welt Vorzeichen eines nahen Weltendes. Es verwundert nicht, dass Visionen und Prophezeiungen in dieser Zeit Hochkonjunktur hatten.

Zwei Texte des Neuen Testaments kehren in den spätmittelalterlichen Traktaten zur Unterscheidung der Geister immer wieder; sie stellen eine Art Schlüssel für das Bemühen um Unterscheidung dar: In Mt 7,15-20 wird darauf hingewiesen, dass man die wahren Propheten von den falschen gerade an ihren Früchten erkennen könne; in 2 Kor 11,14 wird davon gesprochen, dass sich der Satan auch als Engel des Lichtes zu tarnen vermag.

Unter den bedeutenden Texten, die im 14. und 15. Jahrhundert ausführlich über das Thema der Unterscheidung der Geister gehandelt haben, ist vor allem die Schrift des Erfurter Augustinereremiten HEINRICH VON FRIEMAR († 1340) „De quattuor instinctibus“⁸ und der Traktat

„De discretione spirituum“ des HEINRICH VON LANGENSTEIN († 1397)⁹ zu erwähnen. Der große Kanzler der Universität Paris, JOHANNES GERSON († 1429), hat drei Werke zu diesem Topos verfasst: „De distinctione verarum revelationum a falsis“, „De examinatione doctrinarum“ und „De probatione spirituum“.¹⁰ Der große Kompilator des Spätmittelalters DIONYSIUS DER KARTÄUSER († 1471) hat vor allem die genannten Traktate in seiner Schrift „De discretione et examinatione spirituum“ teilweise wörtlich (zitierend) wiedergegeben und mit einigen kritischen Bemerkungen versehen.¹¹

In all diesen Abhandlungen findet sich nicht nur geistliche Unterscheidung, sondern auch so manches psychologische Wissen, oft auch Hinweise auf krankhafte Erscheinungen, die man nicht mit rechten religiösen Erfahrungen in einen Topf werfen darf.

Ich danke Prof. Dr. Gottfried ROTH für die jahrelange gute Zusammenarbeit an der Grenze von Spiritualität und Psychiatrie. Ich habe dabei vieles gelernt. Hoffentlich kann er noch lange und fruchtbar ein „Grenzgänger“ in diesem Sinn bleiben.

Referenzen

1. Die insgesamt 10 Lehrveranstaltungen hatten folgende Titel: SS 1977: *Mystik – Pseudomystik. Theologisch-religionspsychopathologische Grenzfragen zum Problembereich der Mystik*; WS 1978/79: *Psychotherapie und spirituelle Führung*; SS 1980: *Mystik – Pseudomystik. Theologisch-religionspsychopathologische Grenzfragen zum Problembereich der Mystik*; WS 1981/82: *Grenzfragen zwischen Spiritualität und Psychiatrie*; WS 1983: *Grenzfragen zwischen Spiritualität und Psychiatrie*; WS 1985/86: *Grenzfragen zwischen Spiritualität und Religionspsychopathologie (Pastoralpsychiatrie)*; SS 1987: *Grenzfragen zwischen Spiritualität und Religionspsychopathologie (Pastoralpsychiatrie)*; SS 1989: *Grenzfragen zwischen Spiritualität und Religionspsychopathologie (Pastoralpsychiatrie)*; WS 1991/92: *Grenzfragen zwischen Spiritualität und Religionspsychopathologie (Pastoralpsychiatrie)*; WS 1995/96: *Grenzfragen zwischen Spiritualität und Religionspsychopathologie (Pastoralpsychiatrie)*
2. Vgl. ROTH, G., *Christus medicus. Zur Geschichte und Geistesgeschichte der Pastoralmedizin an der Kath.-Theologischen Fakultät der Universität Wien von 1899 bis zur Gegenwart*. In: SUTTNER, E. Chr. (Hrsg.), *Die Kath.-Theologische Fakultät der Universität Wien 1884 – 1984. Festschrift zum 600-Jah Jubiläum*, Berlin 1984, 307-312

3. Christus 50 (2003) 4f.
4. RAHNER, K., *Visionen und Prophezeiungen*. Unter Mitarbeit von P. Th. BAUMANN SJ. ergänzt, Freiburg ²1958, ³1906 (Quaestiones Disputatae 4). Eine um einen Anhang erweiterte, unveränderte Neuauflage erfolgte 1989: RAHNER, K., *Visionen und Prophezeiungen. Zur Mystik und Transzendenzfahrt*. Hrsg. v. SUDBRACK, J., Freiburg 1989
5. LAURENTIN, R., JOYEUX, H., *Etudes medicales et scientifiques sur les apparitions de Medjugorje*, Paris 1985; deutsche Übersetzung v. MEISTER, I.: *Medizinische Untersuchungen in Medjugorje*, Mit einem Nachwort v. ROTH, G., Graz 1986
6. Vgl. Exerzitienbuch Nr. 313-336: IGNATIUS VON LOYOLA. *Geistliche Übungen*. Nach dem spanischen Urtext übersetzt v. KNAUER, P., Würzburg 1998, 127-135
7. Einen Überblick über diese spätmittelalterlichen Traktate habe ich in der Festschrift für Josef SUDBRACK SJ zu geben versucht: WEISMAYER, J., *Ein Blick in einen fernen Spiegel. Spätmittelalterliche Traktate über die Unterscheidung der Geister*. In: IMHOF, P. (Hrsg.), *Gottes Nähe. Religiöse Erfahrung in Mystik und Offenbarung*, Würzburg 1990, 110-126
8. WARNOCK, R. G., ZUMKELLER, A. (Hrsg.), *Der Traktat Heinrichs von Friemar über die Unterscheidung der Geister*, Lateinisch-mittelhochdeutsche Textausgabe mit Untersuchungen, Würzburg (1977)
9. Heinrichs von LANGENSTEIN „Unterscheidung der Geister“. Lateinisch und deutsch. Texte und Untersuchungen zur Übersetzungsliteratur aus der Wiener Schule. Hg. HOHMANN, Th., München 1977
10. Einen Überblick über GERSONS Lehre von der Unterscheidung der Geister bietet: ROTH, C., *Discretio spirituum. Kriterien geistlicher Unterscheidung bei JOHANNES GERSON*, Würzburg 2001.
11. WEISMAYER, J., *DIONYSIUS DER KARTÄUSER als Lehrer der Unterscheidung der Geister*. In: HOGG, J. (Hrsg.), *Analecta Cartusiana*. Bd. 116/2, Salzburg 1988 (Kartäuserliturgie und Kartäuserschrifttum. Internationaler Kongress vom 2. bis 5. September 1987), 5-27

Prof.Dr. Josef WEISMAYER

Vorstand des Instituts für Dogmatische Theologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät, Universität Wien
Schottenring 21
A-1010 Wien

SCHWERPUNKT

Lebensqualität, Aussichtslosigkeit und Therapiebegrenzung **Festvortrag anlässlich des 80. Geburtstages von Prof.Dr. Gottfried ROTH**

Johannes Gobertus MERAN

Zusammenfassung

Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin hat konzeptuelle und methodische Voraussetzungen, die eine ethische Diskussion erfordern. Die Spannung zwischen deskriptiver Wissenschaft und normativer Wertung wird an dieser Schnittstelle besonders deutlich. Ziel ist es mit Lebensqualität ein zusätzliches Kriterium für medizinische Entscheidungen zu erhalten und auch der subjektiven Komponente entsprechend Gewicht zu verleihen. Das Konzept hat ein inhärentes Risiko, dass es nämlich zu einer Lebensbewertung missbraucht wird. Diese Gefahr wird vor dem Hintergrund der Debatte um Therapiebegrenzung und Futillity (Aussichtslosigkeit) umso problematischer. Jedenfalls erscheint die Erfassung von Lebensqualität ungeeignet, um die schwierigen moralischen Fragen am Lebensende lösen zu können. Viel mehr geht es um die Gewinnung von hilfreichen, individuellen Informationen in der Abwägung therapeutischer Optionen im Sinne einer patientenorientierten und lebensbejahenden Betreuung.

Schlüsselwörter: Lebensqualität, Lebensbewertung, Aussichtslosigkeit, Therapiebegrenzung

Abstract

Quality of life as a valuation criterion in medicine has conceptual and methodical suppositions which would require an ethical discussion. The tension between descriptive science and normative valuation is especially noticeable at this point. The goal is to institute quality of life as an additional criterion for medical decisions as well as to give the subjective component the necessary weight. This concept has an inherent risk and that is that it could be abused in evaluating life itself. This danger will become even greater when limited therapy and futility are debated against this background. In any case it would seem that to stipulate when quality of life is, would not be suitable to solve the difficult moral question about ending a human life. It would be even more important to obtain aid and individual information in order to weigh therapeutic options in the sense of patient orientation and life affirming care.

Keywords: Quality of life, life evaluation, futility, limits of therapy

Anschrift des Autors: Prof.Dr. Johannes Gobertus MERAN, M.A.
Wilhelminenspital der Stadt Wien, 1. Med. Abteilung mit Onkologie
Montlearstraße 37, A - 1171 Wien

Ethische Fragen in der Medizin finden in den letzten Jahren zunehmend Beachtung. Doch ist die ethische Reflexion in der klinischen Medizin – also Ethik als Theorie der Moral – nicht uneingeschränkt willkommen. So sehr diese Fragen dem ärztlichen Handeln innewohnen, ja untrennbar mit jeder ärztlichen Entscheidung verbunden sind, so sehr stoßen sie auch auf Desinteresse, Widerstand, Ablehnung und Unverständnis. Viktor von WEIZSÄCKER schreibt in seiner Arbeit über medizinische Anthropologie, dass die zu ziehende Diagonale zwischen den zwei Sphären Medizin und Philosophie – in keiner statischen Harmonie des Gedankens vereinbar ist.¹ Hinzu kommt, dass sehr unterschiedliche, oftmals widersprüchliche Moralpositionen jeweils für sich beanspruchen die Richtigen zu sein. Die sogenannte pluralistische Gesellschaft erlaubt eben eine Vielfalt von Moralvorstellungen und die ethische Diskussion dieser, teils mit Polemik und Vehemenz vertretenen, Ansichten führt selten zu klaren Lösungen oder eindeutigen Antworten. Es verbleibt eine Spannung und Uneinigkeit, die verlangt sich mit Wertungen und Letztbegründungen zu beschäftigen. Der Begriff „Lebensqualität“, der im medizinischen Alltag gerne eingesetzt wird, berührt so eine sensible Schnittstelle, und zwar eine besonders wichtige, die im Folgenden dargestellt werden soll.

Naturwissenschaftliches Denken verlangt, dass sich Therapieentscheidungen auf sogenannte „harte Daten“, also objektivierbare und deskriptiv messbare Kriterien stützen. Doch versuchen beispielsweise bereits die frühesten onkologischen Arbeiten, wie der Beitrag von KARNOVSKY et al. im ersten Jahrgang von Cancer, auf Erfolgs- und Zielkriterien einzugehen, die auch das Befinden und die subjektiven Symptome einbeziehen.² Der noch heute vielfältig eingesetzte KARNOVSKY-Performance-Index ist nur ein kleiner Teil der im Originalmanuskript genannten Kriterien, die sich in ihrer Gesamtheit sehr gut mit dem Begriff Lebensqualität umschreiben lassen.

Mit dem Einsatz von „Lebensqualität“ als einem therapeutischem Ziel geht man über die naturwissenschaftlich überprüfbare Deskription hinaus. Lebensqualität steht für den Anspruch möglichst alles, was das persönliche Wohlbefinden betrifft in den Blick einzu beziehen. Nicht nur die objektiv messbaren Aspekte, wie etwa die Größe eines Tumors im Röntgenbild, Laborwerte oder der Blutdruck, sondern auch Schmerzen, Übelkeit, psychisches Befinden, Angst und andere Sorgen oder Nöte sollen Berücksichtigung finden.

Diese persönlichen Aspekte sind aber vom individuellen Erleben abhängig. Die Gesamt-Lebensqualität besteht nicht nur aus den äußerlich sichtbaren Faktoren, sondern aus dem subjektiven Bewerten der Krankheit mit all den Belastungen und Einschränkungen für das individuelle Leben. Da diese Empfindungen sehr variabel sind, ist es denkbar und sogar wahrscheinlich, dass zwei Patienten mit der gleichen Erkrankung und den gleichen objektivierbaren Faktoren durchaus unterschiedliche Lebensqualitäten haben. So kann die chronische Polyarthrit für die eine Patientin eine in ihr Arbeitsleben integrierbare Behinderung sein, während es bei einer anderen Patientin zur ausgeprägten psychischen Belastung, mit Verlust von jeglicher Arbeitsfähigkeit und Freude wird.

Für das Verständnis der Problematik von Lebensqualitätsmessung ist es enorm wichtig sich diese Zusammenhänge klar zu machen. Sobald nämlich eine Lebensqualitätserhebung über eine rein deskriptive, neutrale Feststellung von messbaren Funktionen oder Fakten hinausgeht, verändert sich der Charakter der Methode. Denn es werden erstens Funktionszustände wahrgenommen und beschrieben, zweitens – und hier liegt der wesentliche Unterschied – anschließend werden diese bewertet. Lebensqualitätsmessung ist also in einem Doppelschritt zu denken: Erhebung der beschreibbaren Daten und anschließend Evaluation dieser Daten. Da die Funktionsparameter erst durch die normative Bewertung auf den

endgültigen Wert festgelegt werden, erscheinen die Normen als die entscheidenden Faktoren. Man verlässt damit das Terrain der naturwissenschaftlichen Messung, denn es geht um subjektive Wertungen. Diese orientieren sich an den je eigenen Wertestandards, die einer enormen Adaptationsfähigkeit unterliegen. Der Mensch hat die bemerkenswerte Eigenschaft sich schwierigen Situationen anpassen zu können. Gerade schwerkranke Patienten entwickeln ganz ausgeprägte kompensatorische Reaktionen, oft ändern sie ihre Prioritäten, manche steigern ihre Kreativität, verspüren eine intensivere Wahrnehmung von positiven wie auch negativen Erlebnissen.³ Viele lernen mit Einschränkungen umzugehen. Diese Adaptationsfähigkeit ist die Fähigkeit des Menschen seine Bezugsnormen, seine internen Standards, zu verschieben, zu variieren. Die Normen sind also nicht wie die deskriptiven Befunde (das Blutbild, das Gewicht oder die Vitalkapazität) starr und fixiert, sondern in Bewegung und können dynamisch auf Änderungen der Funktionen reagieren. So kann die Zufriedenheit eines Patienten mit der gleichen Gehstrecke, mit dem gleichen äußerlich sichtbaren Zustand, im zeitlichen Verlauf deutlich schwanken. Jede Bewertung ist zudem nur eine Momentaufnahme, daher nicht immer repräsentativ für einen Verlauf. Welche Zeiträume hierbei relevant sind und wann vorübergehende Schwankungen, vielleicht durch eine passagere Emotion bewirkt, in ein robustes Äquilibrium wechseln, bleibt offen.

Nun stellt sich die Frage ob und wie die normative Größe Lebensqualität in ein empirisch-medizinisches Konzept gebracht werden kann. Eine Möglichkeit ist es mehrere normative Aussagen zu sammeln und quasi deskriptiv zu vergleichen. Es können entweder mehrere Bewertungen eines Patienten über die Zeit verglichen werden, die sogenannte intra-individuelle Verlaufsmessung, oder es werden viele verschiedene Patienten untereinander verglichen, die inter-individuelle Messung. Man erhält nun statistisch auswert-

bare Daten, aber es sind Daten, denen bereits Wertungen immanent sind. Der Doppelcharakter der Lebensqualitätsmessung bleibt auch im statistischen Kollektiv bestehen. Denn die Lebensqualitätsdaten spiegeln die subjektiven Äußerungen einzelner Patienten zu diversen Bereichen in Relation zu ihren je individuellen Normen wider. Das Ergebnis besteht also im Gegensatz zu rein deskriptiven Vergleichen, wie dem verschiedener Blutbilder, aus Kombinationswerten zweier untrennbar verknüpften Variablen. Ermittelt man daraus einen statistischen Wert, so setzt man eine gewisse Gleichheit oder zumindest starke Ähnlichkeit interpersonaler Empfindungen, Bedürfnisse und Präferenzen voraus.

Es erscheint fraglich ob solche intersubjektive Standards verlässlich sind und ob man überhaupt Normbereiche festlegen kann, in denen die Lebensqualität des Standardmenschen oszilliert, mit der Folge, dass man auch in der Lage ist, Schwellenwerte anzugeben, wann diese Normbereiche überschritten sind.

Bislang wurde von einem Idealbild der Messung gesprochen, das eine umfassende, real empfundene Lebensqualität anzugeben vermag. In der Praxis beruht die Erfassung von Lebensqualität auf einem pragmatischen Kompromiss. Mangels einer allgemeingültigen Definition von Lebensqualität werden bestimmte Bereiche, sogenannte Dimensionen festgelegt, die physische, psychische, soziale und manchmal auch spirituelle Aspekte beleuchten sollen.⁴ Moderne Tests bestehen meist aus Fragebögen, die vom Patienten ausgefüllt, seine eigene Einschätzung zu diesen Bereichen widerspiegeln sollen. Zusätzlich werden häufig ganz konkrete Symptomwerte wie Müdigkeit, Schmerzen, Übelkeit, Schlafstörungen, auch finanzielle Sorgen abgefragt.

Trotz biometrischer Verfahren und Testqualitäten wie Reliabilität und Validität bleiben die verfügbaren Erfassungsinstrumente konzeptuell angreifbar und unvollkommen. Besonders problematisch sind nicht so sehr die konkreten Antworten auf einzelne Fragen, als viel-

mehr die Integration der Einzelergebnisse zu einer brauchbaren Gesamtaussage – das Verhältnis der Dimensionen zueinander betreffend. Denn die Bedeutung der einzelnen Bewertungen für die Gesamtlebensqualität ist wiederum nur durch den Patienten selbst einzuordnen. Manche leiden mehr unter Funktionsstörungen, andere unter sozialen oder psychischen Belastungen. Doch nicht nur die Auflistung der Bereiche und Symptome ist eine pragmatische Lösung. Die Erstellung eines klinisch, wissenschaftlich einsetzbaren Fragebogens erfordert weitere Zugeständnisse, vor allem Kürze und einfache Verständlichkeit. Empirische Untersuchungen zeigen, dass Fragebögen, die mehr als 15-20 Minuten erfordern nicht mehr verlässlich ausgefüllt werden.⁵

Zwei prinzipielle Wege führen zu einem akzeptablen „Lebensqualitäts-Instrument“:

Erstens ein reduktionistischer Weg: Ausgehend von einer möglichst umfangreichen und vielschichtigen Fragensammlung zu Partial-Lebensqualitäten, Dimensionen und Symptomen werden Fragen aufgrund der Sachzwänge solange reduziert bis die Akzeptanzschwelle erreicht ist. Hierbei hofft man, durch Ausordnen der unwichtigeren Bestandteile letztlich trotz geringer Zahl von Fragen den harten Kern des Wesentlichen zu bewahren. Diese stufenweise Reduktion die mittels Faktorenanalyse kontrolliert wird entspricht etwa der Entwicklung des Fragebogens der EORTC (Europäischen Organisation für Forschung und Therapie von Tumorerkrankungen), der sich mittlerweile bei 30 Fragen für eine Kernversion mit ausbaubaren Modulen eingependelt hat.⁶ Ein zweiter Weg ist der selektive Weg: Von vorneherein wird das Ziel niedriger gesteckt und auf eine allumfassende Erhebung von Lebensqualität verzichtet. Statt dessen wird eine Ergänzung der unbefriedigenden traditionellen Bewertungskriterien angestrebt und bis zum Erreichen der Belastungsgrenze relevant erscheinende Parameter hinzugefügt, die Teilaspekte des Befindens erfassen können. Beispiele sind Symptomchecklisten, täg-

liche Schmerzskalen und einfache systematische Erhebungen zum Funktionsstatus. Es liegt nahe, dass die Auswahl von Selektion wie Reduktion wesentlich davon abhängt, welche Information aus der Perspektive des Untersuchers Priorität hat und gewünscht wird.

