

IMAGO HOMINIS

Band 11 - Heft 2 - 2004

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

PREIS: EUR 10.-

ISSN 1021-9803

Band 11 - Heft 2 - 2004



PRÄVENTIVMEDIZIN I

2
2004

IMAGO HOMINIS

Herausgeber:

Johannes BONELLI

Friedrich KUMMER

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)

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

IMPRESSUM	76
EDITORIAL	77
AUSAKTUELLEMANLASS	
B. FUCHS <i>Deutsche Ärzteschaft weiterhin gegen Euthanasie</i>	80
<i>Grundsätze der Deutschen Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung</i>	82
G. FANTACCI <i>Euthanasie-Entwicklung in der Schweiz</i>	86
N. EL BEHEIRI <i>Die Gleichstellung von homosexuellen Lebensgemeinschaften - ein Beitrag zur Konkretisierung der Menschenrechte?</i>	92
SCHWERPUNKT: Präventivmedizin I	
M. RAUCH-KALLAT <i>Primärprävention als Anliegen der Gesundheitspolitik</i>	97
T. DORNER, A. RIEDER <i>Lebensstiloptimierung als Maßnahme der Gesundheitsförderung und der Präventivmedizin</i>	105
R. WOLFRAM, H. SINZINGER, H. KRITZ <i>Knapp darüber ist auch zuviel</i>	111
G. DIEM <i>Prävention in Vorarlberg. Die Geschichte des AKS</i>	117
DISKUSSIONSBEITRAG	
D. MAGOMETSCHNIGG <i>Warum greift die Präventivmedizin nicht?</i>	125
FALL	
<i>Atemnot bei terminaler COPD</i>	129
F. KUMMER <i>Kommentar zum Fall</i>	131
NACHRICHTEN	134
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	138
BUCHBESPRECHUNGEN	139

Herausgeber: Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes BONELLI, Prim. Univ.-Prof. Dr. Friedrich KUMMER,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA
Medieninhaber und Verleger: IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien, Telefon: +43 1 715 35 92, Telefax: +43 1 715 35 92-4
E-Mail: postbox@imabe.org, <http://www.imabe.org/>
DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803
Schriftleitung: Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten: Dr. Marion STOLL, Robert GLOWKA
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: Robert GLOWKA
Herstellung: Druckerei ROBITSCHKE & Co, Schloßgasse 10-12, A-1050 Wien
Anzeigenkontakt: Robert GLOWKA
Einzelpreis: Inland EUR 10.-, Ausland EUR 12.-,
Jahresabonnement: Inland EUR 35.-, Ausland EUR 40.-, Studentenabo EUR 20.-, Fördererabo EUR 80.-
Abo-Service: Robert GLOWKA
Bankverbindung: CA AG, BLZ 11000, Kto. Nr. 0955-39888/00;
IBAN = AT67 1100 0095 5398 8800, BIC = BKAUATWW
Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien, Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.
Einladung und Hinweise für Autoren:
Das IMABE-Institut 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.

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



„Sieh Herr, ich hab sie nicht verdorben – sie blieb von selber stehn“
(Gabriel SEIDL: Die Uhr, vertont von Carl LOEWE).

Es geht um die Primärprävention: Maßnahmen zu treffen, die die Vorbedingungen für das Entstehen einer Krankheit oder eines Leidens ausschalten und so deren Zustandekommen verhindern, z. B. nicht zu rauchen, um die Folgen am Gefäßsystem und an der Lunge nicht zu erleben (vgl. *IMAGO HOMINIS* 1/2004). Dies bedeutet nicht, dass dadurch das Leben verlängert wird, sondern dass keine Verkürzung der genetisch gegebenen Lebenszeit eintritt.

Manche solcher Präventivmaßnahmen sind von Mitmenschen abhängig: der neue Mensch als Einzeller bis zur Geburt hängt von den Gegebenheiten im Leib seiner Mutter ab. Ist die Umgebung für ihn günstig? Oder raucht die Mutter, nimmt sie Drogen oder geht sie sogar aktiv gegen ihn vor – all dies kann die Einmaligkeit, Unwiederholbarkeit und Einzigartigkeit seines Lebens mit all seinen Fähigkeiten beeinflussen. Später hängt es von ihm ab, wie er diese Fähigkeiten, diese Talente nützt, die ihm Gott – manche sagen die Natur – geschenkt hat. Daraus ergibt sich auch die richtige Verwendung seiner Freiheit, das Leben zu gestalten, weil er dafür auch entsprechend Rechenschaft ablegen muss: vor sich selber, seinen Eltern, seiner Umgebung und auch der Gesellschaft gegenüber. Es besteht also eine Bringschuld – gewissermaßen. Man kann den Wahlspruch: „Trink, o Auge, was die Wimper hält, von dem goldnen Überfluss der Welt“ nicht ungestraft umsetzen, in den Tag hineinleben, es wird schon nichts passieren. Man besitzt sozusagen ein Bankkonto, worauf man nur zu bestimmten Zeiten einzahlen kann und wovon man letztlich zehren muss bis zur Neige.

Demnach besteht die ethische Forderung, sich als homo sapiens zu verhalten und nicht nur instinktmäßig die Zeit verstreichen zu lassen. Heben wir also den Verlauf der Lebenskurve – rektangulieren wir sie, überspitzt gesagt, lassen wir sie nicht asymptotisch zur Nulllinie sinken, sonder stürzen wir rechtwinklig in den Tod – sterben wir als „gesunde“ Menschen! Der Beitrag von Günter DIEM über die Präventionsstrategie in Vorarlberg zeigt in bildlicher Darstellung, wo eine geschichtliche Entwicklung stattgefunden hat, die für Österreich Beispiel und Vorbild ist. Dass hier die Politik gefordert ist, unterstreicht Frau Bundesministerin Maria RAUCH-KALLAT, die in ihrem Beitrag die Grundzüge jener Maßnahmen beschreibt, die zum Teil bereits bestehen oder noch vorgesehen sind.

Nun ist die Ausbildung des Mediziners primär nicht auf die Prävention ausgerichtet. Er lernt, Krankheiten und ihren Verlauf zu erkennen, und ihre Behandlung durchzuführen. Er lernt auch, auf die Frühsymptome zu achten, also Sekundärpräventivmaßnahmen zu ergreifen, und schon in etwas geringerem Maße die Rehabilitation, also Tertiärprävention, wo es gilt, eine Schadensbegrenzung vorzunehmen. Über die

Primärprävention aber wird wenig gelehrt, vielleicht in speziellen, kleineren Fächern – Hygiene, Impfkunde, Sport- und Arbeitsmedizin. Gerade letzteres hat es sich zum Ziel gesetzt: Arbeitsplätze, Arbeiten und Arbeiter so zu gestalten, zu belehren und zu prüfen, dass es zu keiner Schädigung kommt. Berufskrankheiten sind ja seltene Ereignisse. Dennoch sind arbeitsbedingte Erkrankungen ein viel größeres Feld, auf dem zu forschen und zu arbeiten ist. Krankenstände durch Störungen des Bewegungsapparates beispielsweise liegen an zweiter Stelle.

Sicherlich hat medizinischer Fortschritt seinen Platz. Durch Impfungen können Krankheiten (und die hohe Kindersterblichkeit) verhindert werden, die früher die Hauptursache der geringen durchschnittlichen Lebenserwartung waren. Aber hier sind auch der soziale Fortschritt und die Verbesserung des Lebensstandards wesentliche Faktoren, die z. B. die Tuberkulosesterblichkeit deutlich verringerten, ehe noch Medikamente verfügbar waren. Im Gegensatz dazu sind die Überernährung und die Bewegungsarmut der Wohlstandsgesellschaft die neuen „Lebensverkürzer“. Und die Reklame tut ihr übriges dazu, dass schon Kindern suggeriert wird, welche Süßigkeiten die menschliche Zuwendung ersetzen und unbedingt genossen werden müssen. Der Beitrag von Thomas DORNER / Anita RIEDER, „Lebensstiloptimierung als Maßnahme der Gesundheitsförderung und der Präventivmedizin“, weist auf die Veränderungen des „Lebensstils“ als wichtigen Faktor für eine wirksame Prävention hin. Auch der Artikel von Roswitha WOLFRAM, Helmut SINZINGER und Harald KRITZ „Knapp darüber ist auch zuviel“, beschreibt den aktuellen Stand der Wissenschaft und die Parameter, die für die Voraussage Bedeutung haben.

Eltern, Ärzte, Lehrer und andere Multiplikatoren sind gefordert, Klarheiten zu schaffen, Regeln zu geben, vernünftiges Essverhalten zu zeigen und zu lehren, richtige Bewegung zu ermöglichen und auch selber vorzumachen. Motivation ist ein wichtiger Faktor, der auch bei Gleichgesinnten einer Gemeinschaft zu sicheren Erfolgen führt. Schwerer hat es der Einzelkämpfer, der sich gegen die Restfamilie von Übergewichtigen durchsetzen muss. Es erfordert Überwindung seiner selbst, nicht zu naschen, zu laufen, nicht den Lift zu benutzen, Zeit zu opfern für ein regelmäßiges Training, etc....

Auch der Arzt ist verpflichtet, sich diesen Fragen zu widmen, sich weiter zu bilden, und so seinen Patienten den richtigen Rat zu erteilen. Eine Rehabilitationskur kann den Anfang machen, doch es ist ganz wesentlich, diese Maßnahmen in den Alltag hineinzunehmen – den eigenen „Life Style“ zu verbessern und so der Verkalkung, dem Schlaganfall und anderen unschönen Ereignissen auszuweichen. Dass Prävention im Sinne der Änderung von Lebensgewohnheiten aber nicht ganz so einfach ist, bringt Dieter MAGOMETSCHNIGG im Diskussionsbeitrag zur Sprache. Gesagt ist nicht gleich getan, und so mancher gute Ratschlag wird nie in die Tat umgesetzt, weil die begleitenden Umstände, die vonnöten wären, nicht geschaffen werden können.

Weil die Thematik der Primärprävention dermaßen umfassend ist, wird auch die folgende Ausgabe von *IMAGO HOMINIS* darauf zurückkommen. Ein schönes Beispiel ist die Tuberkulosebekämpfung, die in einem medizin-historischen Beitrag beschrieben wird. Ebenso wird die Einflussnahme durch Sport und richtiges Training, scheinbar einfach zu ergreifende Maßnahmen, in einem Beitrag behandelt werden. Welche moralischen Überlegungen im Zusammenhang mit einer „gesunden“ Verhaltensweise des Menschen, die die beste Primärprävention ist, gemacht werden müssen, wird im ethischen Beitrag besprochen, der die Einzelfragen in die Gesamtschau stellt.

Wie die eingangs erwähnte gute Pendeluhr: nicht ein Riss der Feder, ein verklemmtes Zahnrad hält ihren Gang auf, sondern wenn die Kraft der Feder ganz entspannt ist, erst dann bleibt sie stehen. Bis zu diesem Zeitpunkt hat sie immer korrekt die Zeit angegeben.

Univ.-Prof. Dr. Oswald JAHN
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für
Prophylaktische Medizin und Sozialhygiene und
Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin

Deutsche Ärzteschaft weiterhin gegen Euthanasie

Bergund FUCHS

„Jeder Mensch hat das Recht auf Leben und auf ein Sterben in Würde – nicht aber das Recht, getötet zu werden.“ Die Bundesärztekammer beharrt auf ihrer vehement ablehnenden Haltung zur aktiven Sterbehilfe. Am 30. April 2004 verabschiedete die Organisation in Berlin eine Überarbeitung der „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ und bietet Ärzten damit eine Orientierungshilfe.

Gründe der Novelle

Zuletzt hatte die Bundesärztekammer 1998 ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung klar formuliert. Die gesetzliche Öffnung zur Euthanasie in den Niederlanden aber auch die politische Propaganda für diesen Weg in Deutschland haben eine Überarbeitung der Grundsätze zur Sterbebegleitung notwendig gemacht. In der Neufassung des Dokuments¹ hält die Deutsche Ärzteschaft weiterhin an ihrem strikten „Nein“ zur aktiven Sterbehilfe fest. Auch die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung sei weiterhin unärztlich. Die Probleme des Sterbens könnten nicht durch Öffnung der aktiven Sterbehilfe – auch im Sinn des ärztlich assistierten Suizids – gelöst werden. Im Gegenteil: die Bundesärztekammer befürchtet, dass die Bemühungen für eine bessere Betreuung sterbender Menschen durch die Zulassung von Krankentötungen noch behindert würden. In den „Grundsätzen“ werden bewusst die Begriffe „Behandlungsabbruch“ und „Sterbehilfe“ vermieden. Ärzte wollen und sollen bis zum Tod behandeln, in ausweglosen Situationen

jedoch nicht mehr mit dem Ziel zu heilen, sondern mit dem Ziel, Leid zu lindern.

Neufassung nur Klarstellung

Die Novellierung der Grundsätze beinhaltet keine Meinungsänderung der Ärzteschaft, sondern stellt eine redaktionelle Bearbeitung und Klarstellung dar. So wurde beispielsweise das Kapitel „Behandlung bei sonstigen lebensbedrohlichen Schädigungen“ umbenannt in „Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit“. Diese Änderung soll verdeutlichen, dass Komapatienten Lebende sind und dass Bewusstlosigkeit kein Kriterium für eine Einstellung der Behandlung oder Beendigung des Lebens sein darf. Noch konkreter wird darauf hingewiesen, dass auch die Dauer der Bewusstlosigkeit nicht alleiniges Kriterium für den Verzicht lebenserhaltender Maßnahmen sein kann.

Im Abschnitt, der sich mit den „Ärztlichen Pflichten bei Sterbenden“ beschäftigt, wird ausdrücklich betont, dass Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nicht zur Basisbetreuung gehören, weil Sterbende gerade durch Flüssigkeitszufuhr unverhältnismäßig belastet werden können (es kann beispielsweise beim Versagen der Nieren zu Wassereinlagerungen oder einem Lungenödem kommen). Selbstverständlich bedeutet dies nicht, dass man künftig Sterbende verhungern oder verdursten lassen wird. Die Neuerung beruht auf der Erkenntnis, dass das subjektive Durstgefühl am Ende des Lebens nicht auf einer mangelnden Flüssigkeitszufuhr beruht, sondern wesentlich durch die Trockenheit

der Mundschleimhaut bestimmt wird. Somit wurde der Passus „müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden“ in den Grundsätzen aufgenommen.

Die Bedeutung und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wird in den neuen Grundsätzen noch mehr als in denen von 1998 herausgestellt. Hat ein Patient für den Fall, dass er bei fortschreitender Krankheit nicht mehr selbständig seinen Willen äußern kann, vorher schriftlich zum Ausdruck gebracht, dass er eine Behandlung ablehnt, so ist dies für den Arzt bindend. Gibt es auch keine Anzeichen für eine nachträgliche Willensänderung, muss die Patientenverfügung für den Arzt der Schlüssel zur Ermittlung des Patientenwillens sein.

Segen moderner Palliativmedizin

Der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich HOPPE, ist der Auffassung, dass die derzeitige Diskussion um die aktive Sterbehilfe anders verlaufen würde, wenn die Erfolge der modernen Palliativmedizin bekannter wären². In der Tat wird dies von Frau Dr. Ingeborg JONEN-THIELEMANN bestätigt.³ Sie gründete vor mehr als 21 Jahren die erste Palliativstation Deutschlands an der Kölner Universitätsklinik. Heute leitet sie das Mildred-Scheel-Haus, das neben einer Palliativstation mit fünfzehn Betten auch die Dr. Mildred-Scheel-Akademie beherbergt, die regelmäßig Ärzte aus dem deutschsprachigen Raum in Palliativmedizin ausbildet.⁴ Die moderne Palliativmedizin ist heute in der Lage, Schmerzen und andere Symptome auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und unnötiges Leid zu

verhindern. In der mehr als zwanzigjährigen Arbeit der Kölner Station für unheilbar Kranke wurde bisher nie der Wunsch geäußert, getötet zu werden. Ein Patient, der sich gut und umfassend versorgt fühlt, möchte nicht vor der Zeit sterben.

Fazit

Die Debatte über aktive Sterbehilfe ist in Deutschland erneut entbrannt. Trotz klarer Grundsätze werden Ärzte immer wieder mit Konfliktsituationen konfrontiert werden, die mit dem Lebensende ihrer Patienten verbunden sind. Sie sind zur Orientierung und als Richtschnur für Beratungen gedacht, nach denen sie in Zweifelsfällen gemeinsam mit Pflegenden und Angehörigen die schwierigen Entscheidungen treffen.

Referenzen

- 1 *Dokumentation: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*, Dtsch Ärztebl (2004); 101: A1298-A1299
- 2 Statement des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich HOPPE, zur Pressekonferenz am 04. Mai 2004 in Berlin
- 3 Vortrag beim Frühjahrsseminar zum Thema „Menschenwürde“ des Internationalen Studentinnenwohnheims Müngersdorf in Köln am 8. Mai 2004. (Eine Zusammenfassung des Vortrags kann unter www.uni-koeln.de/studenten/muengersdorf abgerufen werden.)
- 4 Nähere Informationen können unter <http://www.krebshilfe.de/neu/akademie/> abgerufen werden.

Dr. Bergund FUCHS, M. A., Dozentin für Bioethik an der Gustav-Siewert-Akademie Weilheim-Bierbronnen
Stadtwaldgürtel 39
D-50935 Köln

Grundsätze der Deutschen Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden.

Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehören u. a.: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein.

Diese Grundsätze können dem Arzt die eigene Verantwortung in der konkreten Situation nicht abnehmen. Alle Entscheidungen müssen individuell erarbeitet werden.

I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.

Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.

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 dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.

Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und mögliche Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren

und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Der Arzt kann auch Angehörige des Patienten und diesem nahe stehende Personen informieren, wenn er annehmen darf, dass dies dem Willen des Patienten entspricht. Das Gespräch mit ihnen gehört zu seinen Aufgaben.

II. Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, kann eine Änderung des Behandlungszieles indiziert sein, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung treten dann palliativ-medizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen. In Zweifelsfällen sollte eine Beratung mit anderen Ärzten und den Pflegenden erfolgen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder nicht weitergeführt werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste Zerstörungen des Gehirns erlitten haben. Eine weniger schwere Schädigung ist kein Grund zur Vorenthaltung oder zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, auch dann nicht, wenn Eltern dies fordern. Wie bei Erwachsenen gibt es keine Ausnahmen von der Pflicht zu lebensmildernder Behandlung und Zuwendung, auch nicht bei unreifen Frühgeborenen.

III. Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit

Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom; auch so genanntes Wachkoma) haben, wie alle Patienten, ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Lebenserhaltende Therapie einschließlich – ggf. künstlicher – Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten. Soweit bei diesen Patienten eine Situation eintritt, wie unter I – II beschrieben, gelten die dort dargelegten Grundsätze. Die Dauer der Bewusstlosigkeit darf kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein. Hat der Patient keinen Bevollmächtigten in Gesundheitsangelegenheiten, wird in der Regel die Bestellung eines Betreuers erforderlich sein.

IV. Ermittlung des Patientenwillens

Bei einwilligungsfähigen Patienten hat der Arzt die durch den angemessen aufgeklärten Patienten aktuell geäußerte Ablehnung einer Behandlung zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Ablehnung einer Behandlung für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat, und keine Anhaltspunkte für eine nachträgliche Willensänderung erkennbar sind.

Soweit ein Vertreter (z. B. Eltern, Betreu-

er oder Bevollmächtigter in Gesundheitsangelegenheiten) vorhanden ist, ist dessen Erklärung maßgeblich; er ist gehalten, den (ggf. auch mutmaßlichen) Willen des Patienten zur Geltung zu bringen und zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Wenn der Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnt, soll sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht – auch nicht durch Bestellung eines Betreuers – rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden, wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht.

Lässt sich der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand der genannten Kriterien ermitteln, so soll der Arzt für den Patienten die ärztlich indizierten Maßnahmen ergreifen und sich in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung entscheiden. Dies gilt auch bei einem apallischen Syndrom.

V. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen nimmt

der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahr. Sie sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes.

Eine Patientenverfügung (auch Patienten-testament genannt) ist eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung für den Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Patient seinen Willen äußern, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt oder unterlassen werden sollen.

Anders als ein Testament bedürfen Patientenverfügungen keiner Form, sollten aber schriftlich abgefasst sein.

Mit einer Vorsorgevollmacht kann der Patient für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für ihn, u. a. in seinen Gesundheitsangelegenheiten, zu treffen (§ 1904 Abs. 2 BGB).

Vorsorgevollmachten sollten schriftlich abgefasst sein und die von ihnen umfassten ärztlichen Maßnahmen möglichst benennen. Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich niedergelegt werden, wenn sie sich auf Maßnahmen erstreckt, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Schriftform ist auch erforderlich, wenn die Vollmacht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen umfasst.

Die Einwilligung des Bevollmächtigten in Maßnahmen, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes, es sei denn, dass mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist (§ 1904 Abs. 2 BGB). Ob dies auch bei einem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen gilt, ist umstritten. Jedenfalls soll sich der Arzt, wenn der Bevollmächtigte eine ärztlich indizierte lebenser-

haltende Maßnahme ablehnt, an das Vormundschaftsgericht wenden. Bis zur Entscheidung des Vormundschaftsgerichts soll der Arzt die Behandlung durchführen.

Eine Betreuungsverfügung ist eine für das Vormundschaftsgericht bestimmte Willensäußerung für den Fall der Anordnung einer Betreuung. In ihr können Vorschläge zur Person eines Betreuers und Wünsche zur Wahrnehmung seiner Aufgaben geäußert werden. Eine Betreuung kann vom Gericht für be-

stimmte Bereiche angeordnet werden, wenn der Patient nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, und eine Vollmacht hierfür nicht vorliegt oder nicht ausreicht. Der Betreuer entscheidet im Rahmen seines Aufgabenkreises für den Betreuten. Zum Erfordernis der Genehmigung durch das Vormundschaftsgerichts wird auf die Ausführungen zum Bevollmächtigten verwiesen.

Deutsches Ärzteblatt, Heft 19 vom 7. Mai 2004

Euthanasie-Entwicklungen in der Schweiz

Giovanni FANTACCI

Am 25. Juni 1999 hat der Europarat Empfehlungen zum „Schutz der Rechte und Würde von terminal Kranken und Sterbenden“ verabschiedet¹. Die absichtliche Lebensbeendigung wird mit dem Hinweis auf Artikel 2 (Recht auf Leben) der Europäischen Menschenrechtskonvention strikt abgelehnt. Von den 48 Mitgliedstaaten des Europarats votierten 41 für diese Entschliessung, ein Staat enthielt sich der Stimme und 6 waren dagegen, darunter die Niederlande und Belgien. Dies ist nicht erstaunlich in Anbetracht der Entwicklung in diesen Ländern.

Nun hat aber der Schweizerische Ständerat Dick MARTY einen neuen Entwurf (Euthanasia Doc 9898) eingebracht, in dem eine Liberalisierung der Tötung auf Verlangen und des assistierten Suizids gefordert wird; dies im Gegensatz zum Beschluss des Schweizerischen Parlamentes im Dezember 2001. Die Abstimmung in der Europäischen Parlamentarischen Versammlung, vorgesehen Ende 2004 wurde erneut verschoben, aber der Bericht ist inzwischen bereits von einer Kommission des Europarates gutgeheißen worden. Die Katholischen Bischofskonferenzen von Deutschland und der Schweiz befürchten einen Dammbbruch in allen Mitgliedstaaten des Europarates.²

Die Entwicklung in der Schweiz

In der Schweiz ist Tötung auf Verlangen strafbar (Art. 114 des Strafgesetzbuches), Beihilfe zum Suizid hingegen nur, wenn dies aus selbstsüchtigen Gründen geschieht (Art. 115).

Art. 115 Schweizerisches Strafgesetzbuch StGB: „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbst-

mord ausgeführt wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft.“

Die seit Jahren angestrebte Legalisierung der Tötung auf Verlangen konnte 2001 vorerst einmal politisch abgewehrt werden, wobei eine gut fundierte persönliche Orientierung der Bundesräte und Parlamentarier u. a. von Seiten der Schweizerischen Hippokratischen Gesellschaft offenbar Früchte getragen hat.³

Verlauf der politischen Diskussion in der Schweiz:

- 1994 Motion V. RUFFY, zusammen mit 24 schweizerischen Parlamentariern mit dem Ziel, das Holländische Modell einzuführen.
- 1995 Ernennung einer Arbeitsgruppe durch den Bundesrat.
- 1999 Empfehlung von Seiten dieser Arbeitsgruppe: Legalisierung der Tötung auf Verlangen von Schwerkranken bzw. Verletzten und Sterbenden und zwar sowohl durch Ärzte als auch durch das Pflegepersonal (8 Ja, 6 Nein – leider gehörte auch der katholische Theologe Prof. A. BONDOLFI zur Kommissionsmehrheit).
- 2000 Ablehnung dieses Vorschlages durch den Bundesrat (5 Nein, 2 Ja). Statt dessen Ausbau der Palliativmedizin.
- 2000 parlamentarische Initiative des Euthanasiebefürworters Nationalrat Prof. Dr. med. F. CAVALLI.
- 2001, 11. Dezember: Ablehnung der direkt aktiven Sterbehilfe durch den Nationalrat (120 Nein, 56 Ja).

Beihilfe zum Suizid

Das hier vorliegende rechtliche Schlupfloch (siehe oben) benützt die in der deutsch-

sprachigen Schweiz aktive Vereinigung EXIT dazu, Freitodhilfe anzubieten, verbunden mit der Verbreitung von konkreten Anleitungen zum Suizid.⁴ EXIT – Vereinigung für humanes Sterben – existiert bereits seit 1982. 1998 wurde eine weitere Sterbehilfeorganisation DIGNITAS – Würdiges Leben, Würdiges Sterben – gegründet. Die Schweizerische Akademie für Wissenschaften vertritt in ihren ethischen Richtlinien nach wie vor die Ansicht, Beihilfe zum Suizid sei nicht Teil des ärztlichen Handelns.⁵ Die Begleitung wird deshalb nicht notwendigerweise von Ärzten durchgeführt. Eine Auswertung des Archivs von EXIT Deutsche Schweiz für die Jahre 1990 bis 2000 zeigt, dass die 748 durch Exit begleiteten Fälle 0,2% sämtlicher Todesfälle und 4,8% aller Selbstmorde (14759) der beobachteten Periode ausmachen. Die durch EXIT begleiteten Todesfälle nahmen im beobachteten Jahrzehnt um das Dreifache zu.⁶

Leider ist die organisierte Suizidhilfe gemäss Beschluss des Stadtrates in Zürich seit Januar 2001 sogar in den öffentlichen Institutionen der Alters- und Krankenpflege erlaubt, dies trotz vieler Proteste von allen Seiten, sogar aus dem Ausland.

Andererseits verhinderte der Kantonsarzt von Basel 1998 den von EXIT geplanten Suizid einer jungen, körperlich gesunden, depressiven Frau. In ihrer Dissertation „Exit-Suizide in Basel“⁷ kommt Tanja A. 1999 zu erschreckenden Ergebnissen. 43 Exit-Opfer

zwischen 1992 und 1997 wurden untersucht. Darunter fanden sich auch psychiatrische Patienten; weniger als die Hälfte hatten bösartige Tumoren. Nicht selten waren die Diagnosen ungenügend oder falsch. Beispiele: Bei einem Patienten stand im EXIT-Protokoll lediglich „Rheumatismus“. Bei einem anderen lautete die EXIT-„Diagnose“ „Lungenkrebs“. Das gerichtsmedizinische Gutachten aber ergab eine chronische Bronchitis. – Bei 23% der Basler EXIT-Opfer lagen weniger als 7 Tage zwischen dem ersten Kontakt mit EXIT und dem Giftbecher, dreimal sogar kaum ein Tag. Wie gravierend allein diese Tatsache ist, zeigen zwei gut belegte Erfahrungen: Bei fachgerechter Palliativ-Behandlung verschwindet der Wunsch nach aktiver Beendigung des Lebens in der Regel rasch. Katamnestic Studien an Tausenden von ernsthaften Suizidversuchen haben übereinstimmend ergeben, dass von den einst Suizidwilligen Jahre bis Jahrzehnte später 85% bis 95% lebten und nicht mehr an Suizid dachten.⁸

Im Juni 2003 wurde in der international renommierten Zeitschrift Lancet ein in der Schweiz vielbeachteter Artikel publiziert.⁹ Es wurde die Anwendung der Sterbehilfe in sechs europäischen Ländern (Schweiz, Dänemark, Niederlande, Schweden, Italien, Belgien) verglichen. Eine Zusammenfassung dieser Studie wurde auch in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert. Am meisten

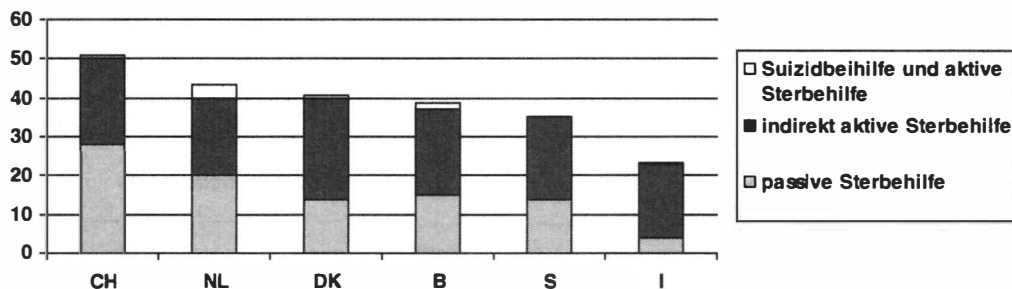


Abbildung 1: Medizinische Eingriffe im Sterbeprozess

wurde die Sterbehilfe in der Schweiz in 51% der Todesfälle angewandt, am wenigsten in Italien in 23% der Todesfälle. Schließt man diese Zahlen auf, so wird klar, dass mit ungenauen Begriffen in den Massenmedien der Eindruck einer selbstverständlichen und allgegenwärtigen Sterbehilfe geweckt wird, dem sich eigentlich nur das katholisch-konservative Italien widersetzt. Im internationalen Vergleich wurde in der Schweiz die passive Sterbehilfe am häufigsten praktiziert (28% aller Todesfälle) und in Italien am seltensten (4%). Der Prozentsatz der indirekt aktiven Sterbehilfe war in Dänemark am höchsten (26%) und in Italien am tiefsten (19%); in der Schweiz lag er bei 22%. Suizidbeihilfe war mit 0,4% in der Schweiz besonders verbreitet. In Italien und Schweden hat man hingegen keinen einzigen Fall beobachtet. Und keine der anderen fünf Länder scheint zudem einen Einbezug von Sterbehilfeorganisationen in der Form zu kennen, wie er sich in der Schweiz herausgebildet hat.

Aktive Sterbehilfe wurde auf Verlangen am häufigsten in Holland geleistet (2,6%), ohne ausdrückliches Verlangen am häufigsten in Belgien (1,5%). Die Schweiz lag hier mit 0,3% (auf Verlangen), bzw. 0,4% (ohne ausdrückliches Verlangen) im mittleren Bereich.

Als Folge der Gesetzeslücke besteht auch ein zunehmender „Sterbetourismus“ in die Schweiz.¹⁰ Die Sterbehilfeorganisation

DIGNITAS hat jedes Jahr mehr Fälle von Suizidbeihilfe, die Zahl der Ausländer steigt dabei massiv an.

Es regt sich zunehmender Widerstand aus politischen und juristischen Kreisen gegenüber diesem Gesetzesmissbrauch. In einem von der BBC ausgestrahlten Film im August 2003 wurde ausführlich über die Suizidbeihilfe berichtet. Wurde Zürich früher für seinen „needlepark“ bekannt, so ist die Stadt jetzt „the world’s euthanasia capital“.

Zunehmende Bereitschaft zum Töten im Rahmen der „Sterbehilfe“: Weshalb?

Die Zustimmung zu direkt aktiver Sterbehilfe/Beihilfe zum Suizid steigt, propagiert durch die Medien, grundgelegt durch gewisse Philosophen und Bioethiker. Dabei werden allmählich Bewusstsein und Haltung verändert, u. a. durch sprachliche Manipulation, indem beispielsweise die Patiententötung in eine medizinische Massnahme transformiert wird. Patiententötung wird dabei als der letzte Schritt im Auf- und Ausbau der Palliativmedizin bezeichnet. „Mitleid“ wird vorgeschoben: Haben nicht die Sozialdarwinisten schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts den „Gnadentod“ propagiert?

