

2012

Medizinethik

Ausarbeitung:	Mag. Martin Tintel BSc
Kontakt:	mtintel@gmx.at
Ausarbeitungsart:	Mitschrift, Ausarbeitung, Prüfungsfragen
Version:	0.12
Letzte Aktualisierung:	26.11.2012
Semester:	Sommersemester 2012
Universität:	Universität Wien
Vortragender:	Dr. Martin Huth
LVA Nummer:	180034
Neuste Version:	www.martintel.at



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Informationen	5
Über diese Ausarbeitung.....	5
Unterlagen zu der LVA.....	5
LVA Beschreibung.....	5
Inhalte.....	5
Methoden.....	5
Ziele	5
Art der Leistungskontrolle	5
Literatur	5
Ausarbeitung	6
Medizinethik 1 - Einführung in das Thema der Medizinethik – 5.3.2012	6
Zum Titel der Lehrveranstaltung	6
Die drei wichtigsten Positionen der zeitgenössischen Ethik	6
Medizinethik, Angewandte Ethik und Reflexion	8
Gesetzgebung und Politik.....	9
Medizinethos.....	9
Begriff der Gesundheit & der Umgang mit Menschen in „den Mühlen der Medizin“	10
Medizinethik 2 - Das Arzt-Patienten-Verhältnis – 19.3.2012.....	11
Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit.....	11
Das asymmetrische Verhältnis	12
Extremfälle	12
Was ist das höchste Gut und Gesetz?	12
Normen, Recht und Verantwortung.....	12
4 Modelle des Arzt- Patienten- Verhältnisses nach Ezekiel und Linda Emanuel.....	13
Kritik zu den 4 Modellen.....	14
Autonomie und Informed consent.....	15
Medizinethik 3 - Über den Anfang des Lebens – 26.3.2012.....	16
Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit.....	16
Mensch und Menschenrechte.....	18
Die 2 Positionen des Personenbegriffs.....	18
Argumente (eher konservative Position)	19

Abstufungen und das Dambruchargument.....	19
Kontinuität.....	20
Medizinethik 4 - Probleme der Pränataldiagnostik – 16.4.2012.....	21
Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit.....	21
Abtreibung über die 12 Woche hinaus – Extremfall „Oldenburger Baby“.....	23
Vorgeburtlichen Untersuchungen (Pränataldiagnostik/ PND).....	23
Schädigung = Beeinträchtigung der Lebensqualität?.....	24
Problem der Vorhersage und des Bildes in der Gesellschaft	24
Medizinethik 5 - "Die Anomalen" – 23.4.2012.....	26
Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit.....	26
Was spricht für PND?	27
Politische Korrektheit (Political Correctness).....	28
Orthopraxie	28
Medizinethik 6 - Über das Ende des Lebens – 7.5.2012.....	29
Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit.....	29
Normalisierung und Inklusion	29
Zwanghafte Aus- und Eingrenzung.....	29
Cochleaimplantat	30
Normalität und Orthopraxie.....	30
Das Ende des Lebens	31
Sterbehilfe	31
Medizinethik 7 - Sterbehilfe; Transplantationsmedizin – 14.5.2012	33
Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit.....	33
Aktive und passive Sterbehilfe	33
Aktive Sterbehilfe in Österreich und Europa.....	34
Pro und Contra Sterbehilfe.....	34
Medizinethik 8 - Freiheit der Forschung - Ethik als notwendiges Korrektiv, Hemmschuh oder Glasperlenspiel? – 21.5.2012	36
Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit.....	36
Organtransplantation und die Zahl des größten Glücks (Utilitarismus).....	36
Organspende, Ablehnung von Organspende und Organspenderausweis	37
Warten auf eine Organspende – Organverteilung via Liste und Utilitarismus	37
Probleme der Transplantation und Überlegungen zur Transplantation.....	38
Die Freiheit der Forschung	38
Vier-Prinzipien-Modell von Beauchamp und Childress.....	39

Deklaration von Helsinki.....	39
Medizinethik 9 - Fragen zu Möglichkeiten und Utopien der Gentechnik – 4.6.2012	40
Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit.....	40
Embryonenforschung und Durchführung von Studien	41
Deklarationen von Helsinki (Expertengremium).....	41
Gentechnik –Einführung.....	42
Manipulation der Gene	42
Natürlichkeit der Gene	42
Probleme und Spannungsfelder der Gentechnik	43
Medizinethik 10 - Gentechnik (Fortsetzung) – 11.6.2012.....	44
Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit.....	44
Klonen - Einführung.....	46
Therapeutisches Klonen	46
Reproduktives Klonen	46
Welches Ziel steckt hinter dem reproduktiven Klonen?	46
Allokation - Einführung.....	47
Rationalisierung, Gerechtigkeit und Probleme der Objektivität.....	47
Medizinethik 11 - Allokation – 18.6.2012	48
Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit.....	48
Allokation und Gerechtigkeit.....	49
Verteilungsgerechtigkeit	49
4 Ebenen der Verteilungsgerechtigkeit nach Hugo Tristram Engelhardt Junior	49
Die 4 „Principles of Biomedical Ethics“ laut Beauchamp und Childress	50
Rationalisierung ≠ Rationierung	51
Prüfung.....	52
25.6.2012.....	52
4.10.2012.....	52