Mit der an sich bereits problematischen Erfassung der Lebensqualität ist die eigentlich kritische Frage noch nicht geklärt, nämlich *wie* das Ergebnis eingesetzt wird, und welchen Stellenwert man dem Ergebnis einer Lebensqualitätserhebung in ärztlichen Entscheidungen zuzumessen bereit ist. Es wurde versucht aufzuzeigen, dass die Größe Lebensqualität bereits einen Schritt weiter als objektivierbare, naturwissenschaftliche Größen ist, eben um den normativ, bewertenden Schritt. Doch bleibt dieser normativ, bewertende Schritt auch der sogenannten wissenschaftlichen Medizin keineswegs erspart. Die Entscheidung Blutkonserven zu geben, weil der Hämoglobinwert niedrig ist, hat eine wissenschaftlich, deskriptiv feststellbare Grundlage. Die Umsetzung und das Behandeln setzen aber voraus, dass für bzw. mit dem bestimmten, individuellen Patienten letztlich eine wertende Entscheidung getroffen wurde. Es wurden die individuellen Risiken einer Infektion, möglicher Allergien und Unverträglichkeiten sowie die Venenpunktion, die Dauer der Transfusion (vielleicht sogar die Kosten) in Summe tolerabler bewertet als nicht zu behandeln. Es erscheint aufmerksamkeitsbedürftig, dass natürlich auch die sogenannte wissenschaftliche Medizin – zwar deskriptive Argumente sammelt – letztlich aber normative Entscheidungen trifft, treffen muss. Man kann auch sagen, dass im Grunde bei jeder medizinischen Entscheidung Lebensqualitätsüberlegungen mit einfließen – seien diese bewusst und benannt oder nicht. Jede Abwägung von Wirkung und Nebenwirkung, von Risiko und Verträglichkeit ist eine Wertung und muss sich auf die konkreten Lebensumstände beziehen. Die normative Größe Lebensqualität hat also einen Platz in der wissenschaftlichen Medizin, sie ist ein Argument in der ärztlichen Entscheidung, eines,

das aus deskriptiven und normativen Elementen zusammengesetzt ist. Eine gute, systematische Erhebung der Lebensqualität ist im besten Falle also bereits eine Vorwegnahme einer Wertung im Entscheidungsprozess. „Nicht dem Leben Jahre, sondern den Jahren Leben“ hinzuzufügen wird vielfach als neues Ziel formuliert.

Zwei Gefahren drohen der angemessenen Rolle von Lebensqualität im ärztlichen Entscheidungsprozess:

1. Die Negierung und Ablehnung. Hier ist trotz der praktischen Schwierigkeiten eine zunehmende Akzeptanz zu erwarten.
2. Die Verkennung des normativen Charakters von Lebensqualität.

Aussagen, die sich auf ein statistisches Kollektiv stützen und mit wissenschaftlichen Machtworten wie Validität, Signifikanz und Reliabilität verbrämt sind, erwecken bei Manchen den Eindruck, dass es sich um voraussetzungsfreie, objektivierbare Daten handelt. Die Gefahr, die daraus folgt ist, dass Lebensqualität als simple Taxonomie des Lebenswertes angesehen wird und mit einem gewissen Automatismus daraus Entscheidungen begründet werden. Hier erscheint es wichtig zu warnen – Lebensqualität ist ein gewichtiges Argument in der ärztlichen Entscheidung, mit deutlichen methodischen Einschränkungen, es ist aber kein wertfreies Konzept.

Die philosophische Brisanz des Konzeptes Lebensqualität liegt neben dem Ziel, der systematischen und verfeinerten Erfassung der Befindlichkeit, in einem weiteren, darüber hinausgehenden Ziel, nämlich der Betonung von Selbstbestimmung. Wenn eine Therapieentscheidung sich an dem orientiert, was ein Patient fühlt und wünscht, dann bestimmt er aufgrund seiner Bewertung die Therapie.

Futility – Aussichtslosigkeit medizinischer Behandlung

Durch die Bestrebungen zu wachsender Patientenautonomie und die Abwendung vom so-

genannten „Paternalismus“, wurde die Verantwortung für medizinische Entscheidungen neu zwischen Arzt und Patient verteilt. Auch die Rechtsprechung, allen voran die US-amerikanische bestärkt diesen Trend des „shared decision-making“. Umfassendere Aufklärung, schriftliche Absicherungen und Dokumentation der Ärzte über die Einholung der informierten Zustimmung (Informed Consent) waren die Folge. Durch das wachsende Selbstbestimmungsrecht, wurde die Frage nach Grenzen der Behandlungspflicht erneut aufgeworfen – dort wo eine Behandlung medizinisch aussichtslos erscheint, aber vom Patienten oder seinen Vertretern gewünscht wird. In diesem Zusammenhang wurde der Begriff „Medical Futility“ (Aussichtslosigkeit, Sinnlosigkeit) geprägt. Dieses Konzept versucht Behandlungsbegrenzung zu begründen, da es nicht Ziel der Medizin sein kann aussichtslose Therapie anzubieten; somit die Behandlungspflicht des Arztes einzuschränken, und das Recht auf Behandlung des Patienten zu begrenzen. Medical Futility beschreibt die ärztliche Einschätzung einer medizinischen Intervention, die nicht zum Ziel führen wird. Die Argumentation „Aussichtslosigkeit“ (futility) suggeriert die Entscheidung zum Therapieabbruch, oder wie manche Autoren fordern sogar den Verzicht auf ein Therapieangebot. Entscheidend ist aber die vorausgehende Präzisierung der Therapieziele. Denn die Brisanz des Begriffes „Aussichtslosigkeit“ liegt in seiner Spannbreite, die einerseits quantitativ den Übergang von wenig erfolgversprechend bis absolut wirkungslos umfasst, andererseits qualitativ eine Bewertung durch Setzen eines normativen Therapiezieles impliziert. Eine Maßnahme kann einfach physiologisch unsinnig und deshalb aussichtslos sein, oder einfach der Erfolg (z.B. einer Chemotherapie) nur sehr unwahrscheinlich. Es könnte auch die Dauer des Erfolges nur vorübergehend, also zu kurz sein, oder aber das qualitative Ergebnis im Sinne des erreichbaren Zieles nicht erstrebenswert erscheinen. Letzteres, das qualitative Ziel, entspricht einer Spielart der kaum lösbaren Frage nach dem „lebenswerten“ Leben.

Ärztliches Urteil „aussichtslos“ beruht auf:

- * Einschätzung physiologischer Möglichkeiten
- * Einschätzung prognostischer Wahrscheinlichkeiten
- * Einschätzung der Nachhaltigkeit des Erfolges
- * Einschätzung von Sinnhaftigkeit

Die Spannung dieser Entscheidung liegt meist zwischen möglicher Lebensverlängerung und hohen Belastungen durch eine Therapie. Die zugrundeliegende Bewertung besteht aus medizinischen Sachverhaltsanteilen und individuellen, persönlichen Anteilen, die keinen medizinischen Sachverstand erfordern. Vielmehr sind diese wertenden Einschätzungen von Nutzen und Risiko im Wesentlichen nur durch und mit Hilfe der Binnensicht des Patienten zu treffen. Die „Berechnung“ von aussichtsloser Therapie, wie sie etwa von SCHNEIDERMAN, JECKER und JONSEN vorgeschlagen wird – (kein Erfolg in den letzten 100 Fällen, also Wahrscheinlichkeit unter 1%) wird weder einer individuellen Wertung gerecht, noch berücksichtigt solch eine Regel die abgestuften Therapieziele in der Onkologie. „...we propose that when physicians conclude (either through personal experience, experiences shared with colleagues, or consideration of published empiric data) that in the last 100 cases a medical treatment has been useless, they should regard that treatment as futile.“⁷ Jedenfalls erscheint medizinische „Aussichtslosigkeit“ nicht als verwendbares, richtungsweisendes Konzept einer patientenorientierten Versorgung von onkologischen Patienten. Eine mögliche Hilfe könnten Patientenverfügungen sein, sofern diese sorgfältig erstellt wurden und die Ermittlung des mutmaßlichen Willen der Patienten erleichtern.⁸

Das richtige Maß der Behandlung?

Historische Lösungsversuche der Angemessenheit und Begrenzung von Therapie liegen z.B. in den HIPPOKRATISCHEN Maximen, wie dem „primum non nocere“ oder dem „primum uti-

lis esse“. Auch der Versuch außerordentliche Mittel von gewöhnlichen Mittel zu unterscheiden, wie durch Papst PIUS XII, 1957 in seiner Ansprache an den Anästhesistenkongress hat zu viel diskutierten, weiteren Interpretationen geführt. Wäre etwa die Unterscheidung „üblich versus unüblich“ gemeint, müsste sich diese immer dem jeweiligen Wissensstand anpassen und könnte strikt ausgelegt jede Entwicklung verhindern. Auch die Unterscheidung von „einfachen gegenüber komplizierten“ Maßnahmen nimmt zu wenig Rücksicht auf individuellen Bedarf. Am ehesten entspricht die Gegenüberstellung von „vernünftig versus unvernünftig“, die ROBERT VEATCH aufgestellt hat, und aus der die Notwendigkeit einer wertenden Entscheidung auch ganz deutlich wird.⁹ In ihren Grundsätzen zur Sterbebegleitung greift die Deutsche Bundesärztekammer die Frage nach Therapiebegrenzung auf und grenzt auch die Sterbehilfe entsprechend ab:

„Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig und mit Strafe bedroht.“¹⁰

Das entscheidende Kriterium zwischen erlaubtem Sterbenlassen oder verbotener gezielter Lebensverkürzung ist daher die zugrundeliegende Absicht (Intention), also die Frage, ob das Handlungsziel der Tod des Patienten oder die Linderung seiner Schmerzen ist. Es kommt in diesem Zusammenhang nicht auf die Unterscheidung Tun versus Unterlassen an, da auch ein Unterlassen einer Maßnahme, die ärztlich indiziert und geschuldet wäre, moralisch wie strafrechtlich als Tötung gilt, wenn

das Ziel eben der Tod des Patienten ist. Deutlich wird dies auch in der Definition der sogenannten indirekten Sterbehilfe, bei der eine mögliche Verkürzung des Lebens im Rahmen z.B. einer intensiven Schmerztherapie in Kauf genommen wird. Abgesehen von der meist praktischen Irrelevanz dieser Unterscheidung, da selbst intensivste Schmerztherapie kaum zur Lebensverkürzung führt, ist der grundlegende rechtfertigende Gedanke eben das angestrebte Ziel der Schmerzstillung und nicht der Tod. Daher muss die Dosissteigerung auch bei Erreichen des angestrebten Zieles enden. Gerade vor dem Hintergrund der Autonomie-debatte am Lebensende und der Entwicklung in den Niederlanden und Belgien sind diese Fragen der Sterbehilfe wieder aktuell. Während man in Österreich und Deutschland eher nach einer Ursachenbekämpfung im Sinne von verbesserter Palliativmedizin und der Förderung von Hospizen trachtet, und die aktive, beabsichtigte Tötung ausschließt, bleiben die beklemmenden Fragen wann eine Behandlung sinnlos geworden ist und deshalb eingestellt werden sollte, in der Praxis nicht erspart. Palliative Behandlung versucht solch einem Kalkül eines Behandlungsnutzens eine grundsätzlich andere, patientenorientierte Perspektive gegenüberzustellen. Bereits die sprachliche Formulierung erscheint von Bedeutung: statt Therapieabbruch sollte von Therapiemodifikation gesprochen werden, und statt Verzicht auf medizinische Maßnahmen geht es nicht zuletzt um intensive menschliche Begleitung. Dem Tabu des Sterbens wird hierbei nicht durch „Aufgeben“, sondern durch sorgsame Aufmerksamkeit und Betreuung begegnet. Voraussetzungen einer guten, palliativen Behandlung sind professionelles Engagement und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Persönliche Voraussetzungen sind Sensibilität, Empathie und ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit. So gesehen kann eine gute palliative Behandlung in diesen Grenzsituationen eine sensible, aber aktive Antwort auf Angst und Verlassenheit in der schweren Krank-

heit geben. Auch hier geht es um Lebensqualität – und interessanter Weise ist die Frage der Bedeutung von Lebensqualität für Therapieentscheidungen paradigmatisch für bestimmte moralische Positionen geworden.

Lebensqualität und Lebenswert

Der dahinter liegende Konflikt, anhand dessen sich eine der Hauptfronten der gegenwärtigen philosophischen Ethik exemplarisch aufzeigen lässt, wurde im angloamerikanischen Sprachraum diskutiert, indem man das Konzept Quality of Life dem traditionellen Konzept der Unantastbarkeit des Lebens (Sanctity of Life) gegenüberstellte.¹¹ Zwei miteinander in Beziehung stehende Grundfragen stellen sich hier: Zum einen die Frage, ob menschliches Leben ein Wert an sich ist (ein intrinsischer Wert), und zwar unabhängig von seiner Qualität, oder ob Leben erst durch die Realisierung bestimmter minimaler Qualitäten lebenswert und schützenswert wird. Damit verknüpft ist die zweite Frage, ob es prinzipiell falsch ist, menschliches Leben zu töten, oder ob es erlaubt sein kann, in Abhängigkeit von der bestehenden Lebensqualität. Die Erweiterung der Lebensqualitäts-erhebung auf den Versuch Lebenswert zu erfassen bringt eine weitere, bedeutsame Schwierigkeit mit sich. Lebensqualität wird erhoben, indem Fragen zu bestimmten körperlichen, psychischen oder sozialen Funktionszuständen gestellt werden. Diese Funktionszustände können aber nur deshalb bewertet werden, weil sie erfahrbar sind und zu anderen Erfahrungen in Beziehung gesetzt werden können. Wohlbefinden oder Angst sind zwar komplexe Zustände, die wir uns aber aufgrund bisheriger Erfahrungen vorstellen können. Sowohl die Beschreibung als auch die Bewertung eines Funktionszustandes oder Gefühls hängt also mit dessen Erfahrbarkeit zusammen. Der Tod aber entzieht sich unserem Erfahrungshorizont – wir können nicht wie

bei Schmerzen sagen, dass es schlimm oder nicht so schlimm, stark oder schwach sei. Qualifikationen, wie diese, deren integrierte Gesamtsumme die Lebensqualität ausmachen, erscheinen im Zusammenhang mit dem Tod einfach absurd. Daher ist die Einschätzung eines Zustandes als „wertloses Leben“, oder womöglich sogar als „schlechter als tot“, eine Antwort, die auf eine Bezugsgröße zurückgreift, die außerhalb der Skala liegt.

Gilbert RYLE prägte den Begriff des Kategoriefehlers.¹² Jemand der ein Leben als nicht mehr lebenswert beurteilt, vergleicht es mit Nichtleben; man könnte sagen er spricht wie ein Blinder von der Farbe. Die Lebensqualität des Toten liegt außerhalb eines Verhältnisses von Vernunft zu Sprache und ist daher entweder völlig arbiträr, weil jeder Überprüfbarkeit entzogen, oder sinnlos. Natürlich kann man sagen dies sei spitzfindig, und Abwägungen zwischen Leben und Tod werden im ärztlichen Alltag ständig getroffen, zumal in den Niederlanden und Belgien. Letzteres beweist aber weder, dass sie sinnvoll getroffen werden, noch moralisch rechtfertigbar sind. Den wesentlichen Unterschied sehe ich also darin, dass die Lebenswertfrage auch Lebensunwert zulässt, während ich Lebensqualität als einen Faktor ansehen würde, der nur solange Leben vorhanden ist, gemessen und bewertet werden kann. Die Aussage lebensunwert überschreitet die logische Grenze der Lebensqualitätsmessung, die als Summe der evaluierten Partial-Lebensqualitäten zwar nahe Null gehen, aber nicht gleich null gesetzt werden kann. Ein Zustand kann nur besser oder schlechter als ein vorher erlebter sein – er kann nicht schlechter als kein Zustand sein. Nun kann man diesem Argument entgehen, indem man sagt Lebenswert wird erst ab einer bestimmten Schwelle von minimaler Lebensqualität erreicht, wird diese unterschritten – hat das Leben keinen Wert mehr und darf beendet werden.

Damit eröffnet man aber zwei neue Konflikte: Es geht dann nicht mehr um die bereits

durchaus problematische Bewertung von Lebensqualität, die müsste als verlässlich vorausgesetzt werden können, sondern 1) um die Festlegung des Schwellenwertes und 2) um die daraus folgenden Konsequenzen, nämlich die Rechtfertigung der Lebensverkürzung. Es ist kaum anzunehmen, dass ein solcher Schwellenwert konsensuell festgelegt werden kann. Die Probleme von Fremd- und Eigenbewertung sind hier besonders brisant und mit Recht könnte man sagen, dass wenn überhaupt, dann nur der Patient selbst einen Wert festlegen kann. Auch wird hoffentlich kein noch so enthusiastischer ärztlicher Vertreter der Euthanasie auf jede Anfrage gleich mit der tödlichen Spritze antworten. Er würde zumindest die Freiwilligkeit, Ernsthaftigkeit und möglicherweise auch die Konstanz der Anfrage, vor allem aber die Situation des Patienten überprüfen. Es könnte sich um eine Missinterpretation der Diagnose handeln, es könnte ein behandelbarer Zustand vorliegen oder die bestehende Therapie einfach nicht ausreichend sein. Damit wird aber als letzte Instanz die normative Fremdbewertung des Schwellenwertes durch den Arzt als scheinbar objektiver und entscheidender Faktor wieder eingeführt. Freiwillig gewünschte aktive Sterbehilfe lässt sich also in folgende Schritte aufgliedern: die Einschätzung des Patienten hinsichtlich seiner Lebensqualität, die Festsetzung eines Schwellenwertes, die Feststellung, dass dieser Schwellenwert unterschritten ist und damit das Leben nicht mehr lebenswert sei, sowie der Wunsch des Patienten das Leben zu beenden. Alle diese Schritte beinhalten Werturteile und alle diese Schritte bedürfen der sanktionierenden Zustimmung des Arztes. Es bleibt dem Arzt hierbei gar keine andere Wahl – er muss den Lebenswert seines Patienten einschätzen – ob er dies kann und ob dies überhaupt sinnvoll möglich ist, darf man bezweifeln. Denn erst aufgrund der Übereinstimmung mit der Wertung des Patienten handelt der Arzt und tötet den Patienten. Damit geht die moralische Verantwor-

tung für diese Entscheidung ebenso wie für die Handlung auf den Arzt über, der sich selbst als das entscheidende Korrektiv einschaltet. Außerdem setzt die aktive Sterbehilfe auch die Zustimmung der Gesellschaft voraus. Die Gesellschaft, mittels ihrer stimmberechtigten Bürger müsste die prinzipielle Zustimmung zu diesem Wertungsprozess in Form einer Gesetzesänderung geben. Mir erscheint nicht zuletzt die entscheidende Rolle des Arztes, nämlich die Wert-Standards vorzugeben, die ein Patient unterschreiten muss, um als Kandidat in Frage zu kommen als problematisch, um nicht zu sagen gefährlich. Hier mit dem Begriff Lebensqualität zu argumentieren, womöglich mittels Fragebogen eine Entscheidung untermauern zu wollen, überstrapaziert das Konzept. Denn die Frage ob die Lebensqualität des Patienten so schlecht ist, dass sein Weiterleben schlimmer ist als sein Tod – ist falsch gestellt. Der Vergleich von Leben mit Nichtleben erscheint unzulässig. Die richtige Frage muss lauten ob weitere Behandlung seine Situation nur verschlimmert und daher nicht angestrebt werden sollte. Denn diese beiden Situationen sind vergleichbar. Die vorhersehbaren Belastungen einer zusätzlichen Chemotherapie etwa lassen sich in Relation zu dem voraussichtlichen Verlauf ohne diese Behandlung setzen. Die zulässige Frage für den Arzt ist daher nicht die nach dem Wert des Lebens, sondern die nach dem Wert einer Therapie für das Leben eines Patienten.