Die sprachliche Manipulation kommt bereits in der Bezeichnung der beiden grössten Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz zum Ausdruck: EXIT – Vereinigung

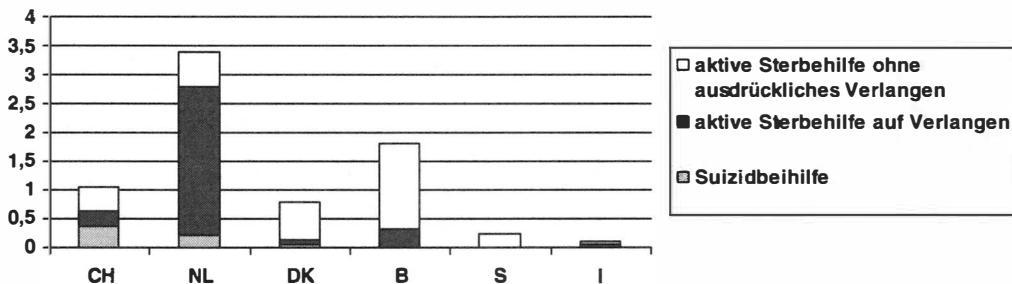


Abbildung II: Sterbehilfe, mit und ohne Verlangen, 6 Europäische Länder im Vergleich

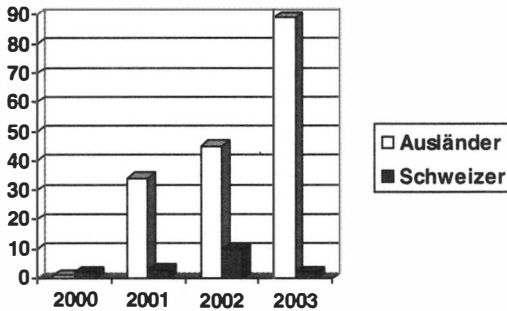


Abbildung III: Zahl der durch die Sterbehilfeorganisation DIGNITAS begleiteten Fälle (Beihilfe zum Suizid) im Kanton Zürich¹¹

für humanes Sterben, DIGNITAS –Würdiges Leben, Würdiges Sterben. Dabei geht es um Tötung! Zusätzliche Verwirrung entsteht durch unklare Begriffsdefinitionen. In den Massenmedien der Schweiz wurde im Zusammenhang mit der Lancetstudie getitelt, dass bei 50% der Todesfälle Euthanasie im Spiel war, impliziert wurde die aktive Euthanasie. Diese Verwirrung ist nicht nur in der Bevölkerung vorhanden, sondern auch in der Ärzteschaft. Die breite Diskussion über Sterbehilfe und Kostendruck führt bei jungen Ärzten im Spital dazu, dass ältere Patienten ungenügend abgeklärt und behandelt werden. Ärzte und Krankenschwestern schlagen einen Behandlungsabbruch in Situationen vor, in denen gar kein Grund dazu besteht.¹²

Befürworter der direkt aktiven Euthanasie bestreiten oft einen relevanten Unterschied zwischen passiver Sterbehilfe und absichtlicher Tötung des Patienten. Der Behandlungsabbruch und die tödliche Injektion zögen in der Sterbephase gleichermaßen den Tod nach sich. Dem ist entgegenzuhalten, dass es für das ärztliche Selbstverständnis einen grundsätzlichen Unterschied darstellt, ob auf die Substituierung zentraler Lebensfunktionen (z. B. künstliche Beatmung) verzichtet, oder ob ein tödliches Gift zugeführt wird. Denn: Der Ab-

bruch intensivmedizinischer Massnahmen führt nur beim Schwerkranken zum Tod und hätte beim Gesunden keine Auswirkung. Eine tödliche Injektion aber würde das Leben eines Kranken ebenso wie das des Gesunden beenden. Diese Verwirrung ist von Euthanasiebefürwortern erwünscht. Das Töten verliert so das Fürchterliche und wird zum Alltäglichen gemacht. Der Anteil der passiven Sterbehilfe und der indirekt aktiven Sterbehilfe ist in der Schweiz mit knapp 50% zu hoch, auch im Vergleich mit den anderen Ländern. Sehr wahrscheinlich wird als Folge der jahrelangen Euthanasiedebatte in der Schweiz zu häufig und undifferenziert Sterbehilfe bzw. ein Behandlungsabbruch eingesetzt. Es wäre die Aufgabe der Ärztesgesellschaften, dem Gegensteuer zu geben. Dringend nötig wäre auch eine ethische Ausbildung innerhalb des Medizinstudiums in der Schweiz!

Ärztliche Ethik

Die wesentlichen Grundsätze der ärztlichen Ethik sind:

- Achtung vor dem Leben
- Heilen und Lindern
- Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt.

Schon im HIPPOKRATISCHEN Eid (ca. 500 v. Chr., als die modernen Behandlungsmethoden noch fehlten!)¹³ heißt es: „Ich werde niemandem ein Medikament geben, das den Tod herbeiführt, auch dann nicht, wenn ich darum gebeten werde – auch nie einen Rat in diese Richtung erteilen.“ – Diese Auffassung wird auch heute von zuständigen Ärzteorganisationen unterstützt, so beispielsweise von der Deutschen Bundesärztekammer¹⁴ und dem Weltärztebund.¹⁵ Sowohl die direkt aktive Sterbehilfe wie die Beihilfe zum Suizid werden abgelehnt. Dies galt bisher auch für die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft-

ten.¹⁶ Gemäss ihrer neuesten Vernehmlassung von 2004¹⁷ wird allerdings eine ärztliche Beihilfe zum Suizid nicht mehr grundsätzlich ausgeschlossen; die direkt aktive Tötung auf Verlangen hingegen wird weiterhin abgelehnt.

Moralische Beurteilung

Die Patiententötung wird von keiner Weltreligion akzeptiert. Für Juden, Moslems, fernöstliche Heilslehren u. a. ist das Leben heilig und unantastbar.¹⁸

Dasselbe gilt für uns Christen – naturrechtlich und im Dekalog begründet. Leben und Tod sind allein der absoluten Souveränität Gottes anheim gestellt. „Sicher ist für den Gläubigen das physische Leben in seinem irdischen Zustand kein Absolutum, so dass von ihm gefordert werden kann, es um eines höheren Gutes willen aufzugeben. Kein Mensch darf jedoch willkürlich über Leben und Tod entscheiden, denn absoluter Herr über eine solche Entscheidung ist allein der Schöpfer, durch den wir leben, uns bewegen und sind“ (Apg 17, 28).¹⁹

In den Grundprinzipien stimmen Christen, Juden und Moslems zwar überein, aber die öffentlich-rechtliche Realisierung ist sehr verschieden. Islam und Judentum stellen, wenn es um diese Fragen geht, das Verhältnis zu Gott in den Mittelpunkt. Die Autorität religiöser Schriften fliesst in die Gestaltung des Rechts ein, was einen ethisch-moralischen Relativismus oder Pluralismus westlicher Art ausschließt.

Dr. med. Giovanni FANTACCI
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Präsident der AIDS-Aufklärung Schweiz
 Vorstandsmitglied „Federazione Internazionale dei Centri ed Istituti di Bioetica di Ispirazione Personalistica“ (FIBIP), Rom
 Postfach 3176, CH-8033 Zürich

Referenzen

- 1 COUNCIL OF EUROPE, *Protection of the Human Rights and Dignity of the Terminally Ill and the Dying*, 25. 06. 1999 (<http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/t/ta99/erec1418.htm>)
- 2 *Offener Brief der Schweizer Bischofskonferenz an die parlamentarische Versammlung des Europarates*, Fribourg, 4. März 2004 (http://www.kath.ch/sbk-ces-cvs/pdf/Pdp_euthanasie_040304_d.pdf), *Deutsche Bischofskonferenz warnt vor Legalisierung der aktiven Sterbehilfe*, 20. Januar 2004 (<http://dbk.de/presse/pm2004/pm2004012001.html>)
- 3 HIPPOKRATISCHE GESELLSCHAFT SCHWEIZ, *Legalisierung der „aktiven Sterbehilfe“ in der Schweiz?*, Inderdisziplinäres Dossier, Zürich, November 1999
- 4 KLAUS E., *Last Exit - Todesservice auf Abruf*, Geriatrie Praxis (1992); 8: 26-27
Was ist und was will EXIT?, Informationsschrift EXIT, Basel 1986
- 5 SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN, *Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten*, Schweizerische Ärztezeitung (1995); 76: 1223-1225
 SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN, *Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin*, Schweizerische Ärztezeitung (1999); 80: 2134-2138
 SCHWEIZERISCHE AKADEMIE FÜR MEDIZINISCHE WISSENSCHAFTEN, *Behandlung von zerebral schwerst-geschädigten Langzeitpatienten*, Schweizerische Ärztezeitung (2004); 85: 50-54
- 6 BOSSHARD G., ULRICH E., BÄR W., *748 cases of suicide assisted by Swiss right-to-die organisation*, Swiss Med Wkly (2003); 133: 310-317
- 7 ANITA T., *Exit-Suizide in Basel*, Dissertation Universität Basel, 1999
- 8 KLAUS E., *Last Exit - Todesservice auf Abruf*, Geriatrie Praxis (1992); 8: 26-27
- 9 VAN DER HEIDE A. ET AL., *End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study*, Lancet (2003); 362: 345-350
- 10 *Die letzte Reise führt in die Schweiz*, Neue Zürcher Zeitung, 1. September 2004
- 11 *Kanton Zürich plant Suizidhilfe-Gesetz*, Neue Zürcher Zeitung am Sonntag, 22. Februar 2004.
- 12 STUCK A., *Pflegebedarf im Alter – ein aktuelles ärztliches Thema*, Schweizerische Ärztezeitung (2003); 84: 1278-1279
- 13 DEICHGRÄBER K., *Der Hippokratische Eid*, Hippokrates-Verlag, Stuttgart (1955/1969)
 COTTIER P., *Der Arzt, sein hippokratischer Eid und das öffentliche Gesundheitswesen*, Schweizerische Ärztezeitung (1997), 78: 1964-1969
- 14 BUNDESÄRZTEKAMMER, *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*, Deutsches Ärzteblatt (1998); 95: B 1851-1852
- 15 PROBST C., *Unterwegs als Neurochirurg. Erinnerungen – Deutung. Ausblicke – Hoffnung*, Christiana-Verlag, Stein am Rhein (1998)
- 16 SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN, *Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten*, Schweizerische Ärztezeitung (1995); 76: 1223-1225
 SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN, *Medi-*

- zinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin, Schweizerische Ärztezeitung (1999); 80: 2134-2138
- 17 SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN, *Betreuung von Patienten am Lebensende (1. Publikation zur Vernehmlassung)*, Schweizerische Ärztezeitung (2004); 85: 288-291
- 18 NORDMANN Y., *Das Leben ist eine Leihgabe von unantastbarem Wert – Aktive Sterbehilfe und Suizid aus der Sicht der jüdischen Medizinethik*, Neue Zürcher Zeitung (2001), Nr. 214: 93
- NORDMANN Y., *Sterbehilfe aus der Sicht der jüdischen Medizinethik*, Schweizerische Ärztezeitung (2001); 82: 2431-2435
- ORTHMANN E., *Die Stunde des Todes liegt allein in Gottes Hand – Selbstmord und Euthanasie im Islam*, Neue Zürcher Zeitung (2001); Nr.214: 95
- 19 JOHANNES PAUL II., *Schutz für die Unantastbarkeit des Lebens bis zum Tod*, Fünfte Generalversammlung der Päpstlichen Akademie für das Leben, Ansprache am 27. Februar 1999, in: L'Osservatore Romano (1999); Nr. 29 (11./12. März 1999)

Die Gleichstellung von homosexuellen Lebensgemeinschaften – ein Beitrag zur Konkretisierung der Menschenrechte?

Nadja EL BEHEIRI

I. Der Fall KARNER gegen Österreich

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat in seinem Urteil vom 24. Juli 2003 im Fall KARNER gegen Österreich ausgesprochen, dass gleichgeschlechtlichen hinterbliebenen Lebensgefährten bzw. Lebensgefährtinnen ein Eintrittsrecht nach § 14 Abs. 3 Mietrechtsgesetz in den Mietvertrag des verstorbenen Hauptmieters zukommt. Die gegensätzliche Ansicht stelle nach Meinung des Gerichtshofes einen Verstoß gegen das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art 8 MRK) in Verbindung mit dem Diskriminierungsverbot des Art. 14 MRK dar.

Der 1955 geborene Beschwerdeführer hatte seit 1989 gemeinsam mit seinem homosexuellen Partner in einer Wohnung in Wien gelebt. Der Partner des Beschwerdeführers war 1994 an AIDS gestorben. In der Zeit vor seinem Tod hatte ihn der Beschwerdeführer gepflegt und war von diesem als Erbe eingesetzt worden.

Der Vermieter der Wohnung hatte 1995 unter Berufung auf das Fehlen des in § 14 Abs. 3 Mietrechtsgesetz vorgesehenen Eintrittsrechts eine gerichtliche Kündigung eingebracht. Das zuständige Bezirksgericht in erster Instanz und das Landesgericht Wien in zweiter Instanz waren der Ansicht, dass die zitierte Mietrechtsbestimmung auch auf homosexuelle Beziehungen anzuwenden sei und hoben die Kündigung mit der Begründung auf, dass es Sinn und Zweck des in § 14 Abs. 3 festgelegten Eintrittsrechtes sei, Personen, die – ohne verheiratet zu sein – lange Zeit zusammen gelebt haben, vor einer plötzlichen Obdachlosigkeit zu schützen. Der Oberste Gerichtshof hingegen gab dem Kläger mit der Begründung Recht, dass

der historische Gesetzgeber des Jahres 1974 bei Erlass der Bestimmung nur verschieden-geschlechtliche Beziehungen vor Augen gehabt hat. Siegmund KARNER brachte im Jahr 1997 eine Beschwerde beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte ein. Bevor der Gerichtshof eine Entscheidung in der Sache fällen konnte, verstarb der Beschwerdeführer am 26. September 2000.

Nach dem Tod des Beschwerdeführers ergab sich zunächst die Frage, ob das Verfahren fortzuführen sei, obwohl die berechtigte Mutter auf ihr Eintrittsrecht in das Vermögen des Sohnes verzichtete hatte und somit das konkrete pekuniäre Interesse am Fall weggefallen war.

Der Gerichtshof vertrat die Ansicht, dass der Fall eine wichtige Frage des österreichischen Rechts betrifft und stimmte der Fortsetzung des Verfahrens gemäß Artikel 37 Abs. 1 MRK mit der Begründung zu, dass Menschenrechte betreffende Fälle, mit denen der Gerichtshof befasst ist, im Allgemeinen auch eine moralische Dimension haben, deren Klärung zur Verbesserung des allgemeinen Standards der Menschenrechte beiträgt.

In seiner Entscheidung scheint sich der Gerichtshof der Ansicht des Landesgerichts für Zivilsachen Wien anzuschließen, wonach Sinn und Zweck des § 14 Abs 3 Mietgesetz nicht die Verfolgung von familien- oder sozialpolitischen Zielen, sondern ausschließlich der Schutz vor Obdachlosigkeit sei. In seiner Begründung hält er fest, dass eine Ungleichbehandlung dann gegen Artikel 14 der Konvention verstößt, wenn diese keine objektive und vernünftige Rechtfertigung findet, d. h., so führt der Gerichtshof weiter aus, immer dann, wenn die Ungleichbehandlung kein legitimes Ziel verfolgt oder wenn kein vernünftiges Verhältnis zwischen

den angewendeten Mitteln und dem angestrebten Ziel besteht.

Der Gerichtshof nimmt nun zwar grundsätzlich an, dass der Schutz der Familie im traditionellen Sinn ein gewichtiger und legitimer Grund für eine unterschiedliche Behandlung sein kann. Der Schutz der Familie stelle jedoch, so wird in der Begründung ausgeführt, ein eher abstraktes Ziel dar, zu dessen Verwirklichung eine breite Palette von Möglichkeiten zur Verfügung steht. Das vernünftige Verhältnis zwischen den angewendeten Mitteln und dem angestrebten Ziel wird daher im vorliegenden Fall als überschritten angesehen, zumal – so die Ausführungen des Gerichtshofes – genau so wie Unterscheidungen aufgrund des Geschlechts auch jene aufgrund der sexuellen Orientierung zur ihrer Rechtfertigung besonders schwerwiegender Gründe bedürfen.

II. Die Problematik im Hinblick auf eine Konkretisierung der Menschenrechte

Das Bedürfnis des Beschwerdeführers nach einem Eintrittsrecht in den Mietvertrag ist verständlich, besonders dann, wenn man sich vor Augen hält, dass dieser lange Jahre hindurch unter Beteiligung an den Mietkosten in der Wohnung gelebt hat. Dennoch ist die Entscheidung des Gerichtshofes als bedenklich zu bezeichnen, wenn man sich vor Augen hält, dass es ihm nach dem Tod des Beschwerdeführers ausschließlich um eine grundsätzliche Stellungnahme zu einer Frage der Menschenrechte gegangen ist.¹

Die Frage, die es unter dem Gesichtspunkt der Menschenrechte zu erörtern galt, lautete, ob die Beschränkung des von § 14 (3) gebrauchten Begriffes „Lebensgefährte“ auf heterosexuelle Beziehungen einen Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot des Art 14 MRK darstellt oder nicht. In diesem Sinne hatte der Gerichtshof zu prüfen, ob im vorliegenden Fall eine sachliche Recht-

fertigung für eine Ungleichbehandlung von homosexuellen und heterosexuellen Beziehungen gerechtfertigt war.

Der Gerichtshof scheut vor einer direkten Erörterung der Frage zurück. Der Schutzbereich des Art. 8 MRK betrifft das Privat- und Familienleben, die Wohnung und die Korrespondenz einer Person. Der Gerichtshof argumentiert nun, dass es nicht erforderlich ist, die Begriffe „Privatleben“ oder „Familienleben“ zu erörtern, sondern leitet seine Entscheidung ausschließlich vom Recht auf Achtung der Wohnung ab. Damit nimmt er der Problematik scheinbar etwas von ihrer Schärfe. Diese Vorgangsweise mag einen Kompromiss zwischen dem Druck, der von Seiten zahlreicher Homosexuellenorganisationen ausgeübt wird, und dem Bedürfnis, das Konzept der Ehe und Familie unangetastet zu lassen, darstellen, ist jedoch, wie auch die Reaktionen auf die Entscheidung beweisen, nicht zielführend.²

Mit ähnlichen Problemstellungen waren Gesetzgeber und Höchstgerichte in den letzten Jahren immer wieder befasst. Insgesamt ist eine Tendenz zu beobachten, die zu dem Ergebnis führt, dass die faktische Gegebenheit der Homosexualität³ durch Einzelregelungen aus dem privaten Bereich herausgehoben und immer stärker dem Bereich der durch die Rechtsordnung anerkannten Institutionen zugeordnet wird.

Die Entscheidung des Gerichtshofes stellt in diesem Zusammenhang einen weiteren Schritt zur Verstärkung dieser Tendenz dar.

III. Denkanstöße aus der römischen Antike

Gerade vor dem Hintergrund einer Rechtsprechung und Gesetzgebung, die sich immer mehr zu verfestigen scheint, möchte der vorliegende Beitrag Denkanstöße bieten, indem er die angeführten Darlegungen Werten gegenüberstellt, die in der Praxis des antiken Roms vor nunmehr über zwei-

tausend Jahren formuliert wurden und die wesentlich zur Ausformung der europäischen Kultur beigetragen haben.⁴

Zwei Gesichtspunkte der Fragestellung sollen dabei erörtert werden. Zunächst geht es um die Zulässigkeit des Ansatzes des Gerichtshofes, die Auswirkungen der Entscheidung auf das Konzept von Ehe und Familie nicht anzusprechen. Anschließend sollen einige Argumente dafür gebracht werden, warum eine Ungleichbehandlung gerade unter dem soeben erwähnten Blickwinkel für zulässig angesehen werden kann. Diese Fragen sollen anhand von in der Antike ausgearbeiteten Interpretationsregeln vor ihrem erkenntnistheoretischen Hintergrund⁵ beantwortet werden; in einem zweiten Schritt soll dann die Bedeutung von Ehe und Familie anhand einiger Belegstellen aus der vorchristlichen Zeit aufgezeigt werden.

III.1. Grundsätze, die offenbar in Vergessenheit geraten sind

Sowohl bei der Interpretation des Begriffes „Lebensgefährte“ des Art 14 Abs 3 Mietgesetz wie auch bei Auslegung des Artikel 8 MRK handelt es sich um eine sogenannte teleologische Interpretation, d. h. eine Interpretation im Hinblick auf den Sinn und Zweck einer Regelung.

Wenn wir aus der Praxis der römischen Rechtssprechung schöpfen, können in diesem Zusammenhang folgende Regeln aufschlussreich sein. So heißt es etwa: „Gesetze sind so wohlwollend auszulegen, dass ihr Wille gewahrt bleibt“,⁶ sodann findet sich die Regel, wonach „von dem, was stets eine bestimmte Auslegung gehabt hat, keinesfalls abgegangen werden soll“.⁷ Im vorliegenden Zusammenhang von besonderer Bedeutung ist auch die Bestimmung, dass es „unzulässig ist, ohne das Gesetz als Ganzes zu berücksichtigen, nach irgendeinem Teil desselben ein Urteil zu sprechen oder ein Gutachten zu erteilen“.⁸

Der Gerichtshof spricht im Zusammenhang mit dem Diskriminierungsverbot davon, dass zur Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung objektive und vernünftige Gründe vorliegen müssen. Die Konkretisierung des Begriffspaares „objektiv und vernünftig“ bereitet dem modernen Menschen mitunter Schwierigkeiten.

Jene Fähigkeiten, die dem Menschen die Erkenntnis der mittels der Vernunft wahrnehmbaren Einzelgegebenheiten ermöglichen, wurde von CICERO mit dem Begriff *communis intelligentia* bezeichnet. Eine Fähigkeit, die uns durch die Natur verliehen wurde und welche gerade auf die Unterscheidung von Recht und Unrecht und darüber hinaus von dem was sittlich und schändlich ist, ausgerichtet ist.⁹

Dass die Erkenntnis von naturgegebenen Tatsachen durch die Lebensgewohnheiten des Menschen geschwächt werden kann, wurde ebenfalls schon im Rom des zweiten vorchristlichen Jahrhunderts erkannt. Anschaulich in diesem Zusammenhang ist das Beispiel des zweifachen Konsuls QUINTIUS FLAMINIUS, der von den Zensoren M. PORCIUS CATO und L. VALERIUS FLACCUS aus dem Senat gestoßen wurde, weil er einen Kriegsgefangenen willkürlich hinrichten hatte lassen. Grund für das Einschreiten der Zensoren war nicht etwa die Tatsache, dass sie das Urteil einer Revision unterzogen hätten; eine solche Vorgangsweise wäre mit der römischen Denkweise unvereinbar gewesen. Dem Konsul wurde vielmehr der Vorwurf gemacht, dass sein Urteilsvermögen durch einen unangemessenen Lebenswandel beeinträchtigt worden war.¹⁰

Zahlreich sind die Belege dafür, dass bereits im vorchristlichen Rom der Schutz von Ehe und Familie ein Anliegen der *res publica* gewesen ist. So hören wir aus dem Jahre 403 v. Chr., dass Unverheiratete mit einer höheren Steuerleistung belegt wurden.¹¹ Aus einer Rede des Zensors METELLUS NUMIDICUS stammt die Formulierung, dass „das Gemeinwesen ohne die Ehe keinen Bestand

haben könne“.¹² CICERO leitet die Existenz der menschlichen Gesellschaft insgesamt von der gemeinsamen Natur ab, welcher der Zeugungstrieb eigen ist, und sieht in der Familie den Beginn der Stadt und bezeichnet sie gleichsam als eine Schule für das Gemeinwesen.¹³

Die hier angeführten Quellenzitate führen zu einer Methode, die lange Zeit hindurch zum festen Bestandteil der europäischen Rechtskultur zählte und die bei einer konsequenten Anwendung zu Ergebnissen führt, die sich grundsätzlich von jenen des Gerichtshofs unterscheiden. Zu diesen zählt die Erkenntnis, dass Ehe und Familie zu jenen Gütern gehören, deren Schutz erhöhte Priorität in jeder Gesellschaft genießen müssen und jedermann zugänglich ist, der die Frage mit objektiven und vernünftigen Maßstäben prüft und nicht ein starkes Interesse daran hat, das Gegenteil zu beweisen.

Der Ausweg, den der Gerichtshof gefunden hat, um die Kernfrage nicht anzusprechen zu müssen, ist vor dem Hintergrund der oben angeführten Interpretationsregeln nicht möglich. So konnte der Gerichtshof die Argumentation des österreichischen Obersten Gerichtshofs, dass die von den Untergerichten vorgenommene Auslegung dem Willen des historischen Gesetzgebers nicht entspricht, nicht widerlegen. Der Versuch, das Recht auf Wohnung aus dem Zusammenhang des Artikel 14 MRK herauszunehmen, bzw. den Begriff des Lebensgefährten, wie er in das österreichische Mietrecht eingegangen ist, unabhängig von jenem der Ehe zu formulieren, ist gleichfalls nicht überzeugend, zumal der Wortlaut der Bestimmung selbst auf den Begriff der Ehe abstellt.¹⁴ Abschließend kann wohl auch im vorliegenden Zusammenhang die Frage aufgeworfen werden, ob eine Rückbesinnung auf die Ursprünge der europäischen Rechtskultur nicht verstärkt dazu herangezogen werden könnte, der modernen Rechtskultur zu ihrer vollen Entfaltung zu verhelfen.

Referenzen

- 1 Vgl. den Wortlaut des Art. 37 (1) MRK: „... Der Gerichtshof setzt jedoch die Prüfung der Beschwerde fort, wenn die Achtung der Menschenrechte, wie sie in dieser Konvention und den Protokollen dazu anerkannt sind, dies erfordert“.
- 2 So spricht die Homosexuellen Initiative (HOSI) Wien in einer Presseaussendung von einem „historischen Ereignis von unglaublicher Dimension“.
- 3 Zu der Problemstellung sehr informativ ist der Sammelband von Andreas LAUN (Hrsg.), *Homosexualität aus katholischer Sicht*. Eichstätt, Franz-Sales-Verl., 2001. Beachtung verdient auch die Tatsache, dass das Wort „Homosexualität“ immer mehr in die Alltagssprache einzudringen scheint. Wortwendungen, wie „er ist ein Homosexueller“ werden mit grosser Selbstverständlichkeit gebraucht. Dazu der Beitrag der Amerikanerin Dale O'LEARY, die darauf hinweist, dass durch dieses Konzept nur zu leicht eine homosexuelle Identität geschaffen wird, die durch die falsche Vorstellung, dass gleichgeschlechtliche Neigungen das Wesen der betroffenen Personen betreffen und somit nicht verändert werden können, jeden Weg zu einem Versuch der Heilung absperrt. AoO. S. 32 ff.
- 4 Zur Rolle des Römischen Rechts vor den Gerichten der Europäischen Union vgl. die Ausführungen von Rolf KNÜTEL in *JUS*, Zeitschrift für Studium und praktische Ausbildung 9 (1996) S. 768-778. Interessant in diesem Zusammenhang ist auch das Beispiel des Ungarischen Verfassungsgerichtshofes. Als dieser im Jahre 1990 seine Arbeit aufnahm, entschied er sich grundsätzlich für das Prinzip der Rechtskontinuität, was bedeutete, dass immer dann, wenn keine absolute Unvereinbarkeit mit den geänderten gesellschaftlichen Werten bestand, die bestehende Rechtsordnung grundsätzlich aufrecht erhalten werden sollte. Bei der Konkretisierung von Konzepten und Werten wurde häufig auf Prinzipien des Römischen Rechts zurückgegriffen. Diese Prinzipien werden unter dem Titel „Ius Publicum“ in einer Kurzmonographie eines der Verfassungsrichter jener ersten Periode und Professor für Römisches Recht János ZUNSZKY in ungarischer Sprache dargestellt. Budapest, Osiris 1994, 228 S.
- 5 Zu diesem methodischen Ansatz vergleiche ausführlich die Monographie von Wolfgang WALDSTEIN, *Teoria generale dell diritto. Dall'antichità a oggi*, Roma: Pontificia Università Lateranense, 2001, 280 S. Dazu die Rezension von El BEHEIRI in *Forum historiae iuris*, <http://www.forhisiur.de/zitat/0310beheiri.htm>.
- 6 D. 1.3.18 Celsus libro XXVIII digestorum: „*Benignius leges interpretandae sunt, quo voluntas earum conservetur.*“ Die Übersetzung stammt aus der neuen Digestenübersetzung von Okko BEHREND, Rolf KNÜTEL, Berthold KUPISCH und Hans Hermann SEILER, C. F. MÜLLER, Juristischer Verlag Heidelberg.
- 7 D. 1.3.23 Paulus libro quarto ad Plautium: „*Minime sunt mutanda, quae interpretationem certam semper habuerunt.*“
- 8 D. 1.3.24 Celsus libro VIII digestorum: „*Incivile est nisi tota lege perspecta una aliqua particula eius proposita iudicare vel respondere.*“ Die Übersetzungen stammen aus der neuen Digestenübersetzung von Okko BEHREND, Rolf KNÜTEL, Berthold KUPISCH und Hans Hermann SEILER, C. F. MÜLLER, Juristischer Verlag Heidelberg.
- 9 Cic. de leg. 1,44: „*atqui nos legem bonam a mala nulla alia nisi naturae norma dividere possumus, nec sulum ius et iniuria natura diiudicatur, sed omnino omnia honesta et*

- turpia. Nam ut communis intellegentia nobis notas res effecit easque in animis nostris inchoavit. Honesta in virtute ponuntur, in vitiis turpia*“.
- 10 Cic. Cato 42: *“impedit enim consilium voluptas, rationi inimica est, mentis, ut ita dicam, praestringit oculos nec habet ullum cum virtute commercium”*.
- 11 Die Regelung stammt vom Zensor M. FURIUS CAMILLUS, der als *parens patriae conditorque alter urbis* bezeichnet wurde, und seinen Kollegen M. ALBINUS REGILLENIS. Val. Max. 2,9,1.
- 12 Gell. 1,6,6. Die Zensur wurde im Jahre 443 v. Chr. ursprünglich in erster Linie zum Zweck der Bürgerzählung und ihrer steuerlichen Veranschlagung eingeführt. Ab dem Jahre 312 v. Chr. gehörte auch das sog. *regimen morum*, die Regulierung der Sitten zu ihrem Aufgabenbereich. In diesem Sinne kam ihnen eine Funktion zu, die durchaus mit jener des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte verglichen werden kann.
- 13 Cic. de off. 1,54: *“Nam cum sit hoc natura commune animantium, ut habeant libidinem procreandi, prima societas in ipso coniugio est, proxima in liberis, deinde una domus, communia omnia; id autem est principium urbis et quasi seminarium rei publicae”*.
- 14 Der entsprechende Satz des § 14 Abs 3 lautet: „Lebensgefährte im Sinne dieser Bestimmung ist, wer mit dem bisherigen Mieter bis zu dessen Tod durch mindestens drei Jahre hindurch in der Wohnung in einer in wirtschaftlicher Hinsicht gleich einer Ehe eingerichteten Haushaltsgemeinschaft gelebt hat“.

Doz. Dr. Nadja EL BEHEIRI
Katholische Universität Pázmány Péter
Szentkirályi utca 28, H-1088 Budapest

SCHWERPUNKT

Primärprävention als Anliegen der Gesundheitspolitik

Maria RAUCH-KALLAT

Zusammenfassung

Die demographische Entwicklung und der Wandel des Krankheitspanoramas mit einer deutlichen Dominanz lebensstilbedingter Zivilisationskrankheiten, machen auch einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik erforderlich. Gesundheitsförderung und Prävention werden im Sinne einer gesundheitspolitischen Neuorientierung dringender denn je. Daher wurde eine Gesundheitsförderungsbewegung ins Leben gerufen, die im Alltag präsent ist und die Menschen daran erinnern soll, dass mit ganz kleinen Schritten im täglichen Leben schon ein großer Nutzen für die Gesundheit erzielt werden kann. Als Markenzeichen für Gesunden Lebensstil wurde die Überwindung des sprichwörtlichen „inneren Schweinehundes“ (iSch) gewählt, der uns oft von gesunden Dingen abhalten will. Die angestrebten Verhaltensänderungen müssen immer im Zusammenhang mit den Lebensverhältnissen gesehen werden. Eine der Stärken der Österreichischen Gesundheitsförderung liegt im „Setting-Ansatz“ und den damit verbundenen Netzwerken. Im Gesundheitssektor hat Primärprävention bereits einen hohen Stellenwert. Was wir brauchen ist eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik.