Informationen

Über diese Ausarbeitung

Da diese Ausarbeitung noch am Entstehen ist, würde ich mich sehr über Feedback freuen. Falls jemand eine Ausarbeitung/ Mitschrift/ Prüfungsfragen hat oder in meiner Ausarbeitung Fehler findet, beispielsweise an jenen Stellen wo ich mir unsicher bin (rot geschrieben oder mit Fragezeichen markiert),... würde ich mich sehr über eine [E-Mail](#) mit Feedback freuen 😊.

Unterlagen zu der LVA

In Moodle gibt es zu jeder VO- Einheit ein Handout.

Weiters gibt es in der Audiothek unter <http://audiothek.philo.at/podcasts/vo-medizinethik-ss12> alle VO- Einheiten zum Nachhören.

In der [Dissertation des Vortragenden](#) finden sich viele in der VO besprochenen Themen, die dort für Interessierte detaillierter nachzulesen sind.

LVA Beschreibung

Inhalte

Die Vorlesung soll einen Überblick über die wichtigsten Themen der Medizinethik und die aktuelle philosophische Auseinandersetzung damit bieten. Es wird etwa um Fragen gehen, die sich rund um den Anfang, Status und Schutz des menschlichen Lebens gruppieren, Fragen des Arzt-Patienten-Verhältnisses und der Autonomie des Patienten, Probleme, die sich durch neuere medizinisch-technische Fortschritte stellen, und schließlich auch um eine Auseinandersetzung mit dem adäquaten Umgang mit dem Ende des Lebens. Die zum Teil extrem kontrovers geführten Debatten fußen auf manchmal sehr unterschiedlichen Positionen und Zugängen, die dargestellt werden, deren Voraussetzungen aber auch kenntlich gemacht und kritisch reflektiert werden.

Methoden

Vortrag, Fragen und Diskussionsbeiträge nicht nur möglich, sondern auch erwünscht, damit eine denkerische Auseinandersetzung mit den präsentierten Inhalten möglich wird.

Ziele

Ziel ist es, dass die Studierenden mit wichtigen Fragen der Medizinethik und einigen verbreiteten Positionen dazu vertraut werden, diese aber auch kritisch überdenken.

Art der Leistungskontrolle

Schriftliche Prüfung. Eine Anmeldung zur Lehrveranstaltung ist nicht notwendig.

Literatur

Eine allgemeine Literaturliste wird zu Semesterbeginn zur Verfügung gestellt, spezielle Literatur wird bei der Behandlung der einzelnen Themen genannt.

Ausarbeitung

Medizinethik 1 - Einführung in das Thema der Medizinethik - 5.3.2012

Zum Titel der Lehrveranstaltung

Die LVA behandelt zwei unterschiedliche Bereiche: Medizin und Ethik. Sie sind verschieden, aber nicht komplett voneinander getrennt. Für den Vortragenden ist wichtig, dass wenn es um Ethik (im speziellen angewandte Ethik) geht, beispielsweise was Ethik ist, man nicht objektiv und neutral darüber sprechen und philosophieren kann.

Die drei wichtigsten Positionen der zeitgenössischen Ethik

Was gut oder böse, moralisch richtig oder falsch ist, ist nicht eindeutig definiert. Es gibt drei sehr unterschiedliche Positionen: Aristoteles, Kant und Utilitarismus, deren Positionen jetzt näher erläutert werden:

Aristoteles: Er etablierte die teleologische und im speziellen die eudämonistische Ethik. Das Ziel (griechisch Telos, τέλος) eines jeden Menschen ist das gute Leben => höchstes Gut => Glückseligkeit => Eudaimonia. Durch Verhaltensweisen, die wir an den Tag legen, handeln wir gut oder schlecht. Aristoteles etabliert eine Tugendethik, in denen er verschiedene Handlungsdispositionen beschreibt. Sie sind in bestimmten Kontexten notwendige Positionen und Leistungspositionen, nicht aber im Sinne von „brav sein“ zu verstehen, sondern z.B. Tapferkeit (als Mitte zwischen Feigheit und Tollkühnheit), Gerechtigkeit, Besonnenheit,... Sie sollen uns im Verlauf des Lebens zu Glückseligkeit bringen. Analyse der Rationalität (Verstand) z.B. in Form von Phronesis (praktische Vernunft/ Klugheit) und Techne (Kunst) bei der es darum geht, die Tugenden, die man sich durch Gewohnheit angeeignet hat, in den jeweiligen Kontexten zu aktualisieren. Bis heute ist diese Position interessant, da es neben der differenzierten Handlungsanalyse einen Sinnhorizont gibt und wie die individuelle Glückseligkeit des Patienten aussehen könnte. Welche Handlungsdispositionen sind vom Belangen, wenn Ärzte und Patienten aufeinandertreffen?