Wer der Ansicht ist, dass Leben disponibel sein soll, sollte die Unsicherheit seiner Kriterien nicht hinter einem Begriff verstecken, der wissenschaftliche Messbarkeit suggeriert. Es geht hierbei keineswegs um medizinische Kriterien, sondern um subjektive Werturteile und als solche sollten sie auch dargestellt werden. Freiwillige aktive Sterbehilfe wird meistens unter Bezugnahme auf das Recht zur Selbstbestimmung verteidigt. Der zugrundeliegende ethische Konflikt ist also die Frage nach Grenzen der Autonomie und ob diese mit dem Tötungsverbot erreicht sind. Es geht

jedoch, wie gesagt, um mehr als die Autonomie des Einzelnen. Der Arzt und die Gesellschaft können sich de facto nicht aus der Verantwortung für die Entscheidung und für die Tötungshandlung zurückziehen. Unproblematisch, vorausgesetzt ausreichende Information wurde dem Patienten gegeben, ist die Ablehnung weiterer Behandlung als Konsequenz eines von ihm selbst festgelegten Schwellenwertes. Denn jede Behandlung muss durch den Patienten autorisiert sein. Soweit ist das Recht auf Selbstbestimmung moralischer und juristischer Konsens. Die Behandlung eines kompetenten, erwachsenen Patienten gegen dessen Willen ist, auch wenn es sich um lebensverlängernde Maßnahmen handelt, eine Verletzung seiner Autonomie. Die Autonomie ist jedoch nicht verletzt, wenn der Arzt sich weigert einen Patienten, der dies wünscht, aktiv zu töten.

Resümee

Abschließend möchte ich dennoch für das Konzept Lebensqualität plädieren, und zwar nicht als Mittel um Lebenswert zu relativieren, sondern als begrenztes, aber wertvolles Instrument zur Bereicherung und Stimulation des Dialoges mit dem Patienten sowie zur Verfeinerung therapeutischer Zielkriterien. Lebensqualitätserhebungen können und sollen Therapieentscheidungen beeinflussen – viel mehr als bisher – stellen aber keine Rechtfertigung dafür dar, den moralischen Handlungsrahmen des Arztes zu sprengen und ihn zum Töten zu autorisieren. Die in Extremsituationen auftretende Unschärfe der traditionellen moralischen Grenzen, wie etwa die zwischen Töten und Sterben lassen, halte ich jedenfalls für noch keinen ausreichenden Grund die Unterscheidung selbst zu verwerfen. Hierzu mag es andere Ansichten geben. Eines aber sollte Konsens sein und ist für Ärzte wie auch Patienten wichtig: Lebensqualität ist kein voraussetzungsloses, wertfreies Konzept, sondern ein Ausdruck von morali-

schen Positionen. Es wäre eine gefährliche Tendenz, mit dem Begriff Lebensqualität ein naturwissenschaftliches Konzept zu suggerieren, das objektive Wertkriterien für moralische Entscheidungen festlegen könnte. Die Lebensqualitäts-erhebung löst diese schwierigen Fragen nicht.

Doch ist auch die rein analytische Betrachtung des Problems nicht immer geeignet Leid und Verzweiflung, sowie deren Reaktionen zu verstehen. Es mag Lebenssituationen von allerhöchster Privatheit und Intimität geben, die in einem rationalen Diskurs nicht mehr beachtet werden können. Einer erschreckenden Tendenz von Selbstschädigung und – Beseitigung kann wahrscheinlich nur dann wirksam entgegen gewirkt werden, wenn Erziehung, Bildung und Aufklärung sich auf konsensuelle Werte beziehen können, für die die Erfahrung eines wie immer gearteten Transzendenzbezuges, sei es die Erfahrung des Wahren, des Guten, des Schönen, oder des Heiligen und der Liebe sich wiederfindet und diese Erfahrung den Menschen betrifft. Nur wenn man die Erfahrung macht, dass es gut ist zu leben, erwünscht zu sein, und eben trotz des Leidens geliebt zu werden, wird man auch in Extremsituationen das eigene Sein in allen Dimensionen annehmen können.

Referenzen

1. WEIZSÄCKER, V. v., *Über medizinische Anthropologie*. In: *Gesammelte Schriften 5*, Suhrkamp, Frankfurt (1987)
2. KARNOVSKY, D.A., ABELMANN, W.H., CRAVER, L.F., BURCHENAL, J.H., *The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma*, *Cancer* (1948) 1: 634-656
3. DIEHL, V. et al., *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Onkologie*. In: SCHÖLMEISCH, P., THEWS, G. (Hrsg.), *Lebensqualität*, Fischer Verlag, Köln (1990), S. 149-163
4. TESTA, M.A., SIMONSON, D.C., *Assessment of quality-of-life outcomes*, *N Engl J Med* (1996) 334: 835-840
5. COX, D.R., FITZPATRICK, R., FLETCHER, A.E. et al., *Quality of life assessment: can we keep it simple*, *J R Stat Soc.* (1992) Part A 155: 353-393
6. AARONSON, N.K., CULL, A.M., KAASA, S., *The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Modular Approach to Quality of Life Assessment in Oncology: an update*. In: SPILKER, B. (Hrsg.), *Quality of Life and Pharmacoeconomics in clinical trials*, Lippincott-Raven Publication, Philadelphia (1996), S. 179-189
7. SCHNEIDERMAN, L.J., JECKER, N.S., JONSEN, A.R., *Medical futurity: its meaning and ethical implications*, *Ann Intern Med* (1990) 112(12): 949-54
8. MERAN, J.G., *Advance directives and Surrogate Decision Making. Ethical questions, Legal response and Clinical Summary*, *Annual Review of Law and Ethics* (1996) 4: 381-444
9. VEATCH, R., *Death, Dying and the Biological Revolution. Our last Quest for Responsibility*, Yale University Press (1989)
10. BUNDESÄRZTEKAMMER, *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*, *Deutsches Ärzteblatt* (1998) 95: A 2365-2367
11. KUHSE, H., *The sanctity of life doctrine in medicine – a critique*, Oxford Clarendon Press (1987)
12. RYLE, G., *The concept of mind*, London Penguin Books (1990)

Vom richtigen Zeitpunkt: Die Entscheidung zur palliativmedizinischen Behandlung

Thomas M. SCHENK

Zusammenfassung

Der terminal Erkrankte hat ein Stadium erreicht, in welchem lebensverlängernde Maßnahmen unmöglich oder gar kontraproduktiv sind, da sie den Sterbeprozess verlängern. Er soll eine palliative Betreuung erhalten. Oft jedoch wird der Zeitpunkt versäumt, zu dem eine effektive Palliation noch gewährleistet werden kann. Dieser Artikel untersucht gängige Schwierigkeiten beim Erfassen des richtigen Zeitpunkts für die rechtzeitige Neuorientierung des Therapieziels. Dazu gehören ungenügende Ausbildung, Zeitmangel, Charakter des betreuenden Arztes, psychologische Widerstände und fehlende Vorbilder. Auf Probleme spezifisch für Universitätsspitäler wird eingegangen. Lösungsmöglichkeiten für einige der Schwierigkeiten werden geprüft und angeboten, die persönliche Verantwortung des Arztes auch im nicht idealen Umfeld wird hervorgehoben und es wird ermutigt, die weltweit begonnene gute Arbeit zu vertiefen.

Schlüsselwörter: rechtzeitig, kurativ, palliativ, Hospiz, Ethik, Tugenden

Abstract

The terminally ill patient has reached a stage in which interventions prolonging life are impossible or even counterproductive in that they prolong dying. Such a patient is to receive palliative care. Often, however, the „point of no return“, where effective palliative care can be administered is missed. Patients are being transferred to palliative institutions and hospices unprepared and sometimes a few days before they die. This article analyzes common difficulties in finding the right time for transfer and communicating with the patient in his difficult situation. They comprise lack of formation, lack of time, character of the attendant physician, psychological resistance, lack of ideals. Specific problems in the setting of a university clinic are outlined. Solutions for some of them are reviewed and offered and encouragement is given to continue the good work that has been started worldwide.

Key words: right time, curative, palliative, hospice, ethics, virtues

Anschrift des Autors: Dr. Thomas M. SCHENK, Univ.Klinik Innere Medizin I, AKH Wien
Währinger Gürtel 18-20, A - 1090 Wien

Einleitung

Als palliativ werden therapeutische Maßnahmen bezeichnet, welche die Krankheits-situation des Patienten verbessern, ohne ihn jedoch zu heilen. So bewirkt beispielsweise eine palliative Chemotherapie beim Tumorkranken Symptominderung, Funktionsverbesserung und meist auch Lebensverlängerung ohne die Grundkrankheit letztlich beseitigen zu können. Diese Form der Medizin ist jedoch immer noch als kausaltherapeutisch zu sehen und wird verwirrender Weise nicht der Palliativmedizin im engen Sinn zugerechnet. Erst, wenn der progredient Erkrankte in ein Stadium tritt, in welchem nur noch Linderung, Erhalt oder Ersatz gewisser Körperfunktionen und Trost, nicht jedoch lebensverlängernde oder auch nur ursächlich therapeutische Interventionen zur Anwendung gelangen können, sprechen wir von Palliativmedizin. Im Gegensatz zum kurativen oder zumindest kausaltherapeutischen Ansatz handelt es sich dabei also um jene Form der Medizin, die nicht mehr die Heilung, aber auch nicht die Lebensverlängerung zum Ziel hat. Eine spezielle Form der Palliativmedizin entspringt der Hospizidee, die sich nicht nur die Linderung, sondern eine besondere Begleitung des unheilbar Kranken zum Ziel macht. Der Schwerkranken oder Sterbende soll alles, was in ihm noch Leben ist, auch wirklich leben können.

Das medizinische Personal in Hospiz- und Palliativeinrichtungen muss immer wieder feststellen, dass Patienten unvorbereitet, schlecht aufgeklärt oder sterbend, also zu spät, zutransferiert werden.¹ Die Ausschöpfung der Möglichkeiten einer guten Palliativmedizin ist dadurch schwer beeinträchtigt, wenn auch gerade unter schlechten Bedingungen eine gute medizinische Betreuung und Zuwendung von eminenter Bedeutung sind.

Dieser Artikel versucht eine Analyse der zu Grunde liegenden Schwierigkeiten sowie Lösungsansätze im persönlichen Bereich des Arztes, aber auch der Ausbildung und des Spi-

talssystems vorzustellen. Folgende Punkte werden schwerpunktmäßig beleuchtet:

1. Der richtige Zeitpunkt vom Übergang der kurativen oder kausaltherapeutischen zur palliativen Medizin
2. Die ethische Verpflichtung, den richtigen Zeitpunkt möglichst präzise zu erfassen
3. Die Hindernisse, dieser Verpflichtung nachzukommen
4. Lösungsansätze

1. Der richtige Zeitpunkt vom Übergang der kurativen oder kausaltherapeutischen zur palliativen Medizin

Es ist die Pflicht des Arztes, dem Patienten mit unschädlichsten Methoden die effektivste Therapie zuteil werden zu lassen. Unerwünschte Nebenwirkungen, potenzieller iatrogener Schaden und Beeinträchtigung der Lebensqualität können nur in Absprache mit dem Patienten für einen entsprechend höheren potenziellen Gewinn in Kauf genommen werden. Dieser Gewinn kann relativ leicht objektivierbar sein, wie das bei kurativen oder auch signifikant lebensverlängernden Maßnahmen, aber auch bei Interventionen der Fall ist, die akute Komplikationen vermeiden sollen. Das Fehlen eines solchen Gewinns kann ebenso offensichtlich werden, wenn zu erwarten ist, dass durch die Behandlung kein Erfolg oder eine Vergrößerung des Leidens eintritt. Dazwischen aber liegt eine Grauzone, die, je schwieriger sie zu beurteilen ist, desto genauer im individuellen Fall, möglichst unter Einbeziehung des Patienten zu evaluieren ist.

Im Falle der fortschreitenden Erkrankung wird der Sachverhalt dadurch kompliziert, dass hier die Entwicklung von Wohlbefinden oder Leiden, aber auch Veränderung von Prognose und therapeutischen Optionen, als dynamische Prozesse zu verstehen sind.² Mit dem Grad der Verschlechterung der Gesamtsituation des Patienten ändern sich laufend therapeutische Optionen sowie die Chancen,

den Zustand des Kranken zu verbessern oder zu stabilisieren. Dies kann zur Notwendigkeit der häufigen Reevaluierung führen.

2. Die ethische Verpflichtung, den richtigen Zeitpunkt möglichst präzise zu erfassen

Die Aufgaben des Arztes bestehen in Heilung, Überbrückung lebens- oder funktionsgefährdender Pathologien bis zum Erlangen der Selbstheilungskompetenz, aber auch in der Linderung von Leiden und im Spenden von Trost. Schien die Linderung als ärztliche Aufgabe längere Zeit in den Hintergrund getreten zu sein, so erlebt sie in der Palliativmedizin und den Hospizbewegungen gegenwärtig eine Renaissance. Sie wird aber auch zunehmend an dafür spezialisierten Abteilungen delegiert. Das Trösten wird leider zunehmend als Aufgabe von Psychologie und Seelsorge gesehen. Diese besitzen tatsächlich in vielen Bereichen eine höhere Kompetenz als der Arzt. Abgabe der Verantwortung seitens des Arztes aber bedeutet eine Entwicklung, welche die ärztliche Tätigkeit verarmen lässt, vor allem aber auch in ihrer Effizienz schwer beeinträchtigt. Die ärztliche Anteilnahme und das Trösten können oft erst jene Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient schaffen, die für das offene Gespräch, wie es für die Therapie- aber auch Sterbeplanung notwendig ist, eine Grundvoraussetzung darstellt.

Da der Patient ein Recht auf die beste Behandlung bei geringstmöglicher Schädigung hat, ergibt sich für den Arzt die Pflicht, den Übergang vom kurativen, lebensverlängernden oder sonstigen kausaltherapeutischen zum palliativen Ansatz zeitgerecht und präzise zu erfassen.³ Gelingt dies nicht, so erfährt der Patient häufig unnötige Hospitalisierung, lästige, beschwerliche, leidvolle oder gar komplikationsreiche Interventionen einerseits, wird aber andererseits unter Umständen auch entwicklungs- und lebensqualitätsfördernder palliativer Maßnahmen beraubt.⁴ Eine reife Ent-

faltung am Ende des Lebens sowie das Wahrnehmen noch zu erledigender Verpflichtungen seitens des Kranken wird dadurch behindert oder gar unmöglich gemacht. Der hippokratische Grundsatz des *primum nihil nocere* wird hier auf mehrfache Weise schwer verletzt.

Daraus ergibt sich die ethische Verpflichtung, den richtigen Zeitpunkt zu erfassen, an dem eine kausale Therapie zugunsten anderer Optionen einzustellen ist.

Die häufigsten Hindernisse für das Erkennen und Kommunizieren dieses Zeitpunktes werden im Folgenden untersucht.

3. Die Hindernisse, dieser Verpflichtung nachzukommen

a) Fehlende Ausbildung

An der Universität Wien werden an Vorlesungen angeboten: vom Institut für medizinische Aus- und Weiterbildung „Palliativmedizin“, von der I. Medizinischen Universitätsklinik „Palliativmedizin“, „Die ärztliche Haltung und Einstellung – eine Herausforderung“, „Der unheilbar schwer kranke Patient“ (Johannes BONELLI, einer der Herausgeber dieser Quartalschrift), „Ärztliches Gespräch mit Krebskranken“, „Palliative Chemotherapie und supportive Maßnahmen bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren des Gastrointestinal- und HNO-Traktes: Chemotherapie, Schmerztherapie und Ernährung“ sowie von der IV. Medizinischen Universitätsklinik „Arzt/in-Patient/in-Beziehung im klinischen Alltag“, von der III. Medizinischen Universitätsklinik „Der unheilbar schwer kranke Patient“ (Johannes BONELLI) und, mehr praxisorientiert, „Freiwilligenarbeit in der Geriatrie“ (im Haus der Barmherzigkeit).⁵ Diese Angebote stellen bereits einen Fortschritt dar.