Schlüsselwörter: Primärprävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsbewusstsein individuell, Fonds „Gesundes Österreich“

Abstract

Due to the demographic development on the one hand and the shift in patterns of health and disease towards a dominance of lifestyle and health behaviour related non communicable diseases on the other hand, we need a change of paradigm in public health policies. In the sense of reorientation of health policies we have to focus on health promotion and prevention. That is why we have started a health promotion campagne with the purpose of being omnipresent in peoples lives, urging everybody at any time to be concious of the fact, that everyone can improve one,s own health step by step. To do so, we established a trade mark, the „innerer Schweinehund – iSch“, which stands for to conquer one,s weaker self the „inner lazy dog“ or sluggishness towards health, which has to be overcome. Noting that conditions in which people live as well as their lifestyles influence their health, we have also to take into account to create a conductive environment for healthy lifestyles. Therefore health promotion in settings and the health promoting networks are another important strategy in the Austrian health promotion policy. There is already great emphasis within the health sector to act on prevention. What we need is a health promoting general policy.

Keywords: Primary Prevention, Public Support, Health Promotion, Individual Concern for Personal Health, Funds „Healthy Austria“

Anschrift der Autorin: Maria RAUCH-KALLAT

Bundesministerin für Gesundheit und Frauen
Radetzkystraße 2, A-1030 Wien

Primärprävention

Sie umfasst alle spezifischen Aktivitäten und Maßnahmen vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung. Sie richtet sich also an die noch gesunde Bevölkerung und deren Alltagsleben. Gesundheitspolitisches Ziel der Primärprävention ist es, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) einer Erkrankung in einer Population oder die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum zu senken.

Man kann die Mehrheit der Präventionskonzepte grob in zwei Gruppen teilen: die individuumsbezogenen Konzepte der Beratung, Belehrung und Behandlung und die soziale Prävention (Community-Ansätze), die auf die Gesundheitsbedingungen gesellschaftlicher Gruppen oder Institutionen ausgerichtet sind. Beide Herangehensweisen haben ihre Berechtigung je nach dem zu lösenden Problem.

Zur Verlängerung der Lebenserwartung seit Beginn der Industrialisierung haben „gemeindebezogene“ Strategien (nach den allgemein verbesserten Lebensbedingungen) weit mehr beigetragen. Die heute dominierenden nichtinfektiösen Krankheiten sind davon zwar gänzlich verschieden, allein die geringen Heilungschancen der Individualmedizin verweisen hier auf die Bedeutung und Notwendigkeit der Prävention.

Der Einfluss von Umwelt und Lebensbedingungen auf die Morbidität der Bevölkerung

In entwickelten Industrieländern wurden Verhältnisse geschaffen und Verhaltensweisen begünstigt, deren Folge ein grundlegender Wandel des Krankheitspanoramas ist, das heute maßgeblich von den sogenannten Zivilisationskrankheiten geprägt wird. Etwa drei Viertel aller Todesursachen in Österreich entfallen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs.

Der überwiegende Teil chronischer Erkrankungen, die unser Gesundheitswesen finanziell stark belasten, ist lebensstilbedingt. Dies trifft vor allem auf Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Herzkreislaufsystems zu, aber auch auf Zigarettenrauchen, Bewegungsmangel, Alkoholismus, Drogen- und Medikamentenabhängigkeiten. Trotz bemerkenswerter medizinisch-technischer und pharmakologischer Fortschritte stößt die kurative Medizin an ihre Grenzen. Dies vor allem deshalb, weil sie in ihren Ansätzen vorwiegend darauf ausgerichtet ist, eine bereits vorliegende Krankheit zu diagnostizieren und zu therapieren. Die Ursachen für diese Erkrankungen liegen vielfach im individuellen Verhalten und der „sozialen“ Umwelt, manchmal wohl auch aggraviert durch genetische Faktoren.

Erfreulicherweise werden die Menschen in Österreich heute immer älter. Doch hängt ihre Lebensqualität im Alter maßgeblich davon ab, wie gesund sie sind. Die Medizin kann dazu nur einen begrenzten Beitrag leisten, und der ist sehr teuer. Es hängt deshalb maßgeblich vom Lebensstil und den Lebensverhältnissen der Menschen ab, wie gesund sie älter werden.

Zivilisationskrankheiten werden heute mehr und mehr zum zentralen Problem im Gesundheitswesen. Sie belasten sowohl den Einzelnen als auch die Solidargemeinschaft. Demographische Entwicklung und medizinischer Fortschritt üben einen enormen Kostendruck aus.

Da die heute dominierenden chronischen Krankheiten gerade durch einen längerfristigen, teilweisen symptomarmen Verlauf gekennzeichnet sind, greifen Maßnahmen zu kurz, die erst einsetzen, wenn häufig bereits irreversible Schäden vorliegen.

Vorsorgen ist besser als heilen!

Diese Volksweisheit ist zwar jedem bekannt, doch fand sie im medizinischen All-

tag bisher verhältnismäßig wenig Resonanz. Obwohl allgemein anerkannt ist, dass Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung wesentliche Aufgaben der Gesundheitspolitik sind, fließt auch heute noch ein überwiegender Teil der Ausgaben im Gesundheitswesen in die kurative Medizin.

Ein Gesundheitssystem, das die Reparatur vor den Erhalt der Gesundheit stellt, wird stets vergeblich gegen die Kostenexplosion kämpfen. Angesichts dieser Erkenntnisse werden Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne einer gesundheitspolitischen Neuorientierung dringender denn je. Eine Gesundheitsreform wird nur dann diese Bezeichnung verdienen, wenn sie sich auf die Förderung von Gesundheit und Prävention von Krankheit bezieht.

Risikofaktoren und –konstellationen, die häufig im Zusammenwirken krank machen, sind überaus vielschichtig und der kurativen Medizin oft nur eingeschränkt zugänglich. Sie reichen nämlich vom individuellen Verhalten (Ernährung, Bewegung, Rauchen, ..), den sozialen Bedingungen (Bildung, Einkommen, familiäre Situation, Wohnverhältnisse, ..), den Arbeitsbedingungen (Lärm, Stress, Schadstoffbelastung, Mobbing, ..) bis hin zur ökologischen Umgebung (Luftverschmutzung, ..).

Vielfach konzentrieren sich Präventionsmaßnahmen weitgehend auf die Beeinflussung dessen, was als „Lebensstil“ bezeichnet wird. Lebensstilzentrierte Prävention fokussiert in der Regel auf jene Risikofaktoren, die als hauptverantwortliche Ursachen für die verlorenen potenziellen Lebensjahre genannt werden: Tabak, Bewegungsarmut, Alkohol, Fehl- oder Überernährung und Stress.

Grenzen des individuellen Bemühens um Gesundheitsförderung

Allerdings steht Gesundheit nicht vollständig unter personaler Kontrolle des Individu-

ums. Der Einzelne kann somit nicht allein für seine Gesundheit verantwortlich gemacht werden. Die weite Verbreitung von Krankheiten, deren Entwicklung durch die Lebensführung, durch gesellschaftliche Belastungen und Spannungen mit beeinflusst werden, zeigt uns, dass neben der personalen Kontrolle über die Gesundheit auch andere Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind. Familie, Schule, Arbeitsplatz und Wohngemeinde sowie andere gesellschaftliche Institutionen prägen jene Handlungen und Einstellungen wesentlich mit, die der Gesundheit förderlich oder abträglich sind. Es ist daher konsequent, die zur Verhütung von Krankheiten eingesetzten Strategien über die individuelle Verantwortung hinaus auch auf diese gesellschaftlichen Institutionen zu übertragen. Gesundheitsförderung und Primärprävention sind heute mehr denn je als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten.

Dessen ungeachtet ist jedoch auch jeder Einzelne verantwortlich, sich um sich selbst zu sorgen und – wenn nötig – um angemessene professionelle Hilfe zu bemühen. Es braucht Anreize, Programme, Hilfestellungen von kooperativen Gesundheitsexperten, die ihm ermöglichen Schritt für Schritt die Eigenverantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen.

Es ist nie zu spät, den ersten Schritt zu tun! Unter diesem Motto steht die jüngste Bewegungskampagne des Fonds „Gesundes Österreich“, die von meinem Ressort unterstützt wird.

Mit dem aktiven Beginn einer Lebensstiländerung wird Eigenverantwortung übernommen, um die beeinflussbaren persönlichen Risikofaktoren zumindest zu reduzieren. Für den einen heißt Lebensstiländerung, seine Ernährung umzustellen, für den anderen nicht mehr zu rauchen, sich mehr zu bewegen und auch weniger oft und weniger schnell mit dem Auto zu fahren. Ein Dritter sieht seine Lösung darin, sich möglichst frei von negativem Stress zu machen und seine bisherige Belastung im Beruf oder an-

derswo, zu reduzieren. Die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität hat dabei höchste Priorität. Nicht der Arzt ist für die Gesundheit verantwortlich. Er kann nur die eingetretenen Gesundheitsstörungen behandeln. Für die Behandlung der Ursachen ist jeder ganz persönlich zuständig.

Daten aus der Meinungsforschung zeigen, dass sich die österreichische Bevölkerung gut über gesundheitsrelevante Themen informiert fühlt, viele Menschen aber leider nicht danach handeln. Das Wissen um gesunde Verhaltensweisen ist die eine Sache, das tatsächliche Tun die andere. Ich glaube, dass diese Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln nur überbrückt werden kann, wenn es Spaß macht und schick ist, gesund zu leben. Daher habe ich eine Gesundheitsförderungsbewegung ins Leben gerufen, die im Alltag präsent ist und die Menschen daran erinnern soll, dass mit ganz kleinen Schritten im täglichen Leben schon ein großer Nutzen für die Gesundheit erzielt werden kann. Als Markenzeichen für die Gesundheitsreform haben wir den sprichwörtlichen „inneren Schweinehund“ (iSch) gewählt, der uns so oft von gesunden Dingen abhalten will, den wir aber mit ein paar Tipps und Tricks leicht in den Griff bekommen können.

Der „innere Schweinehund“

Er steht für jenes Prinzip, das uns daran hindert, unser Wissen um eine gesunde Lebensweise auch in die Tat umzusetzen. Er verleitet uns dazu, doch den Lift statt der Stiegen zu nehmen, nicht auf den Schweinsbraten zu verzichten und uns wieder einmal eine Zigarette anzuzünden und beim Autofahren, womöglich ohne Anlegen des Sicherheitsgurts, kräftig auf das Gaspedal zu drücken.

Die große Gesundheitsförderungsbewegung des BMGF beruht auf fünf Säulen:

- Ernährung
- Bewegung

- Unfall- und Suchtvermeidung
- Entspannung
- Medizinische Vorsorge

Um diese Gesundheitsförderungsbewegung flächendeckend zu implementieren, muss das Gesundheitsressort mit alters-, gruppen- und geschlechtsspezifischen Angeboten versuchen, möglichst viele Österreicherinnen und Österreicher zu erreichen. Dazu braucht es viele engagierte Kooperationspartner.

Unüberhörbar sind heute die Klagen über die immer schwierigere Finanzierbarkeit unseres Gesundheits- und Krankenanstaltenwesens. Ein Problem, das nicht nur in Österreich auftritt, sondern das wohl alle westlichen Industrieländer kennen.

Definition von Gesundheit und Wohlbefinden

Umdenken tut also Not! Gemäß der historischen Definition der Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit das vollkommene körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden. Dieser hohe Anspruch musste zu einer Intensivierung von Maßnahmen über den Bereich der Medizin hinaus auch zu Eingriffen bei Zuständen führen, die keine Krankheiten im klassischen Sinn darstellten.

Die WHO verabschiedete dann im Jahr 1986 mit der Ottawa-Charta ein Grundsatzpapier zur Gesundheitsförderung. Diese Charta ist ein Programm, das über die Medizin hinaus auf unterschiedliche Bereiche einwirken will, die alle in Bezug zu Gesundheit oder Krankheit stehen, wie Wirtschaft, Politik, soziale Bewegungen, Umwelt und vieles mehr.

Gemäß Definition der Ottawa Charta „zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es not-

wendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für ihre Erhaltung betont. Daher liegt die Verantwortung für die Gesundheitsförderung nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“

Die Erziehung der Gesellschaft zu Gesundheitsförderung

„Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und um andere sorgt, dass man in der Lage ist, selbst Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

Nach der Ottawa-Charta ist Gesundheitsförderung demnach jener Prozess, Personen und Gruppen zu befähigen, Kontrolle über wichtige Faktoren zu erlangen, die ihre Gesundheit beeinflussen und diese auf diesem Weg zu verbessern.

Dieser Prozess bedarf sowohl der Befähigung - des Empowerments - von Personen und Gruppen, als auch der Entwicklung von Lebensräumen bzw. Lebenswelten (sogenannte Settings wie Arbeitsplatz, Schule, Gemeinde, aber auch Krankenhaus). Denn was Personen selbst für ihre Gesundheit tun kön-

nen, hängt zunächst davon ab, ob man ihnen für sie brauchbares, verständliches Wissen und entsprechende Fertigkeiten bereitstellt. Es hängt aber auch maßgeblich von den Bedingungen der Umwelt ab, ob z.B. Angebote im Bereich Ernährung oder Bewegung verfügbar sind, aber auch, ob die Organisationen, die das Leben der Menschen wesentlich beeinflussen und als die wichtigsten „Gesundheitserzieher“ in der modernen Gesellschaft bezeichnet werden können, Gesundheit in ihren Entscheidungen wichtig nehmen.

Der Weg der Gesundheitsförderung in Österreich ist sehr eng mit der Entwicklung dieses Konzeptes der Weltgesundheitsorganisation verbunden, wobei Österreich hier auch einige wesentliche Beiträge zur theoretischen und praktischen Ausarbeitung der internationalen Gesundheitsförderung geleistet hat (z.B. Konzept des gesundheitsfördernden Krankenhauses).

Umsetzung der Gesundheitsförderung in Österreich

Das Konzept der Gesundheitsförderung hat in den letzten Jahrzehnten auch in Österreich stark an Bedeutung gewonnen. Dadurch sind die gesundheitsrelevanten Lebensweisen der Menschen sowie ihre Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen verstärkt in das öffentliche Blickfeld getreten.

Die Umsetzung erfolgte dabei in Österreich nicht als zentraler Prozess, sondern wurde zunächst vorwiegend auf lokaler Ebene etabliert.

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass nur durch ein direktes Anschließen der Gesundheitsförderung an den Lebensalltag eine Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention ermöglicht wird. Erst dadurch können nachhaltige Wirkungen gesundheitsfördernder Interventionen erzielt werden.

Dieser Umstand macht deutlich, dass Gesundheitsförderung in erster Linie auf lokaler

und regionaler Ebene – also „direkt vor Ort“ geplant und umgesetzt werden muss. Gesundheit wird am besten in den alltäglichen Lebenswelten der Menschen, - dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben, - gefördert.

Die Stärke der Österreichischen Gesundheitsförderung liegt im „Setting-Ansatz“ und den damit verbundenen Netzwerken, wie „Gesundheitsfördernde Schulen“, „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“, „Gesunde Städte“, „Gesunde Gemeinden“, „ Betriebliche Gesundheitsförderung“.

Eine gesunde Arbeitswelt hängt sehr wesentlich davon ab, ob den Betrieben die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Anliegen ist – ob sie systematisch in deren Gesundheit investieren.

Eine gesundheitsfördernde Schule soll die Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, welche die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise unterstützen. Die Organisation Schule soll dabei zu einem gesunden Erfahrungs- und Lebensraum gestaltet werden. Im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung hoffe ich sehr, dass in den Bundesländern regionale Unterstützungszentren, ähnlich dem Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, etabliert werden um das Konzept der Gesundheitsfördernden Schulen weiter zu verbreiten.

Aber auch im Krankenbehandlungssystem ist es wichtig, dass Prävention und Gesundheitsförderung genauso seriös betrieben werden wie die „normale“ kurative Behandlung. Standard und Qualitätskriterium muss es sein, die Patienten in ihrer Autonomie zu stärken, sodass eine Kommunikationsbasis geschaffen wird, mittels derer die Patienten wirklich befähigt werden, von nun an gesünder zu leben (Überlappung mit Sekundärprävention).

Was wir heute brauchen, ist eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen, verstärkte persönliche Kompetenz, Verant-

wortung jedes Einzelnen und eine Neuorganisation der Gesundheitsdienste.

Der Fonds „Gesundes Österreich“

Mit der Verabschiedung des Bundesgesetzes über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information wurde 1998 ein weiterer wichtiger Schritt zur Etablierung der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich geschaffen. Bund, Länder und Gemeinden einigten sich darauf, jährlich einen Betrag von ATS 100 Millionen (nunmehr € 7.267.280,—) aus den Mitteln der Einfuhrumsatzsteuer für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Vorsorge zur Verfügung zu stellen.

Mit der inhaltlichen und organisatorischen Abwicklung dieser Maßnahmen wurde der Fonds Gesundes Österreich beauftragt, der bereits seit 1988 Aufgaben als Informations- und Koordinationsplattform für Gesundheitsförderung und Selbsthilfe wahrgenommen hatte.

Nach dem Motto „Vorhandenes stärken und Neues bewirken“ sollen die Aktivitäten des FGÖ die bereits etablierten Maßnahmen keinesfalls ersetzen, sondern zum Ausbau erfolgreicher Projekte und zum Entstehen neuer innovativer Initiativen und Impulse im Bereich der Gesundheitsförderung beitragen.

Der Fonds Gesundes Österreich betreibt und unterstützt gemäß seinem gesetzlichen Auftrag Gesundheitsförderung und Primärprävention in einem umfassenden Sinn. Genau das ist auch mein Ansatz einer innovativen Gesundheitspolitik. Daher habe ich sehr gerne die Präsidentschaft im Fonds Gesundes Österreich übernommen.

Die Gesundheitspolitik muss den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen Rechnung tragen und dies bei der Erarbeitung und Umsetzung von Zielen entsprechend berücksichtigen. Weiters ist aber auch dem steigenden Anspruchsdenken und der immer

größeren Erwartungshaltung der Bevölkerung an die Reparaturmedizin entgegenzuwirken, und die Eigenverantwortung an der Krankheitsvorbeugung, insbesondere im Bereich der lebensstilassoziierten Störungen und Beschwerden, zu vermitteln.

Eines meiner Ziele in der Gesundheitsförderung ist es daher, das Gesundheitsbewusstsein der Österreicherinnen und Österreicher zu steigern und durch Information und Motivation Verhaltensänderungen in Richtung gesunder Lebensweise zu bewirken.

Die Rolle der Politik bei der Steuerung von Lebensstilmustern, sehe ich im Bereich der Information, Bewusstmachung und Motivation. Die angestrebten Verhaltensänderungen müssen immer im Zusammenhang mit den jeweiligen Lebensverhältnissen gesehen werden. Es darf aus meiner Sicht im Krankheitsfall nicht zur Schuldzuweisung kommen. Manche sehen aus den USA Gefahren eines autoritär normierten Gesundheitsverhaltens auf Europa zukommen, das zu Uniformität, Manipulation, Kontrolle und Ausgrenzung führt. Um eine solche Entwicklung zu verhindern, darf man nicht, so meine ich, die gesamte Verantwortung allein auf den Einzelnen abwälzen, sondern muss einen Mittelweg

zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung für die Gesundheit finden.

In vielen Bereichen ist heute spürbar, dass die Gesundheitspolitik vor neuen und großen Herausforderungen steht. Die österreichische Bundesregierung hat in ihrem Arbeitsprogramm seit Beginn der Legislaturperiode bereits deutliche Akzente in Richtung Prävention gesetzt. Die Krankheitshäufigkeit soll durch eine Forcierung eines gesunden Lebensstils, durch gesunde Lebensbedingungen und Maßnahmen in der Vorsorgemedizin gesenkt, und die Lebensqualität der Menschen dadurch nachhaltig verbessert werden.

Eine am Menschen orientierte Gesundheitspolitik hat nicht nur die akutmedizinische Behandlung zur Aufgabe, sondern die umfassende und nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung.

Referenzen

- 1 Definition der Gesundheit, WHO 1948
- 2 Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, WHO 1986
Zum Gesundheitszustand und der Motivation zur Gesundheitsförderungsbewegung.
- 3 Österreichischer Ernährungsbericht, Institut für Ernährungswissenschaften, 2003
- 4 Österreichischer Gesundheitsbericht, ÖBIG, 2004-03-25
- 5 Gesundheitsbericht Wien 2002, Magistrat der Stadt Wien, 2002

Lebensstiloptimierung als Maßnahme der Gesundheitsförderung und der Präventivmedizin

Thomas DORNER und Anita RIEDER

Zusammenfassung

Durch Optimierung des Lebensstils, vor allem der Faktoren Rauchstatus, Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivität und Normalgewicht, kann nicht nur die Morbidität mit den damit verbundenen Kosten und die vorzeitige Mortalität gesenkt werden. Optimierung des Lebensstils führt auch zur Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und der Lebensqualität. Psychosoziale Lebensstilfaktoren sind besonders für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen untersucht. Dabei muss der individuelle Lebensstil im kulturellen und sozioökonomischen Kontext gesehen, verstanden und optimiert werden.

Schlüsselwörter: Lebensstil, Risikofaktoren, Präventivmedizin, sozioökonomischer Kontext, Lebensqualität

Abstract

Lifestyle optimization, especially the factors smoking, nutrition, exercise and body weight does not only reduce total morbidity with its associated costs and early mortality, lifestyle optimization also leads to increased subjective well being and quality of life. Psycho-social lifestyle factors are particularly examined for the development of cardiovascular disease. Individual lifestyle has to be seen, understood and optimized in the cultural and socio-economic context.

Keywords: Lifestyle, Risk Factors, Preventive Medicine, Socioeconomic Context, Quality of Life

Anschrift der Autoren: Dr. Thomas DORNER, Univ.-Prof. Dr. Anita RIEDER
Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität Wien
Rooseveltplatz 3, A-1090 Wien

Lebensstil bedeutet ursprünglich persönliches Verhalten, das direkten Einfluss auf unsere individuelle Gesundheit und unser Wohlbefinden hat. Lebensstil umfasst aber auch Wissen, Glauben und Einstellung, sowie ökonomische und kulturelle Umstände. Rauchstatus, Ernährung, Bewegung, Alkoholkonsum, und das Benutzen von Gesundheitseinrichtungen sind sehr gut untersuchte Parameter des Lebensstils, sexuelles Verhalten und Umweltthemen weniger.¹

Lebensstil wird meistens im Zusammenhang mit Konsum-, Freizeit- und Sozialverhalten von Individuen und Gruppen gesehen. Darüber hinaus bezeichnet jedoch Lebensstil ein Muster zur Alltagsorganisation im Rahmen gegebener Lebenslagen, verfügbarer Handlungsspielräume und eines geplanten Lebensentwurfs, wobei die persönliche Identifikation eine wichtige Funktion einnimmt. Danach definiert sich Lebensstil als eine Vergesellschaftung von Konsumgewohnheiten, Einstellungen und Verhaltensweisen. Jedoch ist Lebensstil nicht mit Güterkonsum ident, sondern beinhaltet ökonomische und kulturelle Aspekte. So nimmt mit dem Umfang des gesellschaftlichen und materiellen Wohlstandes die Wahlfreiheit für einen Lebensstil zu. Lebensstil beschreibt die Art und Weise, wie Menschen leben, ihre Zeit verbringen und ihr Geld ausgeben.²

Die Sozialwissenschaften beschreiben vier Dimensionen, die den Rahmen des Lebensstilkonzepts vorgeben:

1. das expressive Verhalten (Freizeitaktivitäten, Konsummuster)
2. das interaktive Verhalten (Formen der Geselligkeit, Heiratsverhalten, Mediennutzung)
3. das evaluierte Verhalten (Wertorientierung, Einstellungen, Religiosität, Wahlverhalten)
4. das kognitive Verhalten (Selbstidentifikation, Zugehörigkeit, Wahrnehmung der sozialen Welt²)

Alfred ADLER hat den Begriff Lebensstil in besonderer Weise geprägt. Er geht davon aus,

dass ein Mensch nicht ein ausschliessliches Produkt seiner ererbten Eigenschaften und seiner Umwelt sei, sondern er postuliert in seiner Individualpsychologie die Ausstattung des Individuums mit einem kreativen Selbst, das die ererbten Fähigkeiten sinnvoll einsetzt und die Umweltimpulse schöpferisch interpretiert. So entsteht ein der jeweiligen Persönlichkeit entsprechender individueller Lebensstil. Danach ist Lebensstil die Gesamtheit der individuellen Reaktionen, mit denen ein Mensch von klein auf kunstvoll aktive und passive Wesenszüge zum Schutz seiner Persönlichkeit aufbaut.³

Lebensstilfaktoren und Gesundheitsrisiko

Lebensstilfaktoren wie Konsumverhalten (Ernährung, Alkohol, Zigarettenrauchen), Bewegungsverhalten, aber auch kulturelle, psychosoziale und sozioökonomische Lebensstilfaktoren üben eine wechselseitige Beziehung zu Gesundheit und Krankheit aus. Bei Herz- Kreislauferkrankungen sind Lebensstilfaktoren, die zu Risikofaktoren werden können, besonders gut untersucht.

Lebensstil und Risiko für Herz- Kreislauferkrankungen

Herz-Kreislauferkrankungen stellen die führende Todesursache in der Westlichen Welt in den letzten Jahrzehnten dar. Im Jahr 2002 sind in Österreich 36.906 Personen an Herz-Kreislauferkrankungen verstorben, und zwar 39,7% aller verstorbenen Männer und 53,3% aller verstorbenen Frauen.⁴ Die Risikofaktoren, die zur Entstehung von Herz-Kreislauferkrankungen führen, sind zum großen Teil veränderbar, durch einen bestimmten Lebensstil bedingt, und somit der Lebensstilmedizin zugänglich. Unveränderbare Risikofaktoren sind:

- Geschlecht
- Alter
- Genetische Disposition

Die klassischen Risikofaktoren sind:

- Rauchen
- Bluthochdruck
- Übergewicht/Adipositas
- Bewegungsmangel
- Diabetes mellitus
- Erhöhtes LDL-Cholesterin
- Erniedrigtes HDL-Cholesterin⁵

Dazu kommen psychosoziale Risikofaktoren:

- ökonomischer Status (aktueller und in früher Kindheit)
- Bildung, Berufsausbildung, Einkommen, Kinderzahl, etc.
- Berufliche Position (objektive, strukturelle und psychische Belastungsfaktoren)
- Wohnregion
- Psychische Konstellation (Kontrollambitionen, psychoökonomische Funktion der Arbeit, Typ-A-Verhalten, Aggressionsregulation)
- Familiäre Situation
- Soziales Netz, soziale Unterstützung⁶

Die Kombination aus diesen verschiedenen Risikofaktoren führt zur Entstehung von Herz-Kreislaufkrankungen. Durch Optimierung des Lebensstils kann man das Risiko für diese entscheidend vermindern. Die empfohlenen Lebensstiloptimierungen zur Verringerung des Risikos sind:

- mindestens 30 Minuten Bewegung/Tag
- 5 Portionen (400 g) Obst und Gemüse/Tag
- 2 – 4 fettarme Milchprodukte/Tag
- max. 25% – 35% Fettanteil täglich
- max. 10% – 7% gesättigte Fettsäuren
- max. 200 mg – 300mg Cholesterin/Tag
- mindestens 2 Portionen Fisch/Woche
- bis 5 Portionen Getreideprodukte/Tag
- Nichtraucher!
- 1 – 2 Gläser Alkohol/Tag
- geeignete Stressbewältigungsmechanismen

Die „Magischen 4“ der Lebensstilmedizin

Durch nur 4 Lebensstilmaßnahmen kann man die Risikofaktoren für viele chronische

und degenerative Erkrankungen verhindern. Darunter fallen nicht nur Herz-Kreislaufkrankungen mit deren Folgen Herzinfarkt und Schlaganfall, sondern auch bestimmte Krebserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht), Adipositas und deren Folgeerkrankungen, Osteoporose, Hypertonie und Depression.

Diese magischen 4 sind:

- Nichtraucher
- Richtige Ernährung
- Körperliche Aktivität
- Normalgewicht

Nichtrauchen

Durchschnittlich verlieren Raucher 3 Lebensjahre. Rauchen verdoppelt das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen und verursacht 30% der Sterberate bei KHK. Rauchen erhöht das Risiko für Schlaganfälle um das 2- bis 3-fache verglichen mit Nichtrauchern.⁷ Zigarettenrauchen ist die wesentlichste Ursache von Krebs der Lunge, der Mundhöhle, des Ösophagus, des Magens, des Pankreas, des Larynx, der Harnblase, des Anus, der Vulva, des Penis, des Gebärmutterhalses, der Nieren und von Leukämien (vor allem der akuten myeloischen Leukämie). 30% aller Krebstodesfälle sind auf Tabakkonsum zurückzuführen, im Vergleich dazu 35% auf Ernährung und 3% auf Alkoholkonsum. Rauchen verursacht außerdem chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Aortenaneurysma, respiratorisch bedingte Herzerkrankungen, erhöht das relative Risiko für Pneumonie, Leberzirrhose und Leberkrebs. Weiters zählen zu den tabakassoziierten Erkrankungen die peripheren Gefäßerkrankungen, Morbus Crohn, Magen- und Duodenalulcus, Osteoporose, Peridontitis und Katarakt.⁸

Das Risiko reduziert sich auf jenes eines Nichtrauchers nach 2 – 4 Jahren Tabakabstinenz, unabhängig von der Zigarettenzahl. Eine Verbesserung der Lebenserwartung ist

sogar bei Raucherentwöhnung nach dem 65. Lebensjahr nachgewiesen.⁷ In Österreich gibt es 2,3 Mio. RaucherInnen, 18% wollen damit aufhören und 37% wollen reduzieren.⁹ In Wien rauchen 39,8% der Männer und 29,4% der Frauen täglich. Mit steigendem Alter sinkt die Anzahl der RaucherInnen. Bei den 16- bis 24-jährigen rauchen 56,1 % der Männer und 51,6% der Frauen täglich. Mit zunehmend höherem Bildungsstatus nimmt der Anteil der RaucherInnen stark ab. Der Raucherstatus hängt auch von der Arbeitszufriedenheit ab. Je weniger Männer und Frauen mit der Arbeit zufrieden sind, desto höher der Raucheranteil. Ein sehr gutes soziales Netz geht mit geringerem Nikotinkonsum einher. Auch ist ein indirekter Zusammenhang der Raucherquote mit der Wohnzufriedenheit sowie ein direkter Zusammenhang mit finanziellen Nöten beschrieben.