Kantische Ethik: Deontologisch. Ganz andere Fragestellung als bei Aristoteles. Weist auch einen anderen Zeithorizont und Kontext auf, in dem es entstand. Nicht nur „Wie werde ich glücklich und wie gelange ich dorthin?“ sondern viel schärfer gestellt „Was soll ich tun?“. Es geht nicht mehr um individuelle Handlungsdispositionen sondern fundamentale Kriterien für richtiges Handeln. Kant kam auf die Idee, dass das korrekte befolgen von Kriterien nicht automatisch und unbedingt zur Glückseligkeit führen muss. Moralisch richtiges handeln kann sich im Leben so negativ auswirken, sodass das Individuum doch nicht glücklich wird. Kant spricht von Glückswürdigkeit! Dies hängt nicht nur individuell vom Verhalten und den Verhaltensgrundsätzen, sondern auch von außen ab. Kant will bei seinen Ansätzen den Zufall außen lassen und somit ausschließen.

Wir sollen so handeln, dass das subjektive Maxime zu einem Gesetz werden kann, unabhängig von Situation und Kontext => Apriori (erfahrungsunabhängig) => setzt bei der Determinierung des Willens an.

Vor allem die Kantische Ethik ist heutzutage wichtig, speziell, da es bei ihr klare und allgemeine Kriterien für moralisch richtiges Handeln gibt. Sie sind Kontext- und Situationsunabhängig, ebenso von Person, sozialer Rolle,... losgelöst. Begriff der Autonomie (genau genommen „auto-nomos“ => „sich selbst das Gesetz gebend“). Die Autonomie ist (laut Kant) Grund der Würde für alle Wesen. Der Wür-

debegriff von Kant ist bei der UNO, aber auch in vielen Verfassungen (z.B. Deutschland, Österreich) zu finden! Wir haben Gut und Würde, die wir nicht verlieren dürfen, von anderen Menschen anzuerkennen ist und somit auch eine absolute Grenze unserer Handlungsmöglichkeit darstellt.

Anders ausgedrückt sollte man selbst so handeln, dass du die Menschen - wie deine eigene Person - niemals bloß als Mittel **oder Zweck an sich behandelst** => Radikalisierungsverbot (z.B. NS Zeit, wo an Menschen Versuche durchgeführt wurden, aber auch Mittel- und Südamerika, als US Mediziner Experimente durchführten ohne die betroffenen Menschen darüber aufzuklären). Menschen dürfen nicht als Mittel **sondern bloß als Zweck sehen (passt das so)?** Die Kantische Ethik lässt sich gut mit der christlichen Ethik verbinden und Parallelen ziehen, auch wenn dort anders argumentiert wird und das Augenmerk nicht so sehr auf der Autonomie liegt.

Kant meint, dass es um die prinzipielle Vernunftfähigkeit der Menschen geht und nicht um die aktuelle Vernunft (z.B. bei Behinderungen oder geistigen/ psychischen Erkrankungen, bei der ein Mensch zu einer Autonomie nie fähig wäre). Auch wir selbst sind nie ein Leben lang 100%ig autonom, beispielsweise wenn wir Kleinkinder sind, Krankheiten haben, Demenz, betrunken sind,... sind wir nicht autonom, aber trotzdem wird der Status der Würde NICHT aberkannt! Grundsätzliche Vernunftfähigkeit, die uns eingeboren ist und bei der nicht wichtig ist, ob wir sie aktuell haben oder potentiell jemals haben könnten.