In England, den USA, Kanada und Australien wurden folgende Erfahrungen gemacht: Befragte Ärzte gaben große Unsicherheiten und teilweise auch Fehleinschätzungen bezüglich

der Hospizidee an.⁶ Sie hatten Schwierigkeiten, dem Patienten ungünstige Diagnosen oder Prognosen zu vermitteln.⁷ Der rechtzeitige oder häufige Transfer eines Patienten in ein Hospiz durch den behandelnden Arzt korrelierte mit dem Informationsstand desselben.⁸ Studenten gaben an, von einer speziellen palliativmedizinischen Einführung profitiert zu haben, sich sicherer im Umgang mit terminal kranken Patienten zu fühlen⁹ und sprachen sich für eine zeitintensivere Ausbildung auf diesem Gebiet aus.¹⁰

b) Zeitmangel

Aus allem bisher Gesagten geht hervor, dass es sich bei der Auseinandersetzung mit dem an einer Krankheit im Endstadium Leidenden um ein äußerst zeitaufwendiges Unterfangen handelt. Zunehmende personelle und finanzielle Einschränkungen seitens der Spitalerhalter bzw. der Krankenversicherungen bei gleichzeitiger Verbreiterung der Alterspyramide nach oben werden sich hier negativ auswirken.

c) Charakter des Arztes

Es ist nicht jedes Menschen Fähigkeit oder auch Wille, sich mit den grundsätzlichen Fragen des Lebens auseinanderzusetzen, sie zu ertragen, das Leid der fortschreitenden physischen und manchmal auch psychischen Verschlechterung eines Menschen mit anzusehen oder zu realisieren, dass es bei der Behandlung unheilbarer Erkrankungen kein persönliches Versagen gibt, wenn der Kranke schließlich stirbt. Wohl aber liegt es in der Verantwortung der Auszubildenden und auch der Lernenden dafür zu sorgen, dass die Schwierigkeiten bzw. die persönlichen Grenzen erkannt werden und gegebenenfalls ein Fach für die berufliche Laufbahn gewählt werden kann, dessen Herausforderungen nicht in den hier abgehandelten Problemen liegen. Es muss allerdings festgehalten werden, dass sich kein Mensch, insbesondere kein Arzt, auf Dauer der Aufgabe entziehen kann, sich mit Leben,

Leiden und Sterben auseinanderzusetzen.

d) Psychische Widerstände

Verwandt mit dem vorgenannten Punkt sind seelische Widerstände gegen die Existenz von Leid und Tod, die eigene Ohnmacht und das Gefühl des Versagens sowie auch Erkennen der eigenen Zerbrechlichkeit im Kranken. Diese aber müssen nicht grundsätzlich im Charakter begründet sein und können durch eine vertiefte Ausbildung¹¹ und ein weltanschauliches Wachstum und die Bereitschaft zum Erwerb von Tugenden¹² überwunden werden. Dann kann die Fähigkeit, sich den genannten Phänomenen zu stellen, zu einer großen Bereicherung für Arzt und Patienten werden.

e) Fehlende Vorbilder

Als erschwerend erweist sich die Tatsache, dass eine, im Idealfall auch gute, im Rahmen des Studiums immer aber relativ kurze palliativmedizinische Ausbildung meistens einer pragmatischen und oft unsensiblen Routine im Alltag gegenübersteht, dass also vielen Oberärzten unsere Überlegungen als theoretisch und weltfremd erscheinen und daher im Jungarzt mangels Ideals oder gar durch negatives Vorbild vieles an Kostbarem frühzeitig erstickt oder nur zögerlich zur Entwicklung gebracht werden kann. Nachdenken über die persönliche Verantwortung, die wir als Lehrer und Vorbild haben, ist hier angebracht.

f) Spezifische Erschwernisse an der Universitätsklinik

An der Universitätsklinik kommen zu diesen Hindernissen noch spezifische Erschwernisse hinzu.

Dreifachbelastung

Der Verpflichtungen des Arztes in Ausbildung, aus eigener Erfahrung kann ich nur über eine Universitätsklinik berichten, sind drei-

fach: Patientenbetreuung, Forschung und Lehre. Zunächst liegt auf keinem dieser Gebiete eine eingespielte Routine vor. Die medizinische Seite muss erlernt, der Unterricht mühsam vorbereitet werden und die Forschung findet außerhalb der Dienstzeit statt, also meistens nachts. Wissenschaftliche Veröffentlichungen sind notwendig, um eine Ausbildungsstelle zu erhalten bzw. auch zur Verlängerung derselben. Die chronische Überforderung des Jungarztes scheint vorprogrammiert.

Gesteigerter Patientenumsatz

Hochspezialisierte und teils nur an der Universitätsklinik erhältliche diagnostische und therapeutische Möglichkeiten werden angeboten, die zur Vermeidung langer Wartezeiten naturgemäß in einer kürzeren Aufenthaltsdauer des Patienten resultieren, also letztlich in größeren Patientenzahlen. Die dadurch zeitlich komprimierte und administrativ vermehrte Arbeit (Dokumentation, Arztbriefe) hat schnell und effizient abzulaufen.

Lohn und Strafe

Belohnt werden Nachtdienste (finanziell) und Forschungsarbeit (Ansehen, berufliches Fortkommen). Sich mit einem Schwerkranken eine halbe Stunde auseinanderzusetzen – eine äußerst kurze Zeit für Aufklärung über Natur einer Erkrankung und ihre Prognose, therapeutische Strategien und alternative Möglichkeiten oder gar eine menschlich-tröstende Präsenz, wenn der Patient die neue Situation nicht verarbeiten kann – bedeutet, den ebenfalls überarbeiteten Kollegen eine halbe Stunde lang die Routinearbeit überlassen zu müssen, unvorbereitet zur Visite zu stoßen oder nicht rechtzeitig ins Labor zu kommen. Im günstigen Fall kann der betroffene Arzt dies als persönliches Opfer in Kauf nehmen, im ungünstigen sind auch Kollegen und Vorgesetzte gegen ihn aufgebracht.

Fortschritts Hoffnung

Die rasch expandierende Forschung beispielsweise auf dem Gebiet der Onkologie

mit der Einführung spezifischer („intelligenter“) Chemotherapie, von Antitumor-Antikörpern, Angiogenesehemmern, Antienzymen etc. können sicherlich den begeisterten Arzt blenden. Das tatsächliche Befinden des Patienten wird dann leicht übersehen. Andererseits aber besteht teils Anlass zu berechtigt großer Hoffnung, und bei unbekannter Wirksamkeit neuer Substanzen soll dem Patienten eine neue Therapiemodalität nicht vorenthalten werden. Dies erschwert es weiter, den „point of no return“ zu erfassen.

4. Lösungsansätze

a) Ausbildung

Für die Ausbildung bezüglich palliativmedizinischer Arbeit und Hospiztätigkeit werden derzeit weltweit Modelle geprüft und entwickelt, vorzüglich in Großbritannien, den USA und Kanada¹³. Die Begeisterung der Studenten, die teilweise praktisch eine gelebte menschliche Medizin kennenlernen und Ängste abbauen, indem sie mit medizinischem Personal konfrontiert sind, das eine gewisse Selbstverständlichkeit im Sterben sieht, gibt Anlass zu Optimismus.

b) Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen zu verbessern wird eine langwierigere und schwierigere Aufgabe darstellen. Die Auseinandersetzung mit dem Patienten muss unter Vorbildern erlernt werden, die tugendhaft, charakterstark und zu einem gewissen Grad auch selbstlos sind. Personelle und finanzielle Aufstockung werden unvermeidbar sein. Die Verbreitung von Information über Palliativarbeit wird nicht nur unter den Studenten, sondern auch unter den ausübenden Ärzten notwendig sein, da die Kenntnis um Hospiztätigkeit streng mit der Häufigkeit eines (rechtzeitigen?) Patienten-

tentransfers korreliert.¹⁴ Aufklärungsarbeit ist auch dahingehend zu leisten, dass der Arzt selbst viele unbefriedigende Situationen vermeiden kann, wenn er fähig ist, eine schwierige Situation des Patienten anzusprechen.¹⁵

c) Persönliche Verantwortung des Arztes

Die Summe der erwähnten Hindernisse und das Ausmaß der noch zu leistenden Arbeit können zum Nihilismus gegenüber dem Sterbenden verleiten.

Deshalb wird darauf hingewiesen, dass ein Hauptschwerpunkt in der persönlichen Verantwortung des Arztes liegt. Das bedeutet aber auch eine realistische Chance für eine Veränderung zum Besseren durch den Einzelnen. Der Arzt guten Willens hat die Möglichkeit sich Zugang zu Information und Fortbildung zu verschaffen, sich trotz widriger äußerer Umstände gelegentlich Zeit für Einzelpatienten zu nehmen, sich seine Stärken und Grenzen bewusst zu machen, an inneren Widerständen zu arbeiten und schließlich selbst zum Vorbild für junge Kollegen zu werden.

Zusammenfassung

Weltweit nehmen Palliativstationen und Hospize zahlenmäßig zu und spielen auch zunehmend im Bewusstsein der Mediziner eine Rolle.

Den richtigen Zeitpunkt zu erfassen, wann ein Patient keine kurative oder kausaltherapeutische Medizin, sondern die rein palliative Betreuung benötigt, ist durch verschiedene Hindernisse erschwert. Neben bereits entstehenden verbesserten Ausbildungsmodalitäten und der tatsächlichen finanziellen und politischen Unterstützung, welche die Hospizidee und die Palliativmedizin erfahren, wird es in erster Linie auf den behandelnden Arzt ankommen, dem Patienten die wichtige letzte Phase des Lebens nicht nur zu erleichtern, sondern auch dafür Sorge zu tragen, dass die Erfüllung

seiner letzten Verpflichtungen und die charakterliche Entwicklung bis zum und gerade am Ende des Lebens nicht behindert werden.

Die erste Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft, sich zeitlich und emotional einzubringen. Mit anderen Worten: ethisch hochstehendes Verhalten ist nicht nur zu verstehen oder gar zu verordnen, sondern zu internalisieren, einzuüben und – gelegentlich unter Schmerzen – zu leben. Mutter TERESA von Kalkutta, deren vielleicht größte Aufgabe darin bestand, den unermesslichen Wert gerade auch des sterbenden Menschen aufleuchten zu lassen, nannte das wiederholt: „Lieben, bis es weh tut“.

Referenzen

1. RONALDSON, S., DEVERY, K., *The experience of transition to palliative care services: perspectives of patients and nurses*. Int J Palliat Nurs (2001) 7: 171-177
2. ebd.
3. ebd.
4. PARKER-OLIVER, D., *Redefining hope for the terminally ill*. Am J Hosp Palliat Care (2002) 19: 115-120
5. vgl. Universität Wien, Vorlesungsverzeichnis WS 2002
6. BRADLEY, E.H., CRAMER, L.D., BOGARDUS, S.T. JR., KASL, S.V., JOHNSON-HURZELER, R., HORWITZ, S.M., *Physicians' ratings of their knowledge, attitudes, and end-of-life-care practices*. Acad Med (2002) 77: 305-311
7. BAILE, W.F., LENZI, R., PARKER, P.A., BUCKMAN, R., COHEN, L., *Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study*. J Clin Oncol (2002) 20: 2189-2196
8. BRADLEY, E.H., CRAMER, L.D., BOGARDUS, S.T. JR., KASL, S.V., JOHNSON-HURZELER, R., HORWITZ, S.M., *Physicians' ratings of their knowledge, attitudes, and end-of-life-care practices*. Acad Med (2002) 77: 305-311
9. KENNY, L.J., *Education in palliative care: making a difference to practice?* Int J Palliat Nurs (2001) 7: 401-407
10. PLYMALE, M.A., SLOAN, P.A., JOHNSON, M., SNAPP, J., LAFOUNTAIN, P., *Junior medical students' perceptions of an introductory hospice experience*. Hosp J (2001) 15: 41-51
11. GIBLIN, M.J., *Beyond principles: virtue ethics in hospice and palliative care*. Am J Hosp Palliat Care (2002) 19: 235-239; PLYMALE, M.A., SLOAN, P.A., JOHNSON, M., SNAPP, J., LAFOUNTAIN, P., *Junior medical students' perceptions of an introductory hospice experience*. Hosp J (2001) 15: 41-51
12. GIBLIN, M.J., *Beyond principles: virtue ethics in hospice and palliative care*. Am J Hosp Palliat Care (2002) 19: 235-239
13. KENNY, L.J., *Education in palliative care: making a difference to practice?* Int J Palliat Nurs (2001) 7: 401-407; PLYMALE, M.A., SLOAN, P.A., JOHNSON, M., SNAPP, J., LAFOUNTAIN, P., *Junior medical students' perceptions of an introductory hospice experience*. Hosp J (2001) 15: 41-51; DICKINSON, G.E., FIELD, D., *Teaching end-of-life issues: current status in United Kingdom and United States medical schools*. Am J Hosp Palliat Care (2002) 19: 181-186; ONESCHUK, D., *Undergraduate medical*

palliative care education: a new Canadian perspective. J Palliat Med (2002) 5: 43-47; BILLINGS, J.A., BLOCK, S.D., FINN, J.W., LEGRAND, S.B., LUPU, D., MUNGER, B., SCHONWETTER, R.S., VON GUNTEN, C.F., *Initial voluntary program standards for fellowship training in palliative medicine.* J Palliat Med (2002) 5: 23-33; JONES, J., HALL, P., SCHRODER, C., WEAVER, L., BOUVETTE, M., *Discussing end-of-life issues with patients: reflections on developing an interviewing template to assist first-year medical*

students. J Palliat Care (2001) 17: 254-258

14. BRADLEY, E.H., CRAMER, L.D., BOGARDUS, S.T. JR., KASL, S.V., JOHNSON-HURZELER, R., HORWITZ, S.M., *Physicians' ratings of their knowledge, attitudes, and end-of-life-care practices.* Acad Med (2002) 77: 305-311
15. BAILE, W.F., LENZI, R., PARKER, P.A., BUCKMAN, R., COHEN, L., *Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study.* J Clin Oncol (2002) 20: 2189-2196

Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht

Raimund KLESSE

Zusammenfassung

Suizidalität ist ein Gemütszustand, in dem Gefahr besteht, dass der betroffene Mensch sich möglicherweise das Leben nimmt. Die Aufgabe des Psychiaters besteht darin, dem Suizidenten auf dem Weg einer konstruktiven Problemlösung zu helfen, denn Suizid entsteht aus der Konfrontation eines Lebensstils mit der Realität. Er ist Ausdruck eines „So-nicht-mehr-Leben-Wollens“. Aus zahlreichen Arbeiten wird deutlich, dass soziale Isolation und mangelnde Behandlung des älteren Menschen, Wegbereiter für seine suizidale Entwicklung sind. Die entscheidende Hilfe für den suizidalen Menschen liegt in der Durchbrechung seiner Isolation und der Herausforderung, sie in ihrer Beziehungsfähigkeit zu stärken.

Schlüsselwörter: Suizidalität, Voraussetzungen, Beziehungsfähigkeit, Isolation

Abstract

A suicidal tendency is a disposition of the mind or soul in which the person involved may possibly end his own life. The task of the psychiatrist is to help the patient on his way in finding a constructive solution to his problem as a suicidal tendency arises because of a direct confrontation of ones life style with reality. It is a method of expressing "I can no longer live in this manner". Many studies have shown very clearly that social isolation and lack of proper treatment are very often the cause of an elderly person developing a suicidal tendency. The decisive help for a suicidal person is getting him to break out of his isolation and of strengthening his capability of building up social relationships.

Keywords: Tendency to suicide, suppositions, relationship capability, isolation

1. Einführung

Der Begriff „Todeswunsch“ ist missverständlich. Vor allem bei alten Menschen kann es vorkommen, dass aufgrund eines langen, erfüllten Lebens und der altersbedingten Gebrechen und Einschränkungen Bemerkungen fallen wie „es wäre mir auch gleich zu sterben“. Sie würden aber niemals Hand an sich legen und denken auch nicht ernsthaft an einen unnatürlich herbeigeführten Tod.

Der Begriff Suizid (sui caedere = sich selbst töten) und die davon abgeleitete Suizidalität dagegen beinhalten einen Gemütszustand, in dem Gefahr besteht, dass der betroffene Mensch sich selbst etwas antut, was möglicherweise zum Tode führt.

Jeder Mensch möchte aber leben. Der Psychiater oder Psychologe ist hier gefordert herauszuarbeiten, welche Züge im individuellen Seelenleben einen Menschen dazu bewegen, Lebensprobleme nicht mutig und mit Unterstützung anderer zu bewältigen, sondern sich stattdessen Gedanken über eine Selbsttötung zu machen. Seine Aufgabe ist es, dem Suizidenten auf den Weg einer konstruktiven Problemlösung zu helfen.

2. Suizidalität und die menschliche Entwicklung

Durch die moderne Anthropologie, Biologie, Psychologie und Soziologie ist gut belegt, dass der Mensch mit einer hochdifferenzierten Disposition zur sozialen Lebensweise auf die Welt kommt. In einer vertrauten Wechselbeziehung zur Mutter, zum Vater, Geschwistern, Grosseltern und weiteren Beziehungspersonen kann er in „lernendem Reifen und reifendem Lernen“ (PORTMANN) zur eigenständigen, beziehungsfähigen Persönlichkeit heranwachsen.

Er ist also von Beginn an auf die Verbindung mit dem Du angelegt und kein per se autonomes (im Sinn von solitär) Einzelwesen.

Diese natürliche Verbundenheit bedeutet aber nichts anderes als die innere Ausrichtung des Menschen auf den anderen und die volle Entfaltung seiner Persönlichkeit mit und durch soziale Kooperation. Diese Kooperation muss schon beim Kind in der zwischenmenschlichen Wechselbeziehung aufgegriffen, gefördert und ausgeformt werden, wobei dieses mit seinem Temperament und seiner Eigenaktivität mitgestaltet.

Nur in und durch die zwischenmenschlichen Beziehungen kann der Mensch eigenständig und frei werden und sein. Zur Selbstständigkeit gehört, soziale Verantwortung zu übernehmen, Mitgefühl zu entwickeln, genauso wie Hilfe als Teil des Lebens annehmen zu können. Der gelungene Prozess der Persönlichkeits- oder Charakterentwicklung gründet auf dem in den ersten Beziehungen erworbenen „Urvertrauen“, das es dem Menschen ermöglicht, später in schwierigsten Lebenslagen auf mitmenschliche Hilfe zu hoffen und diese auch aktiv zu suchen und in Anspruch zu nehmen. Ein solcher Mensch wird seinen Wert und seine Würde auch nicht durch das Annehmen von Hilfe in Frage gestellt sehen.

Es ist ein natürliches Bedürfnis des Menschen, leben zu wollen. In diesem Sinne ist der Wunsch eines Menschen, seinem Leben ein Ende zu setzen, immer ein pathologischer Zustand, der entsteht, wenn eine äußere Lebenssituation (Verlust, Trennung, finanzielle Problematik, politische Drucksituation, seelische Kränkung, aber auch Prüfungsangst, Angst vor Bewältigung einer Arbeit o.ä.) einem Menschen mit seiner „inneren Ausrüstung“ nicht bewältigbar erscheint.

3. Psychologische Voraussetzungen des Suizids

Ich möchte Ihnen nun aus individualpsychologischer Sicht die Entstehung der Suizidalität kurz erklären:

Erwin RINGEL unterscheidet zwischen An-

lass und Ursache des Suizids: „Sicherlich haben nämlich die äußeren Umstände, die sich erfassen lassen, zwar Einfluss auf den Selbstmord, im Grunde aber sind sie nicht imstande, zu erklären, wie es zu Selbstmord kam. Sie sind wichtige auslösende Faktoren (...). Der Selbstmord ist aber letztlich nur durch die menschliche Persönlichkeit zu erklären.“¹

Viktor FRANKL antwortet auf die Frage: „Was aber ist Selbstmord? Ein Nein auf die Sinnfrage.“ und führt aus, dass diese Frage nicht lauten kann: „Was habe ich vom Leben noch zu erwarten? – sondern nur lauten darf: was erwartet das Leben von mir?“²

Alfred ADLER legte als Maßstab für die seelische Gesundheit das Gemeinschaftsgefühl zugrunde. Dieses zeigt sich darin, wie ein Mensch seine Aufgaben in den Bereichen Arbeit, Gemeinschaft und Liebe bewältigt. Warum erwähne ich das?