Richtige Ernährung

Empfohlen wird eine abwechslungsreiche ausgewogene Ernährung, basierend auf der Ernährungspyramide, die als Basis Getreide- und Getreideprodukte, 5 Portionen täglich (vorzugsweise Vollkorngetreide) beinhaltet. Weiters sollte man täglich 5 Portionen Obst und Gemüse (insgesamt 400 g) konsumieren. 5 mal täglich sollten fettarme Milch oder Milchprodukte auf dem Speiseplan stehen. Der Fettanteil der Nahrung sollte nur 25% – 35% betragen, wobei der Anteil der einfach ungesättigten Fettsäuren (Olivenöl, Rapsöl, Avocado, Walnüsse) bis zu 20% der täglichen Energiemenge und der Anteil der mehrfach ungesättigten Fettsäuren (Hering, Thunfisch, Sardinen, Kürbiskerne, Leinsamen) bis zu 10% der täglichen Energiemenge betragen sollte. In Wien konsumieren 26,1% der Männer und 11,2% der Frauen täglich Fleisch. 28,6% der Männer und 15,1% der Frauen konsumieren täglich Wurst bzw. Schinken. Hingegen konsumieren 20,0% der Männer und 36,4% der Frauen täglich ge-

kochtes Gemüse, 27,9% der Männer und 44,5% der Frauen konsumieren täglich Rohkost, Salat bzw. rohes Gemüse und 45,6% der Männer und 64,5% der Frauen konsumieren täglich Obst. Mit steigender Bildung sinkt der Anteil derer, die täglich Fleisch, Wurst und Schinken konsumieren. Bei gekochtem Gemüse und Rohkost gibt es keine eindeutige Korrelation mit dem Bildungsgrad. Obst wird vor allem in mittleren Bildungsschichten häufiger konsumiert, weniger in niedrigen und hohen Bildungsschichten.³

Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität senkt die Gesamtsterblichkeit. Das Risiko für Herz-Kreislauf-erkrankungen, Diabetes und Hypertonie wird gesenkt. Darüber hinaus senkt körperliche Aktivität das Risiko für Colonkarzinom, Depression und Angststörungen, hilft mit bei der Gewichtskontrolle, trägt zur Aufrechterhaltung der Knochen-, Muskel- und Gelenksfunktionen bei und ist ein wesentlicher Faktor in der Sturzprävention älterer Menschen. Ausserdem trägt körperliche Aktivität zum psychosozialen Wohlbefinden bei.¹⁰ Den größten gesundheitlichen Benefit haben die Personen, die ihre körperliche Aktivität von einem niedrigen zu einem moderaten Aktivitätslevel steigern. Moderate Aktivität kann ohne große Zeitaufwendungen ins tägliche Leben integriert werden mit Aktivitäten wie zügigem Gehen (mit ca. 5 km/h – 6 km/h), Gartenarbeit oder Tanzen. Personen, die an den meisten Tagen der Woche 30 Minuten moderate körperliche Aktivität in ihren individuellen Lebensstil integrierten, hatten in einer Studie einen ähnlichen gesundheitlichen Benefit, wie Personen, die an einem strukturierten, supervidierten, intensiven Bewegungsprogramm mit drei oder mehr Einheiten pro Woche teilnahmen.^{11,12} In Wien geben 18,2% der Männer und 13,2% der Frauen an, täglich durch körperliche Bewegung ins Schwitzen zu kommen; 29,4% der

Männer und 23,8% der Frauen geben an, dies mehrmals in der Woche zu tun. Je höher der Bildungsstand bei den Frauen ist, desto häufiger ist ihre körperliche Aktivität, bei den Männern gibt es so einen Zusammenhang nicht. Die Häufigkeit der Bewegung steigt eindeutig mit der Stärke des sozialen Netzwerkes. Körperliche Aktivität korreliert mit dem subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand, wobei hier sicher das Alter als Confounder eine Rolle spielt, da sowohl die körperliche Aktivität als auch die subjektive Gesundheit mit steigendem Alter abnimmt.³

Normalgewicht

Eine Zunahme des Body Mass Index (BMI) führt zu erhöhter Morbidität und Mortalität. Der BMI ist mit hohem Blutdruck, hohem Blutzucker, hohem Gesamtcholesterin (hohen VLDL und LDL, niedrigem HDL) assoziiert.¹³ Die Nurses' Health Study zeigte eine Zunahme der Gesamtmortalität mit zunehmendem Body Mass Index.¹⁴ In der Europäischen Union ist Adipositas mit 5% aller Krebsfälle (3% bei Männern und 6% bei Frauen) assoziiert. Vor allem Nieren-, Endometrium-, Kolon-, Prostata-, Gallenblasen- und Brustkrebs wird mit Adipositas in Zusammenhang gebracht.¹⁵ Unabhängig von Folgeerkrankungen sind Übergewicht und Adipositas mit selbstgegebenem Gesundheitsstatus als Indikator von physischem, mentalem und psychosozialem Wohlbefinden assoziiert.¹⁶ In Wien sind 48,9% der Männer übergewichtig und 11,4% adipös, bei den Frauen sind 36,9% übergewichtig und 12,3% adipös. Mit höherer Bildung tritt Übergewicht und Adipositas bei Männern und noch deutlicher bei Frauen seltener auf. Mit steigendem Einkommen nimmt der BMI bei Frauen ab. Bei den Männern nimmt der BMI mit steigendem Einkommen vorerst zu und erst in der höchsten Einkommensklasse leicht ab. Ein ausgeprägter linearer Zusammenhang ist zwischen dem BMI und dem subjektiven Gesundheitszustand zu

vermerken: je kleiner der BMI, desto größer die subjektive Gesundheit.³ Bauern und Bäuerinnen sind eine Berufsgruppe in Österreich, in der Übergewicht und Adipositas ganz besonders prävalent sind. Bei den Bauern sind 47,9% übergewichtig und 15,1% adipös, bei den Bäuerinnen sind 39,8% übergewichtig und 15,4% adipös.¹⁷ Auch Arbeiter und Arbeiterinnen in Wien leiden häufiger an Übergewicht und Adipositas, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung. Hier waren in einer kürzlich durchgeführten Studie von den Männern 49,6% übergewichtig und 14,7% adipös. Von den Frauen waren 33,3% übergewichtig und 23,7% adipös. Besonders ausgeprägt war auch der Anteil der ArbeiterInnen mit abdomineller Adipositas. Von den Männern hatten 22,8% einen Taillenumfang über 102 cm und von den Frauen 43,0% über 88 cm. Bei den Arbeitern zeigten sich auch ausgeprägte Unterschiede zwischen Fach- und Hilfsarbeitern. Bei den Hilfsarbeitern war Übergewicht und Adipositas und vor allem abdominelle Adipositas wesentlich häufiger prävalent.¹⁸

Zusammenfassung

Lebensstil, als Vergesellschaftung von Konsumgewohnheiten, Einstellungen und Verhaltensweisen im kulturellen und sozioökonomischen Kontext, übt einen großen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden aus. Aber auch Gesundheit und Krankheit werden durch Lebensstilfaktoren beeinflusst. Unter ungünstigen Bedingungen können Lebensstilfaktoren zu Risikofaktoren für eine Reihe von Krankheiten werden. Dementsprechend ist auch eine Optimierung des Lebensstils, vor allem der Faktoren Rauchstatus, Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivität und Normalgewicht, wichtiger Bestandteil in der Prävention von Krankheiten. Jedoch nicht nur die Verminderung der Morbidität, der damit verbundenen Kosten und der frühzeitigen Mortalität können durch Lebensstiloptimie-

rungen erreicht werden, sondern auch eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und somit der Lebensqualität.

Referenzen

- 1 ROBERTS H., *Lifestyle Surveys*, in: PERKINS E. R., SIMNETT I., WRIGHT L., *Evidence-based Health Promotion*, John Wiley & Sons, Chichester 1999
- 2 MÜLLER H.-P., *Lebensstile. Ein neues Paradigma der Differenzierungs- und Ungleichheitsforschung?*, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (1989); 41: 53-71
- 3 STADT WIEN (Hrsg.), *Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement. Lebensstile in Wien*, Wien 2003
- 4 STATISTIK AUSTRIA, *Statistisches Jahrbuch Österreichs 2004*, <http://www.statistik.at/>
- 5 KANNEL W. B., nach Hoeg, in: WONG N. D., BLACK H. R., GARDIN J. M., *Preventive Cardiology*, McGraw-Hill Companies 2000
- 6 JORDAN J., BARDE B., ZEIER A. M., *Projektbeschreibung und vorbereitende Materialien: Statuskonferenz Psychokardiologie für die Systematisierung und Evaluation der Wissensbestände über psychosoziale Faktoren und deren Bedeutung für die Entstehung, den Verlauf und die Rehabilitation ischämischer Herzerkrankungen* (Projektdokumentation)
- 7 SCHOENBERGER J. A., *Preventive cardiology: Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation*, Uptodate 2003
- 8 BOYLE P., *Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the Recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, October 1996*, Lung Cancer (1997); 17: 1-60
- 9 GROMAN E., BAYER P., KUNZE U., SCHMISER-RIEDER A., SCHOENBERGER R., *Analysis of the needs for diagnosis and therapy of tobacco dependence in Austria*, Wien Med Wochenschr (2000); 150: 109-114
- 10 PETERSON D. M., *Overview of the risks and benefits of exercise*, UpToDate 2003
- 11 BRAUN L. T., PETERSON D. M., *Patient information: Exercise*, Uptodate 2003
- 12 DUNN A. L., MARCUS B. H., KAMPERT J. B., ET AL., *Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness. A randomized trial*, JAMA (1999); 281: 327
- 13 LAMON-FAVA S., WILSON P. W., SCHAEFER E. J., *Impact of body mass index on coronary heart disease risk factors in men and women. The Framingham Offspring Study*, Arterioscler Thromb Vasc Biol (1996); 16:1509-1515
- 14 MANSON J. E., WILLET W. C., STAMPFER M. J., COLDITZ G. A., HUNTER D. J., HANKINSON S. E., HENNEKENS C. H., SPEIZER F. E., *Bodyweight and mortality among women*, N Engl J Med (1995); 333: 677-685
- 15 BERGSTROM A., PISANI P., TENET V., WOLK A., ADAMI H. O., *Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe*, Int J Cancer (2001); 91: 421-430
- 16 OKOSUN I. S., CHOI S., MATAMOROS T., DEVER A., *Obesity Is Associated with Reduced Self-Rated General Health Status: Evidence from a Representative Sample of White, Black, and Hispanic Americans*, Prev Med (2001); 32: 429-436
- 17 DORNER T., LEITNER B., STADLMANN H., FISCHER W., NEIDHART B., LAWRENCE K., KIEFER I., RATHMANNER T., KUNZE M., RIEDER A., *Prevalence of overweight and obesity in Austrian male and female farmers*, 2004 in review
- 18 DORNER T., ALLICHAMMER D., KIEFER I., LAWRENCE K., HÜBL U., SCHMIDT H., STRUNZ B., KUNZE M., RIEDER A., *Screening for hypertension among blue-collar workers in Vienna*, Abstract. 1st Central European Meeting on Hypertension. Portorose, Slovenia, October 2003

Knapp darüber ist auch zuviel

Roswitha WOLFRAM, Helmut SINZINGER und Harald KRITZ

Zusammenfassung

Die medizinischen Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte haben das Verständnis von Risikofaktoren und deren Zusammenhänge eklatant verbessert. Zu Hypertonie und Diabetes sind Hyper- und Dyslipidämien hinzugetreten. Seit wir verstehen, dass das Bauchfett Triggerfaktor der genannten etablierten Risikofaktoren ist und zahlreiche andere Abnormitäten wie Akutphasenproteine, Entzündungsmediatoren und prokoagulatorische Zustände verursacht, ist unser pathophysiologisch orientiertes, klinisches Verständnis verbessert. Alle zusammen begünstigen atherothrombotische Prozesse und damit die klinische Manifestation makrovaskulärer Erkrankungen; die Zuckerstoffwechselstörung verursacht mehrheitlich zusätzlich die Mikroangiopathie. Die neuesten Richtlinien der Europäischen Fachgesellschaften sind in der Praxis weder nachvollziehbar noch umsetzbar. Sie haben das viszerale Fett, den Bauch(umfang) und die Körperfettmasse in ihrer zentralen Bedeutung nicht erfasst. Wir glauben, dass die neuesten Erkenntnisse belegen, dass das klinische Management praktikablere und günstigere Risikoabschätzungen braucht. Das ist auch wissenschaftlich zulässig. Eine einfache Einteilung der Risikoparameter in Normalbereich, Vorstadium zur Krankheit und zuletzt (manifestierte) Krankheit ist leicht umsetzbar. Sie erlaubt eine einfache Beurteilung hinsichtlich Notwendigkeit einer Lebensstilmodifikation und eventuell zusätzlich noch erforderlichen medikamentösen Therapie.

Schlüsselwörter: Bluthochdruck, Fettkrankheit, Vorstadium, Prävention, Lebensstil, Bauchumfang

Abstract

During the last decades the understanding of the role of risk factors and their interactions significantly improved as a consequence of the availability of new data. Hyper- and dyslipidemia were added to hypertension and diabetes mellitus. Since we learned that abdominal fat is the trigger of the established risk factors inducing a variety of changes such as acute phase response, inflammatory mediators and procoagulatory stage, our pathophysiologically oriented clinical understanding significantly improved. All together they favour atherothrombotic processes and thereby the clinical manifestation of macrovascular disease, a disturbance in glucose metabolism additional microangiopathy. The most recent guidelines of the European Societies are difficult to introduce and to communicate. They did not realize the key importance of visceral fat, the waist (circumference) and the body fat. We believe that most recent data indicate that more practicable and better risk assessment is necessary for clinical management. A simple categorization of the risk parameters into normal range, pre-stage of disease and finally (manifested) disease is easy to communicate. This allows a simple judgement concerning the necessity of life-style modification and eventually of additive necessary drug therapy.

Keywords: Hypertension, Fat Disease, Pre-stage, Prevention, Life Style, Waist Circumference

Anschrift der Autoren: Univ.-Prof. Dr. Roswitha WOLFRAM, Univ.-Prof. Dr. Helmut SINZINGER, Prim. Univ.-Doz. Dr. Harald KRITZ
Institut zur Diagnose und Therapie von Atherosklerose und Fettstoffwechselstörungen (ATHOS), Nadlergasse 1, A-1090 Wien

Einleitung

Vor allem im letzten Jahrzehnt kam es zu einer kontinuierlichen Anpassung der Normalwerte für Blutzucker, Blutfette und Blutdruck. Stand früher die individualstrategisch bedeutende genetisch bedingte Störung im Vordergrund, sind in der heutigen Überflusgesellschaft massenstrategisch immer häufiger und früher erhöhte Messwerte durch die sogenannte „Fettkrankheit“ (zu viel Fett am Bauch, im Blut und letztlich im Gefäß), die zunehmende Verfettung des menschlichen Körpers durch eine positive Energiebilanz (Überwiegen der Nahrungszufuhr über den Verbrauch), bedingt. Dieser Trend wird sich in den kommenden Jahren von den USA her dramatisch weiter verstärken.¹ Rein genetische Erkrankungsformen treten daher anteilmäßig immer mehr in den Hintergrund. Betrachtet man die einzelnen Messwerte (Risikofaktoren) kritisch nach neuesten Erkenntnissen, so finden sich die Werte von immer weniger Menschen im eigentlichen „Normalbereich“, eine stark zunehmende Gruppe im eigentlichen „Krankheitsbereich“.

Dazwischen aber liegt das wesentliche Problem, das „Vorstadium zur Krankheit“, ein Problem der breiten Masse der Bevölkerung. Ein isoliert erhöhter Wert in diesem Bereich wird oft bagatellisiert, weil der Einzelfaktor zunächst harmlos und wenig krankheitsbringend erscheint. Statistisch gesehen lässt sich ein deutliches Risiko durch den Einzelfaktor oft nicht eindeutig herausarbeiten, insbesondere da auch die phänotypisch verschiedene Fettverteilung (androide und gynoide), Blutdruckerhöhung (leichte systolische und diastolische) und Glukosestoffwechselstörungen (gestörter Nüchternzucker, gestörte Glukosetoleranz) sowie die verschiedensten Fettstoffwechselstörungen (Hypercholesterinämie, Hypertriglyzeridämie, kombinierte Hyperlipidämie, erniedrigtes HDL-Cholesterin, u. v. a.) entstehen.

Das *Vorstadium* ist trotz oder gerade wegen seines Übergangscharakters *DAS* Stadium, in dem eine frühzeitige Lebensstil-

tervention noch geeignet ist, den Ausbruch der eigentlichen „Krankheit“ überhaupt zu verhindern oder zumindest deutlich hinauszuzögern. Da alle Einzelerkrankungen des „Metabolischen Syndroms“ („Zuckerkrankheit“, „Blutfettkrankheit“, „Blutdruckkrankheit“ und „Fettleibigkeit“) häufig (zumindest nach längerem Verlauf) letztlich kombiniert auftreten und dann zur makrovaskulären Erkrankung, aber auch zu anderen Gefäßkrankheiten wie Mikroangiopathien und wahrscheinlich auch zu neurologischen Manifestationen wie dem Morbus ALZHEIMER und der Demenz führen können, erscheint die frühzeitige Intervention schon im Vorstadium medizinisch sinnvoll und daher auch gesundheitspolitisch unbedingt erforderlich.

Konsequenz:

Prävention zum frühest möglichen Zeitpunkt ist nötig. Das erfordert Disziplin oder aber man geht den derzeit praktizierten Weg in Konsequenz weiter – die eine oder andere Tablette eingenommen wird das Risiko wieder minimieren. Ethisch und ökonomisch eine Sackgasse, aber zunehmende Realität.

Messwerte von „normal“ bis zur „Krankheit“

Gemessen werden heute Blutzucker (nüchtern, postprandial), Blutfette (Cholesterin, LDL-C – meist errechnet aus dem HDL-C mit Hilfe der FRIEDEWALD-Formel $LDL = CH - (HDL + TG/5)$, Triglyzeride), Blutdruck (systolisch, diastolisch) und Fettleibigkeit (Bauchumfang, BMI = Body Mass Index). In der nachstehenden Tabelle sind nach einem Konsensus (Lipidforum austriacum, 3. Juni 2003, Manresa, Spanien) die Messwerte in möglichst vereinfachter Form in „Normalwerte“, „Vorstadium zur (jeweiligen) Krankheit“ und „Krankheit“ gegliedert.

Neben den genannten Faktoren und ihren Zusammenhängen spielen natürlich auch

noch andere in Tabelle II zusammengestellte Faktoren eine Rolle. Wir wollen die Berücksichtigung der genannten „weiterführenden“ Faktoren nicht untersagen. Ihre Bedeutung als Entscheidungsgrundlage ist allerdings insbesondere dann gering, wenn die in Tabelle I genannten Faktoren bereits berücksichtigt sind und lenkt daher eher vom Wesentlichen ab.

Konsequenz:

Die vorgegebenen Normalwerte sind anzustreben und strikt einzuhalten.

Blutzucker

Für die Glukosestoffwechselstörungen wurde sowohl die WHO-Definition mit Hil-

fe der Glukose-Nüchternwerte sowie die Europäische Definition mit Hilfe der 2-Stunden-Werte im oralen Glukosetoleranztest (OGTT) herangezogen, auch wenn kürzlich eine Studie gezeigt hat, dass die postprandiale Glukose ein noch wichtigerer Risikofaktor ist als die Nüchternglukose. Zu bemerken ist, dass die heutigen Grenzwerte der Nüchternblutglukose wahrscheinlich immer noch zu hoch liegen, was erklärt, dass insbesondere bei jungen übergewichtigen Patienten mit gestörter Glukosetoleranz oft (noch) „normale“ Nüchternwerte bestehen. Schon eine Studie aus dem Jahr 1986 belegt 5,7 mMol/l (104 mg/dl) als Grenzwert zur Risikodefinition.²

Methodisch gelten jedenfalls mindestens 2 (besser 3) erhöhte Nüchternwerte oder ein zweimalig erhöhter OGTT als Kriterium.

Stadium	Blutzucker	Blutfette	Blutdruck	Gewicht/BU
Normal	nü < 100 pp < 140	CH < 160 LDL-C < 100 TG < 150 CH/HDL < 4 TG/HDL < 3	< 120 / < 80	BMI < 25 BU Frau < 80 BU Mann < 90
Vorstadium zu	„Zuckerkrankheit“ nü 100-125 (IFG) pp 140-200 (IGT)	„Blutfettkrankheit“ CH 160-200 LDL-C 100-130 TG < 200 CH/HDL 4 – 5 TG/HDL 3 – 4	„Blutdruckkrankheit“ 120-140 / 80-90	„Fettleibigkeit“ (Adipositas) 25-30 BU Frau 80- 90 BU Mann 90-100
Krankheit	„Zuckerkrankheit“ nü > 125 pp > 200	„Blutfettkrankheit“ > 200 LDL-C > 130 TG > 150 CH/HDL > 5 TG/HDL > 4	„Blutdruckkrankheit“ > 140 / > 90	„Fettleibigkeit“ (Adipositas) BMI > 30 BU Frau > 90 BU Mann > 100

Tabelle 1: Gliederung häufiger Stoffwechselabnormalitäten und anthropometrischer Parameter in „Normalbereich“, „Vorstadium zur Krankheit“ und „Krankheit“ (©Lipidforum Austriacum - LFA 2003)
Blutzucker und Blutfette in mg/dl; Blutdruck in mmHg; Body Mass Index (BMI) in kg/m²; Bauchumfang (BU) in cm; nü ... nüchtern; pp ... postprandial; CH ... Cholesterin; TG ... Triglyzeride

- Dyslipidämie (kleine, dichte low-density Lipoproteine [LDL], high-density Lipoprotein [HDL]-Erniedrigung, erhöhtes non-HDL-Cholesterin)³
- Hyperuricämie
- Leberfunktionsstörung
- Vermehrung der Akutphasenproteine (CRP)
- Vermehrung prokoagulatorischer Faktoren
- Mikroalbuminurie
- u. v. a.

Tabelle II: Mit der Fettkrankheit häufig assoziierte Phänomene

Konsequenz:

Der Nüchternblutzucker soll den Wert von 100 mg/dl niemals überschreiten. Man kann dem Diabetes um etwa 10 Jahre davonlaufen durch regelmäßige körperliche Aktivität im Ausdauerbereich und Normalgewicht.

Blutfette

Für die Blutfette ist der Österreichische Cholesterin Consensus 1995⁴ in seiner aktualisierten Version (ACCC von 2002³) Standard und ist in Tabelle I bewusst weiter vereinfacht auf Cholesterin, LDL-Cholesterin, Cholesterin/HDL-Quotient und die Triglyzeride (TG/HDL-Quotient) reduziert, Parameter, die auch in der Praxis leicht bestimmbar sind. Das schließt aber nicht aus, dass das HDL-Cholesterin vor allem mit zunehmendem Alter einen wichtigen prognostischen Faktor darstellt.⁵

Die zweimalige Messung – eine (Erstmessung) davon nicht notwendigerweise im Nüchternzustand – sollte als diagnostisches Kriterium gelten.

Konsequenz:

Jeder Erwachsene sollte seinen Cholesterinspiegel kennen. Auch bzw. gerade bei

normalem Cholesterin ist zusätzlich eine einmalige HDL-Bestimmung erforderlich.

Blutdruck

Die Messung des Blutdrucks ist nach wie vor am meisten uneinheitlich. Durch die naturgemäßen Schwankungen, die Unterschiede in Ruhe und Stresssituationen und damit der Diskordanz von fremd gemessenen (z. B. Arzt) und selbst gemessenen Werten, werden erhöhte Werte in der Initialphase oft vernachlässigt und bagatellisiert. Auch hier spielen die alten Zielwerte für den systolischen Blutdruck (Alter + 100) ungerechtfertigter Weise in Volksmund und Praxis immer noch eine gewisse Rolle.

Die kürzlich erfolgte Neudefinition der Prä-Hypertonie ab 120/80 mmHg und der Hypertonie ab 140/90 mmHg⁶ schafft endlich eine schon lange notwendige Korrektur, die auch Bestand haben wird. Schon die Framingham Studie hat auf den kontinuierlichen Anstieg des kardiovaskulären Risikos bereits ab 115 mmHg systolischen Blutdrucks hingewiesen, was sich in anderen Studien⁷ und aktuellen Meta-Analysen bestätigt hat. Auch bei alten Menschen besteht die Korrelation von Blutdruck und Risiko entgegen aller alten Hypothesen über den gesamten Bereich.⁸

Methodisch ist in Zweifelsfällen die Messung eines 24 h Blutdrucks zu empfehlen. Die Grenzwerte gelten nach in Österreich akzeptierter Auffassung als überschritten, wenn zumindest 7 von 30 Selbstmesswerten (mehr als 20%) erhöht sind. Die US-Richtlinien (3 von 5 erhöht) sollten nicht angewendet werden.

Konsequenz:

Ein erhöhter Blutdruck ist in der überwiegenden Mehrzahl durch Gewichtsreduktion erfolgreich zu behandeln.

Fettleibigkeit (Adipositas)

Für die Definition der Fettleibigkeit haben wir uns zu einer mutigen Neudefinition mit ganz klaren Zahlen entschieden: Jede deutliche Vermehrung der Körperfettmasse,⁹ in jedem Fall aber auch eine isolierte viszerale Fettverteilung ohne wesentliches Übergewicht. Ein solches entsteht natürlich besonders dann, wenn der Patient kleiner ist oder im Erwachsenenalter deutlich Gewicht zunimmt, was eine rezente Studie belegt.¹⁰

Bei unserem Versuch einer guten Klassifikation wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die bisherigen Zielwerte des Bauchumfangs vor allem beim Mann etwas zu hoch liegen, da sie sich lediglich aus Tertilen des Risikos einer Studie in Schweden ableiten¹¹ aber nicht ganz die viszerale (und damit wichtige) Fettverteilung ausschließen. Eigene Erfahrungen belegen, dass eine größere viszerale Fettakkumulation insbesondere bei an sich schlankeren Individuen mit relativ diskretem Bauchumfang (und zumeist unbekanntem metabolischen Konsequenzen) einher gehen kann, weswegen eigene, tiefere Grenzwerte des Bauchumfangs vor allem bei Männern sinnvoll erscheinen. Auch lernend von anderen ethnischen Gruppen (z. B. Asiaten) mit besonderer Tendenz zur viszeralen Fettverteilung, bei denen der cut-

off-Wert tiefer liegt. Der normale Bauchumfang ist bei der Frau mit 80 cm, beim Mann mit 90 cm definiert. Darüber ist jedenfalls Vorsicht geboten. Der Übergangsbereich (Vorstadium zur Krankheit) beträgt etwa 10 cm mehr (bis 90 cm bei der Frau, 100 cm beim Mann) und ist mit der absoluten und sofortigen Indikation zur Lebensstilintervention verbunden. Andere Maßzahlen wie Body Mass Index (Normalwert s. Tabelle), „waist-hip ratio“ u. a. bringen keinen Vorteil und sind für die praktische Anwendung nur eingeschränkt verwendbar.

Zur Bauchumfangmessung ist die Methode nach KRITZ¹² optimal (Messung des BU in Inspiration und Expiration, Mittelwert).

Konsequenz:

Werden die Richtwerte von 80 cm bzw. 90 cm nicht überschritten, ist dies der einfachste, beste und billigste Weg einer Zuckerkrankheit bzw. Bluthochdruck vorzubeugen.

Diskussion

Die „Fettleibigkeit“, auch „Fettkrankheit“ bezeichnet, kommt selten allein, ist aber in jedem Fall von Krankheitswert.¹¹ Jeder assoziierte Risikofaktor kann allein, aber auch in variabler Kombination vorkommen. Das individuelle Risiko steigt dabei ganz klar mit der Zahl der Risikofaktoren. Bereits zwei der Faktoren zusammen mit der viszeralen Fettakkumulation ergeben aber ein vaskuläres Hochrisiko.

Patienten ohne „Fettkrankheit“ hingegen können bei Einzelsymptomen wie z. B. Hypertonie oder erhöhten Lipiden etwas höhere Zielwerte aufweisen als solche mit „Fettkrankheit“. Das absolute vaskuläre Risiko leichter und mäßiger monosymptomatischer Störungen ohne vermehrtes Körperfett ist zumeist nur diskret erhöht. Selbstverständlich sind aber schwerere Störungen

wie familiäre Hypercholesterinämie oder schwerere Hypertonieformen jedenfalls zu beachten und zu behandeln.

Zusätzliche Krankheiten (Niereninsuffizienz, chronische Infektionen, Immobilisation etc.) können natürlich ebenso Einfluss nehmen wie andere, schlechter messbare Risikoparameter (Vitaminmangel, Oxidation-fördernde Zubereitungsformen von Mahlzeiten). Für die Praxis sollten die genannten Faktoren die therapeutischen Entscheidungen ausreichend beeinflussen können.

Schlussfolgerungen

Keine andere Therapie greift so zentral in den Stoffwechsel ein wie eine Lebensstilintervention. Senkung von Blutzucker, Blutdruck, Blutfetten und Verbesserung einer Dyslipidämie, vor allem eine Erhöhung des HDL-Cholesterins, sind ebenso vordringlich wie die Senkung von prokoagulatorischen Faktoren und Entzündungsparametern.

Somit wird das Maßband zum integralen Bestandteil einer vernünftigen vaskulär-präventiven Therapie. Der klinische Alltag, heute oft stark labor- und untersuchungsorientiert, wird damit „praktischer“ und patientengerechter, aber auch eigenverantwortlicher. Schmerzhaftes Eigeninitiativen sind unvermeidbar. Qualitatives (Gourmet) Essen (genießen), statt quantitatives (Gourmand) Völlern ist gefragt. Vorbilder versagen. Der Weg der „Polypill“, ein Medikament gegen die Risikofaktoren (Lipidsenker, Folsäure, Aspirin, Blutdrucksenker), ist sicher der falsche, weil nicht ursächliche Weg. Ökonomisch ist ein weiteres Ignorieren des Eigenbeitrages (Lebensstil) und die ökonomische Belastung der Gemeinschaft durch die stattdessen eingeleiteten pharmakologischen Maßnahmen nicht vertretbar. Ein radikales Umdenken ist gefordert. Ohne Selbstbeteiligung an den entstehenden Kosten wird dies wohl kaum

funktionieren, wie das Beispiel Zigarettenrauchen zeigt. Vielleicht wäre die Steuerbemessung beim Finanzamt durch eine jährliche Bauchumfangsmessung erfolgreich?

Dies soll ein Anstoß für eine breite und notwendige Verbesserung des Verständnisses der Ursachen und der nötigen Therapie der vaskulären Prävention in Österreich sein.

Referenzen

- 1 GUIDELINES COMMITTEE, 2003 *European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension*, J Hypertens (2003); 26: 1157-1162
- 2 OHLSON L. O., SVARSDUDD K., WELIN L., ERIKSSON H., WILHELMSEN L., TIBBLIN G., LARSSON B., *Fasting blood glucose and risk of coronary heart disease, stroke, and all-cause-mortality: a 17-year follow-up study of men born in 1913*, Diabet Med (1986); 3: 33-37
- 3 FUSTER V., BECK A., KRITZ H., MÜLLER M., SILBERBAUER K., SINZINGER H., *Cholesterin 2. ACCC 2002 Konsensus Statement*, Clinicum Sonderausgabe 2002
- 4 SINZINGER H., KRITZ H., SCHWARZ B., *1995 Consensus guidelines for cholesterol*, Wk klin Wschr (1995); 107: 537-539
- 5 SINZINGER H., HOPFICHLER F., KRITZ H., LAIMER H., SCHMID P., SILBERBAUER K., TOPLAK H., *HDL 2000: A consensus. HDL – a neglected lipoprotein*, Wk klin Wschr (2001); 113: 212-214
- 6 CHOBANIAN A. V., BAKRIS G. L., BLACK H. R., et al., *The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC-7 report*, JAMA (2003); 289: 2560-2572
- 7 LEWINGTON S., CLARKE R., QIZILBASH N., PETO R., COLLINS R., *Prospective studies collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies*, Lancet (2002); 360: 1903-1913
- 8 KANNEL W. B., VASAN R. S., LEVY D., *Is the relation of systolic blood pressure to risk of cardiovascular disease continuous and graded or are there critical values?*, Hypertension (2003); epub ahead of print Sept 15, 2003
- 9 HEITMANN B. L., ERIKSSON H., ELLSINGER B. M., MIKKELSEN K. L., LARSSON B., *Mortality associated with body fat, fat-free mass and body mass index among 60-year-old Swedish men, a 22-year follow-up. The study of men born in 1913*, Int J Obes Relat Metab Disord (2000); 24: 33-37
- 10 RIMM E. B., STAMPFER M. J., GIOWANNUCCI E., ASCHERIO A., SPIEGELMAN D., GOLDITZ G. A., WILLETT W. C., *Body size and fat distribution as predictors of coronary heart disease among middle-aged and older US-men*, Am J Epidemiol (1995); 141: 1117-1127
- 11 LARSSON B., SVARSDUDD K., WELIN L., WILHELMSEN L., BJÖRNTORP P., TIBBLIN G., *Abdominal adipose tissue distribution, obesity and risk of cardiovascular disease and death: 13-year follow-up of participants in the study of men born in 1913*, Br Med J (1984); 288: 1401-1404
- 12 KRITZ H., APOLONER E., JAROS E., SINZINGER H., *Bauchumfang – Wertigkeit und Methodik*, 2004 (in Druck)

**Prävention in Vorarlberg
Die Geschichte des Arbeitskreises für Vorsorge und Sozialmedizin –
wie Vorarlbergs Ärzte vor 40 Jahren
zur Gesundheitsförderung und Prävention fanden**

Günter DIEM

Zusammenfassung

Der Arbeitskreis für Vorsorge und Sozialmedizin (AKS) organisiert seit 40 Jahren präventivmedizinische Programme in Vorarlberg. Mutter-Kind-Pass und Gesundenuntersuchung wurden aus aks-Initiativen abgeleitet. Im Vordergrund steht der niedergelassene Arzt als Distributor dieser Programme. Ziel der Arbeit des aks ist die Erhöhung der Lebensqualität im Sinne einer Rektangulierung der Gesundheitskurve. Mangelnde Ressourcen und vermehrte Forderung nach Wissenschaftlichkeit (Evidence Based Public Health) werden in Zukunft auch Veränderungen im Gesundheitswesen allgemein und der Präventivmedizin im Speziellen mit sich bringen.