Weil es auch in der Frage der Suizidalität entscheidend ist, wie ein Mensch mit seinem individuellen Charakter an diese drei Lebensfragen herangeht – insbesondere bei auftretenden Schwierigkeiten. Wenn es durch irgendeine Konstellation in der Familie und im gesamten Erziehungsprozess nicht gelingt, dass sich Aktivität, Ziel- und Sinnsetzung eines Menschen konstruktiv auf das Wohl der Mitmenschen ausrichtet, dann kann dieser Mensch das Gefühl haben, dass das Leben eine „schwierige und gefährvolle Sache (sei), die wenig günstige Gelegenheiten und viele Misserfolge bereit hält. Man könnte über sein eingeschränktes Betätigungsfeld das Motto setzen: „Leben heißt, mich selbst vor Verletzungen zu schützen, mich einzukapseln, heil davon zu kommen.““³ Dazu entwickelt er zahlreiche Schutz- und Abwehrmechanismen.

Z.B. kann sich ein Mensch das Lebensziel setzen, immer perfekt sein zu wollen. Dabei kommt er mit dem Gemeinschaftsgefühl, d.h. mit der gleichwertigen Kooperation mit dem anderen und dem Handeln für das Gemeinwohl immer wieder in Widerspruch.

So kann z.B. ein erfolgreicher Manager bei

der Bevorzugung eines anderen bei einer Beförderung sich zurückgesetzt fühlen und suizidal werden. Oder ein alter Mensch, der wegen einer Krankheit nicht mehr so leistungsfähig ist wie vorher, hat gemäß seinem Charakter, perfekt sein zu wollen und zu können, dass Gefühl, seinen Wert zu verlieren. So gab ein älterer Herr mit leichtem Parkinsonismus alle Aufgaben, die er in der Gemeinde jahrzehntelang inne hatte, auf, obwohl er sich noch lange nützlich hätte betätigen können und ein hochangesehener Mitbürger war. Der Grund war seine Angst, die Leute könnten darüber reden, dass er seine Aufgaben nicht mehr richtig erfülle. Diese Angst war ausschließlich die Folge seiner Fiktion, alles perfekt machen zu müssen, um geschätzt zu sein. Er wies also alle Anfragen, sich hilfreich zu betätigen, vehement zurück, beschloss zu sterben und zog sich aus dem sozialen Leben und den Beziehungen aktiv zurück. Er plante noch perfekt seinen 80. Geburtstag und seine goldene Hochzeit und erlag 3 Monate später einer Lungenentzündung.

Wenn man das Innenleben dieses Mannes nicht genauer kennt, würde man diesen Vorgang nicht als Suizid werten. Psychologisch gesehen war es aber ein aktives Nicht-mehr-leben-Wollen, weil er keine Möglichkeit mehr sah, seinen Lebensplan des Perfektionismus weiterzuführen.

Motiv für einen Suizid kann aber auch die Verhinderung einer vermeintlichen Herabsetzung sein, z.B. durch eine verschmähte Liebe. Der im Selbstwertgefühl geschwächte Suizident erhebt sich in der Vorstellung, wie die Angebetete und seine Angehörigen um ihn trauern und sich Vorwürfe machen und wegen ihrer ungerichten Haltung ihm gegenüber grämen.

Der Suizid entsteht aus der Konfrontation eines Lebensstils mit der Realität. Einen natürlichen Todeswunsch oder auch den von Freud postulierten Todestrieb gibt es nicht. Die individualpsychologische Betrachtungsweise erklärt, wie sich aus einer Irritation im Charakter des einzelnen eine Tendenz zum Suizid entwickeln

kann, die bei Zusammentreffen verschiedener ungünstiger Faktoren schließlich das Blickfeld des Betroffenen immer weiter einengt – wie es RINGEL mit dem präsuizidalen Syndrom beschreibt – und letztlich über die Suizidphantasie zur Tat des Suizidversuchs führt.

4. Suizidalität ist heilbar

Suizidalität wird also immer durch eine fehlergerichtete Tendenz im Charakter hervorgerufen, auch wenn dies im ersten Moment vielleicht nicht erkennbar ist. Suizidgedanken oder – versuche entspringen nicht einem eigentlichen Todeswunsch, sondern sind Ausdruck eines „So-nicht-mehr-Leben-Wollens“. Dies zeigt sich auch darin, dass bei Nachuntersuchungen von Menschen, die nach einem ernsthaften Suizidversuch gerettet wurden, 85 bis 100% innerhalb der Nachuntersuchungszeit nicht an Suizid verstarben⁴ und die überwiegende Mehrzahl froh über ihre Rettung waren.

In fast allen untersuchten Fällen konnte auch für den Zeitpunkt des Suizidversuches eine psychiatrische Diagnose gestellt werden.⁵ Dies gilt ebenso für alte Menschen und Schwerstkranke, bei denen Suizidversuche nicht wesentlich häufiger vorkommen als in der Allgemeinbevölkerung.⁶ In bis zu 50% der Suizidfälle spielen Alkohol oder Drogen eine Rolle.⁷

70 bis 80% der Betroffenen teilen aber ihre seelische Not mit⁸ und geben uns somit die Möglichkeit, helfend einzugreifen. Adäquate Hilfeleistung fordert von den Betreuern und Begleitern ein genaues Verständnis, warum beim einzelnen der Lebenswille geschwächt ist. Psychische Leiden, insbesondere Depressionen müssen erkannt und adäquat behandelt werden. Schmerzen und andere körperliche Symptome müssen ernst genommen und soweit wie möglich behoben oder gelindert werden. Die Bedeutung äußerer Belastungsfaktoren muss erkannt und im Zusammenhang mit der Persönlichkeit des Gefährdeten richtig eingeschätzt werden.

So kann z.B. der Verlust oder die Einschrän-

kung des Sehvermögens für einen belesenen und politischen interessierten Menschen eine für ihn schwer verwindbare Einbusse seines Geltungsbereichs mit sich bringen. Zunehmende Schwerhörigkeit kann einen Menschen, der nicht zur Last fallen will, isolieren, da er an vielen Gesprächen nicht mehr teilhaben kann, wenn er nicht auf sein Leiden aufmerksam macht. Das Wegsterben von Freunden kann zur Vereinsamung führen und der Tod des Partners kann für einen Menschen plötzlich neue Anforderungen mit sich bringen, denen er sich nicht gewachsen fühlt. Besonders bei Tüchtigen birgt die Einbusse an Leistungsfähigkeit durch Alter oder Krankheit die Gefahr des sich minderwertig und unnützlich Fühlens.

Man muss wissen, dass die heutige gesellschaftliche Entwicklung einen enormen äußeren Druck erzeugen kann, in dem auch Menschen, die ihr Leben sonst durchaus bewältigt hätten, suizidal werden können. Oder wie Alfred ADLER es formuliert hat: „Der Selbstmord ist ein individuelles Problem, welches aber soziale Ursachen und Folgen hat.“⁹

Einer meiner Patienten, ein 50jähriger Mann, der ein versteiftes Knie hat, musste sich bei der Stellensuche anhören, dass er ein Auslaufmodell sei. Die öffentliche Kostendiskussion im Gesundheitswesen legt alten und kranken Menschen geradezu nahe, dass sie finanziell und menschlich eine Belastung für die Allgemeinheit seien. Euthanasie und Beihilfe zum Suizid werden durch die Medien ständig thematisiert und als akzeptabel, wenn nicht gar wünschenswert suggeriert.

Auf höchster Ebene wird aktive Euthanasie im Zusammenhang mit der Kostenfrage diskutiert. So war der berühmte „Euthanasiephilosoph“ Peter SINGER („Ein fünfjähriges Schwein ist mehr Person als ein menschliches Neugeborenes“) am Weltwirtschaftsforum 2000 in Davos zusammen mit Bill CLINTON und anderen Mächtigen zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe „Was ist uns unser Gesundheitswesen wert?“ eingeladen.¹⁰

Eine Gesellschaft, die sich dem Suizidwil-

ligen nicht mehr konsequent und mit allem Einsatz entgegenstellt, verliert ihre Humanität und geht psychologisch gesehen in eine kranke Richtung. Nur die Sicherheit, dass alle Anstrengungen unternommen werden, jedem Menschen, sei er alt, schwach, krank oder verzweifelt, adäquate Hilfe zukommen zu lassen, ermöglicht ein ruhiges und friedliches Zusammenleben aller.

Eine gesellschaftliche Billigung des Suizids wie auch der aktiven Euthanasie würde zu verheerenden psychologischen Folgen in allen Gemütern führen. Eine klare Stellungnahme zu diesen Fragen ist auch gegenüber dem Patienten von äußerster Wichtigkeit. Wenn der Betreuende auch nur im Entferntesten den Suizid als „rationale und gangbare Lösung“ ansieht oder diesen sogar nahe legt, kann er dem Todeswilligen nicht helfen, sondern bestärkt im Gegenteil dessen Suizidwunsch.

Die entscheidende Hilfe für den suizidalen Menschen liegt in der Persönlichkeit des Psychiaters, des Hausarztes, der Krankenschwester und jedes anderen, der sich in einer solchen Situation die Hilfeleistung zur Aufgabe macht. „Wir haben die Pflicht, diese Isolation (des Suizidalen) zu durchbrechen, indem wir eine gute und tragfähige Beziehung zum Gefährdeten aufbauen.“¹¹ sagt Erwin RINGEL. Was heißt das?

Es braucht die Beziehungsfähigkeit und das Einfühlungsvermögen, das Vertrauen des Suizidalen zu erwerben und seine innere Situation zu erfassen. Auf dieser Vertrauensgrundlage geht es darum, mit ihm orientiert an der Realität zu entwickeln, was seine Bedeutung und Aufgabe im Leben ist oder sein kann.

Eine Schülerin reagiert auf ihre Probleme beim Lernen und unter den Gleichaltrigen mit psychosomatischen Beschwerden. Da die Eltern darauf nicht so reagieren, wie sie erhofft, fühlt sie sich gekränkt und missverstanden und steigert sich in die Phantasie, dass diese spätestens nach ihrem Suizid bereuen würden, was sie ihr gegenüber versäumt haben.

Hier geht es darum, zwar die Gefühle der

Schülerin zu verstehen, gleichzeitig aber innerlich nicht auf ihren irritierten Weg einzutreten und ihr eine realistische Einschätzung ihrer Person zu vermitteln. Als sie vor der Autoprüfung wieder Bauchweh bekommt, ermutige ich sie, trotzdem anzutreten und die Beschwerden medizinisch abzuklären. Gleichzeitig weiß sie, dass meine Wertschätzung für sie unabhängig vom Ausgang der Prüfung ist. Gestärkt dadurch, dass sie sich dem Problem gestellt hat, können wir weiter die anstehenden Aufgaben besprechen und adäquat in Angriff nehmen. Jede adäquat gelöste Lebensaufgabe stärkt sie, so dass sie zu einem späteren Zeitpunkt mit meiner Hilfe auch in die Lage kommt, ihre Beziehung zu den Eltern zu reflektieren und zu klären und ihren Wunsch nach Suizid als falschen Lösungsversuch einzuordnen.

Für ältere und kranken Menschen, deren physische Selbstständigkeit abnimmt, besteht die Gefahr, dass sie ein Gefühl der Bedeutungs- und Wertlosigkeit entwickeln und eine Angst, anderen zur Last zu fallen. Diesen Gefühlen können wir entgegenwirken, wenn wir ehrliches Interesse und Freude an ihrer Persönlichkeit empfinden, unabhängig von ihrer noch vorhandenen Leistungsfähigkeit. Im gleichwertigen Umgang erlebt auch der alte kranke Mensch seine Bedeutung als Mitmensch für uns und seine Umgebung.

So empfiehlt ein mir bekannter Leiter eines Alters- und Pflegeheimes den Angehörigen, ihre Betagten nicht vor den Problemen der Familie zu schonen, weil er die Erfahrung gemacht hat, dass es die alten Menschen stärkt, wenn sie mit ihrem Gebet ihren Beitrag zur Unterstützung der Familie leisten können. Pflgende und ärztliche Betreuer können bewusst machen, wo der einzelne z.B. als Großvater, als Partner, als Arbeitskollege, als lebenserfahrener Mensch mit seiner Biographie und seinem Wissen über viele Zeitergebnisse von Bedeutung ist.

So erinnere ich mich an eine Freundin unserer Familie, die in hohem Alter und schwer

krank einmal im Monat zu uns zum Mittagessen kam. Allein durch die Art, wie sie ihre Freude und Dankbarkeit über die Einladung zum Ausdruck brachte, hinterließ sie bei uns einen tiefen Eindruck und wir Kinder freuten uns über jeden Besuch.

Wenn wir uns sicher sind, dass der Mensch seine Bedeutung für seine Mitmenschen nie verliert, dann wird das auch in unserer Haltung spürbar werden. Für den Suizidalen und all unsere anderen Patienten und nicht zuletzt auch für uns selber ist es wichtig, sich der menschlichen Herausforderung zu stellen, gemeinsam konstruktive und menschliche Wege zur Bewältigung der z.T. schwierigen Aufgaben zu entwickeln, die das Leben stellt und – wie Erwin RINGEL sagt: mit all unseren Kräften anwesend zu sein!

5. Anhang: Ergebnisse der internationalen Suizidforschung

Auch ein Zusammenzug der neueren Literatur zum Suizid (ich stütze mich hier v.a. auf eine ausgezeichnete Auswertung der unlängst verstorbenen Cecile ERNST)¹² zeigt, dass so gut wie immer diagnostizierbare psychische Erkrankungen einem Suizid oder Suizidversuch zugrunde liegen:

Als Resultat sog. psychologischer Autopsien (d.h. nachträglicher Diagnosestellung bei Suiziden mittels aller verfügbaren Daten und Interviews bei Verwandten und Hausarzt) ergibt sich regelmäßig, dass 90 bis 95% der Suizidierten zur Zeit ihres Todes an einer diagnostizierbaren psychischen Störung gelitten haben.

Psychiatrische Untersuchungen von Menschen, die nach einem schweren Suizidversuch gerettet wurden, ergaben übereinstimmende Zahlen. In einzelnen Untersuchungen (z.B. SUOMINEN K et. al¹³) ergab sich sogar eine Zahl von 98%. Die meisten der Suizidenten litten unter Depressionen, Suchterkrankungen, Psychosen (Schizophrenien) und Persönlichkeitsstörungen, sehr häufig wurden mehreren Diagnosen gestellt (Komorbidität) (vgl. Abb.1).

Auch in Längsschnittuntersuchungen zeigte sich, dass die späteren Suizidtoten bei der Erstuntersuchung in 75 bis 91% der Fälle bereits eine psychiatrische Diagnose erhalten hatten. Aus den Daten der Kindheit und Jugend wiesen NEELEMANN et al.¹⁴ einen Zusammenhang der Suizide mit männlichem Geschlecht, verzögerter Entwicklung in der Kindheit, Verhaltensstörungen im Jugendalter, charakterliche Impulsivität und Labilität sowie Schulschwierigkeiten nach.

Dieselben Risikofaktoren waren mit geringerer Deutlichkeit auch mit dem Unfalltod verbunden. In der Berliner Altersstudie zeigte sich, dass mit der Intensität und Detailliertheit von Suizidgedanken auch die Häufigkeit von Depressionen und Gedächtnisstörungen linear anstieg. Personen mit lebhaften Suizidvorstellungen erwiesen sich zu fast 100% als depressiv.

Soziale Isolation und mangelnde Behandlung – Wegbereiter der suizidalen Entwicklung

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass vor allem im Alter Vereinsamung, ungenügende palliative Versorgung und mangelnde Behandlung von psychischen Erkrankungen zur Suizidalität führen. HEUFT spricht von der „so-

Psychiatrische Diagnosen bei erfolgten Suiziden	>90%
Häufigkeit affektiver Störungen bei erfolgten Suiziden*	40 – 70%
Häufigkeit von Sucht (Alkohol, Drogen) bei erfolgten Suiziden*	25 – 50%
Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bei erfolgten Suiziden*	30%
Lebenszeitrisiko für Suizid bei Vorliegen einer Major Depression	15%
Lebenszeit-Risiko für Suizid bei Vorliegen einer Schizophrenie	10%
Lebenszeit-Risiko für Suizid bei Vorliegen einer Sucht	5%

Abbildung 1: Suizid und psychiatrische Diagnosen¹⁵; *Komorbidität mit mehreren psychiatrischen Diagnosen ist häufig

ziokulturellen Verletzbarkeit alter Menschen“ und meint „Abwertung im politischen Raum, Säkularisierung, Partnerverlust, Wegsterben des Freundeskreises, Mobilität der Kinder und Enkel oder Kinderlosigkeit, Wohnungswechsel, geringer Bildungsgrad, materielle Perspektivlosigkeit“. ¹⁶ Dies ist, v.a. bei älteren männlichen Witwern gehäuft verbunden mit sozialem Rückzug und erhöhter Suizidalität.

Depressionen nehmen im Alter deutlich zu, werden aber selten erkannt und noch seltener (richtig) behandelt.

BOLUND zeigte den engen Zusammenhang von Suiziden bei Schwerkranken mit mangelnder Schmerzbekämpfung und vor allem mit der Entlassung aus dem Gesundheitssystem. Oft handelte es sich um Patienten, die als aussichtslose Fälle von den Ärzten abgegeben wurden und jegliche Hoffnung verloren hatten. ¹⁷

Suizid durch Ansteckung (Werther-Effekt) und erhöhte Verfügbarkeit

Es gilt als erwiesen, dass die Suizidhäufigkeit durch Vorbildwirkung und erhöhte Publizität in den Medien zunimmt. Häfner konnte zeigen, dass während und 35 Tage nach der Ausstrahlung der Fernsehserie „Tod eines Schülers“ die Häufigkeit von Eisenbahnsuiziden bei 15-19jährigen um 175% (männlich) und 167%(weiblich) zunahm. Gleichzeitig nahmen andere Suizidformen nicht ab. ¹⁸ Andererseits gingen nach 1987 die U-Bahn-Suizide in Wien um 80% zurück, nachdem die Wiener Verkehrsbetriebe mit den Medien die Übereinkunft getroffen hatten, nicht mehr darüber zu berichten. ¹⁹

Die öffentliche Euthanasiedebatte und das medienwirksame Agieren von Sterbehilfeorganisationen wie Exit und Dignitas tragen zum Abbau von natürlicher Abscheu/Ablehnung gegenüber dem Suizid bei. Sie geben Anleitung zum Selbstmord, stellen Hilfsmittel zur Verfügung und üben durch die Bejahung des Suizids als „Lösung“ Druck auf den zweifelnden Suizidalen aus.

So erhöhten sich nach dem Erscheinen des Buches „Final Exit“, in dem zum Suizid durch Ersticken mittels Plastiksack und zur Vergiftung mit Medikamenten angeleitet wird, die Suizide mittels Plastiksack um 31% und die Medikamentenvergiftungen um 5,4% innerhalb eines Jahres. Nach dem medienwirksamen Selbstmord der Schweizer Schriftstellerin Sandra PARETTI vervierfachten sich laut Aussage des damaligen Exit-Vizepräsidenten die Exit-Suizide ²⁰, ähnliches ist nach dem Doppelsuizid des prominenten Basler Ehepaars M. bekannt. ²¹

Politische Vorgänge wie die Zulassung von geplanten Suiziden durch Sterbehilfeorganisationen, welche 2001 im Kanton Zürich gegen den Widerstand aller bedeutenden Fachorganisationen durchgesetzt wurde, können daher den Weg für eine Vermehrung der Suizidrate bereiten.

Es gibt keine Bilanzsuizide

Aus der Tatsache, dass bei Nachuntersuchungen von Menschen, die nach einem ernsthaften Suizidversuch gerettet wurden, 85 bis 100% innerhalb der Nachuntersuchungszeit nicht an Suizid verstarben ²² und die überwiegende Mehrzahl froh waren über ihre Rettung, zeigt sich, dass Suizidalität in den meisten Fällen etwas Instabiles und Vorübergehendes ist. Weitere Suizidversuche erfolgten – wenn überhaupt – in den Jahren nach dem ersten Versuch, dann fällt die Häufigkeit stark ab. Die suizidale Intention besteht in der Regel also nur während einer kurzen Lebensphase.

Bei alten Menschen, die einen Suizidversuch begangen oder vollendet haben, lassen sich ebenso wie bei jüngeren, in 90 bis 95% psychiatrische Diagnosen feststellen, wobei Depressionen im Alter deutlich zunehmen.

Bei schweren Tumorerkrankungen ist das Suizidrisiko – entgegen anders lautender Behauptungen – nur in geringem Maß erhöht. Es besteht auch kein wesentlicher Unterschied zu anderen belastenden chronischen Erkrankungen. Deutlich höher ist das Risiko dage-

gen bei Erkrankungen, die das Gehirn oder Nervensystem betreffen oder alkoholbedingt sind.

Diejenigen Suizide, die bei Tumorkranken vorkommen, sind fast immer Folge schwerer Depressionen, die z.T. reaktiv, z.T. aber auch durch direkte Wirkung von Tumorstoffen auf das Gehirn oder als Nebenwirkung tumorhemmender Medikamente bedingt sind.²³

Es zeigt sich, dass der sog. „rationale“ oder Bilanzsuizid auch statistisch ein unwahrscheinliches Ereignis ist, und weder Alter noch schwere Krankheit einen „normalen“ Grund für einen Suizid darstellt.

Referenzen

1. RINGEL, E., *Der Selbstmord*, Verlag Dieter Klotz, 6. Aufl., Eschborn (1997), S.11
2. FRANKL, V., *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*, R. Piper Verlag, 6. Aufl., München (1996), S.22 ff
3. ADLER, A., *Wozu leben wir?*, Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt a. Main (1987), S.16
4. ERNST, C., *Exposé zu neueren epidemiologischen Studien zum Suizid*, Februar 1999, S.5
5. ebd., S.1
6. ebd., S.6-11
7. HAWTON K., VAN HEERINGEN, K. (Hrsg.), *The International Handbook of Suicide and attempted Suicide*, Wiley& Sons, Chicester (2000). Zit. nach: MICHEL, K., *Der Arzt und der suizidale Patient*, Teil 2, Schweiz Med Forum Nr. 31, 31.Juli 2002, S.732
8. ERNST, C., *Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch*, Hospitalis 64, Nr. 5 (1994), S.212
9. zit. nach: RINGEL, E., *Der Selbstmord*, Verlag Dieter Klotz, 6. Aufl., Eschborn (1997), Vorwort
10. HIPPOKRATISCHE GESELLSCHAFT SCHWEIZ, *Ärzte gegen <Sterbehilfe> in Zürcher Kranken- und Altersheimen*, Neue Zürcher Zeitung, 23./24. Dezember 2000
11. RINGEL, E., *Das Präsuizidale Syndrom*, a.a.O., S. 3
12. ERNST, C., *Exposé zu neueren epidemiologischen Studien zum Suizid*, Februar 1999
13. SUOMINEN K. et al., *Mental disorders and comorbidity in attempted suicide*, Acta Psych Scand 94 (1996): 234-40
14. NEELEMAN J. et al., *Predictors of suicide, accidental death and premature natural death in a general population*, Lancet 351 (1998): 93-97
15. HAWTON K., VAN HEERINGEN, K. (Hrsg.), *The International Handbook of Suicide and attempted Suicide*, Wiley& Sons, Chicester (2000). Zit. nach: MICHEL, K., *Der Arzt und der suizidale Patient*, Teil 2, Schweiz Med Forum Nr. 31, 31.Juli 2002, S.732
16. Zit. nach: TBSING, M., *Alt und lebensmüde*, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel (1992), S.43
17. BOLUND, C., *Suicide and cancer*, J. Psychosoc. Onkol 3 (1985): 17-52
18. HÄFNER, H., *Epidemiologie suizidalen Verhaltens*, DIA-GM 13A (1990): 1251-52
19. ETZERSDORFER E., SONNECK, G., *Suizidprävention durch Beeinflussung von Medienberichten*, CIP-Mediendienst, 30.1.2000
20. KUHN, M., in Radio <Z>, 29.9.1997, *Talk in Z*. Zit. nach: HIPPOKRATISCHE GESELLSCHAFT SCHWEIZ (1999)
21. SCHENKER, T., *Exit-Suizide in Basel*, Dissertation (1999), S.81
22. ERNST, C., *Exposé zu neueren epidemiologischen Studien zum Suizid*, Februar 1999, S.5
23. ebd., S.6-11

IVF: Risiko für Entwicklungsstörungen

US-amerikanische Wissenschaftler haben entdeckt, dass durch IVF gezogene Menschen sechs Mal häufiger an BWS (Beckwith-Wiedemann-Syndrom) einer seltenen Krankheit leiden, bei der es zu übermäßigen Wachstum einzelner Organe oder Körperteile kommt – als Menschen, die auf natürlichem Weg empfangen wurden. Laut Deutschem Ärzteblatt führt die IVF auch zu erhöhtem Tumorrisiko, wie Wilms-Tumor, Hepatoblastom, Neuroblastom und anderen Krebskrankungen des Kindesalters.

Einige Forscher meinen, dass BWS auf eine Störung des „genetischen Imprinting“ zurückzuführen ist. Das „genetische Imprinting“ führt normalerweise dazu, dass von den beiden Genen, welche das Kind von der Mutter und dem Vater erbt, nur eines abgelesen wird. Damit das andere nicht „benutzt“ wird, muss es durch biochemische Markierungen auf der DNA inaktiviert werden. Wenn diese Markierungen fehlen oder verloren gehen, werden beide Gene abgelesen. Dies könnte eine Erklärung für die Symptome der BWS, aber auch des erhöhten Krebsrisikos sein.

Am.J.Hum.Genet., Vol.72, Jänner 2003

Embryonale Stammzellen: Verurteilung der Forschung

Der frühere US Gesundheitssprecher C. Everett KOOP unterstützt in der Ausgabe vom 14. November 2002 von *The New England Journal of Medicine* fünf andere Bioethiker gegen das therapeutische Klonen. Diese kritisierten utilitaristische Argumente für die Zerstörung von Embryonen.

„Die Bildung einer öffentlichen Meinung, die zwar das Ansehen des wissenschaftlichen Potentials achtet, jedoch den grundlegenden ethischen Überlegungen nicht genügend Gewicht verleiht, ist zutiefst beunruhigend. Dem Versuch, der Zerstörung

von Embryonen simpel das Gute gegenüberzustellen, das sie bewirken kann, ist erniedrigend.“

Wissenschaft soll nicht aufgehalten werden, sondern muss sich weiterentwickeln, aber sie muss ethisch vorgehen. „Unsere Gesellschaft darf nicht grundlegende, ethische Überlegungen einem wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritt unterordnen, schließlich werden wir alle von unserer technologischen Tüchtigkeit beherrscht.“

NEJM, 14. November 2002

Gesellschaft: 200 Millionen Dollar für 3. Welt

Microsoft-Gründer Bill GATES wird mit einem 200 Mio.-Dollar-Projekt gegen die häufigsten Krankheiten der Dritten Welt kämpfen. „Von den 1500 neuen Medikamenten, die in den vergangenen 25 Jahren entwickelt wurden, waren nur 20 für spezifische Erkrankungen in den Ländern der Dritten Welt gedacht“, so GATES. Im wesentlichen seien die Krankheiten der reichen Welt mit den vorhandenen Medikamenten leicht zu bekämpfen, während hingegen Krankheiten in den Entwicklungsländern immer noch zum Großteil unerforscht sind.

GATES will mit seiner Stiftung die Forschergemeinde dazu auffordern, gegen die tödlichen Krankheiten anzukämpfen. Zu den konkreten Projekten der GATES-Stiftung zählen unter anderem die Blockaden der Reaktivierung der Tuberkulose-Erreger so wie ein innovativer Schutz vor Durchfalls- und Atemwegserkrankungen bei Kindern.

New York Times, 27. Jänner 2003

Rauchen: Verbot in Bhutan

Als erstes Land der Welt will das Himalaya-Königreich Bhutan den Verkauf von Zigaretten verbieten. Der Gesundheitsminister des 800.000 Einwohner Staates, Sangay

NGEDUP, plant, das Rauchen in der Öffentlichkeit und in den öffentlichen Gebäuden zu verbieten. Es gibt nach Angaben des Gesundheitsministers einige wichtige Persönlichkeiten in der Geschichte des Landes, die das Rauchen von Opium streng abgelehnt haben.

Ein Grund für die scharfen Anti-Rauchgesetze ist die Tatsache, dass immer mehr junge Bhutanesen zur Zigarette greifen. Da in Bhutan kein Tabak wächst, müssen alle Produkte importiert werden.

Presstext, 21. Jänner 2003

Klonen: Liberales Gesetz in Belgien

Der belgische Senat stimmte im Dezember 2002 mit 39 zu 17 Stimmen für verbrauchende Forschung an menschlichen Embryonen. Der Gesetzesentwurf erlaubt Klonen auch für therapeutische Zwecke und das „Herstellen“ menschlicher Embryonen für Forschungszwecke, wenn keine Embryonen aus „Fruchtbarkeitsbehandlungen“ vorhanden sind. Damit ginge das Gesetz weiter als alle bisher in Kraft getretenen Regelungen.

In Belgien kommt es in jüngster Zeit zu immer mehr „ethischen Dammbrüchen“. Anfang 2002 wurde ein Euthanasiegesetz verabschiedet, im Jahr zuvor der Besitz von Cannabis entkriminalisiert.

Kathnet, 11. Dezember 2002

Pharma: Interessenskonflikt

Der Finanzskandal in einer führenden amerikanischen Biotech-Firma heizt neuerlich die Diskussion über die Interessenskonflikte zwischen Wissenschaft und Entwicklung neuer Medikamente an. Im Vorjahr wurde der Präsident von ImClone, einer Firma mit einem viel versprechendem Anti-Krebs Medikament, von den Gerichten der Food and Drugs Administration (FDA) wegen Marktbetuges

verurteilt, nachdem ein stark beworbenes, neues Mittel versagte.

Interessenskonflikte seien ein ständiges Problem, so einige Forscher. Eine kürzlich durchgeführte Untersuchung der Association of American Medical Colleges (AAMC) besagt, dass für jede wissenschaftliche Erstveröffentlichung mit einem „Star“-Wissenschaftler die Firmen eine Million Dollar beisteuern.

Statt Interessenskonflikte mit Bann zu belegen, empfiehlt AAMC, dass Wissenschaftler und ihre Institute sicherstellen, dass ihre Finanzinteressen offen gelegt werden und dass sie unter die Aufsicht eines entsprechenden Komitees gestellt werden. Wissenschaftler, die klar mit einer Firma in Zusammenhang gebracht werden, können sich entweder beurlauben lassen oder eine Teilzeitarbeit annehmen, so dass auf diese Weise eine klare Trennung zwischen ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit und ihrer Firmenrolle entsteht.

The Scientist, 9. Dezember 2002

Stammzellen: Exklusivrechte

Eine kleine Biotech-Firma in Ohio erhielt Exklusivrechte im Zusammenhang mit den vielseitigen Knochenmarkstammzellen, die von der Forscherin Catherine VERFAILLIE von der University of Minnesota entdeckt wurden. Anfang 2002 wurde ihre Entdeckung als eine Alternative zu embryonalen Stammzellen begrüßt. Athersys Inc., von Cleveland in Ohio hat keine frühere Erfahrung in der Stammzellenforschung.

New York Times, 11. Dezember 2002

Rauchen: Verbot in Tokio

In vielen Staaten ist das Rauchen in Restaurants oder anderen Gebäuden verboten. Tokio hingegen verbietet den Zigarettenkonsum auf bestimmten Straßen. Bodenmarkierungen auf Bürgersteigen weisen darauf hin, wo Zigaretten nicht mehr strafrei angezündet werden dürfen. Polizisten kassieren seit dem 1. November 2002 Strafmandate für Raucher. 20 Dollar kostet das illegale Rauchen auf den Straßen Tokios. In den ersten zwei Wochen wurden täglich rund 35 Strafen verhängt. Vor allem möchte die Stadtbehörde gegen jene Raucher einschreiten, die sofort nach dem Verlassen der U-Bahn-Stationen ihre Zigarette anzünden. Außerdem soll die Stadt frei von den weggeworfenen Zigarettenkippen werden.

Fast die Hälfte der männlichen Japaner raucht eine Schachtel Zigaretten pro Tag. Damit ist Japan Weltspitze unter den Industrieländern. Im Gegensatz dazu zählen Japans Frauen zu den Gesundesten – nur 14% der japanischen Frauen greifen zur Zigarette.

Presstext, 29. November 2002

Pränataldiagnostik: Kein Druck auf Frauen

Das Europäische Parlament hat am Donnerstag, dem 23. Oktober 2002 den „Bericht über die Mitteilung der Kommission zu Biowissenschaften und Biotechnologie – Eine Strategie für Europa“ von Elisa Maria DAMIÃO angenommen. In dem Bericht wird

gefordert, dass keine Frau gezwungen wird, einen Pränataldiagnosetest durchführen zu lassen und dass die Entscheidung einer Frau, auf einen solchen Test zu verzichten, respektiert und unterstützt werden muss. Leider ist es häufig der Fall, dass im Bereich der vorgeburtlichen Diagnostik Druck auf Frauen ausgeübt wird. Zum Teil weisen Ärzte und auch die private Umgebung aus Gründen des Haftungsrechts nachdrücklich auf die Notwendigkeit eines solchen Tests hin. Doch viele Frauen lehnen einen solchen Test bewusst ab, da ja keine vorgeburtliche Heilung des Kindes möglich ist und sie eine Abtreibung von vornherein ablehnen.

Kathnet, 22. November 2002

Klonen: Mehrheit im Bundestag dagegen

Der deutsche Bundestag hat sich am 20. Februar gegen den biopolitischen Kurs von Bundeskanzler SCHRÖDER gestellt und die Regierung aufgefordert, gemeinsam mit Frankreich, Spanien und den Vereinigten Staaten für ein weltweites Verbot aller Formen des Klonens von Menschen einzutreten. In dem Beschluss heißt es, jede künstliche Erzeugung menschlicher Embryonen durch Klonen sei, unabhängig von Mittel und Zweck, unvereinbar mit der universell gültigen Menschenwürde. Damit erzwingt das Parlament einen Richtungswechsel der Regierung bei den UN-Verhandlungen über eine Konvention gegen das Klonen (wir berichteten im IMAGO HOMINIS 4/02).

FAZ, 21. Februar 2003

RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch
9. Jahrgang Heft 4, 2002
Ferdinand KERSCHNER, Bernhard RASCHAUER: Editorial
Beiträge:
Christian BAUMGARTNER: Immissionsgrenzwerte im Anlagengenehmigungsverfahren;
Günter TIESS, Harald ROSSMANN, Reinfried PILGRAM: Besondere Bedeutung des Vorsorgeprinzips bei der Gewinnung mineralischer Baurohstoffe (2. Teil).

RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch
9. Jahrgang Heft 6, 2002
Wolfgang MAZAL: Editorial
Beiträge:
Robert GMEINER, Ulrich H.J. KÖRTNER: Die Bioethikkommission im Bundeskanzleramt – Aufgaben, Arbeitsweise, Bedeutung;
Peter STEINER: Zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Forschung an Humansubstanzen.

ACTA PHILOSOPHICA. Rom, Italien.
Quartalzeitschrift in Italienisch
Vol.11 (2002), fasc. 2 Luglio/Dicembre
Studi:

G.E.M. ANSCOMBE: Causalità e determinazione;
Stephen L. BROCK: Can Atheism be Rational? A Reading of Thomas Aquinas;
Rafael MARTÍNEZ: The Dynamic Image of Physical Action. Contribution of the Special Theory of Relativity to the Epistemological and Metaphysical Reflection on Cause and Time;
Juan Andrés MERCADO: David HUME: la soluzione scettica allo scetticismo;
Franco VOLPI: È ancora possibile un'etica? HEIDEGGER e la "filosofia pratica";
Note e commenti:
Giorgio FARO: Il dualismo kantiano e gli atti supererogatori (eroici): un rapporto ostico.

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.
Band 14, Heft 4, 2002
Editorial: G. BOCKENHEIMER-LUCIUS:

Nachwuchsförderung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.;

Originalarbeiten:

S. SCHICKTANZ: Medizinethische Probleme der Xenotransplantation;
F. WÖLK: Zwischen ethischer Beratung und rechtlicher Kontrolle – Aufgaben- und Funktionswandel der Ethikkommissionen in der medizinischen Forschung am Menschen;
J. VOLLMANN: Ärztliche Beihilfe zum Suizid bei AIDS-Patienten in den USA. Eine qualitative Interview-Studie über professionelle Ethik und Praxis im Wandel;
Fall und Kommentare:
D. SAYNISCH: Zur Frage ethischer Pflichten des Hausarztes bei Behandlungsverweigerung. Stellungnahme zur Fallbesprechung;
Informationen:

A. SIMON, S.E. GEIßENDÖRFER: Expertengespräch „Regelungsbedarf der passiven Sterbehilfe“;
G. RICHTER: Doktorandenkolloquium „Ethik in der Medizin“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.;
Tagungsbericht:
M. KETTNER, A. MAY: Ethik-Komitees in Kliniken – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.
2002/6

Editoriale: L'aborto medico ed i suoi problemi;

M.L. DI PIETRO, A. MANCINI, A.G. SPAGNOLO: La consulenza etica nella sterilità di coppia;

I. CARRASCO DE PAULA: Etica e Salute: due quesiti, due compiti;

M.L. DI PIETRO, M. CASINI: Il mifepristone;
C.V. BELLINI: Il dolore del feto.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
10. Jahrgang Heft 4, 2002
Leitartikel:

H.-J. WERNER: „Die verschüttete Bahn“.
Martin BUBERS ethische Beurteilung des jüdisch-arabischen Verhältnisses;
J. RÖMELT: Instrumentalisierung menschlichen Lebens? Medizinische

Ziele und ethische Probleme;
Ch. LÜTGE: Kritisch-rationalistische Ethik. Karl POPPER und Hans ALBERT;
Diskussionsforum:
H. SCHLÖGEL: Zum Menschenwürdeargument in der Theologischen Ethik;
Aus Wissenschaft und Forschung:
M. HEIMBACH-STEINS: Konrad HILPERT: Menschenrechte und Theologie.