Schlüsselwörter: Arbeitskreis für Vorsorge und Sozialmedizin, Gesundheitsförderung, Prävention, Lebensqualität, Rektangulierung, Gesundenuntersuchung, Evidence Based Public Health

Abstract

The Working Group for Preventive and Social Medicine (AKS) in the Federal Province of Vorarlberg has been recognizing programs for Preventive Medicine for the past forty years. The Mother and Child Health Certificate and the Preventive Medicine Examination Program were initiated by the Working Group. The general practitioners work on the front line in distributing these programs. The goal of the Working Group is in increasing the Quality of Life in the sense of getting the health curve to be more rectangular. Less funds and the increasing demands of Evidence Based Public Health will bring great changes in Health Policy, in general, and in Preventive Medicine in particular in the near future.

Keywords: Working Group for Preventive and Social Medicine, Health Demands, Prevention, Quality of Life, Rectangular Method, Preventive Medical Examinations, Evidence Based Public Health

Anschrift des Autors: Dr. Günter DIEM
Med. Geschäftsführer AKS GmbH
Rheinstraße 61, A-6900 Bregenz

Am Anfang des Arbeitskreises für Vorsorge und Sozialmedizin (AKS) standen zwei öffentliche Gesundheitsprobleme: Polio und Tuberkulose. Nicht die gegenwärtig im Vordergrund stehenden nicht übertragbaren Erkrankungen waren Anlass für eine Initiative der frei praktizierenden Ärzte, sondern Infektionskrankheiten. Mitten in den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts war das Land Vorarlberg durch die vergangenen 20 Jahre Vor-, Kriegs- und Nachkriegszeit gegenüber dem reichen Nachbarland Schweiz arg im Rückstand. In dieser Phase des wirtschaftlichen Tiefs wurden alle Ressourcen auf den Wiederaufbau der Wirtschaft und die Behebung der Kriegsschäden fokussiert. Für gesundheitspolitische Fragen hatte niemand Ohren, der Personal- und Ressourcenmangel in der kurativen Medizin machte sich durch überforderte Mediziner und überfordertes Pflegepersonal, durch Mangel an Spitalsbetten, überlastete Hausärzte und Fehlen von diagnostischen Einrichtungen bemerkbar.

Die Inaktivität der öffentlichen Hand beim bedrohlichen Näherkommen der Polioepidemie von 1958 führte zur ersten gemeinsamen Initiative der niedergelassenen Ärzte. Eine breite Durchimpfung der Kinder und Jugendlichen mit SALK-Impfstoff verminderte das Ausmaß der Folgen der Epidemie, die prompt eintraf. Der Impfstoff wurde mangels sonstiger Verfügbarkeit im Ausland besorgt und ohne viel Aufhebens über die Grenze ins Land gebracht (das Wort schmuggeln wird in diesem Zusammenhang nicht gerne gehört). Im folgenden Jahr 1959 wurde eine bis in die Betriebe reichende BCG-Impfkation durchgeführt, die in der Folge zu einer drastischen Verminderung der Aufnahmezahlen in den TBC-Heilstätten führte.

Diese Erfolge gaben Mut. Aufgaben, die in anderen Ländern von Behörden und Gebietskörperschaften wahrgenommen wurden, konnten durchaus – nach modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen und auf erfolgreicher wirtschaftlicher Basis – von

den Trägern der medizinischen Grundversorgung, der frei praktizierenden Ärzteschaft, durchgeführt werden. Da die Willensbildung offensichtlich vorhanden war, eine Fokussierung der Kompetenzen als wesentlich erkannt wurde und eine subsidiäre, dezentrale Durchführung gewünscht war, folgte nach umfangreicher Vorarbeit die Gründung einer entsprechenden Struktur. 1964 war damit die Geburtsstunde des Arbeitskreises für Vorsorge und Sozialmedizin, eines gemeinnützigen Vereins, gegründet von dem Arzt Dr. Leopold BISCHOF und dem Landesbeamten Dr. Hermann GIRARDI.

Im Laufe der folgenden Jahre nahmen die Ärzte in Vorarlberg zunehmend Aufgaben der Präventiv- und Sozialmedizin wahr. Das bedeutete nicht zuletzt auch eine Aufwertung der ärztlichen Tätigkeit durch qualitative und quantitative Erweiterung des Aufgabenfeldes. Die sukzessive Einführung neuer Programme, die größtenteils in den als Fachausschüssen organisierten Gruppen engagierter Mediziner entwickelt worden waren, wurde von einem Betriebsbüro in Administration, Organisation und vor allem Dokumentation begleitet. Sehr früh – und mit heutzutage geradezu primitiv anmutender technischer Infrastruktur – fand die Anfang der 60er-Jahre in starkem Aufwind befindliche elektronische Datenverarbeitung Eingang in den AKS. Das Prinzip der Dokumentierbarkeit der Programme und der dadurch möglichen Evaluierbarkeit wurde damit zu einer Grundregel des AKS.

Das erste nach Gründung des Vereins eingeführte Programm war 1964 die einheitliche landesweite Schuluntersuchung; einmalig für Österreich war vor allem die EDV-mäßige Erfassung der Befunde. Damit stand erstmals eine epidemiologische Datensammlung als Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen zu Verfügung. Es folgte im Jahr darauf bereits die Etablierung eines Programms zur Einladung der Kinder zu den Schutzimpfungen, auch dieses war computerunterstützt. Eine permanente Steigerung der Beteiligungs-

und Durchimpfungsraten war die Folge.

In diese Zeit fällt auch die Etablierung der ersten sozialmedizinischen Angebote, eingeleitet von einem Physiotherapieprogramm für Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen. Bis zur heutigen Zeit haben sich daraus die Kinderdienste des AKS entwickelt, die einen einzigartigen integrierten, multidisziplinären Zugang zur Behandlung behinderter Kinder darstellen. Flächendeckend und dezentral – entsprechend dem Credo des AKS – werden Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Früherziehung, heilpädagogische Sprechtafeln und weiteres angeboten.

Eine weitere Erfolgsgeschichte ist die an der Schwelle der 70er-Jahre eingeführte Schwangerenbetreuung und die kurz darauf ergänzend gestarteten Säuglingsuntersuchungen, die sich bald durch hohe Beteiligungen auszeichneten und zu der Überlegung führten, die beiden Programme zusammenzuführen und in Form eines Passes eine durchgängige Betreuungs- und Befunddokumentation zu etablieren. Dieses Konzept wurde der damaligen Frau Minister für Gesundheit, Prim. LEODOLTER vorgestellt und schließlich bundesweit 1974 als „Mutter-Kind-Pass“ umgesetzt.

Der Beginn der Entwicklung der Krebsvorsorge in Vorarlberg fällt ins Jahr 1970, als die landesweite Frauenvorsorge zur Verhinderung bzw. Früherkennung von Cervix- und Mammakarzinom eingeführt wurde. Hier spielte vor allem die Überlegung, das entsprechende Gesundheitsbewusstsein aus einer kleinen Gruppe Informierter in die breite Bevölkerung zu tragen, eine wesentliche Rolle. Die Verfügbarkeit dieser Maßnahme sollte nicht in zentralen Ambulatorien oder Ambulanzen, sondern in den Strukturen der medizinischen Primärversorgung, also den Hausarztpraxen, gegeben sein. Damit waren und sind sowohl Fachärzte als auch Hausärzte in der Krebsprophylaxe tätig. Als logische Fortsetzung dieser Bemühungen wurde 1972 ein zunächst als KSK – Krebs-Stoffwechsel-Kreislauf – bezeichnetes Vorsorgeprogramm für Erwachse-

ne eingeführt, das heute als Gesundenuntersuchung eine unschlagbare Plattform für Screeningmaßnahmen einerseits und Gesundheitsförderung andererseits darstellt. In weiterer Folge wird auf das neue Konzept für die Gesundenuntersuchung eingegangen.

In den folgenden Jahren wurden die Angebote des AKS laufend erweitert und etablierten ihn als eine unverzichtbare Einrichtung im Vorarlberger Gesundheitssystem.

Betrachtungen über Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind ein undankbares Geschäft. Sie haben eine kaum berechenbare Vorlaufzeit und bringen im Erfolgsfall neue Probleme mit sich. „Wer erfolgreiche Prävention macht, schießt sich damit selbst ins Bein“ sagte der Schweizer Epidemiologe und Public Health Experte Prof. Rudolf BRUPPACHER¹ auf einer AKS-Veranstaltung. Gesundheitsrelevantes Verhalten ist von einer Unzahl an Faktoren bestimmt, deren Beeinflussbarkeit weit jenseits von simpler Aufklärung und Auflistung liegt. Wissen über gesundes Verhalten allein genügt nicht, rationale Mechanismen greifen nur in Ausnahmefällen. Attribute wie „Lebensqualität“ sind wichtig geworden, und werden auch prompt von der Industrie benutzt um Produkte zu vermarkten, die mit Sicherheit krank machen: allen voran Zigaretten und alkoholische Getränke. Rum trinkende Raucher am Palmenstrand mit karibischer Musik gaukeln dem Fernsehzuschauer vor, dass Lebensqualität mit der konsumierten Getränkemarken zusammenhängt.² Die Beschreibung des Gesundheitszustands hat sich in den letzten Jahrzehnten von der reinen Beschreibung des Gebrauchswerts („gesund ist, wer arbeiten kann“) zu einer umfassenden Beurteilung individueller Befindlichkeit (sozial, geistig und körperlich) gewandelt. In der kurativen Individualmedizin ist dies auch deutlich wahrnehmbar und man hat

nicht zuletzt deshalb auch einen Paradigmenwechsel, aber auch einen Trend zur Mystifizierung mancher Bereiche der Heilkunde akzeptieren müssen. Gleichzeitig reklamieren auch andere, nicht den klassischen medizinischen Professionen zurechenbare Gruppen bisher sicher geglaubte Bereiche der Gesundheit für sich. Kommerzielle Interessen in diesem Zusammenhang sind jedenfalls kein Garant für korrekten und wissenschaftlichen Zugang zu diesen Themen. Allerdings hat gerade der Versuch, vor allem im kurativen, aber auch im präventiven Bereich mehr methodische Sicherheit zu erzeugen – Stichwort EBM oder EB Public Health – zutage gebracht, dass ein großer Teil der medizinischen Rituale nicht auf ihre Wirksamkeit überprüft wurden.³ Zudem sind Bereiche des Gesundheitssystems, die eine klare kommerzielle Zielformulierung

ermöglichen oder einen definierten Kundenbegriff haben, von marktwirtschaftlichen Einrichtungen nach deren Gesichtspunkten hervorragend bearbeitet worden. Denken Sie dabei beispielsweise an die Pharmaindustrie und die Vorwürfe von Pseudofolgepräparaten oder die Lebensmittelindustrie und den Trend zum Functional Food oder auch an die Zielgruppenpolitik der Privatversicherer.

Was wollen und können also Vorsorgeprogramme erreichen?

Im Juni 1998 erschien im New England Journal of Medicine (NEJM) eine Arbeit von VITA et. al. über Altern, Gesundheitsrisiken und kumulative Invalidität.⁴ VITA zeigt auf, dass es drei prädiktive Faktoren für vorzeitige funktionelle Behinderung (premature

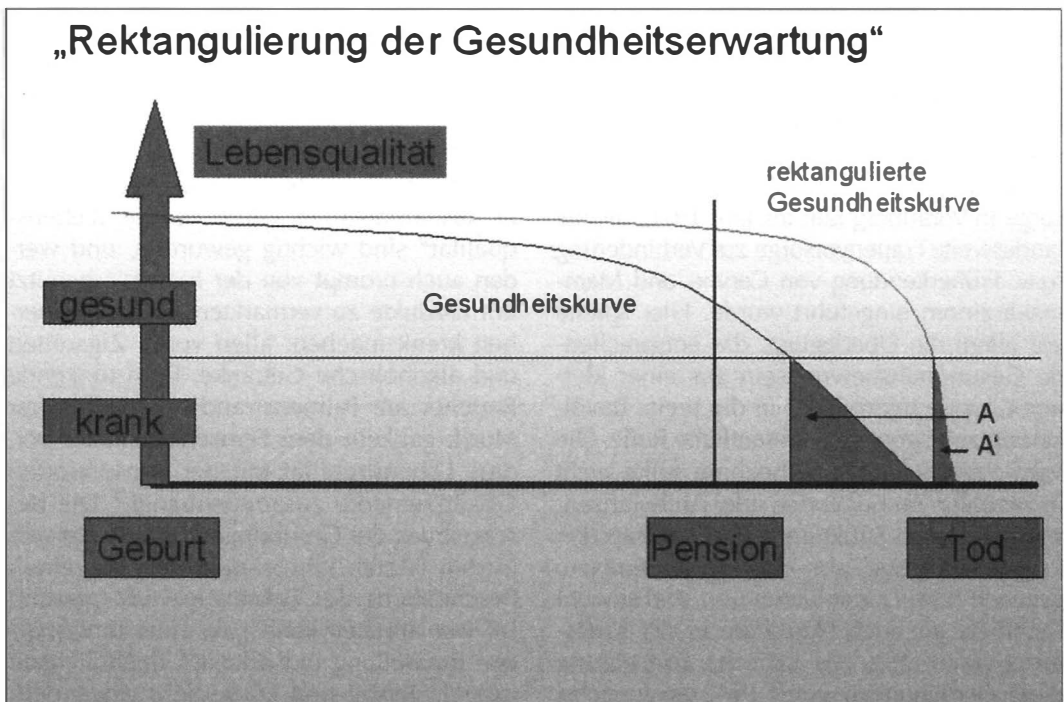


Abbildung 1: „Rektangulierung“

functional disability) gibt: Rauchen, Body Mass Index und Ausmaß der körperlichen Betätigung, und zwar vor allem zum Zeitpunkt der Adoleszenz und der Lebensmitte. In den Risikogruppen stellt sich der Zeitpunkt des Gesundheitsverlusts mehr als fünf Jahre früher ein. In einem Kommentar des Herausgebers in derselben Ausgabe des NEJM erinnert CAMPION an einen Artikel von FRIES, der bereits 1980 – ebenfalls im NEJM – die These vertreten hatte, dass eine Verschiebung des Zeitpunktes, an dem sich chronische Erkrankungen und Beeinträchtigungen der Gesundheit einstellen, zu einer Verminderung der Gesamtzahl der chronisch und invalidisierend Erkrankten führt.⁵ Dies schließt ein, dass es eine natürliche, fixierte Lebenserwartung gibt, innerhalb derer eine Rektangulierung der Gesundheitskurve möglich ist, indem die Phase der Morbidität ans Lebensende verschoben und komprimiert wird.

In Abbildung I wurde versucht, dieser Intention grafisch Ausdruck zu verleihen, indem eine hypothetische Kurve mit langsamem Gesundheitsverlust bei zunehmendem Lebensalter einer durch erfolgreiche Maßnahmen der Prävention rektangulierten Kurve gegenübergestellt wurde. Der verführerische Aspekt, durch eine Verkleinerung der Fläche A zu A' eine drastische Einsparung von Kosten für Behandlung und Rehabilitation zu erzielen, lässt regelmäßig Gesundheitspolitiker und Gesundheitsökonom hoffen, dies würde zu einer spürbaren Kostensenkung im Gesundheitswesen führen. Leider muss man dagegen halten, dass diese Kompression der Morbidität nicht umsonst zu bekommen ist, dass die vermehrte Zahl der gesunden Alten mit Sicherheit anderen, bis dato nicht relevanten Gesundheitsrisiken unterliegt und dass eben damit eine größere Population an Gesunden entsteht, die dadurch noch mehr Mittel zur Prävention und Gesundheitsförderung benötigt. Hier lassen sich auch schon die Grenzen erahnen, an denen die Schwelle überschritten

wird, wo ökonomische Grundsätze durch ethische Fragen aufgeweicht werden. Dass in der kurativen Medizin Interventionen auf bestimmte Altersgruppen beschränkt werden müssen, ist in vielen Ländern akzeptierte Tatsache, dass auch Gesundheitsförderung und präventive Maßnahmen nicht uneingeschränkt allen zugänglich sein werden, müssen wir ebenso realisieren – und damit die beschriebene Vision von einer Gesellschaft mit vorrangig gesunden Alten auch als solche akzeptieren.

Überlegungen zur Gesundenuntersuchung

Immer wieder wird und wurde in letzter Zeit Sinn und Nutzen der Gesundenuntersuchung in Frage gestellt. Der Ruf nach Evaluierung wurde laut, die Sinnhaftigkeit einzelner darin enthaltener Untersuchungen in Frage gestellt. Bei der Forderung nach Evidenz und Evaluierbarkeit wurde jedoch auf eines vergessen: Die Gesundenuntersuchung ist keine einzelne Maßnahme, auf welche solche Kriterien anwendbar wären, sondern ein ganzes Paket an Maßnahmen. Individuelle Untersuchung und Erhebung von Gesundheitsverhalten und damit Vertiefung des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist ebenso Bestandteil dieses Pakets wie Screening, Registrierung von Risikoprofilen und die Schaffung eines Settings, das für effiziente Beratung äußerst effektiv ist.

Seit 30 Jahren werden die Gesundenuntersuchungen in Vorarlberg dokumentiert. Die so zustande gekommene – für epidemiologische Begriffe geradezu gigantische – Zahl an Untersuchungen lässt die Ableitung signifikanter Aussagen zu.^{6,7,8,9}

Abbildung II zeigt u. a. auf, dass hohe Gesamtcholesterinspiegel bei postmenopausalen Frauen keine Erhöhung des kardiovaskulären Risikos bedeutet, anders als bei Männern derselben Altersgruppe (Ergebnisse aus den Gesundenuntersuchungen in Vorarlberg).

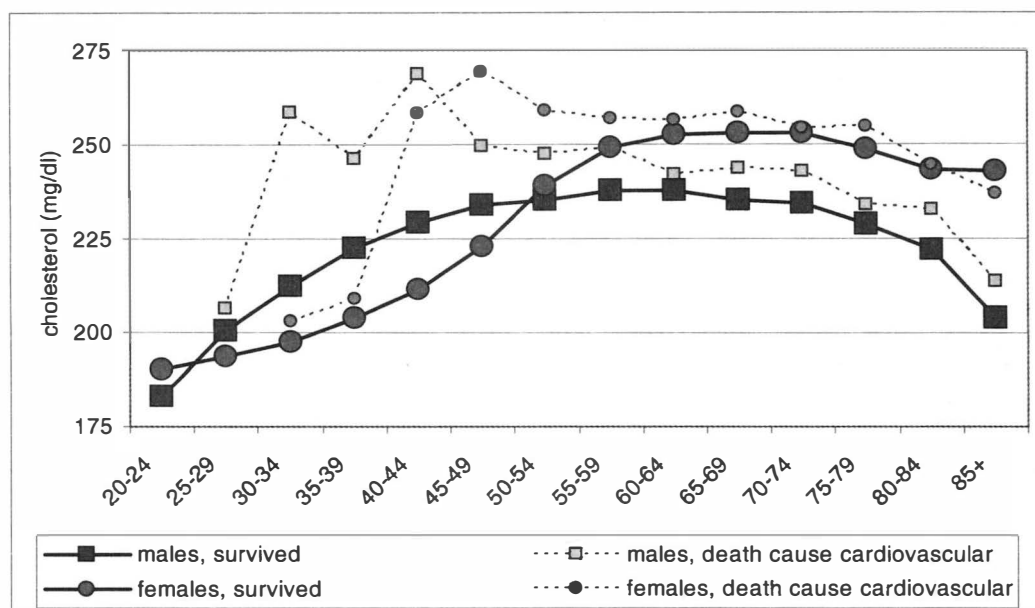


Abbildung II: Beispiel für die Auswertung von Gesundenuntersuchungsdaten für die Schaffung von Evidenzen: Gesamtcholesterin und CVD-Mortalität

Aus Vergleichen mit Bevölkerungsquerschnittsstudien, die in den Jahren 1986, 1991 und 1999 im Rahmen der Beteiligung Vorarlbergs an dem WHO-Programm CINDI (Countrywide Integrated Non Communicable Diseases Intervention) durchgeführt wurden, kann eine Vergleichbarkeit der Gesundenuntersuchungspopulation mit der Gesamtbevölkerung hergestellt werden.¹⁰ Ebenso sind Aussagen über das Gesundheits- und Beteiligungsverhalten aus der letzten dieser Surveys möglich: In Vorarlberg gehen in einen Zeitraum von drei Jahren mehr als 50% der Zielgruppe zur Gesundenuntersuchung.

Im Auftrag der Gesundheitsabteilung des Landes Vorarlberg hat der aks 2003 einige grundsätzliche Überlegungen zur Neugestaltung der Gesundenuntersuchung angestellt und ein Konzept „Gesundenuntersuchung neu“ erstellt.¹¹ Hier wurde besonders auf diese spezielle Konzeption des Maßnahmenbündels, als das die Gesundenuntersuchung

gesehen wird, eingegangen.

Eine außerordentlich hohe Bedeutung kommt der Anamnese zu. Mit Unterstützung eines – in Vorarlberg bereits länger in Verwendung befindlichen – strukturierten und evaluierbaren Fragebogens gelangt der Arzt zu einer raschen Orientierung und Erkennung spezifischer Problemkonstellationen. Untrennbar mit dieser Befragung des Patienten verbunden ist der direkte Kontakt mit dem Patienten durch eine körperliche Untersuchung – das Prinzip „touch and talk“.

In der weiteren Folge finden nun bereits etablierte Screeningmethoden wie z. B. Blutdruckmessung, Test auf okkultes Blut und Erhebung von biochemischen Parametern Platz. Bei diesem Teil der Gesundenuntersuchung sind Prinzipien der evidence based medicine anzuwenden und alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zu machen. Entsprechende Vorschläge finden sich im aks-Konzept.

Das Beratungsgespräch am Ende der Un-

tersuchung macht die Gesundenuntersuchung zu einer effizienten Maßnahme der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention mit einem starken edukativen Inhalt und Coaching. Daher wird auch eine alters- und geschlechtsspezifische Dimension eingebracht und die Schwerpunkte in drei altersspezifische Blöcke eingeteilt: Schwerpunkt Motivation bei den 20- bis 40-jährigen, Screening und Coaching bei den 40- bis 65-jährigen und Lebensqualität als zentrales Thema bei den Über-65-jährigen. Angepasst an die individuelle Situation des Probanden kann der Arzt eine entsprechende Lebensplanung erstellen und dabei seine unschlagbar einflussreiche Position in diesem Arzt-Patienten-Verhältnis nutzen.

Visionen

Wie jeder Bereich im Gesundheitswesen unterliegt auch die Prävention und Gesundheitsförderung den Kriterien der Wissenschaftlichkeit. Die Überprüfung etablierter Abläufe unter dem Aspekt der Evaluierbarkeit, die Einführung von Monitoring-Mechanismen und die Schaffung von Evidenzen lassen sich trotz der zu erwartenden Probleme nicht ausklammern.

Und doch: Abseits aller wissenschaftlichen Zugänge beginnen wir zunehmend auch andere Zugänge zu diesen Themen zu akzeptieren.

Die Begriffe Service und Dienstleistung sind mit vielen Bereichen des Gesundheitswesens nicht mehr bloß vereinbar, sondern zum Leitgedanken mutiert. Was die Zukunftsforscher des Konsums wie Mathias HORX¹² oder Elliott ETTENBERG¹³ im Verhalten der Menschen voraussehen, lässt sich wenig überraschend auch auf den Konsumenten von Gesundheitsleistungen übertragen:

Sind Ideen wie „Smart Services“ oder „Full-Life-Assistance“ übertragbar? Das Bedürfnis, Portale oder Agenten unseres Ver-

trauens mit der Lösung alltäglicher Probleme zu betrauen, lässt sich extrapolieren bis zum hochkomplexen Beratungs- und Coachingsystem, wie es Finanzdienstleister in ihrem Bereich bereits anbieten.

„Ich würde jeder Person, die die Schulprobleme der Kinder lösen hilft, mit meinem Lebenspartner und dem Finanzamt streitet, entscheidet, wo wir hinziehen, entscheidet, in welche Aktien wir investieren, wie unsere nächste Wohnung und unsere wesentlichen Stilprägungen aussehen sollen, die sich darum kümmert, dass wir uns gut ernähren, Sport treiben, Erholungspausen einlegen etc., 25 Prozent meines Einkommens geben.“ Ein denkbare Modell in der Medizin, speziell in der präventiven? Wer könnte diese Rolle übernehmen? Wie könnte man sicherstellen, dass die kommerziellen Interessen, die für das Funktionieren eines solchen Systems unabdingbar sind, nicht die Qualität und Wissenschaftlichkeit gefährden? Zweifellos ist dies ein Thema, das in der künftigen Positionierung des Hausarztes ebenso wie anderer medizinischer Professionen von Bedeutung sein wird. Wir sind gut beraten, uns frühzeitig in diese Prozesse einzubringen.

Referenzen

- 1 Prof. Rudolph BRUPPACHER, Mitglied des Wiss. Beirats des aks, Alleeweg 8, CH-4310 Rheinfelden, Referat anlässlich der aks Vollversammlung, Dezember 2002
- 2 FRIEDMANN M., *Subliminary messages in tobacco and alcohol advertising*, Bruxelles 1996
- 3 *Evidence based medicine*, Publikation des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien 1999
- 4 VITA A. J., *Aging health risks and cumulative disability*, N Engl J Med (338); 15: 1035-1041
- 5 FRIES J. F., *Aging, natural death, and the compression of morbidity*, N Engl J Med (1980); 303:130-135
- 6 ULMER H., BISCHOF H. P., CONCIN H., BACHMANN J., ZITT K., HUBER K., DIEM G., SCHMEISER-RIEDER A., *Screening for Cardiovascular Risk Factors in Vorarlberg/Austria. Analysis of Changes between 1985 and 1996*, XXth Congress of Cardiology, Vienna, Sept. 1998
- 7 ULMER H., BISCHOF H. P., DIEM G., HUBER K., MOSTEGL D., CONCIN H., *Gesundheitsberichterstattung in Vorarlberg im Rahmen des CINDI-Programmes der WHO: Die Population Surveys 1986, 1991 und 1999*, in: DÜR W., PELIKAN J. (Hrsg.), *Gesundheit beobachten. Dokumentation und Berichterstattung*

- als Aufgabe der Gesundheitsförderung, WUV-Verlag, Wien 2000
- 8 ULMER H., KELLEHER C., DIEM G., CONCIN H., *Long-term tracking of cardiovascular risk factors among men and women in a large population based health system: The Vorarlberg Health Monitoring and Prevention Programme*, Eur Heart J (2003); 24(11)
- 9 ULMER H., KELLEHER C., DIEM G., CONCIN H., *Why Eve is not Adam: Prospective follow-up in 149,650 women and men of cholesterol and other risk factors related to cardiovascular and all-cause mortality*, J Woman's Health (2004); 13(1)
- 10 DIEM G. (Hrsg.), *aks Gesundheitsberichte, Vol 1. Die Population Surveys*, Bregenz 2000
- 11 CONCIN H., DIEM G., *Gesundenuntersuchung neu*, Publikation des aks im Auftrag der Gesundheitsabteilung des Landes Vorarlberg
- 12 Matthias HORX, *Accent On The Future. Die Zukunftsstudie von Accenture und Matthias Horx*, Wien 2002
- 13 Elliott ETTEBERG, *Next Economy – Will You Know Where Your Customers Are?*, McGraw Hill 2002

Warum greift die Präventivmedizin nicht?

Dieter MAGOMETSCHNIGG

Seit 1920 wurde in epidemiologischen Untersuchungen immer wieder erkannt, dass Risikofaktoren wie die Hypertonie in nicht industrialisierten Kulturen kaum vorkommen und dass unter diesen Lebensbedingungen auch keine altersbedingten Blutdruckänderungen zu beobachten sind.¹ Migrationsuntersuchungen, die seit den 60er-Jahren durchgeführt werden, belegen ferner, dass das kardiovaskuläre Risiko nicht allein wegen der genetischen Ausstattung, sondern erst durch deren Wechselspiel mit dem Umfeld ansteigt.² Diese variablen und daher veränderbaren Bedingungen kommen bald zum Tragen. Sie wurden in Migrationsstudien schon nach einigen Jahren nachgewiesen.³ Der modifizierbare kardiovaskuläre Risikoanteil ist beträchtlich und beträgt in der Altersgruppe ab 50 etwa 50%.

Es steht somit außer Zweifel, dass der Lebensstil in den industrialisierten Kulturen in wesentlichen Bereichen überzogen ist und über mehrere Zwischenstufen, wie zum Beispiel erhöhte Blutdruckwerte, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus etc., zu schweren Erkrankungen und zum Tod führt. Für viele dieser Risikofaktoren ist auch konkret bekannt, welche Teilbereiche des Lebens als primäre Verursacher anzuschuldigen sind. Fett- und salzreich essen, verbunden mit wenig Bewegung und Stress, führt zur Adipositas, zu Stoffwechselstörungen und über die Atherosklerose zu all den weiteren bekannten Folgen. An Hand dieser Erkenntnis scheint das Heilverfahren auf der Hand zu liegen. Ausgehend von der Überlegung: „Wer nicht fliegt, kann nicht abstürzen“ lautet der Analogieschluss: „Wer ‚gesund‘ lebt, bleibt von den Schäden des ‚ungesunden‘ Lebens verschont“. So einfach scheint das und so ein-

fach wird die Kur auch angeboten. Unsere „Gesundheitsexperten“ raten den Menschen, am liebsten über die Medien, sie mögen doch einfach gesund leben. Wenn die Konsumenten den guten Rat nicht befolgen, scheint es offenkundig, dass sie, frei in ihrer Entscheidung, das Gute einfach nicht wollen. Die Vorstellung, dass das Ganze so einfach nicht geht, wird kaum in Betracht gezogen.

Zur Zeit wird in Österreich, besonders von den Gesundheitsbeauftragten, vor allem von den für die Geldverteilung im System Verantwortlichen, eine Prävention, für die man außer einem kostenlosen Ratschlag nichts zu brauchen glaubt, als Methode der Wahl empfohlen. Das Resultat ist: Die Menschen, vor allem die Kinder, werden dicker, die Raucher nicht weniger, die Hypertoniker, Herzinfarkte und Schlaganfälle auch nicht, und von den Gesundheitsmillionen, die vom Gesundheitsfonds ausgegeben werden, merken nur die, die ihren Gehalt davon beziehen, etwas. Wenn gelegentlich die nicht vorhandene Effizienz angesprochen wird, sind die Schuldigen die bösen boykottierenden, nicht einsichtigen Behandelten. Da aber primär niemand annimmt, dass sich der Großteil der industrialisierten Gesellschaft bewusst selbstschädigend verhält, dass die Menschen in erster Linie essen, trinken, rauchen, sitzen, damit sie krank werden, um dann die Gesundheitsressourcen zu verbrauchen, die für andere „wertvoll“ erworbene Krankheiten vorgesehen sind, ist das nicht funktionierende Erklärungsmodell zu hinterfragen.