PERSONA Y BIOÉTICA

Universidad de la Sabana
Trimestrale Zeitschrift in Spanisch
Volume 6 No. 16, 2002

María Helena RESTREPO R.: Editorial;
Gloria María TOMÁS y GARRIDO: La toma de decisiones en los dilemas bioéticos;
Pedro José SARMIENTO M.: Las técnicas de reproducción asistida 25 años después;

Gilberto A. GAMBOA BERNAL: La bioingeniería y la biotecnología: un reto para dos gigantes en gestación;
Jorge Hernández ARRIAGA: Fundamentación y pragmatismo de la bioética. Realmente se justifica como otra disciplina?;

Nubia POSADA GONZÁLEZ: Investigaciones sobre el genoma humano, según los artículos 10 a 12 de la declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos;
Gloria María TOMÁS y GARRIDO: Un análisis de la vida humana en el cine.

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY.

Dordrecht/ Boston/ London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Vol 27 No.6, December 2002

L. RASMUSSEN, A. SMITH ILTIS: Introduction;
M. QUANTE, A. VIETH: Defending Principlism Well Understood;

B. HOFMANN: On the Triad Disease, Illness and Sickness;

R. FAN: Reconstructionist Confucianism and Health Care: An Asian Moral Account of Health Care Resource Allocation;

M. J. CHERRY: The Search for a Global Bioethics: Fraudulent Claims and False Promises;

A. SMITH ILTIS: A New Moral Agent: The Patient Advocate.

SUIZIDALITÄT IM ALTER: INDIVIDUELLES SCHICKSAL UND SOZIALES PHÄNOMEN

Martina HIRZEL-WILLE

Verlag Peter Lang, Bern 2002

235 Seiten

ISBN 3-906767-83-3

Es handelt sich um eine vergleichende Literaturstudie (mit über 350 Referenzen) zur Frage des Suizids im Allgemeinen wie des Alterssuizids im Besonderen, für welche die Autorin den Vontobelpreis für herausragende gerontologische Arbeiten erhalten hat.

„Mit dem quantitativen Zuwachs der betagten und hochbetagten Menschen in der Bevölkerung werden Altersfragen zu dringenden Anliegen unserer Gesellschaft, so auch die Probleme um Suizid und selbstschädigende Verhaltensweisen alter Menschen. Ungeachtet dessen finden aber Alterssuizide weder in der Öffentlichkeit noch in der wissenschaftlichen Forschung genügend Beachtung. Denn, im Gegensatz zu jüngeren Altersstufen, scheint der Alterssuizid am ehesten nachvollziehbar, wird am gelassensten hingenommen und am häufigsten gerechtfertigt.“ Dieser Tatbestand bildet, mit den Worten von HIRZEL-WILLE, das Rationale der vorliegenden Studie.

Die Lebensphase Alter (jenseits des 65. Lebensjahres) steht im Spannungsfeld von Bewältigung, die Alter zur Vollendung des Lebens werden lässt, und Verzweiflung, die Alter als Zerstörung des Lebens sieht. Die Frage Bewältigung oder Verzweiflung ist in erster Linie eine zutiefst persönliche, in zweiter Linie aber von einer Vielzahl von Umständen abhängig.

Der Autorin gelingt es, diese Vielschichtigkeit deutlich zu machen, aber auch die fließenden Übergänge aufzuzeigen, welche den Alterssuizid in den Augen der Betroffenen zuweilen als positive Strategie der Bewältigung, der Befreiung oder der Mitwirkung an einem

unabänderlichem Geschick erscheinen lässt.

Entsprechend dieser ethischen Ambivalenz wurde der Alterssuizid sowohl von Heiden als auch von Heiligen im Laufe der Geschichte abwechselnd gebilligt (SENECA, MONTESQUIEU, Altes Testament), ja befürwortet (MONTAIGNE, Thomas MORUS) oder verurteilt (PLATON, ARISTOTELES, AUGUSTINUS, THOMAS v. Aquin). Mit dem Aufkommen von Wissenschaft (Psychologie) und Moderne wird der Suizid generell als eine die Willensfreiheit bedrohende Erkrankung gesehen und als Herausforderung an Medizin und Psychotherapie diese zu behandeln.

Die Autorin gibt in ihrer Studie keine Behandlungskonzepte und enthält sich auch eines ethischen Urteils, ob der Suizid verwerflich sei oder nicht. Sie sieht aber den Alterssuizid als ein Skandalon unserer Gesellschaft und will zeigen, wo die Probleme liegen, die alte Menschen dazu bringen, ihr Leben von eigener Hand beenden zu wollen.

Ein eigenes Kapitel ist der Epidemiologie gewidmet, welche mit Schwierigkeiten bei der Datenerfassung und einer hohen Dunkelziffer konfrontiert ist. Die Zahl der Selbsttötungen steigt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter kontinuierlich an und gleichzeitig nimmt die Zahl der Suizidversuche ab. In höherem Alter sind vor allem alleinstehende Männer betroffen. In Pflegeheimen dominiert der larvierte Suizid als Folge eines indirekten auto-destruktiven Verhaltens.

Das Hauptkapitel des Buches (110 Seiten) befasst sich mit den psychologischen Merkmalen des Alters und den sozialen Umständen, die suizidales Verhalten fördern. In Anbetracht der stark unterschiedlichen Persönlichkeiten alter Menschen können sehr verschiedene Motive für den Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, ausschlaggebend sein. Vorherrschend ist weniger die Angst vor Sterben und Tod als vielmehr vor quälenden und einschränkenden Lebensumständen und das

Gefühl, verlassen zu werden. Es gibt drei Gruppen von Risikofaktoren für den Alterssuizid: Psychische Faktoren (depressive und demenzielle Krankheitsbilder), körperliche Erkrankungen (vor allem chronischer und schmerzhafter Natur) und/oder mangelnde soziale Stützen (Einsamkeit, familiäre Konflikte, abwertende Behandlung). Umgekehrt schützen liebevolle Pflege und gute medizinische Betreuung vor suizidalem Verhalten. Nur am Rande erwähnt die Autorin religiöse Haltungen und meint, dass diese sowohl einen Suizid verhindern als auch fördern können (sog. altruistischer Suizid). Relativ ausführlich wird der Konnex von Depression und Suizidalität behandelt. Depressive Syndrome gehen in 70% der Fälle dem Suizid voran, wobei sich diese auf körperliche Gebrechen und Verlusterlebnisse aufpfropfen und häufig larviert erscheinen können. Nur ein Teil der Depressiven sucht aber tatsächlich den Suizid. Für diesen Teil ist eine tiefe Hoffnungslosigkeit kennzeichnend. Männer stellen gegenüber Frauen ihre Hoffnungslosigkeit seltener zur Schau. Ihre Entscheidung zur Selbsttötung erscheint deshalb häufiger wie rational überlegt (sog. Bilanzsuizid). Besonders gefährdet sind Personen mit einer beginnenden, noch urteilsfähigen Demenz oder einer sich aufhellenden Depression.

Zusammenfassend lässt sich kritisch anmerken, dass es wohl viele Motive zum Suizid geben mag, die Ausführung der Tat aber niemals zwangsläufig ist. Nur ein Teil der Depressiven, der von Schmerzen geplagten oder der Vereinsamen legt tatsächlich Hand an sich. Wäre es nicht angebracht – so muss man die Autorin fragen, die freilich nur vorhandene Literatur zu Rate zog – die Frage umgekehrt zu stellen: Warum verzichtet ein Großteil der vom Schicksal Geprüften auf einen Suizid? Ist es bloße Feigheit, fehlende Gelegenheit oder haben diese Menschen auch im äußersten Leid noch einen tieferen Grund ihr Leben zu schonen? Solche Zeugnisse würden nicht nur den Suizid in einem anderen Licht

erscheinen lassen, sondern könnten Therapeuten und Helfern Worte und Anregungen in die Hand geben, die den Hoffnungslosen vielleicht doch noch Hoffnung bieten.

Der Bedarf nach solchen Studien wäre umso dringender, je toleranter die Gesellschaft dem Alterssuizid gegenübersteht und je freimütiger sie, z.B. in der sog. Freitodaufklärung, ihn sogar fördert. Ziel einer humanen Gesellschaftspraxis muss es sein, denen, die keine Hoffnung haben, Horizonte der Hoffnung aufzuzeigen und sie erst dann jener Entscheidung zu überlassen, die kein Mensch an ihrer statt treffen kann.

W. RELLA

HIRNTOD, ORGANTRANSPLANTATION UND PFLEGE

Joachim CONRAD, Maria FEUERHACK
Mabuse Verlag, Frankfurt 2002
 224 Seiten
 ISBN 3-933050-96-0

Die vorliegende Arbeit skizziert zunächst die Anfänge der Transplantationsmedizin ab dem 3. Dezember 1967. Es folgt eine detaillierte Darstellung des Hirntodkriteriums nach den Richtlinien der Deutschen Bundesärztekammer. Der anschließende Überblick über den Stand der gegenwärtigen Diskussion bzgl. des Hirntodkriteriums berücksichtigt die teilweise kontroversen Argumentationen der Mediziner, die Haltung der Kirchen und anthropologische Aspekte.

Das Kapitel „Situation der Pflege bei der Betreuung von hirntoten Patienten“ fokussiert die Kernproblematik. Im Weiteren werden Perspektiven entwickelt, diese Probleme bereits während der Pflegeausbildung bzw. Pflegeweiterbildung zu thematisieren, indem u.a. Möglichkeiten curricularer Umsetzungen aufgezeigt werden.

Diese Zusammenfassung auf dem Buchrücken des zu besprechenden Werkes trifft ohne

Einschränkungen den Aufbau und Gehalt des Buches.

Man weiß zunächst nicht, ob sich der Autor der gängigen Auffassung, der Hirntod ist mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen, identifiziert. Fragend heißt es schon in der Einführung: Ist das Leben eines hirntoten Menschen im Interesse eines anderen zu einem Zeitpunkt für beendet zu erklären, der zwar wissenschaftlich-rational begründbar, sinnlich-körperlich jedoch nicht wahrnehmbar ist? Patienten, die dem traditionellen Todesverständnis nicht entsprechen – sie haben warme rosige Haut, scheiden aus, produzieren elektrische Herzströme usw. – werden nach Erfüllung der Hirntodkriterien in diesem Zustand für tot erklärt. Hier drängt sich die Frage auf, ob es in einer Zeit des Cyberspace und der virtuellen Welten, virtueller Gesprächspartner etc. wirklich so schwer ist, eine Situation im Umgang mit Patienten so zu akzeptieren, wie es dem Augenschein *nicht* entspricht?

Das Anliegen des Buches und der Arbeit des Autors ist:

- * Ein Bewusstsein für die Problematik des derzeit gültigen Hirntodkriteriums als Tod des Menschen zu schaffen.

- * Belastungen und Konflikte der an der Pflege und Organentnahme beteiligten Pflegenden aufzudecken und zu verdeutlichen.

- * Lösungswege zur Reduktion von bzw. zum Umgang mit Belastungsfaktoren vorzustellen.

- * Anforderungen an Ausbildungskonzepte zu formulieren, die die Thematik Hirntod – Organtransplantation – Pflege berücksichtigen.

- * Eine Auseinandersetzung über eine Pflegeethik anzuregen.

Die historische Zusammenfassung im Kapitel „Entwicklung der Transplantationsmedizin“ ist prägnant und gut belegt. Dies trifft auch für das darauffolgende Kapitel „Das Hirntodkriterium“ zu. Überhaupt gewinnt man den Eindruck, dass der Autor die wesentlichen Meinungen zu Wort kommen lässt ohne in diesen Abschnitten langatmig zu werden.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht

jedoch die pflegerische Praxis und der Einfluss auf die an der Transplantationsmedizin beteiligten Pflegenden. Im gewissen Sinn sei es makaber, die Vitalfunktionen eines Toten zu kontrollieren.

Hierzu wäre zu bemerken, dass ja auch die würdevolle Versorgung eines Leichnams zu den Aufgaben eines Pflegenden gehört. Vielleicht besteht gerade darin ein wesentlicher Beitrag, die Belastungen im Umgang mit den Patienten an der Grenze zum Tod oder auf dem Weg zum Tod im Sinne einer Trauerarbeit zu bewältigen. Warum soll es so abwegig sein – und das ist sicher nicht sarkastisch gemeint – einem hirntoten Patienten die letzte Ehre zu erweisen.

Im Kapitel Nummer 6 – hier wäre vielleicht noch anzumerken, dass die Nummerierung der Kapitel im Inhaltsverzeichnis nicht mit der im Text übereinstimmt – wird unterteilt in Ethik, Theorie und Praxis ein Überblick über die derzeitigen theoretischen Grundlagen der Pflegeproblematik gegeben. Die Problematik der Rolle der Pflegenden bei der Spender-Konditionierung sei von zwei diametralen Perspektiven gekennzeichnet:

1. Das Hirntodkriterium wird akzeptiert und mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt. Das führt zu der provokanten These: Mit dem Tod des Patienten endet auch die Pflege.

2. Das Hirntodkonzept wird *nicht* akzeptiert. Der Patient ist ein sterbender Mensch und somit ein noch lebender.

Im Kapitel 7 präsentieren die Autoren ihre Forschungsergebnisse, die auf empirisch gewonnenen Daten beruhen. Die Autorin bedient sich dazu eines qualitativen Ansatzes (12 Pflegenden, 1 Medizinstudent; 25-47 Jahre alt; 2-17 Berufsjahre), der Autor eines quantitativen – (123 Pflegenden, Datensammlung mittels Fragebogen; 22-60 Jahre alt, median 32; median 7 Jahre auf der Abteilung). Es werden 4 Forschungskomplexe dargestellt (Hirntodkonzept, Pro und Kontra Organentnahme, Pflege von Hirntoten, Auswirkungen und Konsequenzen des Hirntodkonzeptes auf Pflegenden).

Die Auswertung der Interviews erbrachte

naturgemäß von der jeweiligen Einstellung des Befragten abhängige Ergebnisse. Für Pflegendе, die der Transplantationsmedizin insgesamt positiv gegenüberstehen unterscheidet sich die Arbeit mit dieser Patientengruppe nicht von der mit anderen Patienten auf der Intensivstation, die im Sterben liegen. Der Gedanke an den Organempfänger erleichtert die Arbeit und gibt ihr Sinn. Pflegendе, die der Transplantationsmedizin skeptisch gegenüberstehen, geraten durch ihre Arbeit in Konflikte: persönliches Empfinden, dazu kommen Belastungen aufgrund der mangelnden Würde und des mangelnden Respekts vor dem Sterben, hoher Zeitaufwand zu Lasten anderer Patienten, Betreuung von Angehörigen.

Es bleibt die Frage offen, ob die Meinung einer Mehrheit zur Beantwortung dieser Fragen überhaupt relevant ist. Wie steht es mit der Bildung der Befragten bezüglich ethischer und moralischer Grundlagen von medizinischen Berufen im Allgemeinen und des Pflegeberufes im Besonderen?

Im Fazit bekritteln die Autoren, dass mit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes die bestehende Praxis der Transplantationsmedizin legalisiert und die eigentliche Problematik –die Vorverlagerung des Todeszeitpunktes – nicht weiter thematisiert werden müsse. Ist es aber nicht vielmehr so, dass der Todeszeitpunkt als Zeitpunkt des Hirntodes genauer festgelegt wurde, also präzisiert und nicht verlagert?

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass in diesem Buch auf die Probleme der Pflegenden bei der Betreuung von Spenderpatienten hingewiesen wird. Die Frage, ob es Dinge im Leben gibt, die real anders sind als es den Augenschein hat, ist aber natürlich mit ja zu beantworten. Das Argument, etwas, was nicht sinnhaft erfahrbar ist, kann nicht so sein, ist nicht stichhaltig. Allerdings muss man sich, um eine Antwort zu finden, auf die übernatürliche Ebene begeben. Zweifellos ist dafür auf eine verstärkte Bemühung um eine bessere Ausbildung auf diesem Gebiet nicht nur bei den Pflegenden, sondern vor allem auch bei

den Ärzten zu drängen. Besonders die im Kapitel „Integrierung der Thematik in die Aus-, Fort- und Weiterbildung“ angesprochene Förderung ethisch moralischer Kompetenzen und Anforderungen an moralisch pädagogische Bildungskonzepte wären ein erster wichtiger Schritt zur Verbesserung des Verständnisses der Hirntod Problematik bei den Pflegenden.

CH. SCHWARZ

GRUNDKURS MEDIZIN – ETHIK

Günther PÖLTNER

Facultas Verlag, Wien 2002

340 Seiten

ISBN 3-8252-2177-6

Wer bisher einen fundierten und umfassenden Einstieg in die Medizin-Ethik suchte, hatte es schwer. Er hatte es entweder mit umfangreichen Darstellungen eines bestimmten ethischen Ansatzes zu tun, oder mit Einzel- oder Sammelpublikationen zu bestimmten Fragen. Diese Lücke wird nun durch das vorliegende Taschenbuch geschlossen. Der Autor lehrt Philosophie an der Universität Wien und ist stv. Leiter des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin. Das Buch ist aus Vorlesungen und Seminaren erwachsen und wendet sich laut Vorwort „nicht nur an Studierende der Medizin und der Pflegewissenschaften, sondern an alle, die sich ernsthaft mit medizin-ethischen Fragen befassen wollen.“ Dies ist umso begrüßenswerter, als der enorme naturwissenschaftliche Fortschritt, aber auch gewisse politische Entwicklungen etwa auf dem Gebiet des Lebensschutzes, eine gute Grundlage in der Medizinethik immer unverzichtbarer macht. Vor zwei Versuchungen der Medizin-Ethik wird gewarnt: sie darf weder abstrakte Prinzipien Diskussion, noch Ideologie des Faktischen sein. Sie muss interdisziplinär betrieben werden.

Hilfreich ist, dass zunächst Grundbegriffe der Ethik und ihrer Begründung vermittelt

werden, die ja allen fehlen, die nicht einschlägig philosophisch vorgebildet sind. Die verschiedenen Ansätze ethischer Urteilsbildung werden dargestellt und im Hinblick auf ihre medizin-ethische Relevanz geprüft. Es sind dies der deontologische Ansatz (KANT), utilitaristische Ansätze und die vor allem in den USA einflussreiche Prinzipienethik. Diese Ansätze berücksichtigen jeweils nur Teilaspekte einer umfassenden Handlungsstruktur. PÖLTNER erweist sehr gut nachvollziehbar den aristotelisch-thomistischen Ansatz als für eine Medizin-Ethik besonders geeignet, da nur dieser Ansatz die Struktur Ganzheit einer Handlung (Ziel und Mittel / Absicht / Umstände und Handlungsfolgen) für das Zustandekommen eines moralischen Urteils berücksichtigt. Aufgrund der zentralen Bedeutung der praktischen Überlegung (lat. prudentia) kann zwischen allgemeinen Handlungsregeln und dem konkreten Einzelfall vermittelt und die je angemessene Handlung gewählt werden. Auf dieser Grundlage wird die Medizin-Ethik normativ begründet.