Die kausale Verknüpfung zwischen Risikofaktor und kardiovaskulären Erkrankungen wurde mit epidemiologischen Methoden erarbeitet. Aus dem überzufälligen Zusammen-

treffen von bestimmten Bedingungen wie zum Beispiel dem Salzkonsum einer Gesellschaft und ihrer Hypertonieinzidenz oder der Fernsehzeit und dem Übergewicht wird Kausalität abgeleitet. Die Beweiskette zwischen Ursache und Folge ist unzuverlässig geknüpft. Die einzelnen Hypothesen, die erklären, wie aus dem Lebensmuster schließlich Gefäßschäden entstehen, sind mehr oder weniger logische Denkmodelle, die ihre Rechtfertigung partiell aus in vitro Experimenten ableiten. Die überaus komplexe Funktion des Endothels bietet sich zur Zeit als ein möglicher Ariadnescher Faden an, der den rechten Weg durch das Labyrinth zeigen könnte.

Da die Erklärungsketten zwischen Ursache und Folge letztlich als unzureichend empfunden werden, werden neue Pharmaka auch nicht allein auf der Grundlage, dass sie einen Risikofaktor beeinflussen, zur Prävention von Gefäßschäden etc. empfohlen. Vor ihrer definitiven Akzeptanz als indiziertes Therapeutikum wird daher der Beweis am eigentlichen Therapieziel gefordert. Wenn zum Beispiel ein antihypertensiv wirkendes Pharmakon zur Behandlung der linksventrikulären Hypertrophie, einer typischen Hypertoniefolge, anerkannt werden will, muss dies auch durch Therapiestudien belegt sein.

Wenn es um die Bewertung der Wirkung von Arzneien geht, gilt diese naturwissenschaftliche Logik. Sobald es aber um die Bewertung „alternativer“ Methoden geht, – vom Lebensstil bis hin zur Homöopathie – wird diese Art der Beweisführung außer Kraft gesetzt und durch Indizienketten ersetzt. Zum Beispiel:

Homöopathische Mittel können ohne Zulassung zur Hochdruckbehandlung verordnet werden, wahrscheinlich weil man ein geringes Ausmaß an Wirkung für möglich hält, weil man glaubt, dass auch unter Placebo eine Blutdrucksenkung von einigen mmHg zu beobachten sei. Da aber die Prämisse, Placebo senke den Blutdruck, falsch ist, wie Studien mit dem ABM zeigen, ist auch der darauf aufbauende Schluss falsch.

Weil der Beweis, dass die homöopathische Arznei etwas kann, weder für das Surrogat Blutdruck, noch für den Endpunkt geführt werden muss, bleibt sie unter falschen Prämissen für die falsche Indikation am Markt. Der Sozialversicherungsträger, der Hauptanwält der Kostenreduktion, fühlt sich dafür nicht zuständig und vielleicht ist es ihm auch egal, weil die Therapiekosten zur Gänze vom Patienten getragen werden. Letztlich aber werden die Hypertoniker ziellos behandelt, sie bleiben hyperten und werden ihre Hochdruckschäden erleiden und im Routineablauf die gleichen und später höhere Kosten verursachen als die „schulmedizinisch“ behandelten.

Für die Begründung, warum die Empfehlung zur Lebensstiländerung bei der Diagnose eines behandlungswürdigen Risikofaktors als Therapie erster Wahl angeboten wird, wird dieselbe Unlogik benutzt. Als ausreichend nachgewiesen gilt, dass sich Risikofaktoren kurzfristig ändern, wenn der „krankmachende“ Lebensstil kurzfristig geändert wird. Eine umfassende Übersicht über die Effizienz der nicht pharmakologischen Therapie des Lebensstils und der Hypertonie wurde in Blood pressure 2001 Vol. 10; No. 5-6:352-365 von Cox KL, Hodgson JM, Mori TA and Puddey IB publiziert. Man weiß, dass Übergewichtige 3 Mal häufiger eine Hypertonie haben,⁴ und dass bei einer Gewichtsreduktion zwischen 4-8% der Blutdruck um 3/3 mmHg sinkt.⁵ Man postuliert, dass dieser Effekt auf Dauer aufrecht erhalten werden könne und, wenn das der Fall wäre, die Hochdruckfolgen wegbleiben müssten. Dass dem so ist, dafür gibt es weder Beweise, noch Hinweise. Bisher war es nicht einmal möglich, Übergewicht durch Empfehlungen anhaltend zu reduzieren. Wenn aber die Prämissen fehlen, sind alle davon ausgehenden Ideen bestenfalls zur Hypothesenbildung geeignet und können nicht Grundlage einer generellen Therapieempfehlung sein.

Ein weiteres Beispiel ist das Thema „Aus-

dauertraining und Prävention“, auf das sich der Slogan - „Wien bewegt sich“ - bezieht. Nachgewiesen scheint, dass Trainingsprogramme von mittlerer bis hoher Intensität (60% – 75% des maximalen O_2 -Verbrauches VO_{2max})⁶ den Blutdruck senken können und auf Grund einer Metaanalyse von 16 „walking studies“ ist es wahrscheinlich, dass der Blutdruck der Erwachsenen durch Bewegung um etwa 2% sinkt,⁷ wobei Frauen weniger als Männer profitieren.⁸ Abgesehen davon, dass das Therapieziel „Normotension“ mit diesem Wirkungsausmaß bei keinem Hypertonieschweregrad erreicht werden kann, ist diese Therapieform für das Gros der Hypertoniker, die ja älter als 70 sind, weder untersucht noch umsetzbar. Langzeituntersuchungen, die die Nachhaltigkeit des Trainingseffektes auf den Blutdruck oder andere Risikofaktoren über Jahre und Jahrzehnte belegen, gibt es nicht, geschweige denn Beweise, die zeigen, dass dadurch die Morbidität und Mortalität an kardiovaskulären Erkrankungen reduziert werden kann. Keine „evidence“ – keine „evidence based medicine“.

Die wahrscheinlich beste Studie zum Thema „Essen und Hypertonie“ wurde unter dem Akronym „DASH-Diät“⁹ bekannt. Dabei wurden 459 Personen 8 Wochen lang randomisiert zur Hälfte mit einer nordamerikanischen Normalkost, zur anderen mit einer an Gemüse und Früchten reichen Kost, die wenig gesättigte Fettsäuren enthält, ernährt. In einer Subgruppe wurde zusätzlich das Salz 30 Tage lang reduziert. Die Ergebnisse zeigen, dass anders Essen Effekte hat, sagen aber nichts über ihre Langzeiteffekte oder Verträglichkeit aus, oder wie so eine Kost in einer breiten Bevölkerung etabliert werden kann. Als breite Basis für eine erste Wahl-Empfehlung ist eine solche „evidence“ nicht ausreichend.

Die Annehmlichkeiten des industrialisierten Lebensstils sind für jeden, der die Möglichkeit hat, sie zu leben, so einleuchtend, dass sie gerne angenommen werden. Wenig körperliche Anstrengung, geschmack-

volle, energiereiche und würzige Speisen, gute und preiswerte Genußmittel sind mit einem abwechslungsreichen Alltag verknüpft. Der Weg zurück zur mühevollen körperlichen Arbeit, zu Hunger und dürftiger geschmackloser Kost scheint kaum jemanden, auch nicht um den Preis eines gesünderen „hohen Alters“, begrüßenswert. Askese im Kreise derer, die im Genuss und Überfluss schwelgen, ist offensichtlich nicht möglich. Dass solch schlechtere Alternativen nicht angenommen werden, ist nicht verwunderlich. Bessere Alternativen, die gut und gesund vereinen, sind gefragt.

Aber wer kann schon auf „schönen Wegen“ zu seinem Arbeitsplatz gehen, joggen, skaten, mit dem Rad fahren? Sich zwischendurch am Arbeitsplatz mit Yogaübungen, im Zengarten, bei entspannenden Klängen regenerieren? Mittags frisch zubereiteten Fisch, saftiges Obst und wohlschmeckendes Gemüse oder Kohlehydrate, die langsam freigesetzt werden, essen und dazu eine feine Tasse Tee, Gemüse- oder Obstsaft oder auch nur klares Wasser trinken und sich abends nach einem Nudelgericht und einem Obstbiss im Turnstudio zur bewegten Unterhaltung mit der Familie und/oder den Freunden treffen? Ein gesünderer und besserer Lebensstil ist offensichtlich derzeit nicht wählbar. Selbst für ein viel einfacheres „Mehr an Gesundheitsqualität“ fehlen viele Voraussetzungen. Auf allen Verkehrswegen haben Fortbewegungsmittel, in denen man still sitzt, absolut Vorrang. Die modernen vielstöckigen Bürohäuser laden zum Liftfahren und nicht zum Stiegensteigen ein. Die „gesunden“ Speisen sind ohne aufwändige Schulung von „ungesunden“ nicht zu unterscheiden und meist in ihrer Geschmacksqualität so, dass sich auch gut gebildete Fachleute bei freier Wahl dagegen entscheiden.

Wenn der Gesellschaft ein gesunder Lebensstil ein Anliegen ist, sind dafür die Bedingungen zu schaffen. Analog der Seuchenbekämpfung, die ja auch in erster Linie durch

die geänderten Bedingungen wie Trinkwasser und Abwasserregelungen, Müllentsorgung, Rattenbekämpfung, Bau- und Arbeitsvorschriften, Nahrungsmittelvorschriften und vieles andere mehr effektiv wurde, müssten wahrscheinlich auch durch geänderte Bedingungen die Risikofaktoren bekämpft werden. Allein vom Rat: „weniger Salz und Fett zu essen, dafür mit mehr Bewegung und weniger Stress leben“ zu erwarten, dass die Risikofaktoren und kardiovaskulären Toten in der Gesellschaft abnehmen, ist absurd. In neuen Denkansätzen, die aus der Gesundheitsförderung kommen, wären zunehmend die personen- und verhaltenszentrierten Ansätze durch Interventionen zu ersetzen, die ganze Regionen, Gemeinden oder Betriebe, die sogenannten Lebenswelten der Menschen, so verändern, dass man darin gesund leben kann. Für die Lebenswelten wurde ein eigener Begriff, das „Setting“, eingeführt. Für die Zukunft ist zu hoffen, dass in den ökonomisch regierten Lebenslandschaften gesunde „Settings“ ihren Platz finden, in denen die Menschen mit ihrer unveränderbaren Genausstattung gut und gesund leben können.

Referenzen

- 1 FLEMING H. C., *Medical observations on the Zuni Indians. Contribution to Museum of American Indians*, Heye Foundation, 7, No. 2, New York 1924
- 2 FLOREY C. V., CUADRADO R. R., *Blood pressure in native Cape verdans and in Cape Verdean immigrants and their descendants living in New Enland*, Hum Biol (1968); 40: 189
- 3 CRUZ-COKE R., ETCHEVERRY R., NAGEL R., *Influence of migration on blood pressure of Eastern Islanders*, Lancet, (1964); 1: 697
- 4 GAMPPEL B., SLOME C., SCOTCH N. et al., *Urbanisation and hypertension in Zulu adults*, J Chron Dis (1962);15: 67
- 5 STAMLER R., STAMLER J., RIEDLINGER W. F., ALGERA G., ROBERTS R. H., *Weight and blood pressure findings in hypertension screening of 1 million Americans*, JAMA (1978);120: 1607-1610
- 6 MOREIRA W. D., FUCHS F. D., RIBEIRO J. P., APPEL L. J., *The effects of two aerobic training intensities on ambulatory blood pressure in hypertensive patients: results of a randomized trial*, J Clin Epidemiol (1999); 52: 637-642
- 7 FAGARD R. H., *Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training*, Med Sci Sports Exerc (2001), 33: S484-S492
- 8 KELLY G. A., *Aerobic exercise and resting blood pressure among women: a meta-analysis*, Prev Med (1999); 28: 264-275
- 9 APPEL L. J., MOORE T. J., OBERZANEK E. et al., *A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group*, N Engl J Med (1997); 336: 1117-1124

Univ.-Prof. Dr. Dieter MAGOMETSCHNIGG
 Institut für Hypertoniker
 Kinderspitalgasse 10/15, A-1090 Wien

Atemnot bei terminaler COPD

Herr P., 72 Jahre, wird am 11. Februar auf der internen Normalstation wegen Atemnot aufgenommen. Es besteht mäßige Atemnot bereits beim Sitzen, doch zieht der Patient das Sitzen dem Liegen vor, dabei stützt er sich vorgeneigt mit beiden Armen an der Bettkante. Sogleich fällt auf, dass die ihn begleitende Tochter sehr besorgt ist, ob er denn diesmal wieder gesund werden würde.

Der Patient erhält als Erstversorgung Infusionen mit Theophyllin und Cortison-Bolus. Von der bei der Anamnese sehr behilflichen Tochter erfährt der Stationsarzt, dass beim Patienten seit Jahren eine COPD besteht und Herr P. schon wiederholt Atemnotanfälle hatte, den stärksten vor etwa einem Jahr, und „er damals dem Tod schon sehr nahe war“. Vor der Aufnahme kam es zu einer stetigen Zunahme der Atemnot, zuletzt bereits nach 3 Schritten. Weiters gibt der Patient Schmerzen im LWS-Bereich und paravertebral seit November des Vorjahres bestehend an. Aus diesem Grund erhielt er am 2. Februar ambulant eine Schmerzmittelinfusion, anschließend 10 Tage Schmerzmittel p.o. Aus der Anamnese ist weiterhin bekannt: Zeitweise hohe RR-Werte, keine Therapie. Lungenkrank schon als Kind, „Herzasthma“. Schlaf: Albträume, keine Schlafmittel. Husten mit gelegentlich weißlichem Auswurf. Herr P. ist Raucher und raucht täglich 20 Zigaretten, und das seit 1955, an Alkohol gibt er täglich die Menge von 5 Viertel Gespritzen an. Gewichtsabnahme minus 7 kg in den letzten 2 Monaten.

Therapie: Combivent DA seit mehreren Monaten bei Bedarf (alle 2 Stunden)

Physik. Krankenuntersuchung: verlängertes Exspirium, Giemen, OF hypersonorer KS,

UF hypersonorer KS, basal beidseits Entfaltungsknistern. Linker Vorfuß kälter, dort Arteria tibialis posterior und Arteria dorsalis pedis nicht palpabel. Suspekter Nävus am linken Vorfuß, St. p. Melanom, multiple Hämatome an beider Händen und Unterarmen.

Unter obiger Therapie sowie oraler Antibiose und PPI ist der Zustand leicht gebessert, am 20. Februar kommt es zu einer plötzlichen Verschlechterung der Atemsituation. Herr P. wird unter dem Bild eines akuten Lungenödems auf die ICU transferiert. Im weiteren Verlauf respiratorische Globalinsuffizienz, mit Abfall des Sauerstoffpartialdrucks auf 35 mmHg (65% Sättigung); Intubation und maschinelle Beatmung. Ursache für das akute Resp. Versagen dürfte ein pulmonaler Infekt gewesen sein, der mit AB parenteral erfolgreich behandelt werden konnte.

Jedoch gestalteten sich die Versuche, Herrn P. von der Maschine zu entwöhnen, äußerst schwierig. Bereits seit vielen Jahren bestehende Lungenschädigung (COPD, Nikotinabusus, längerfristige Cortisonbehandlung). Der Aufenthalt auf der Intensivstation dauert nun an und wird für die betreuenden Ärzte und Pfleger sehr zermürbend. Herr P. ist wach und wirkt sehr fröhlich, vor allem unter Beatmung. Oft sitzt er am Bettrand; Mimik und Gestik lassen einen glücklich wirkenden, kommunikativen Patienten erkennen, durch den Trachealtubus in der Atmung unterstützt.

In der folgenden Zeit betrug die respiratorfreie Zeit im Durchschnitt 3 – 4 Tage, nach diesem Zeitpunkt erfolgte insgesamt fünf Mal eine neuerliche Intubation mit konsekutiver Beatmung. Die Situation unter den betreuenden Ärzten war gekennzeichnet

von dem Wissen über die terminale Lungensituation und den Eindrücken der unter Beatmung so lebendigen Art des Patienten. Offensichtlich war der Patient nur auf einer Intensivstation lebensfähig. Es war allen klar, dass der Patient nicht mehr von der Maschine wegzubekommen war. Er wurde jedes Mal wieder intubiert, wenn seine Atemmechanik sich erschöpfte. Auch mehrmalige Versuche, Herrn P. auf CPAP bzw. BIPAP einzustellen, scheiterten immer wieder an der Erschöpfung der Atempumpe bzw. der Intoleranz von Seiten des Patienten. Immer wieder wurde in Anbetracht dieser ausweglosen Situation erwogen, den Patienten nicht mehr an die Maschine zu hängen und sterben zu lassen. Letztlich wurde der Patient aber dann doch immer wieder an die Maschine angeschlossen.

Als ultima ratio wurde schließlich eine Tracheostomie angelegt und ein Heimbeatmungsgerät organisiert, wodurch eine kontrollierte Beatmung über Nacht (Erholung der Lunge) mit Pause untertags erreicht werden sollte. Parallel dazu wurde mehrmals mit der Tochter des Patienten gesprochen, welche sich wiederholt bereit zeigte, Herrn P. bei sich zu Hause zu betreuen. Allen war klar, dass der Patient zuhause mit großer Wahrscheinlichkeit nur wenige Tage überleben wird können, da sein Zustand zu labil war, um eine Heimbeatmung ohne ständi-

ge ärztliche Anwesenheit über längere Zeit erfolgreich durchführen zu können.

Am 28. März wurde im Trachealsekret bzw. im Nasenabstrich MRSA gefunden, weshalb nun ein strenges MRSA-Regime sowie eine AB-Therapie begonnen wurde. Am 2. April konnte Herr P. in hämodynamisch stabilem Zustand von der ICU auf die Überwachungsstation transferiert werden. Mit 17. April konnte das MRSA Regime aufgehoben werden (2 Abstrichserien bakt. neg.) In den letzten 4 – 5 Tagen entwickelte sich eine pseudomembranöse Colitis mit Darmpalalyse und Flüssigkeitsentzug in den 3. Raum – es kommt zu einer Einschränkung und terminal auch zum Versagen der renalen Funktion. Im Bild des Multiorganversagens verstirbt Herr P. am 18. April nach insgesamt 57 Tagen auf der ICU.

Glossar der Abkürzungen:

AB	Antibiotika
BIPAP,	
CPAP	spezielle Formen der nicht-invasiven Beatmung
COPD	chronische obstruktive Lungenerkrankung
DA	Dosieraerosol
ICU	Intensivstation
KS	Klopfeschall
LWS	Lendenwirbelsäule
MRSA	ein gegen zahlreiche Antibiotika resistenter Erreger
OF	Oberfeld
p. o.	oral
PPI	Medikament, das die Magensäureproduktion hemmt
St. p.	Status post = Zustand nach
UF	Unterfeld

Ausgangslage: Dieser 72-jährige passionierte Raucher weist alle Zeichen der COPD im sehr fortgeschrittenen Stadium auf: Er hat bereits eine lebensbedrohliche Exazerbation hinter sich, weist Hautatrophien, Suffusionen und eine respiratorische Kachexie auf. Er kommt mit einer massiven Ateminsuffizienz zur Aufnahme, die sich vorübergehend bessert, um innerhalb von 10 Tagen mit größter Vehemenz zu rekurrieren. Dabei wird er Notfallintubiert und beatmet. Die Entwöhnung gestaltet sich insofern äußerst problematisch, als trotz mehrfacher scheinbar positiver Versuche jedes Mal eine Erschöpfung der Atemmuskulatur eintritt und die Reintubation erforderlich macht (dies durch 2 Monate).

Medizinische Aspekte: Vor 20 Jahren wäre dieser Patient kaum an die Maschine gekommen. Die Intensivbetten waren damals knapp, die allgemeine Einstellung war – auch unter Ärzten – schicksalsergebener als heute, insbesondere bei einem solchen Patienten in der Endphase einer irreversiblen und steil progredienten Erkrankung. Heute wird von der Medizin erwartet, dass alles Verfügbare genutzt wird, dementsprechend ist auch die Nachfrage aus Laienkreisen gestiegen.

Als Alternative zur Intubation besteht seit einigen Jahren die Möglichkeit der nicht-invasiven Druckbeatmung (NIPPV), die – wenn bei einem kooperativen Patienten anwendbar – in vieler Hinsicht günstiger ist (Verkürzung der Zeit auf der ICU, weniger Kosten und Komplikationen). Nunmehr ist der Patient aber intubiert und zeigt in dieser Situation, wo ihm das Atmen abgenommen wird, eine subjektiv positive Stimmungslage.

Solch ein Patient wäre ein idealer Kandidat für die Heimbeatmung bzw. Frühmobilisation inkl. Elektrostimulation und hyperkalorischer Ernährung. Dies ist aber dem Vernehmen nach aufgrund der familiären Struktur alles nicht durchführbar. Andererseits schien

das ärztliche Team frustriert über die Erfolglosigkeit der Entwöhnungsversuche, sodass das Problem offen diskutiert wurde, nach einer vorübergehenden Extubation bei abermaliger Verschlechterung auf die Reintubation zu verzichten. Das größte „Hindernis“ dafür ist das subjektiv gute Befinden des Patienten, wenn er an der Maschine hängt. Hier zeigt er eine läppisch-fröhliche Grundhaltung, wobei er durchaus voll ansprechbar und wohl auch entscheidungsfähig ist. Zu Recht wird daher – da nun einmal begonnen – mit den Reintubationen weitergefahren wie bisher.

Die Komplikationen der MRSA-Infektion bzw. der damit verbundenen Therapie haben ihm wohl den wirklich traurigen Teil des Dramas (frustrane Dauerbeatmung bis zum endgültigen Organversagen) erspart. Eine Entscheidung, den Patienten bei neuem Versagen der Atempumpe nicht mehr zu beatmen, wäre eine zumindest paternalistische, wenn nicht inhumane Aktion bzw. Unterlassung gewesen, so lange der Patient nicht von sich aus darauf verzichtet, z. B. durch die Zustimmung zu einer DNR-Erklärung (Verzicht auf Wiederbelebung), die er unter klarer Autonomie abgibt.

Ethische Aspekte: Hier handelt es sich um einen Fall, bei dem die Frage eines Therapieabbruchs oder eines Therapieverzichts zu klären ist, und zwar mit (un-)mittelbarer Todesfolge, da die Therapie in einer maschinellen Beatmung zur künstlichen Lebenserhaltung besteht.

Ein Therapieabbruch bestünde in der Extubation, ein Therapieverzicht in der Unterlassung der Reintubation bei wiederinsetzender Verschlechterung.

Wenn man mit einem derartigen Fall konfrontiert ist, müssen die Rechte des Patienten als Person gewahrt werden:

- Autonomie: Was will der Patient selbst in dieser ausgewogenen Situation?

- Benefit: Was kann das Team zur Verbesserung seiner Lage tun?
- Nil-nocere: Wie kann zusätzlicher Schaden vermieden werden?

Das Behandlerteam wieder darf sich auch seine Gedanken machen über:

- Nachhaltigkeit: Was erwarten wir uns auf die lange Sicht?
- Verhältnismäßigkeit: In welcher Relation steht der Aufwand zum möglichen (nachhaltigen) Erfolg?

Die Frage der *Autonomie* wurde bereits angerissen (siehe oben): Ein – wie es scheint – fröhlicher Beatmungs-Patient ist wohl auch im Stande, auf der Beibehaltung des augenblicklichen Zustandes zu bestehen, auch wenn dieser weder „nachhaltig“ noch „verhältnismäßig“ erscheint. Schließlich bleibt der Patient in extremer Abhängigkeit von der Maschine (durch zugezogene Fachleute für Entwöhnungstechniken bestätigt), wodurch ein unverhältnismäßig großer Aufwand resultiert (die Kosten für ein Beatmungsbett belaufen sich etwa auf das 5-fache eines normalen Bettes). Der Fall läge anders, wenn der Patient den Wunsch äußerte, endlich sterben zu dürfen. Der Verzicht auf Reintubation wäre dann wohl ein Akt der Barmherzigkeit (das Sterben wird nicht mehr „behindert“) und würde nicht in den Geruch der Sterbehilfe kommen: Es würde ja dabei auf unverhältnismäßig aufwändige Mittel (ohne Nachhaltigkeit) verzichtet werden.

Der Fall wir zum Lehrbeispiel, wenn man die „Autonomie“ eines geistig beschränkten Patienten bzw. die Situation eines Patienten betrachtet, der sich im bewusstlosen Zustand, Wachkoma, apallischem Syndrom („vegetative state“) befindet. Jetzt müssen seine Rechte durch Dritte mit Orientierung an bestehenden Rechtsordnungen gewahrt werden.

Die erste Annäherung besteht in der Ergründung des mutmaßlichen Willens des Patienten. Diese stützt sich gewöhnlich auf Zeugenaussagen, denen zufolge die Patienten sich in besseren Zeiten zu Intensivstati-

on, Maschinen, mühsam aufrecht erhaltener Lebensfunktionen bei infauster Prognose geäußert hätten. Aus dem engen Kontakt mit Familienmitgliedern erwachsen wertvolle Indizien für die Beurteilung der Mentalität, Lebensphilosophie, Temperament, der Religiosität etc. der Betroffenen.

Das Vorliegen einer schriftlichen Verfügung aus der Hand des Patienten selbst wird derzeit als überaus vorteilhaft erachtet, wenngleich eine Übereinkunft bezüglich standardisierter Abfassung und Rechtsverbindlichkeit außerordentlich schwer zu erreichen scheint. Immerhin könnte sich ja die Haltung der Betroffenen zwischen Abfassung der Verfügung und Eintritt des Anlassfalles geändert haben.

Eine weitere Möglichkeit im Vorfeld besteht in der Nominierung von Familienangehörigen oder einer speziellen Vertrauensperson (Stellvertreter), die verlässlich die Interessen des Bewusstlosen wahrzunehmen wissen. Die Bestellung eines Sachwalters ist in unserem Lande nur für die Übernahme zivilrechtlicher Funktionen eingerichtet.

Die Gerechtigkeit gebietet überdies die Wahrung jener Güter, die einem Individuum zustehen, also auch die unabdingbare Achtung der Würde der Person. Diese kann von der Bewusstseinsfrage nicht abhängig gemacht werden. Sie läuft auch immer Gefahr, von emotionellen Projektionen der mitleidenden Angehörigen relativiert zu werden. Diese tendieren nur zu häufig dazu, von „Verlust der Würde“ und „würdelosem Leben bzw. Sterben“ zu sprechen, wenn der Anblick und die objektive Situation vom Patienten kaum mehr erträglich ist, selbst für die Betroffenen selbst durch krankheitsbedingte Umstände oder medikamentösen Einfluss dem subjektiven Leiden enthoben sind.

Zurück zu unserem Patienten: Dem Vernehmen nach hat das Betreuerteam alles unternommen, um eine Heimbeatmung (Beatmungsmaschine, adaptiertes Zimmer, ev. motorisierter Rollstuhl) zu organisieren, doch

scheitert dies an der ungünstigen häuslichen Situation und dem Mangel an einschulbaren Hilfskräften. Daher wurde Team-intern erwogen, die Reintubation bei nächster Gelegenheit zu unterlassen und den Patienten in der endogenen CO₂-Diagnose sterben zu lassen. Dies wurde aber nie in die Tat umgesetzt, zu Recht, denn die Autonomie des Patienten wäre hier zusammen mit dessen Würde als Person schwerstens verletzt worden.

Die Frage: Hätten wir nicht doch schon bei der ersten Episode auf die Intubation und kontrollierte Beatmung verzichten sollen?

– bleibt in ihrer großen Ambivalenz ungemildert offen stehen. Objektiv gesehen hätte der Patient aufgrund seiner Prä- und Komorbidität tatsächlich nicht an die Maschine kommen dürfen, aber – Hand auf's Herz – welcher verantwortungsvolle Arzt in der nächtlichen Notsituation mit einem erstikenden Patienten hätte anders gehandelt?

Prim. Univ.-Prof. Dr. Friedrich KUMMER
St.-Johanngasse 1-5/1-11, A-1050 Wien
fkummer@aon.at

Medien: Wissenschaftliche Berichterstattung

Eine kanadische Studie, die vor kurzem im Canadian Medical Association Journal veröffentlicht wurde, zeigte, dass Medien im englischen Sprachraum überraschend sorgfältig über die Genforschung berichten, auch wenn sie eher dazu tendieren, die Vorzüge überzubetonen und die Risiken unterzubewerten. Lediglich 11% der aus 26 Zeitschriften von den USA, Kanada, Großbritannien und Australien ausgewählten Artikel, welche über genetische Entdeckungen zwischen Jänner 1995 und Juni 2001 berichteten, waren „signifikant übertrieben oder ungenau“. 63% der überprüften Artikel stellten keine übertriebenen Behauptungen auf und 82% zeigten keinerlei wissenschaftliche oder technische Fehler.

Doch zeigten lediglich 15% auch die Risiken der Forschung auf, während nahezu alle die Vorzüge der Genforschung anführten. In diesem Umstand spiegelt sich die Bemühung der Wissenschaftler wider, „ihre Forschung aufregend und unmittelbar anwendbar“ darzustellen.

Canadian Press, 26. April 2004

Fortpflanzung: Aufgaben der Spermien

Bisher wurden Wachstum und Entwicklung der Eizelle nach Befruchtung als von der Eizelle selbst determiniert und gesteuert betrachtet. Dass die Reifung der befruchteten Eizelle aber nicht reine „Frauensache“ ist, konnten Wissenschaftler um Stephen Krawetz vom Center für Molecular Medicine und Genetics an der Wayne State University in Detroit zeigen. Das Wachstum der Eizellen nach Befruchtung wird prinzipiell von sogenannten Boten-RNA-Molekülen gesteuert. Dass die in der Eizelle vorhandene mitochondriale RNA (mRNA) eine wesentliche Rolle in der Entwicklung der Zygote spielt, ist schon seit langem bekannt. Doch konnten die Forscher erst vor knapp zwei Jahren beweisen, dass auch im

männlichen Samen rund 3000 verschiedene mRNA-Moleküle enthalten, die zum Teil – wie sie in einer aktuellen Arbeit im Journal „Nature“ zeigen – auch Botenstoffe darstellen, welche ausschließlich im Samen vorkommen. Mit der Untersuchung dieser Botenstoffe glauben die Forscher, nun auch einen neuen möglichen Ansatzpunkt für die Heilung unfruchtbarer Männer gefunden zu haben. Die Ursache der Unfruchtbarkeit könnte nämlich in fehlerhaften RNA-Molekülen liegen.

Nature 429: 154, 13. Mai 2004

IVF: Befruchtung mit 21 Jahre altem Spermium

In Großbritannien wurde Ende Mai bekannt, dass es gelang, nach vier erfolglosen IVF-Zyklen mit einem 21 Jahre alten eingefrorenen Spermium eine Befruchtung herbeizuführen. Inzwischen liegt die Geburt des Babys schon zwei Jahre zurück. Dr. Virginia Bolton, Embryologin am King's College Hospital in London, findet diese Nachricht „nicht besonders überraschend. Wir wissen aus Tierversuchen, dass der einzig mögliche Schaden, den gefrorenes Sperma erleiden könnte, durch die Hintergrundstrahlung bedingt wird,“ so ihr Kommentar. Ob für das Kind ein möglicher physischer oder psychischer Schaden zu erwarten ist, weil es auf vollkommen unnatürliche Weise mit überaltertem Sperma erzeugt wurde, scheint unter den Embryologie-Experten kein Thema zu sein.

BBC, 25. Mai 2004

Statistik: Fehlerhafte Berechnungen

Nach Auswertung umfassender Statistiken wird in Studien meist der sogenannte „P value“ angegeben. Ist dieser kleiner als 0,05 bedeutet dies, dass die darauf bezogene Aussage, z. B. etwa die Wirkung eines Medikamentes gegenüber einem Placebo - signifikant ist. Anhand dieses Wertes wer-

den schließlich weitere Studien geplant bzw. gar Leitlinien für die Therapie erstellt. Doch nur selten wird bei diesem Wert nachgerechnet. Dies berichteten spanische Biostatistiker in *Nature Science Update*. Sie überprüften je vier Hefte der renommierten Journale *Nature* und *British Medical Journal* und kamen zum enttäuschenden Ergebnis, dass bei elf Prozent der veröffentlichten Arbeiten falsch berechnete „P values“ angegeben wurden. In einem Fall führte die fehlerhafte Berechnung sogar zur Annahme einer (eigentlich nicht vorhandenen) Signifikanz. Aufgrund dieser Studie werden nun von den wissenschaftlichen Zeitschriften Konsequenzen gezogen: *Nature* plant, in Hinkunft selbst vermehrt nachzurechnen. Das *British Medical Journal* hingegen überlässt diese Aufgabe den Lesern, indem es die ganze Datenmenge zu den einzelnen Studien online verfügbar macht.

Nature Science Update, 3. Juni 2004

Stammzellenforschung: Zähne aus adulten Stammzellen

In die ersten Erfolgsberichte der adulten Stammzellenforschung reiht sich auch der Bericht britischer Forscher um Paul Sharpe vom Londoner Kings College ein, wonach es dem Forscherteam gelungen sei, aus adulten Stammzellen Zähne zu züchten. Zuerst wurden die Stammzellen aus dem Blut beziehungsweise dem Knochenmark isoliert, anschließend im Labor kultiviert und schließlich in einen Kiefer im Tierversuch eingepflanzt. Nach etwa zwei Monaten habe sich aus der Stammzelle ein Zahn entwickelt. In den kommenden zwei Jahren soll das Verfahren auch am Menschen getestet werden. Bis zur Vermarktung dieser Technik – so die Prognose der Forscher – werden sicherlich noch fünf Jahre vergehen. Dann jedoch könnte der finanzielle Aufwand für einen gezüchteten Zahn nicht größer sein als für einen künstlichen.

Der Standard, 3. Mai 2004

Stammzellenforschung: Neues Gesetz in Kanada

In Kanada wurde kürzlich ein neues Stammzellgesetz verabschiedet, welches die Forschung an überzähligen Embryonen aus der *in-vitro*-Fertilisation erlaubt, jedoch therapeutisches und reproduktives Klonen, die Geschlechtsselektion sowie den Verkauf von Ei- oder Samenzellen untersagt. Damit sei, laut Gesundheitsminister Pierre PETTIGREW, eine seit langem bestehende Lücke in der Gesetzgebung geschlossen worden. Als neue Kontrollinstanz über die Fertilitätszentren wurde die „Assisted Human Reproduction Agency“ ins Leben gerufen. Zum endgültigen Inkrafttreten fehlt lediglich die Zustimmung des „governor general“, doch dies ist üblicherweise reine Formsache.

Globe and Mail, 12. März 2004

Stammzellenforschung: Neue Zelllinien hergestellt

Zusätzlich zu den bisher für die Forschung in den USA verfügbaren fünfzehn Zelllinien gibt es nun weiteres siebzehn, die von der Harvard-Universität in Cambridge zu Forschungszwecken freigegeben worden sind. Da nach einer Anordnung des amerikanischen Präsidenten staatliche Gelder nur für die Forschung an bis zum 9. August 2001 bereits existierenden Stammzellen zur Verfügung gestellt werden dürfen, erfolgte die Finanzierung zur Herstellung der neuen Zelllinien aus Mitteln der Harvard-Universität, des Howard Hughes Medical Institute und der „Juvenile Diabetes Research Foundation“. Für die Entwicklung der Zelllinien seien sogenannte überzählige Embryonen aus der *in-vitro*-Fertilisation getötet worden, nachdem die Eltern dazu ihr Einverständnis gegeben hatten.

Weiters will die Harvard-Universität in großem Stil ein Zentrum zur Forschung an embryonalen Stammzellen einrichten. Dies soll ebenfalls nur aus privaten Mitteln erfolgen, damit die bundesweiten Restriktionen umgangen werden können. Das Ziel dieses Projektes sei, die zahlreichen auf diesem Gebiet arbeitenden Forscher zusam-

men zu bringen. An der Planung des vorläufig „Harvard Stem Cell Institute“ genannten Zentrums arbeiteten bisher bereits zwanzig Forscher.

FAZ, 5. März 2004, *Die Welt*, 2. März 2004

Stammzellenforschung: Auftrieb für die adulten Stammzellen

Dem deutschen Forscherteam um Charli KRUSE ist es gelungen, auf eine neue Art und Weise adulte Stammzellen zu isolieren, die in ihren Eigenschaften den embryonalen Stammzellen gegenüber einiges an Boden gewinnen könnten. In der Zeitschrift „Applied Physics A“ berichten sie, dass es geglückt sei, aus den Bauchspeicheldrüsen von Menschen und Ratten bisher noch unbekannte Stammzellen zu isolieren und in Kultur zu bringen. Diese Stammzellen zeichnen sich in ihrer Potenz durch eine große Ähnlichkeit zum Entwicklungspotential der embryonalen Stammzellen aus. Sie sind pluripotent, und können sich somit zu verschiedenen Gewebetypen entwickeln. Sie sind stabil relativ leicht in Kultur zu halten, gut zu lagern und vermehren sich rechtschnell und effizient. Diese Eigenschaften wurden bislang den adulten Stammzellen abgesprochen. Man ist davon ausgegangen, dass sie nur begrenzt lagerbar und vermehrbar seien und sich nur in sehr wenige bestimmte Gewebetypen entwickeln können. – „Mit den neuen Erkenntnissen haben wir sehr gute Chancen, die ethischen Probleme, die sich durch die Verwendung embryonaler Stammzellen ergeben, zu umgehen“, so der Kommentar von Alfred TRAUTWEIN, dem Rektor der Universität Lübeck.

Die vorliegenden Forschungsergebnisse wurden indes von zahlreichen deutschen Politikern als Durchbruch in der Stammzellenforschung begrüßt. „Wir wollen Krankheiten heilen, wir wollen Forschung fördern. Dass dafür verbrauchende Embryonenforschung nicht erforderlich ist, dass also kein menschliches Leben geopfert werden muss, darauf machen diese neuen Forschungsergebnisse Hoffnung“, so die stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bun-

destagsfraktion Maria BÖHMER. – Es bleibt zu hoffen, dass sich nun die Forschungsförderung endlich auf die adulte Stammzellenforschung konzentriert.

Appl Phys A, 26. Mai 2004

Klonen: Versuch des Serienklonens bei Rindern gescheitert

Wissenschaftler um XIANGZHONG an der Universität von Connecticut berichteten Ende Mai, dass es ihnen gelungen sei, einen bereits geklonten Bullen mit der Methode des Zellkerntransfers erneut zu klonen. Das Tier sei nun bereits vier Jahre alt und weise keinerlei Zeichen einer Krankheit auf (wobei das äußerliche Fehlen von Krankheitszeichen nicht unbedingt auch Freisein von Krankheit bedeutet). Mit dem Sperma des geklonten Bullen wurden in weiterer Folge künstliche Befruchtungen vorgenommen, aus denen sechs bislang offenbar gesunde Kälber hervorgegangen sind. Der Versuch, aus dem Klon des Klons einen weiteren Klon zu schaffen, ist hingegen fehlgeschlagen. Das sogenannte „Serienklonen“ ist bisher aber bereits bei Mäusen durchgeführt worden.

Nature Biotechnology, 1. Juni 2004

Abtreibung: Umdenken der WHO gefordert

Eines der Argumente, das häufig in Diskussionen um die Legalisierung der Abtreibung in verschiedenen Ländern von Abtreibungsbefürwortern eingebracht wird, ist die Behauptung, dass nur illegal durchgeführte Abtreibungen unsicher sind und eine Gefahr für das Leben der Mutter darstellen. Auf einer kürzlich in Washington DC abgehaltenen internationalen Konferenz über Bevölkerung, dem Global Population Forum 2004, räumte Dr. Gunta LAZDANE, der europäische Regionalberater der WHO für reproduktive Gesundheit und Forschung, ein, dass bis zu 20 % der Müttersterblichkeit auf eine Abtreibung zurückzuführen sind, auch dann, wenn die Abtreibung legal durchgeführt wurde. Daher stellt sich die Frage, ob die sogenannte „sichere“ Ab-

treibung auch wirklich sicher sei. Die WHO selbst scheint sich für eine weltweite Legalisierung der Abtreibung einzusetzen: die Nationen sollten vielmehr Abtreibungsgesetze entwerfen in ihrer Verpflichtung zu Gesundheit und Wohlbefinden der Frauen, anstatt Strafen für Abtreibungen zu bestimmen. Doch wenn die Aussagen von LAZDANE der Wahrheit entsprechen und auch legale Abtreibungen für die Frauen unsicher sind, dann würden einige der Argumente der Abtreibungsbefürworter wesentlich an Gewicht verlieren.

Friday Fax 7: 22, 21. Mai 2004

Pille danach: Verschiedene Entwicklungen in Europa

In Deutschland soll es Frauen nach dem Willen der Bundesregierung nunmehr möglich sein, ohne Rezept die „Pille danach“ in der Apotheke zu besorgen. Als Begründungen für diese geplante Maßnahme wird angeführt, dass das Präparat einen „hohen Stellenwert bei der Wahrung der reproduktiven Rechte der Frauen“ habe und zudem eine „wirksame Möglichkeit zur Vermeidung eines möglichen Schwangerschaftsabbruches in Folge einer Verhütungspanne oder nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr“ darstellt. Über die erheblichen Neben- und Wechselwirkungen des Präparates wird dabei kaum gesprochen, ebenso wird in diesem Zusammenhang häufig fälschlicherweise nur der Begriff „Verhütung“ verwendet. Dass nämlich die Einnistung des Embryos in die Gebärmutter-schleimhaut verhindert werden soll, das wird in der Diskussion recht selten erwähnt. Damit die Pläne der rot-grünen Koalition um die Freigabe der Pille danach realisiert werden können, muss die Zustimmung der einzelnen Länder erfolgen. Niedersachsen und Bayern haben bereits ablehnend reagiert. Die Bundesvorsitzende der Aktion Lebensrecht für Alle e.V. Dr. Claudia KAMINSKI erklärte: „Es kann nicht sein, dass Tötungspillen, deren Einnahme für die Frauen zudem Risiken ... bergen, demnächst einfach über die Ladentheke gereicht werden oder gar via Internet bestellt werden können.“

In Italien hat zur erst kürzlich das

Nationale Bioethik-Komitee des Landes einstimmig den Beschluss gefasst, dass Ärzte die Ausstellung eines Rezeptes für die „Pille danach“ aus Gewissensgründen verweigern dürfen. Dieser Beschluss wird nun an das Parlament und den Gesundheitsminister als Grundlage für entsprechende Verordnungen und Gesetze weitergeleitet. In der Begründung steht, dass die „Pille danach“ ein Frühabtreibungsmittel ist, und daher den Ärzten die gleiche Möglichkeit zur Verweigerung gegeben werden muss wie bei anderen Formen der Abtreibung.

Deutsches Ärzteblatt, 4. Juni 2004, Die Tagespost, 2. Juni 2004

Euthanasie: Bericht des Schweizer Dick MARTY erneut zurückverwiesen

Der Bericht des Schweizer EU-Parlamentariers Dick MARTY zur Euthanasie wurde Ende April vom Europarat nach heftiger Diskussion erneut an den Ausschuss für Gesundheit, Soziales und Familie zurückverwiesen. MARTY fordert darin, dass in den 45 Mitgliedstaaten des Europarates die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Umständen straffrei gestellt werden soll. Mit der Frist von einem Jahr soll nun der Ausschuss erneut über den Bericht und die zahlreichen eingegangenen Änderungsvorschläge beraten. Der MARTY-Bericht richtet sich gegen den vor Jahren beschlossenen so genannten GATTERER-Bericht, der eine Stärkung der Hospizbewegung und der Palliativmedizin forderte.

www.kath.net, 29. April 2004

Euthanasie: In den Niederlanden ist Demenz ein Grund für Sterbehilfe

Alzheimer und Demenz können in den Niederlanden unter bestimmten Umständen als Grund für aktive Sterbehilfe akzeptiert werden. Das niederländische Justizministerium billigte einen entsprechenden Beschluss der Staatsanwaltschaften, wonach Ärzte nicht verfolgt werden sollen, die an diesen Krankheiten leidenden Menschen lebensbeendende Mittel verab-

reichen. Voraussetzung sei, dass alle anderen Bedingungen für aktive Sterbehilfe erfüllt seien. Dazu gehört, dass das Leiden unerträglich ist und keine Aussicht auf Besserung besteht. Der Patient muss zudem seinen Willen ausdrücklich bekundet haben.

Die niederländische Ärzte-Organisation KNMG sprach sich unterdessen für präzisere Regeln bei Sterbehilfe aus. So umgingen mehr und mehr Ärzte die Meldepflicht, indem sie Sterbenskranken in hohen Dosen Mittel verabreichten, die schmerzstillend wirkten, aber auch den Tod herbeiführen könnten. Es sei eine „Grauzone“ entstanden. Das niederländische Gesundheitsministerium hatte kürzlich eine Untersuchung angekündigt, um mehr über die Gründe für den Rückgang der gemeldeten Euthanasie-Fälle zu erfahren. Im Jahr 2003 waren 1815 Fälle von Sterbehilfe gemeldet worden.

FAZ, 4. Juni 2004

Herzanfall: Wert enger Beziehungen in der sekundären Risikoreduktion

Starke und stabile Beziehungen zu einem Freund, einem Partner oder einem Verwandten sind in der Lage, nach einem stattgehabten Herzanfall das Risiko eines weiteren Herzanfalls auf die Hälfte zu reduzieren. Zu diesem Schluss kam das Team um Francis CREEDE in Manchester. Die Wissenschaftler beobachteten 600 freiwillige Studienteilnehmer nach einem Herzanfall für weitere zwölf Monate und kamen nach Auswertung der Daten zu dem Ergebnis, dass neben den zahlreichen bereits bekannten Risikofaktoren für wiederkehrende Herzanfälle, wie etwa Rauchen, starker Alkoholkonsum, wenig Bewegung und schlechte Ernährung, auch der Mangel an sozialer Unterstützung einen Einfluss hat. Stress beschleunigt den Herzschlag und hält den Körper so in einem erregten Zustand. „Wir gehen davon aus, dass Menschen ohne nahen Vertrauten stärker auf Stress reagieren. Das kann gefährlich sein. Nach einem Anfall ist das Herz für Rhythmusstörungen anfälliger“, so die Forscher.

www.cmht.nwest.nhs.uk/, 15. April 2004

**ALLE ARBEITER SCHÜTZEN IHRE HAUT,
NUR NICHT JOCHEN,
DER HAT NUR NOCH KNOCHEN.**



EINE INITIATIVE

DER AUVA FÜR MEHR SICHERHEIT AM ARBEITSPLATZ.

Gerade bei jungen Menschen mit wenig Berufserfahrung ist die Gefahr berufsbedingter Erkrankungen sehr hoch. Deshalb sollten Sie Ihre jungen Beschäftigten auch **mit dem gesamten Gefahrenspektrum** ihres Berufes **vertraut machen**. Informationen rund ums Thema Sicherheit am Arbeitsplatz erhalten Sie bei Ihrer AUVA-Landesstelle und im Internet.

**100.000 Arbeitsunfälle pro Jahr
sind genau 100.000 zu viel.**

Geh' auf Nummer sicher: www.auva.at



ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE ETHIK

Zeitschrift in Deutsch
50/1, 2004

Christian LENK, Nikola BILLER-ANDORNO, Tina MERKEL, Claudia WIESEMANN: Medizin als kulturelle und moralische Praxis. Zu den Aufgaben des Medizinethikunterrichts im Medizinstudium; Peter EMMRICH, Vera OGUNLADE, Ulrike UNGER: Demografische Untersuchung zur Vorstellung vom Arztbild und zur Studienmotivation unter Studenten der Medizin des ersten vorklinischen Semesters; Ulrich EIBACH: Klinisches „Ethik-Komitee“ und „ethisches Konsil“ im Krankenhaus. Empfehlungen zu Einrichtung und Arbeitsweise.

RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

11. Jahrgang Heft 1, 2004

Wolfgang MAZAL: Editorial;

Beiträge:

Kornel KOSSUTH: Der Erstattungskodex: vorwärts in die Vergangenheit;

Lukas STÄRKER: Die KA-AZG Novelle 2003;

Peter STEINER: Angliederungsverträge nach § 19 KAKuG;

Martin SCHAUER: „Wrongful birth“ in der Grundsatzentscheidung des OGH.

11. Jahrgang Heft 2, 2004

Wolfgang MAZAL: Editorial;

Beiträge:

Gerhard AIGNER: Risiko und Recht der Gesundheitsberufe;

Bernhard MATHIS, Barbara HINTERHOLZER, Peter KÖNIG: Wann und warum werden welche psychisch Kranken in ihrer persönlichen Freiheit beschränkt?

RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

11. Jahrgang Heft 1, 2004

Ferdinand KERSCHNER, Bernhard RASCHAUER: Editorial;

Beiträge:

Martin NIEDERHUBER: Emmissionshandel: EU-Richtlinie und nationaler Entwurf eines Emmissionszertifikategesetzes; Johanna LANG: Aufgaben und Haftung der Leiter der Deponieeingangskontrolle.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
12. Jahrgang Heft 1, 2004

Leitartikel:

Christian GÖBEL: Anthropologie der Todesstrafe. Anthropologisch-ethische Erwägungen zu Todes-Strafe und Unmenschlichkeit;

Wolfram HENN: Ethische Dilemmata der Forschung für behinderte Menschen;

Joachim WIEMEYER: Gerechtigkeit zwischen Generationen als wirtschaftsethisches Problem.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

2004/1

Editoriale: Qualche riflessione sopra la legge italiana sulla procreazione assistita;

C. CASINI, M. L. DI PIETRO, M. CASINI: La Normativa italiana sulla “procreazione medicalmente assistita” e il contesto europeo;

A. L. VESCOVI, L. SPINARDI: La natura biologica dell’embrione;

S. BELARDINELLI: La dimensione socio-culturale della “procreazione medicalmente assistita”;

L. PALAZZANI: La legge italiana sulla “procreazione medicalmente assistita”: una rilettura biogiuridica;

V. MELE: Percorsi femminili sull’accanimento riproduttivo.

2004/2

Editoriale: La federazione internazionale dei centri ed istituti di bioetica di ispirazione personalista;

G. GROCHOLEWSKI: La bioetica e l’educazione al vangelo della vita;

G. GALEAZZI: Personalismo e persona-

lismi. Storia e significati;

I. CARRASCO DE PAULA: Il concetto di persona e la sua rilevanza assiologica: i principi della bioetica personalista;

W. E. MAY: Bioetica e teologia: quale legame?;

L. PALAZZANI: Il concetto di persona tra bioetica e biogiuridica;

A. PESSINA: La questione del metodo nella prospettiva della bioetica di stampo personalista;

J. M. HAAS: Personalism in the cultural area of the USA;

A. BOCHATEY: Il personalismo nell’area culturale dell’America latina;

J. SIMPÔRE: Il personalismo nell’area culturale Africana;

P. VENTURA-JUNCÁ: La investigación en la confederación internacional de centros de bioética de inspiración personalista.

ACTA PHILOSOPHICA. Rom, Italien.

Quartalzeitschrift in Italienisch

Vol. 13 (2004), fasc. 1 Gennaio/Giugno

Quaderno: Famiglia e Filosofia

Marco D’AVENIA: Presentazione: prospettive per una filosofia della famiglia;

Jesús BALLESTEROS: La familia en la post-modernidad;

Nancy SHERMAN: Empathy and the Family;

Andrea M. MACCARINI: Unità e molteplicità della famiglia in Occidente: sensi e percorsi dopo la modernità;

Studi:

Mariano ITURBE: Karmayoga – Jnanayoga in Ramanuja or Active Life – Contemplative Life in Aquinas. A Meeting Point between Indian and Christian Thought;

Note e commenti:

Luis ROMERA: El itinerario hacia Dios: dimensiones existenciales, hermenéuticas y metafísicas;

Juan Fernando SELLÉS: Acerca del saber hacer. Estudio del hábito del arte siguiendo a Tomás de Aquino;

Giuseppe TANZELLA-NITTI: L’ontologia di Tomasso d’Aquino e le scienze naturali.

THERAPEUTISCHE PARTNERSCHAFT

Michael PEINTINGER

Springer Verlag, Wien 2003

459 Seiten

ISBN 3-211-83792-2

Hinter der unscheinbaren, kleingeschriebenen Überschrift verbirgt sich eine brisante Thematik. Es geht um nicht weniger als die Neugestaltung der Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Der Autor beginnt mit einer Schilderung des Status Quo: Trotz beeindruckender Fortschritte im medizinischen Wissen und Können erlebe der Patient ein Unbehagen, wenn er sich in medizinische Behandlung begibt. Dieses rühre nicht nur von dem Schatten der Bedrohung her, den eine noch unbekannte Krankheit vorauswirft, sondern auch von einem Gefühl der Auslieferung, welche die Einlieferung in ein Krankenhaus begleitet. In der Tat ist durch die Aufnahme in eine Krankenanstalt die Autonomie des Patienten massiv in Frage gestellt:

(1) Die Perspektive des – schmerzleidenden, bewusstseingetrübten – Patienten ist eingengt.

(2) Die Strukturen und Normen des Krankenhauses sind – zumindest anfangs – befremdend.

(3) Das Wissen des Arztes steht zu dem des Patienten in keinem Verhältnis.

(4) Das Selbstwertgefühl eines alten oder arbeitsunfähigen Menschen ist generell herabgesetzt.

Hier setzt das Plädoyer PEINTINGERS an: „Die Schwäche des Patienten, seine Verwundbarkeit... ja Ausnützbarkeit mindern sein Recht auf Selbstbestimmung in keiner Weise!“ (Zit. S. 92). PEINTINGER betont die grundsätzliche Gleichrangigkeit des Not und Hilfe appellierenden Kranken mit dem Wissen und Heilung anbietenden ärztlichen

Helfer hinsichtlich ihres Mensch- und Personseins. Beide sind einander „Existenz für Existenz“, aber auch „Experte für Experte“ was die je eigene Wahrnehmung von Krankheit als „Fall“ respektive „Leiden“ anlangt. Gestützt auf den (leider nicht zitierten) belgischen Medizinethiker J.-F. MALHERBE, fordert er zum „wahren Dialog“ zwischen Therapeut und Patient. Das inkludiere, dass der Arzt „in der therapeutischen Beziehung von nun an auch den moralischen und persönlichen Werten des Patienten eine besondere Bedeutung beimisst.“ (Zit. S. 96). Vornehmste Aufgabe des Arztes sei es, über somatische und psychische Defizite hinaus, auch die Autonomiekompetenz des Patienten wieder herzustellen. Dafür genüge es keineswegs „nur die Lebensqualität des Patienten im Krankenhaus zu heben, seine Kooperation zu gewährleisten oder ökonomischen Gewinn aus einer größeren Kundenzufriedenheit zu ziehen“. Vielmehr gelte es, den eigentlichen Ursachen für die Asymmetrie der Arzt-Patienten Beziehung auf den Grund zu gehen. Diese lassen sich durch ein dreifaches ärztliches Privileg charakterisieren: (1) „Ich sage dir, was du hast“ (diagnostisches Privileg). (2) „Ich sage dir, was zu tun ist“ (therapeutisches Privileg). (3) „Ich sage dir, was machbar ist“ (Verfügbarkeitsprivileg). Peintinger bestreitet alle drei Privilegien und fordert die Wiederherstellung einer symmetrischen Arzt-Patienten Beziehung durch einen, wie er ihn nennt, „mehrdimensionalen, wertorientierten Aufklärungsprozess“, welcher den Patienten in die Lage versetzt, seine verletzte Autonomie wieder zu gewinnen und die drei genannten Privilegien zu seinen Gunsten umzukehren.

Die Umkehr des diagnostischen Privilegs setzt bei der Anamnese an. Es genügt nicht, wenn dem Arzt durch gezielte Fragen mög-

lichst rasch die naturwissenschaftliche Herleitung und Einordnung einer Erkrankung gelingt. Vielmehr hat die Anamnese die Aufgabe, gemeinsam mit dem Patienten als dem Experten seines Leidens, die lebensgeschichtliche Herkunft der Erkrankung zu klären. Dabei lernt der Arzt die Wertehierarchie des Patienten kennen und nimmt ihn in seiner Einmaligkeit und Ganzheitlichkeit wahr. Eine solche Wahrnehmung bildet ihrerseits die Voraussetzung dafür, dem Patienten auch das therapeutische Privileg zurückzugeben. Es genügt für den Arzt nicht, bloß einen „informed consent“ zu erreichen. Vielmehr geht es darum, mit dem Patienten eine „therapeutische Partnerschaft“ einzugehen. Zentrum dieser Partnerschaft ist die ursprüngliche Mitmenschlichkeit, welche zum Ziel hat, gemeinsame Wertvorstellungen zu erarbeiten, die in eine fruchtbringende Neuorientierung für den Patienten im Umgang mit sich selbst und seiner Erkrankung umgesetzt werden können, bzw. den Patienten instand setzt, Verfügungen als verbindliches personales Zeugnis zu gestalten. Schließlich ist der Arzt gefordert, dem Patienten auch seine Aufklärungshoheit zurückzugeben, indem er ihm ohne drohende Sanktion die Wahl des therapeutischen Partners und den Verlauf des Gespräches jederzeit offenhält. In der Folge expliziert PEINTINGER den mehrdimensionalen wertorientierten Aufklärungsprozess am Beispiel der HIV-Infektion.

Einer derart ganzheitlichen Wahrnehmung der erkrankten Person stehe freilich die Tendenz zur „Sachlichkeit“ gegenüber, welche gelegentlich vom Arzt wie auch vom Patienten betrieben wird, um eine Betroffenheit zu vermeiden, welche ein vermehrtes Mitfühlen vonseiten des Arztes oder aber ein radikaleres Umdenken vonseiten des Patienten einfordern könnte. Es liege daher an beiden Partnern, mehr Wahrhaftigkeit in ihre Beziehung einzubringen. Grundlage dafür wäre ein vertieftes Vertrauensverhält-

nis, das über dessen klassische Begründung (Wohlwollen, Sachkompetenz und Verschwiegenheit) hinausgeht.

Was rechtfertigt nun aber eine solche Vertrauenshaltung, die jenen „wahren Dialog“ ermöglicht und begleitet? Peintinger bleibt die Antwort darauf schuldig. Im Falle der – analogen – Beziehung von Mutter und Kind ist diese Haltung naturgegeben. Nicht so im Falle der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Ihr liegt vielmehr die „Einsamkeit“ der sich autonom begreifenden Partner zugrunde. Gemeinsame Werte können sich autonomen Subjekten nur im Horizont einer Transzendenz erschließen, an welcher beide Anteil haben. Das heißt: Autonomie kann ohne eine – vom Autor als geschichtlich überholt beklagte – ursprüngliche „Heteronomie“ im Sinne einer transzendenten Rückgebundenheit (Religio) niemals in jenes gemeinsame Glauben, Hoffen und Lieben münden, dem jedwede therapeutische Partnerschaft ihren Anspruch und ihre heilende Wirkung verdankt. Bezeichnenderweise lässt auch die Literaturliste Hinweise auf einschlägige Werke vermissen.

Trotz dieses Mangels an letzter Konsequenz ist PEINTINGER mit seinem Werk zweifellos eine bedeutende Innovation gelungen, welche es verdient, im medizinischen Alltag bedacht und bemüht zu werden. Das Buch besticht durch ein Ensemble scharfsinniger Analysen, überraschender Synthesen und wertvoller Querverweise in den Fußnoten, was die Kommunikation zwischen Arzt und Patient entscheidend bereichern und vertiefen kann. Es beinhaltet einen wichtigen und unverzichtbaren Schritt hin zu einem reicheren Verständnis dessen, was Krankheit respektive Gesundheit ist und zu einer Verbesserung des therapeutischen Milieus.

W. RELLA

ETHIK DER FORSCHUNG AM MENSCHEN

Giovanni MAIO

*frommann-holzboog Verlag, Stuttgart –
Bad Cannstatt 2002*

396 Seiten

ISBN 3-7728-2196-0

Die Forschung an nicht einwilligungsfähigen Patienten (das sind Intensivpatienten, Kinder, psychiatrische Fälle) gehört zu den umstrittensten Themenbereichen in der medizinischen Ethik. In Österreich hat sich die Bioethik-Kommission, die den Bundeskanzler berät, im November 2003 um eine gemeinsame Stellungnahme um genau diese Frage bemüht, wie vorzugehen ist, wenn an nicht Einwilligungsfähigen Medikamente erprobt werden sollen, die deren Leiden lindern könnten. Eine Einigung konnte nicht erzielt werden. (Die Behindertensprecherin der Grünen lehnte jegliche Forschung an diesen Patienten kategorisch ab und verwarf die Argumentation, es sei die Forschung zum Nutzen der Patienten, mit dem Hinweis, es gehe viel mehr um fremden Nutzen. – Die Presse)

Der geschilderte, aktuelle Konflikt dreht sich um die Frage nach der ethischen Grenze, wo die Individualität der einzelnen Versuchsperson zu Gunsten eines verallgemeinbaren ärztlichen Wissens – durch die Forschung am Menschen – ausgeblendet werden darf. In der vorliegenden Arbeit versucht Giovanni MAIO handhabbare Kriterien zur Klärung dieser Frage – auch in ihrer Zeitgebundenheit – zu systematisieren.

Der Leser wird allerdings keine praktischen Handlungsanweisungen finden. Dagegen wird er darüber informiert, dass – nach Meinung des Autors – die moralischen Bewertungen vom philosophischen Begründungsmodell genauso abhängen wie von der historischen Bedingtheit. Dieser Relativismus wird mit viel Grundsätzlichem über das Problem der Forschung am Menschen und mit der Darstellung einer Vielzahl diesbe-

züglicher normativer Überlegungen erklärt. Um die Identifikation und Beurteilung moralischer Prinzipien geht es dem Autor – nicht um eine Anleitung für die Praxis. Schwerpunkt bildet dabei die Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personengruppen.

Zunächst begründet der Autor die wachsende Sensibilisierung für die Ethik der Forschung am Menschen seit 1945: In den USA durch die Publikation eklatanter ethischer Übertretungen (Henry K. BEECHER, 1966); in Deutschland als Reaktion auf das Aufdecken der kriminellen Menschenexperimente in der NS-Zeit, den Nürnberger Ärzteprozess (1947), die Konterganaffäre (1961) und den Kongress „Medizin und Gewissen“ (1997) in Nürnberg; weiters der Verlust der ethischen Definitionsmacht der Ärzte als Folge zunehmend komplexer Therapieansätze (Dialysegerät, Transplantationsmedizin, Reproduktions- und Molekularbiologie), die zur stärkeren Einbindung außermedizinischer Kompetenzen führte; die nicht geringe Rolle der Medien mit skandalisierenden Formaten.

Im Teil I der Arbeit von Giovanni MAIO werden zunächst die theoretischen Grundlagen der Forschung am Menschen expliziert: Was ist ein „Experiment“, eine „Intention“, der „Heilversuch“. Bei der Vielschichtigkeit der Problematik soll diese Vorbetrachtung die genauere Bestimmung des zu analysierenden Sektors der Forschung am Menschen erleichtern. Durch inkonsequente Verwendung des Begriffs „Studie“ im Verlauf der Untersuchung wird aber die Klarheit angeführter Beispiele erschwert.

Im Teil II geht es um das eigentliche Kernthema, nämlich die ethische Perspektive der Forschung am Menschen. Von der Erklärung der ethischen Grundkonflikte (Unverfügbarkeit, Fremdbestimmung, Verzweckung, Rechte jetziger Versuchspersonen – Rechte zukünftiger Personen, Individuum – Kollektiv) über die Voraussetzungen für die Legitimität eines Humanexperiments (Einwilligung, therapeutischer Nutzen, minimales Risiko) bis

zu konkreten Verfahrensmodellen bei der Forschung an Nichteinwilligungsfähigen, speziell an Kindern, reicht der Bogen dieses grundlegenden Beitrags auf der Suche nach der Theorie des richtigen Handelns. Gehalt und Relevanz dieser Argumentationsmuster werden fein herauszisiert im Bemühen, den ethischen Handlungsspielraum zu bestimmen. Dabei wird die Komplexität des Weges zu einer gerechten und richtigen Entscheidung im konkreten Fall überaus deutlich.