Weiters wird die philosophische Frage nach dem Wesen des Menschen in ihrer zentralen Bedeutung für eine Ethik herausgestellt. Der Mensch ist wesentlich Mitmensch, die Relation zu den anderen wesenskonstitutiv. Der Leib wird aus der Erfahrung des Leib-Seins und des Leib-Habens als Wesensmedium weltoffenen Existierens erwiesen, ohne dualistisch oder monistisch zu denken. Grundlagen zum Krankheitsbegriff, zu Gesundsein und Kranksein im Bezug zum Lebensganzen, werden ebenso geklärt, wie eine Analyse des Arzt-Patienten-Verhältnisses unter besonderer Berücksichtigung der Patientenaufklärung und der Beziehung zwischen Patientenautonomie und einem Ethos der Fürsorge.

Den Hauptteil des Buches bildet dann die systematische Darstellung der wichtigsten für die Medizin-Ethik relevanten Bereiche. Es sind dies: Heilversuch-Humanexperiment-Ethikkommissionen; Prädiktive Medizin; Gentherapie; Embryonenforschung; die Debatte über den

Lebensschutz; Organtransplantation; Sterben und Tod; Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen.

In diesen Kapiteln wird jeweils das nötige Grundlagenwissen vermittelt, sodann die spezifische Problematik und Fragestellung umrissen. Argumente und Gegenargumente verschiedener Vorgangsweisen werden gebracht und in ihren jeweiligen Konsequenzen für den Einzelnen, aber auch für das soziale Umfeld und das Gemeinwohl, differenziert erläutert. Auch die erforderlichen rechtlichen Grundlagen kommen nicht zu kurz. Die grundsätzlich gegebene ethische Bewertung wird auf diese Weise gut nachvollziehbar. Sie nimmt dem Handelnden im Einzelfall die praktische Klugheitsentscheidung nicht ab, sondern befähigt ihn dazu.

Ausführliche Literaturhinweise und ein Glossar runden dieses Taschenbuch ab.

Diese handliche und zugleich umfassende Publikation ist sehr verständlich geschrieben und in ihrem Inhalt umfassend und praxisnahe. Der *Grundkurs Medizin – Ethik* ist aufgrund seiner Übersichtlichkeit auch zum Nachlesen sehr gut geeignet und kann dem einschlägig Interessierten nur wärmstens empfohlen werden.

R. KLÖTZL

MEDIZIN UND GEWISSEN WENN WÜRDE EIN WERT WÜRDE...

Stephan KOLB et al. (Hrsg.)

Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 2002

472 Seiten

ISBN 3-933050-85-5

Die Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/ Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. hat sich mit der Organisation des internationalen IPPNW Kongresses und mit der Veröffentlichung der diesbezüglichen Dokumentation ein großes Verdienst um die Wiedergutmachung der Ehre eines ganzen Berufsstandes erworben, die

durch „Verrat des Gewissens“ (Zitat von Prof. R. TOELLNER) in der NS-Zeit und durch Tabuisierung desselben in der Nachkriegszeit nach heutiger Erkenntnis schweren Schaden erlitten hat.

„Wenn Würde ein Wert würde...“ wählten die Veranstalter (Nobelpreisträger 1985) als Leitmotiv für Kongress und vorliegende Dokumentation: Beide sollen der Würde jedes einzelnen Menschen, des Kranken, Traumatisierten und Bedürftigen die gebührende Beachtung in allen Themenkreisen, nämlich *Menschenwürde, Gesundheitspolitik und Technologiefolgen* verschaffen. Die Ausrichtung auf dieses ethische Programm ist der außerordentliche innere Wert der Publikation. Er verspricht jedem potentiellen Patienten (und wer ist das nicht?) eine ungewöhnlich bereichernde Lektüre, weil er glaubwürdig darüber informiert wird, dass sich hier jene, die im weitesten Sinn für seine Gesundheit sorgen, heute in die Pflicht genommen fühlen, ihren Beruf als Berufung zu erkennen und auszuüben. Es wird das Ringen aller mit „Gesundheit“ befassten Berufsstände insgesamt um Wahrung der Menschenrechte in Theorie und Praxis erlebbar. Die rigorose Vergangenheitsbewältigung der NS-Zeit, eine rückhaltlose Offenlegung problematischer, gegenwärtiger Praktiken im Gesundheitswesen und die zukunftsweisende Erarbeitung der Implikationen der biotechnischen Revolution auf bislang unbekannte Konsequenzen der Bioethik werden von auserlesenen Fachexperten aus Grundlagenforschung, Medizin, Pflege, Psychologie, Rechts- und Geisteswissenschaften in 66 Beiträgen dargelegt und kompetent beantwortet. Ergebnis ist ein humaner Gegenentwurf zur Ideologie des Machbaren im Sinne der drei Begriffe Medizin, Würde und Gewissen.

In seinem einleitenden Beitrag *„Medizin und Gewissen“* gibt Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard RICHTER, Psychoanalytiker und Mitbegründer der deutschen Sektion von IPPNW, der Veranstaltung und dieser Dokumentation die Ausrichtung vor: Er erinnert daran, dass „Gewissen“ als „Vernunft des Herzens“ (PASCAL) oder

als „Ordo amoris“ (Max SCHELER) abhängig ist von mitmenschlicher Nähe. Er empfiehlt daher jedem Gentechniker nebenher die Betreuung eines schwerbehinderten Kindes zu übernehmen: Gewissensbildung durch Nächstenliebe, ein Korrektiv für die Ambitionen „reiner“ Forscher und Aller, die an Gottes statt Schöpfungsverantwortung auf sich nehmen wollen.

Im Themenkreis „Menschenrechte“ wird in 21 Beiträgen von Ärzten und Fachleuten aus dem Gesundheitswesen Vergangenheitsbewältigung geübt, u. zw. ausgehend vom deutschen Ärzteprozess (1947). Dessen Botschaft und Auftrag wird von Prof. Dr. TOELLNER (Medizinhistoriker) in *„Wissen kann Gewissen nicht ersetzen – das Versagen der deutschen Ärzte im dritten Reich und die Folgen bis heute“* zum Ausgangspunkt für sein leidenschaftliches Plädoyer für ethische Grundsätze gemacht. Schonungslos beleuchtet er den „Verrat des Gewissens“ der deutschen Ärzte im dritten Reich und dann wieder ihre bußunwillige Tabuisierung der Scheußlichkeiten, die der Ärzteprozess 1947 zu Tage gebracht hat und spannt den Bogen der Verirrungen bis auf unsere Zeit. Die Reduzierung des Menschen auf seine Biologie (Peter SINGER) und die Gefahr der Perversion des Menschenbildes und der ärztlichen Ethik durch die EU-Beschlüsse in Straßburg und Brüssel.

In weiteren Beiträgen wird die Entstehungsgeschichte des *„Nürnberger Kodex“* und dessen historische Bedeutung als Basis für ethische Orientierung und das heutige Verständnis von *„informed consent“* äußerst informativ beschrieben. Menschenrechtsverletzungen von Ärzten im NS-Regime werden in Berichten und erschütterndem Bildmaterial zur Kenntnis gebracht.

Die heutige Menschenrechtsproblematik wird unter den Titeln *„Patienten und ihre Selbstbestimmung“*, *„Würde und Freiheit“* u. a. durch sehr kritische Hinweise auf bestehende und tolerierte Mißstände behandelt. Initiativen zu deren Beseitigung fehlen nicht.

Der Debatte um *Sterbehilfe* wird breiter Raum gewidmet. Dem niederländischen Bei-

spiel wird der heutige Standpunkt in Deutschland entgegengehalten.

Die Gesundheitspolitik wird in 18 Beiträgen von Sozialmedizinern, Wirtschafts-, Politik- und Pflegewissenschaftlern, sowie Ärzten behandelt. „Kommerzialisierung des Menschenrechts Gesundheit“, „Effizienz und Solidarität – ist beides möglich?“ sind – beispielhaft – die Themen. Grundsätze der Ethik werden in Bezug zu Gesundheitswesen und Markt, Solidarität in Krankenversicherung und Pflege und im Medizinstudium auf Basis der derzeitigen Verhältnisse erörtert.

„Technologiefolgen“ werden in 17 Beiträgen mit Blick auf die Thematik der Menschenwürde behandelt. Horrorvisionen einer Fruchtbarkeitsindustrie bis zu bisher unbekanntem Heilungschancen noch nicht Gezeugter stellen an die Gesellschaft Herausforderungen, deren Bewältigung existentiell ist. Von wirklichen Kapazitäten ihres Faches wird die bioethische Debatte auf höchstem Niveau geführt, wie insbesondere im Beitrag der Präsidentin des Bundesverfassungsgerichtes zum Ausdruck kommt: Sie erklärt den Willen der Schöpfer des Grundgesetzes, die Menschenwürde als unantastbares Gut in die Bundesverfassung zu verankern, ohne diese zu definieren. Die Problematik der Rechtsprechung im Zeitalter der gentechnischen Revolution wird dargestellt und vorgeschlagen, zuerst Ethik, Moral und Religion im „republikanischen Publikum“ zu befragen, bevor das Verfassungsgericht sein Verdikt spricht.

Die Implikationen der Biotechnik (Pränatal-, Präimplantationsdiagnostik, IVF) auf die menschliche Fortpflanzung, auf den gesellschaftlichen Status von Samenspender, Embryo, Mutter und Leihmutter sowie die damit verbundenen Menschenrechtsfragen werden sehr engagiert diskutiert und in konkreten Standpunkten beantwortet.

Stammzellenforschung: Realitäten, Möglichkeiten, Visionen. Eine umfassende Diskussion betreffend den Stand der Technik, die potentiellen Heilungschancen, die biopolitischen

Richtungen, die rechtlichen Frage (Patentrecht), die ethischen Wertorientierungen sowie soziokulturelle Veränderungen bietet in Einzelvorträgen einen hervorragenden Einblick in die Welt der neuen Götter, denen in Zukunft die Neuschöpfung des Menschen obliegen könnte.

Der Themenkreis „Atomausstieg – Frieden – Soziale Verantwortung“ ist dem „Gründungsthema“ der Ärztevereinigung gewidmet. Er enthält stichhaltige Argumentationen gegen die militärische und industrielle Nutzung der Kernkraft, eine vehemente Kritik an der öffentlichen Meinungsmache der US-gesteuerten Medien und ein ungeschminktes Bekenntnis, dass ärztliche Kunst in der Lage ist, die gesundheitlichen Schäden von Opfern nuklearer Kontamination zu heilen.

Die vorliegende Dokumentation ist – zusammengefasst – eine überaus wertvolle Forderung um mehr Raum für „Bedenken, Gewissen und mitmenschliche Nähe“ in einer Zeit, die von bioethischen Wünschen, Verunsicherungen und Ängsten geprägt ist.

P. HARTIG

HIRNTOD – ZUR KULTURGESCHICHTE DER TODESFESTSTELLUNG

Thomas SCHLICH, Claudia WIESMANN (Hrsg.)
Suhrkamp Verlag, Baden-Baden 2001
 345 Seiten
 ISBN 3-518-29125-4

Im vorliegenden Band soll, so der Herausgeber, gezeigt werden, dass jede Grenzziehung zwischen Leben und Tod kulturbedingt ist. Er versteht sich als „analytischer Beitrag zur Geschichtsschreibung und Soziologie der Kultur des Todes“. Er gibt die Meinungen der Teilnehmer eines Symposiums mit dem Titel „Tod im Kopf“ wieder, welches im November 1998 in Bad Homburg abgehalten wurde.

In den einzelnen Abschnitten des Buches unter dem Titel „Geschichte der Todesbestimmung“ kann man durchaus interessante histo-

rische Rückblicke auf verschiedene kulturelle Zugangsweisen zum Todesproblem werfen. Von der Antike bis zur Neuzeit und der Postmoderne wird ein umfassender historischer Überblick über mit dem Tod zusammenhängende philosophische Grundlagen und kulturelle Gepflogenheiten geboten.

Lesenswert ist der letzte Abschnitt des Buches von Gesa LINDEMANN: „Die Interpretation hirntot“ über soziologische Aspekte, die im Zusammenhang mit der Todesfeststellung im Routinebetrieb einer Intensivstation gewonnen werden können. Man gewinnt hier den Eindruck, dass die Nichtmedizinerin durch das Miterleben des Alltags auf einer Intensivstation für diespeziellen Probleme im Zusammenhang mit der Todesfeststellung sensibilisiert wurde.

Schon im Titel des Buches wird völlig richtig von Kultur der Todesfeststellung gesprochen. Es besteht kein Zweifel darüber, dass die Todesfeststellung an die jeweiligen kulturellen Veränderungen adaptiert wird. Vor allem ändern sich mit der jeweiligen Kultur auch die wissenschaftlichen Möglichkeiten.

Bereits in der Einführung wird dann aber diese für die Todesfeststellung getroffene Aussage ausgeweitet auf die Behauptung, dass jede Grenzziehung zwischen Leben und Tod kulturbedingt ist. Das muss natürlich auf den Widerstand der ebendort auch angesprochenen Befürworter des Hirntodkonzeptes einerseits, aber auch auf den Widerstand der Kritiker des Hirntodkonzeptes andererseits, stoßen. Hier liegt offensichtlich eine gewisse Inkonsistenz der Argumentation vor, die allerdings der Intention des Buches widerspricht.

Am Ende des Kapitels „Einführung“ stellt man fest, dass hier offenbar die Begriffe Hirntod und Todesfeststellung synonym verwendet werden. Es besteht also der dringende Bedarf, die Sprache der Historiker und der Mediziner, besonders wenn ein so heikles Thema behandelt wird, etwas aufeinander abzustimmen. Für den Mediziner handelt es sich hierbei um zwei völlig unterschiedliche Begriffe: Der Hirntod wird im Rahmen der Todesfeststellung diagno-

stiziert und gilt als sicheres Zeichen für den Tod des Menschen, auch wenn andere Organe biologisch noch „lebendig“ sind. Man kann den Tod aber auch mittels anderer sicherer Zeichen feststellen, z.B. auf Grund des Vorliegens von Totenflecken oder Leichengeruch. Dieses Kriterium ist aber für die Praxis der Transplantationschirurgie schlecht anwendbar. Der Begriff Hirntod ist bei der Organentnahme notwendig, um zu einem möglichst frühen Zeitpunkt den sicher eingetretenen Tod eines Menschen festzustellen. Wobei der Begriff Zeitpunkt hier besser mit Zeitraum zu belegen wäre, da der Vorgang des Sterbens nicht punktuell zu sehen ist, für die Transplantationschirurgie jedoch nur dessen sicheres Ende maßgeblich ist.

Der Aussage „Der Hirntod ist eine biologische Tatsache und ein kulturelles Konstrukt. (...), dass diese Grenzlinie nichts anderes als eine gesellschaftliche Konstruktion ist“ muss widersprochen werden. Pointiert könnte man formulieren: tot ist tot, egal in welcher Kultur.

Zweifellos wurden im Rahmen der historischen Entwicklung der Transplantationschirurgie Fehler gemacht bzw. wurden Entwicklungen vorweggenommen, für die es noch keine ethischen Grundlagen gab. In diese Richtung wird auch im Beitrag von Claudia WIESMANN argumentiert, der die geschichtliche Entwicklung der Hirntoddefinition in Deutschland seit 1968 zum Thema hat. Wie so oft in der Medizin forcieren neue Entwicklungen Veränderungen in damit zusammenhängenden Bereichen, die primär gar nicht abzusehen waren. So hat z.B. die Betreuung von Patienten auf den Wartelisten für Herz- oder Lungentransplantationen massive Verbesserungen der Behandlungsmöglichkeiten dieser schwerkranken Patienten gebracht. Bei der Herzchirurgie scheint sich derzeit sogar der Trend abzuzeichnen, dass durch die verbesserte Behandlung der Herzinsuffizienz die Zahl der Transplantationen zurückgeht.

Zusammenfassend liegt mit diesem Band eine tiefgehende historische Dokumentation der mit dem Hirntod zusammenhängenden so-

ziologischen Phänomene vor. Man muss aber in Abrede stellen, dass mit dieser historisch soziologischen Untersuchung die Intention des Buches, wie sie vom Herausgeber beabsichtigt ist, untermauert wird. In der Einführung werden Begriffe einfach synonym verwendet und dabei die philosophisch-anthropologische bzw. empirisch-biologische Ebe-

ne und deren Bedeutung für das Handeln nicht genügend bedacht und auseinandergehalten. Das Ergebnis sind Widersprüche, Trivialitäten oder Aussagen, die aus einer historischen oder soziologischen Untersuchung nicht begründbar und schwer nachvollziehbar sind.

C.D. SCHWARZ

WIR WERDEN NIE ALLE ANTWORTEN KENNEN.

ABER WIR HÖREN NICHT AUF, FRAGEN ZU STELLEN.

AstraZeneca
Onkologie

Arimidex
Nolvadex
Casodex
Zoladex
Tomudex

AstraZeneca 
ONKOLOGIE
PUTTING PROGRESS INTO PRACTICE

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, Nr. 3: Kardinaltugenden und ärztliche Praxis

VORSCHAU

IMAGO HOMINIS Band 10 • Heft 2/2003

Schwerpunkt Palliativmedizin II

BERICHTIGUNG

In der letzten Nummer IMAGO HOMINIS 4/2002 haben wir einen wichtigen Hinweis ausgelassen: Die Beiträge von Walter MIXA „Zur Frage der moralischen Legitimität der IVF“, S. 237-244 und von Christian HILLGRUBER „Die verfassungsrechtliche Problematik der In-Vitro-Fertilisation“, S. 245-253 wurden (wie im letzten IMAGO HOMINIS notiert) in ihrer ursprünglichen Form als Vortrag bei der Tagung **„Sozialethische und verfassungsrechtliche Grenzen der Fortpflanzungsmedizin“** in Osnabrück am 13. Dezember 2001 gehalten. Diese Tagung wurde vom Institut für Katholische Theologie der Universität Osnabrück unter der Leitung von Prof. Dr. Manfred SPIEKER organisiert, der uns auch dankenswerter Weise, die Erlaubnis zum Abdruck dieser beiden wertvollen Artikel gegeben hat.

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL	5
AUS AKTUELLEM ANLASS: 80 Jahre Prof.Dr.G.ROTH	
F. BREIER „Gast Editorial“	9
J. BONELLI „Laudatio zum 80. Geburtstag von Prof.Dr. Gottfried ROTH“	11
J. WEISMAYER „Fragen an der Grenze zwischen Spiritu- alität und Psychopathologie“	14
SCHWERPUNKT: Palliativmedizin	
J.G. MERAN	
„Lebensqualität, Aussichtslosigkeit und Therapiebegren- zung“	19
T. SCHENK	
„Vom richtigen Zeitpunkt: Die Entscheidung zur palliativ- medizinischen Behandlung“	29
R. KLESSE	
„Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht“	37
NACHRICHTEN	45
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	47
BUCHBESPRECHUNGEN	48