Bevor er die bekannten Argumentationsmuster im Umgang mit der Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen anspricht, erklärt er die wichtigsten ethischen Verfahrensmodelle der letzten fünfzig Jahre: Das Einwilligung-, das Nutzen-, das Risikominimierungsmodell. Er konstatiert, dass alle diese Modelle unbefriedigend sind und allmählich zu einer Aufweichung der strikten Befolgung des Prinzips der Autonomie und des Respekts vor der Integrität von Körper und Seele (Nürnberger Kodex) geführt haben. Deshalb zitiert er Hans Jonas mit seiner Ethik der Verantwortung für die Schutzbedürftigkeit der Sterbenden, der Bewusstlosen, der psychisch Kranken. „Der Schutz dieser vulnerablen Gruppe ist höherrangig als der medizinische Erkenntniszuwachs.“

Im Hinblick auf die Plädoyers für kategorischen Ausschluss jeglicher fremdnütziger Forschung an Nichteinwilligungsfähigen im Europarat ist es dem Autor wichtig, die hierfür maßgeblichen Argumentationsmuster zu hinterfragen. So zitiert er den Belmont Report (USA, 1978) und stößt auf das „Prinzip der Gerechtigkeit“. Er konzentriert sich auf diese Theorie nach John Rawls, weil diese „keine utilitaristische Konzeption von Gerechtigkeit entwirft“. Dennoch kommt er zum Schluss, dass aus der Rawlschen Gerechtigkeitstheorie eine etwaige Zwangssolidarität der Nichteinwilligungsfähigen nicht begründet werden kann.

Auch die Menschenwürde (nach KANT und BIRNBACHER) wird auf Tauglichkeit untersucht,

einen Heilversuch an Nichteinwilligungsfähigen zu rechtfertigen. Das Argument des Einwilligungensatzes, die mutmaßliche oder antizipierte oder stellvertretende Einwilligung wird analysiert. In der Schlussfolgerung plädiert Giovanni MAIO für eine Konkretisierung der Begriffe „Nutzen“ und „Risiko“ durch Patienten- und Angehörigenverbände, was einerseits im Interesse der Forschung wäre, andererseits dem Schutz der Versuchsperson dienen würde. Diese Begriffe seien einem historischen Wandel unterworfen, weshalb die ethische Diskussion als kontextgebunden verstanden werden müsste.

Die Forschung an Kindern sieht der Autor als spezifisches Problem, „weil es bis zu einem bestimmten Alter ein ‚wertneutrales Individuum‘ sei, das noch keine eigene Wertehierarchie entwickelt hat. In seiner universellen Abhängigkeit nehme es eine Sonderstellung ein. Allerdings entwickelt es eine dynamische Fähigkeit, selbst einzuwilligen. Die Rechtfertigungsgründe einer fremdnützigen Forschung an Kindern müssen daher differenziert betrachtet werden. Letztlich müsse die Verpflichtung zur Hilfe zukünftiger kranker Kinder mittels heutiger Forschung an Kindern nicht zwangsläufig im Konflikt mit der Achtung dieser jetzigen Kinder geraten.“

Den 3. Teil widmet der Autor daher der historischen Bedingtheit der Bewertung des Versuchs am Menschen. Er nimmt als Beispiel Frankreich von 1945 bis 1988, das als einziges europäisches Land ein umfassendes Forschungsgesetz (1988) entwickelt hat. (Französische Dokumente werden im Anhang im Original-Wortlaut angeführt).

Ergebnis dieser Untersuchung ist nach Meinung des Autors, dass das Ziel einer Ethik der Forschung am Menschen nicht sein kann, unumstößliche Regeln zu erarbeiten. Pragmatische Reglementierungen müssen den veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stets angepasst werden.

In der abschließenden Beurteilung dieser Arbeit muss auf den Relativismus hingewie-

sen werden, der die geäußerte Meinung des Autors kennzeichnet. Der wertvolle Aspekt liegt sicher in der akribischen Sammlung und Erörterung von Argumentationsmustern, sodass die Problematik der Entscheidungsfindung im konkreten Fall der Forschung am Menschen vielschichtig beleuchtet wird.

P. HARTIG

DIE ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNG. HANDBUCH FÜR ÄRZTE, JURISTEN UND PATIENTEN

Karin PRUTSCH

WUV Universitätsverlag, Wien 2003

356 Seiten

ISBN 3-85114-782-0

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist immer mehr Gegenstand der Aufmerksamkeit der Jurisprudenz. Bei den Ärzten bestehen jedoch mancherorts Unsicherheiten über Art und Umfang der abverlangten Pflichten, etwa der Pflicht, den Patienten über Chancen und Risiken vorgesehener Maßnahmen aufzuklären, deren Verletzung in der Arzthaftungsdiskussion zunehmend an Bedeutung gewinnt, während bei den Patienten die Bereitschaft, gewisse Rechtsansprüche geltend zu machen, steigt. Sowohl dem Arzt – um zukünftige Fehler zu vermeiden –, als auch dem Juristen und den interessierten Patienten kann das vorliegende Buch als Anleitung dienen, in dem Karin PRUTSCH die ärztliche Aufklärungspflicht in umfassender Weise behandelt und anhand zahlreicher Entscheidungen aus Österreich und Deutschland einen Überblick über den aktuellen Stand der Rechtslage und Rechtsprechung bietet.

Zu Beginn behandelt die Autorin juristische Grundlagen des Rechtsverhältnisses zwischen Arzt und Patient und erklärt das Zustandekommen bzw. den Inhalt eines Behandlungsvertrages, speziell hinsichtlich der gegenseitigen Rechte und Pflichten,

wobei insbesondere das Recht des Patienten, frei zu entscheiden, ob er sich einer Behandlungsmaßnahme unterziehen will oder nicht, von Bedeutung ist.

Nach einem kurzen Abriss der Entwicklung und Theorie der Aufklärungspflicht legt PRUTSCH deren Rechtsgrundlagen dar, stellt fest, wer die Aufklärung durchzuführen hat und behandelt weiters die Einwilligung des Patienten, wobei sie ihre Ausführungen immer wieder mit Gesetzestexten untermauert. Besonderes Augenmerk legt sie auf den Aufklärungsadressaten und weist dabei mit Nachdruck darauf hin, dass grundsätzlich mit dem Patienten höchstpersönlich über anstehende diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu sprechen und von ihm die erforderliche Einwilligung zu erwarten ist.

Den Schwerpunkt des Bandes bildet die Abhandlung von Inhalt und Zeitpunkt bzw. der Art und Weise der Aufklärung, die sich nach deren Zweck und der jeweiligen konkreten Situation ausrichten muss. Der Patient soll Chancen und Gefahren verstehen, um das Risiko abwägen und seinen Willen bilden zu können. PRUTSCH erklärt die verschiedenen Arten der Aufklärungspflicht und macht die Rechtsprechung bezüglich der einzelnen Anforderungen an diese überschaubar, wobei sie viele aktuelle Beispiele bringt. Dabei argumentiert sie, dass die Aufklärungspflicht strenger und umfassender sein muss, wenn der Eingriff relativ indiziert, nicht dringlich oder der Erfolg unsicher ist. Auf typische, bedeutende Risiken sowie auf adäquate alternativ in Betracht kommende Behandlungsmethoden muss ebenfalls hingewiesen werden. Die Autorin betont, dass etwa bei Humanexperimenten stets auch ungefragt und in vollem Umfang über mögliche Risiken und Belastungen aufzuklären ist.

Besonders gelungen scheint das Kapitel über die Grenzen der Aufklärung, in dem PRUTSCH ihr Anliegen zum Ausdruck bringt, das sie auch im Vorwort formuliert: Im Interesse aller Beteiligten sei eine Rückfüh-

zung der Aufklärungspflicht auf ihren wesentlichen Kern sinnvoll, da einerseits an den Arzt keine überspannten Anforderungen gestellt werden sollten, andererseits ein schonungsloses Übermaß an Informationen, die der Patient nicht verarbeiten kann, dieselben nachteiligen Folgen wie eine fehlende Aufklärung haben kann.

Die beiden letzten Kapitel widmet die Autorin der Dokumentationspflicht und den (zivilrechtlichen) Konsequenzen, die sich aus der Haftung des Arztes bei mangelnder Aufklärung bzw. Dokumentation ergeben. Sie geht unter anderem auf beweisrechtliche Fragen ein und plädiert in diesem Zusammenhang dafür, dass die Pflicht des Patienten, nachzuweisen, dass ihn die vollständige Aufklärung über das Für und Wider des ärztlichen Eingriffes ernsthaft vor die Frage gestellt hätte, ob er zustimmen soll oder nicht (Substantiierungspflicht), als Gegengewicht zur Beweisspflicht des Arztes noch weiter ausgebaut werden soll.

Die Aktualität und die profunde Behandlung der Thematik, die klare Sprache sowie die Zusammenfassungen am Ende der Kapitel, machen den Band zu einem praktischen Handbuch für interessierte Ärzte, Juristen und Patienten, wobei eine gewisse Vertrautheit mit der juristischen Sprache sicherlich vorteilhaft ist.

M. SCHÖRGHUBER

GESCHENK ODER WARE? DAS BEGEHRTE GUT ORGAN

Corinna Iris SCHUTZEICHEL
Lit Verlag, Bochum 2002
 358 Seiten
 ISBN 3-8258-6350-6

Der vorliegende Band wurde im Sommersemester 2002 von der Fakultät für Philosophie und Publizistik der Ruhr-Universität Bochum als Dissertation mit dem Titel „Ethische Konflikte im Umkreis von Organspende und Organtransplantation“ angenommen.

Die Autorin legt jeweils in einem Zwischenergebnis die vier Prinzipien, die BEAUCHAMP und CHILDRESS in den Mittelpunkt

Durch die rasante Entwicklung in der Technik und in der Medizin werden Ärzte und Patienten vor Probleme gestellt, die in früheren Jahren nicht existierten. Weil die Medizin immer größere Fortschritte macht, werden immer mehr Menschen immer länger am Leben gehalten, also gibt es immer mehr Kranke. Der Fortschritt der Medizin rückt vieles von dem, was einst schicksalhaft hinzunehmen war, in den Bereich menschlicher Planung und damit menschlicher Verantwortung. Ziel des vorliegenden Bandes ist es zu diskutieren, welche Konflikte es im hochspezialisierten Feld der Organtransplantation gibt und wie diese möglicherweise zu einem Konsens geführt werden können. Zentrales Thema ist die Autonomie des mündigen Bürgers, die im ersten Teil auch daraufhin untersucht wird, in welches Spannungsfeld sie durch eine mögliche Verpflichtung des Menschen zur Solidarität geraten kann.

Im zweiten Komplex der Arbeit geht es um eine allgemeine Einordnung der aktuellen Situation im Transplantationswesen (Bundesdeutsches Transplantationsgesetz).

Anschließend werden die medizinischen Prinzipien „respect for autonomy“, „non-maleficence“, „beneficence“ und „justice“ aus der „common morality“ genauer spezifiziert.

Im Hauptthemenblock der Arbeit wird auf die praktische Anwendung eingegangen. Die Autorin stellt die These auf, dass das zur Zeit gültige Transplantationsgesetz aus ethischer Sicht zu eng gefasst ist. Wenn nicht Tausende von Nierenpatienten allein in Deutschland einer Chance auf eine Steigerung ihrer Lebensqualität und längeres Überleben beraubt werden sollen, muss das Gesetz erweitert werden. Wie, das stellt die Autorin in einem Änderungsvorschlag zur Diskussion.

Die Autorin legt jeweils in einem Zwischenergebnis die vier Prinzipien, die BEAUCHAMP und CHILDRESS in den Mittelpunkt

ethischer Entscheidungsprozesse stellen, zugrunde, nämlich das Prinzip der Achtung vor der Patientenautonomie, das Prinzip des Nicht-Schadens, das Prinzip der Wohltätigkeit und das Prinzip der Gerechtigkeit. So gelangt sie bei der „Lebenspende von Organen durch genetisch oder emotional Verwandte“ zu dem Ergebnis, diese sei mit gewissen Unwägbarkeiten ethisch akzeptabel. Der Arzt verletzt das Prinzip des Nicht-Schadens nur begrenzt, da im Akt der Spende auch ein Vorteil für den Spender liegen kann. Bei Betrachtung dieses Problems auf einer übernatürlichen Ebene kann der Gewinn für den Spender, der einen Akt der Barmherzigkeit vollbringt, sogar sehr bedeutend sein (Anmerkung des Rezensenten). Das Prinzip der Gerechtigkeit tritt auf Grund der persönlichen Beziehung von Empfänger und Spender in die Bedeutungslosigkeit zurück. Am stärksten treten im Abwägungsprozess das Prinzip der Wohltätigkeit seitens des Arztes und seitens des Spenders gegenüber dem Empfänger und das Prinzip der Autonomie seitens des Spenders gegenüber dem Arzt hervor.

Die Problematik besteht darin, dass die Rahmenbedingungen der Operation am gesunden Lebendspender nicht in ihrer Gänze überprüfbar sind. Bei der Lebenspende kann ein eigenständig und freiwillig gefasster Entschluss nicht zwangsläufig unterstellt werden. Das gewichtigste Argument gegen die Lebenspende von genetisch und emotional Verwandten ist, dass die Freiwilligkeit des Spenders nicht zuverlässig evaluiert werden kann.

Nach Meinung der Autorin käme in dieser Haltung bei einer Ablehnung der Lebenspende durch den Arzt, obwohl keine Anhaltspunkte vorliegen, die aus objektiver Sicht eine solche Ablehnung rechtfertigen würden, der Paternalismus früherer Jahrzehnte zum Vorschein. Aufgrund seiner paternalistischen Sicht wäre der Arzt der Auffassung, dass er den Patienten schützen muss – obwohl dieser den Schutz möglicherweise überhaupt nicht will und nicht benötigt. Da auch in den

meisten anderen Bereichen der Medizin eine autonome Entscheidung des Patienten gefordert ist, sollte auch bei der Lebenspende von genetisch oder emotional Verwandten der Patientenautonomie vor einer paternalistischen Haltung der Vorrang gegeben werden. Damit wird dann neben dem Prinzip der Autonomie auch dem Prinzip der Wohltätigkeit gefolgt. Es bleibt hier abzuwägen, inwieweit und ab wann der Patient mit seiner Autonomie hier nicht überfordert ist.

Die tatsächliche Motivation eines Lebendspenders ist für Außenstehende niemals vollständig transparent. Bei der „altruistischen nicht verwandten Lebenspende“ kann man allerdings davon ausgehen, dass die Hauptmotivationsquelle des Lebendspenders seine altruistische Grundeinstellung ist. Die Evaluierung der Motivation gelingt bei dieser Art der Lebenspende also zuverlässiger als bei jeder anderen. Ob sich die Tatsache, dass es in diesem Fall keine Dankbarkeitserwartung des Spenders und keine Dankbarkeitsverpflichtung des Empfängers gibt, positiv auf die zu erwartenden Ergebnisse auswirken, wie es von der Autorin postuliert wird, sei dahingestellt. Sicherlich ist die altruistische Lebenspende ungewöhnlich und der Entschluss für Außenstehende nicht leicht nachvollziehbar, da sie durch keine materielle Gegenleistung aufgewogen wird. Man kann also beim Lebendspender dieselbe Grundhaltung voraussetzen wie etwa beim ehrenamtlich Tätigen. Wobei sich der ehrenamtlich Tätige meistens nicht in eine unmittelbare Gefahr begibt, was beim Lebendspender sicher der Fall ist. Nach Erachten der Autorin sollte man dem Wunsch des Lebendspenders nach einer anonymen Nierenspende nachkommen, da das Recht des Spenders auf Selbstbestimmung ein höheres Gut ist als das Prinzip des Nichtschadens, dem der Arzt ansonsten verpflichtet ist. Fraglich bleibt hier, ob ein Nichtmediziner das Risiko des Eingriffs der Nierenentnahme richtig abschätzen kann und weiß, worauf er sich einlässt.

Eine weitere theoretische Möglichkeit der Organspende ergibt sich als „altruistische Lebendspende als Akt der Wiedergutmachung an der Gesellschaft“. Einerseits kommen Gefangene, die aus Gründen der Haftzeitverkürzung eine Niere spenden möchten, in Frage, andererseits Gefangene, die ihre Nierenspende als gegenleistungslosen Akt der Wiedergutmachung an der Gesellschaft sehen. Beide Möglichkeiten sind aus ethischen Erwägungen abzulehnen. Die potentiellen Spender sind nicht in der Lage, eine freiwillige und tatsächlich autonome Entscheidung zu treffen. Durch die Haftreduzierung würde das geltende Rechtssystem unterwandert und es würden ungleiche Voraussetzungen für alle Gefangenen geschaffen. Denn diejenigen, die aus gesundheitlichen Gründen keine Niere spenden können, müssen länger im Gefängnis bleiben als andere. Eine anonyme Lebendspende durch Gefangene sollte verboten bleiben, auch wenn das bedeutet, dass der Staat den Bürger als Strafgefangenen paternalistisch behandeln muss. Da das Missbrauchspotential bei der Lebendspende durch Strafgefangene weitaus höher einzustufen ist als bei in Freiheit lebenden potentiellen Spendern, ist hier der paternalistisch ausgeübte Schutz des potentiellen Nierenspenders höher einzustufen als dessen Recht auf Selbstbestimmung, das autonom auszuüben er manchmal nur scheinbar in der Lage ist. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass offenbar die Autorin keinen Unterschied zwischen „paternalistisch“ (normalerweise eine übertrieben väterliche Handlung, hier ist wahrscheinlich die väterliche Handlung in missbräuchlicher Absicht gemeint) und „paternal“ (väterlich, eine Handlung, die dem Vatersein entspricht und in sich gut ist) macht (vgl. auch vorigen Absatz).

Als „rewarded gift“ oder „Lebendspende innerhalb eines regulierten Organmarktes“ wird eine Variante der materiell belohnten Nichtverwandten-Lebendspende von Orga-

nen bezeichnet. Eine belohnte Organspende ist zur einen Seite hin abzugrenzen von der kommerzialisierten Organspende, bei der ausschließlich finanzielle Interessen eine Rolle spielen, und zur anderen Seite von der altruistischen Organspende, die allein durch Nächstenliebe und Solidarität mit dem Kranken motiviert ist. Das Belohnungsmodell kann wiederum unterteilt werden in die Varianten Entschädigungsmodell und Anreizmodell. Wenn die Forderung, die für eine ethisch akzeptable Lebendspende erfüllt werden muss, lautet, dass die Spenden auf einer rein karitativen Grundhaltung des Spenders beruhen müssen, dass der Spender absolut nichts vom Organempfänger erwartet, dass der Spender in keiner Weise beeinflusst wird, und dass die Motivation des Spenders transparent gemacht und von Außenstehenden nachvollzogen werden kann, dann dürfte sich die Zahl der potentiellen Lebendspender gegen Null bewegen. Wenn sich unsere heutige Gesellschaft aber dazu entschlossen hat, Lebendspenden zuzulassen, impliziert dies zugleich, keine unrealistischen Haltungen zugrunde zu legen, die möglicherweise in der Theorie, nie aber in der Praxis existieren. Im Weiteren folgert die Autorin, dass die Spenden im Rahmen des Entschädigungsmodells von einer unabhängigen Institution kontrolliert und von einer breit angelegten Untersuchung begleitet werden sollten (wer zahlt sie?). Damit verbunden wäre ein Prozess des Selbstbestimmungsrechtes des mündigen Bürgers, ohne ihn vollkommen dem Schutz staatlich-gesetzgeberischen Paternalismus zu entziehen. Aus ärztlicher Erfahrung bleibt nur zu bemerken, dass schon jetzt die meisten Patienten bei wesentlich weniger komplexen Fragestellungen ihrer Miteinbeziehung in ärztliche Entscheidungen weder gewachsen sind noch diese in irgendeiner Weise wollen.

Beim Modell der „Überkreuz-Spende“ gibt es zwei Spender-Empfänger-Paare, die untereinander die Spenderorgane austau-

schen. Die Überkreuz-Variante ist für die Fälle vorgesehen, in denen eine direkte Spende zwischen genetisch oder emotional Verwandten aufgrund einer Blutgruppenunverträglichkeit medizinisch nicht möglich ist. Denkbar ist etwa die Bildung von Lebendspenderkreisen, so dass es einen Pool von möglichen Spender-Empfänger-Paaren gibt, die dann in einer Art Ringtausch Organe spenden. Die Gefahr dieses Modells liegt im vermehrten Anspruchsdenken und der Erwartungshaltung von Nierenpatienten, die auf ein Organ warten. Die Kombination der Überkreuz-Spende mit dem Clubmodell wäre eine Möglichkeit, alle Organlebendspender für ihre Spendebereitschaft zu belohnen. Das Problem bei allen Modellen liegt darin, dass, je strenger die Vorkehrungen zum Schutz der Entscheidungsautonomie des Spenders sind, umso geringer das Aufkommen an Organen ist.

Es gibt verschiedene Modelle, in denen Nichteinwilligungsfähige theoretisch als Spender herangezogen werden können. Bei der „Lebendspende von Nichteinwilligungsfähigen“ hat das Prinzip des Nicht-Schadens eindeutig Vorrang. Der mögliche Spender kann sein Recht auf Selbstbestimmung nicht ausüben. Er kann keine freiwillige informed consent-Entscheidung treffen und übersieht nicht alle Folgen seines Handelns. Personen, die ihren Willen noch nicht oder nicht mehr selbst äußern können, bedürfen eines besonderen Schutzes durch den Arzt und durch die Gesellschaft.

Unter den Begriff des Organhandels lassen sich diejenigen Fälle subsummieren, in denen ein Organ im Rahmen eines unregulierten, nicht von einer neutralen Instanz kontrollierten Organmarktes verkauft wird. Zur „offenen, aggressiven, kommerzialisierten Lebendspende“ gehört, dass der Spender sein Organ zumindest vordergründig freiwillig spendet. Der Handel mit Organen ist sowohl in der dritten wie auch in der ersten Welt eine wohldokumentierte Tat-

sache. Auch wenn im günstigsten Fall Spender und Empfänger von der Transplantation profitieren, lässt sich gegen die Organspende (besser der Organverkauf) weiterhin vorbringen, dass keiner der beiden die optimale gesundheitliche Versorgung erhält. Nach Meinung der Autorin ist hier ein mit dem Prinzip des Nicht-Schadens implizierter Paternalismus angezeigt und gerechtfertigt, der einen kommerziellen, unregulierten Organhandel verhindert.

Die „kriminalisierte Lebendspende“ ist leider eine Tatsache, die allerdings in den meisten Fällen bezüglich ihrer Urheber schwer nachzuvollziehen ist. Ethisch klarerweise abzulehnen stellt sie für uns jedoch die in all ihren Aspekten abschreckendste Variante des hier zu behandelnden Problems dar.

Die Instrumentierung von Tieren zu Zwecken der Organgewinnung im Falle der „Xenotransplantation“ ist ebenso zulässig wie die Instrumentalisierung zur Fleischproduktion. Bei diesem Modell liegen allerdings die medizinischen Probleme klar im Vordergrund und rücken eine praktische Anwendung noch in weite Ferne.

Die Autorin hält zusammenfassend fest, dass Lebendspenden genetisch und emotional Verwandter, Überkreuz-Lebendspenden, altruistische nichtverwandte Lebendspenden als Akt der Solidarität, belohnte Lebendspenden in den Varianten Entschädigungs- und Anreizmodell unter ethischen Gesichtspunkten legitim sind. Ethisch abzulehnen sind hingegen nichtverwandte Lebendspenden als Akt der Wiedergutmachung an der Gesellschaft, aggressive, kommerzialisierte Lebendspenden im Rahmen eines unregulierten Organhandels, kriminalisierte Lebendspenden und Xenotransplantationen.

Man muss der Autorin hoch anrechnen, dass sie sich die Mühe gemacht hat, die Nierenspende in all ihren Varianten aus einer Vielzahl von Gesichtspunkten zu beleuchten. Eine Verbesserung der dabei auftauchenden Probleme geht fast immer mit einer Kon-

trolle durch übergeordnete Institutionen oder Behörden einher. Wie auch in anderen Bereichen der Medizin führt dies zu einer Kostensteigerung, die sich selbst ad absurdum führt, da die Kontrolloren zunächst den Bedarf wecken und dann ihre eigenen Arbeitsplätze erhalten müssen. Gleichzeitig ist aber eine ausgeprägte Desinformation von Ärzten zu beklagen, die mit ethischen Problemen täglich zu tun haben. Hier liegt, glaube ich, der Punkt, an dem der Hebel für eine tiefgreifende Verbesserung vieler grundlegender Probleme in der Medizin anzusetzen wäre, nämlich die menschliche Bildung der Ärzte. Wobei dies nicht ein Problem des Ärztestandes allein ist, jedoch bei den Ärzten besonders augenscheinlich zum Tragen kommt.

C. SCHWARZ

ANTROPOLOGÍA Y TRABAJOS. HACIA UNA FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA DE LOS TRABAJOS MANUALES Y DOMÉSTICOS

María Pía CHIRINOS

*Cuadernos de Anuario Filosófico,
Universidad de Navarra, Pamplona 2002
121 Seiten*

Die vorliegende Studie will die manuellen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten betrachten, insbesondere inwiefern sie sich als Arbeit definieren lassen, und hinsichtlich ihrer anthropologischen und epistemologischen Aspekte. Bemerkenswert ist die Klarheit in der Argumentation auf der Grundlage des christlichen Menschenbilds. Der Mensch wird in seiner speziellen Würde als leib-seelische Einheit erfasst, die gerade in der Arbeit zum Ausdruck kommt, denn hier setzt der Mensch seine geistigen und manuellen Fähigkeiten harmonisch ein, um seine Ziele zu verwirklichen.

Einführend erinnert CHIRINOS an einige fundamentale Erkenntnisse über die Arbeit im Laufe der Geschichte. Der von alters her im

Buch der Genesis überlieferte Begriff der Arbeit – er wird hier als Ausdruck der Würde und der Berufung der menschlichen Person verstanden – verliert seine Bedeutung, als er in der abendländischen Kultur ersetzt wird durch das Ideal der Kontemplation der Wahrheit und der Ausübung der Tugend im politischen Leben. Das Christentum greift die Idee der Arbeit als bestimmende Wirklichkeit aller Menschen wieder auf. Aber mit dem Aufkommen des Mönchtums bleibt nur sein Wert hinsichtlich der Vermeidung des Müßiggangs bestehen. Im modernen Denken finden wir die Arbeit als herausragende Tätigkeit des Menschen, die seine Herrschaft über die Natur ermöglicht. Der Marxismus hält die manuelle Arbeit für eine Entwürdigung des Menschen. Demzufolge müsse sie durch die Technik ersetzt werden. Heute wird das Recht auf Arbeit wieder neu entdeckt, als würdige und menschliche Lebensform, die das Wachsen in den Tugenden ermöglicht.

Neuartig ist der Ansatz, der von der evolutionsgeschichtlichen Entwicklung des menschlichen Daseins im Vergleich zu anderen Lebewesen ausgeht. Der Mensch unterscheidet sich hinsichtlich seiner Bedürfnisse kaum von anderen, niedrigeren Lebensformen. Das Spezifische an ihm ist jedoch seine eigene menschliche Art, seine Notwendigkeiten zu befriedigen: er arbeitet, schafft sich einen Lebensraum, formt eine Kultur.

Der „homo faber“ ist „homo sapiens“. Alles Naturgemäße am Menschen ist rationell, ebenso die manuelle Arbeit, denn sie kommt nicht ohne theoretische und wissenschaftliche Erkenntnis aus. Die Ausübung dieser Erkenntnis führt wiederum zu neuer theoretischer und praktischer Erfahrung. Darüber hinaus bietet die Arbeit nicht nur die Möglichkeit einer intellektuellen Bereicherung, denn ebenso kann der Mensch sich ethisch bilden, indem er die verschiedenen Tätigkeiten nutzt, um die Neigung, das Gute zu tun, in sich zu festigen, das heißt, sich Tugenden anzueignen. Hier eröffnet sich eine neue Perspektive für unsere lei-

stungsorientierte Gesellschaft, in der jede Arbeit nur hinsichtlich ihres Ansehens bewertet wird. Ihr wahrer Wert liegt jedoch letzten Endes darin, dass sie Mittel und Weg zur menschlichen Vervollkommnung sein kann.

Die manuelle Hausarbeit wirkt sich ebenso auf die Personen aus, die sie empfangen. Besonders deutlich wird dies, wenn man die wichtige Rolle betrachtet, die das familiäre Zuhause bei der Bildung kommunikativer und sozialer Fähigkeiten spielt, die sich dann auf das gesellschaftliche Leben auswirken. Die Hausarbeit schafft die notwendigen Bedingungen für eine alltägliche Lebensqualität. Sie ist gleichzeitig Technik und Kunst, und sie kann nicht durch Maschinen ersetzt werden. Nur eine Person – vor allem die weibliche – ist fähig, sie auszuführen.

Die besonderen Eigenschaften der Frau hinsichtlich ihrer Beziehung zur Welt und dem Ursprung des Lebens machen sie besonders sensibel für die Notwendigkeiten des menschlichen Daseins, im Sinne von Sorge und Rücksicht auf den Nächsten. Die Gesellschaft von heute steht der Herausforderung gegenüber, eine angemessene soziale Stellung für die Hausarbeit zu finden und unserer immer mehr technisierten Gesellschaft das menschliche Angesicht zurückzugeben. Es geht hierbei also um eine soziale Neubewertung der Arbeit der Frau in ihrem Heim.

Die manuellen und materiellen Hausarbeiten weisen die gleichen Kennzeichen auf wie viele andere Dienstleistungsberufe: es

sind Berufsarbeiten, die eine gewisse technische und praktische Bildung voraussetzen. Sie sind kein Hobby, sondern eine Berufslaufbahn, die von ihrer eigenen Natur her zu einer sozialen Anerkennung fähig ist.

Abschließend schlägt CHIRINOS zwei außer-philosophische Wege ein, um uns der täglichen Arbeit näher zu bringen. Mittels verschiedener Beispiele aus Literatur und Film zeigt sie auf, wie das leibliche Wohlbefinden eine geistliche Verwandlung ermöglicht. Die Hausarbeit stellt einen bevorzugten Rahmen dar, um Menschlichkeit spürbar zu machen. Eine neue positive Sicht der Arbeit bringt uns die Botschaft von Josefmaria ESCRIVÁ, Gründer des Opus Dei, nahe. Er erinnert uns daran, dass die Arbeit des Menschen Ausdruck seiner Personwürde ist und außerdem für den Christen ein Mittel, um Christus nachzufolgen und Gott Ehre zu erweisen. Gleichzeitig unterstreicht seine Botschaft den Wert des Alltäglichen. Das Leistungsdenken der heutigen Gesellschaft muss sich zurücknehmen, damit der Existenz des Menschen, seiner Natur und seinem Leben mit mehr Respekt begegnet wird.

Die Ausführungen von CHIRINOS sind mit Sicherheit ein großer Ansporn, um mehr Achtung und Wertschätzung gegenüber dem unentbehrlichen Dienst abzugewinnen, den uns – jedem einzelnen und der ganzen Gesellschaft – die manuellen Hausarbeiten leisten.

A. HAGSBACHER

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 säkularen 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
 2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin
 2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva

VORSCHAU

IMAGO HOMINIS Band 11 • Heft 3/2004

Schwerpunkt Präventivmedizin II

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL	77
AUS AKTUELLEM ANLASS	
B. FUCHS	
„Deutsche Ärzteschaft weiterhin gegen Euthanasie“	80
G. FANTACCI	
„Euthanasie-Entwicklung in der Schweiz“	86
N. EL BEHEIRI	
„Die Gleichstellung von homosexuellen Lebensgemeinschaf- ten - ein Beitrag zur Konkretisierung der Menschenrechte?“	92
SCHWERPUNKT: Präventivmedizin I	
M. RAUCH-KALLAT	
„Primärprävention als Anliegen der Gesundheitspolitik“	97
T. DORNER, A. RIEDER	
„Lebensstiloptimierung als Maßnahme der Gesund- heitsförderung und der Präventivmedizin“	105
R. WOLFRAM, H. SINZINGER, H. KRITZ	
„Knapp darüber ist auch zuviel“	111
G. DIEM	
„Prävention in Vorarlberg“	117
DISKUSSIONSBEITRAG	
D. MAGOMETSCHNIGG	
„Warum greift die Präventivmedizin nicht?“	125
FALL	129
F. KUMMER „Kommentar zum Fall“	131
NACHRICHTEN	134
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	138
BUCHBESPRECHUNGEN	139