Utilitarismus: Etwa zeitgleich mit Kant, prägt sich aber vollkommen anders aus. Nicht ein apriorisches Kriterium des Willen, sondern baut auf 4 Grundprinzipien auf:

1. **Folgen:** was man mit sich selbst ausmacht, wenn man eine Handlung ausübt, ist privat. Viel wichtiger sind die Folgen der Handlung. Wenn man einen Ertrinkenden aus dem Wasser zieht, um in der Kronenzeitung zu landen, ist das vielleicht ethisch nicht sooo toll/ gut/ richtig, die Folgen sind aber dieselben und gut, wie ohne dem Hintergedanken zu hegen auf der Titelseite zu landen und daher gut und sollte man machen.
2. **Nutzen:** Die Handlung muss einen Nutzen haben, wobei was es für Nutzen hat, bei den Autoren unterschiedlich ist: die 2 wichtigsten sind [Jeremy Bentham](#) und [John Stuart Mill](#). Beide haben „Nutzen“ anders charakterisiert.
3. **Hedonist:** Es muss ein Hedonistisches Prinzip geben (Glücksdimension, sprich Glück), das man verfolgt: es ist egal ob man Gedichte liest oder Bowling spielen geht, es soll einem Spaß und Freude bereiten und der Mensch sollte danach streben.
4. **Sozialprinzip:** Schlagwort Verfolgung vom „größte Glück der größten Zahl“ durch die Folgen der jeweiligen Handlung => compelling idea.

Der Utilitarismus ist für uns interessant, da eine Folgenabwägung in vielen Fällen z.B. bei Kindern, bei denen sich Entscheidungen ein Leben lang auswirken könnten, sehr wichtig ist und bei den 4 Grundprinzipien zumindest theoretisch vorkommt! Im Gegensatz zu Kant wird auch das hedonistische Prinzip (Glücks- und Sinndimension) hineingebracht. Konkrete, individuelle Abwägungen sind ebenfalls möglich.

Allgemein: Liberale Positionen sind eher mit Utilitarismus in Zusammenhang zu bringen, auch, da die 4 Grundprinzipien offener sind. Der Würdebegriff von Kant wird hingegen meist mit der christlichen Würde „verglichen“. Die unterschiedlichen Ansätze haben unterschiedliche Bewertungen zur Folge. Beispielsweise kommen bei der Frage nach der Zulässigkeit von Gentechnik bei den unterschiedlichen Ansätze ganz verschiedenen Erwägungen und Schlüsse zum Vorschein.

Medizinethik, Angewandte Ethik und Reflexion

Angewandte Ethik wie Medizinethik bezieht sich immer auf eine Reflexion der jeweiligen Moralordnung, der wir nicht entkommen, aber daran auch nicht gekettet sind (da wir das System reflektieren und mehr machen können, als unser Normsystem uns vorgibt). Es gibt kollektive Werte, die wir nicht einfach abschütteln können. Dies scheint auch in der Tugendlehre von Aristoteles durch, bei der es Werte wie Umgangsformen, Höflichkeiten,... gibt, an die wir uns gewöhnten und einfach befolgen. Eine Moralordnung kann sich aber auch ändern z.B. über das individuelle Leben hinweg. Es kommt immer wieder zu Paradigmen- und Wertewechsel, vor allem auch im Bereich der Medizinethik, z.B. durch neue medizinische Erkenntnisse, bei denen unsere vorgefertigten Wertvorstellungen nicht weit kommen. Beispielsweise durch die Entdeckung und Entschlüsselung der DNA, Genanalyse, frühgeburtliche Diagnostik (wann soll, darf oder „muss“ man abtreiben), [Präimplantationsdiagnostik](#) (In-vitro gezeugte Föten werden untersucht und entschieden, ob der Fötus „verworfen“ oder in die Gebärmutter eingepflanzt wird => haben Möglichkeiten an der Hand, bei denen wir nicht wissen, wie wir damit umgehen sollen und wollen). Technischer und wissenschaftlicher Fortschritt verändert Sichtweise und verlangt nach Antworten, die wir noch nicht haben.

Medizinethik oder Angewandte Ethik ist keine Sonderethik, die sich auf ein bestimmtes Berufsethos bezieht, sondern Ethik spezieller Bereiche. Daher können auch nicht plötzlich ganz andere Werte herangezogen werden, die uns sonst nicht im Leben angehen. Es kann Verschränkung zwischen Pragmatik und Ethik geben z.B. Widerspruch entsteht durch Einschränkung und Ermöglichung, die gegeneinander läuft.

Praxis ist immer schon offen für Ethik und Ethik für gewisse Kontexte. Deswegen schrieb der Vortragende auch „Medizin- Ethik“ (getrennt durch Bindestrich! auf die Tafel, um dies zu verdeutlichen. Er meinte auch, dass Ethik in Bezug auf gewisse Kontexte dazu tendiert, ins Leere zu laufen.

Den Begriff der „Angewandten Ethik“ findet er problematisch, da dieser Begriff vorgaukelt, dass man unter diesen und jenen Gesichtspunkten anwendet oder nicht anwendet. Dies funktioniert aber nicht so leicht, da vor allem ethische Fragen sich ohne dem, **das sich Fragen sich wünscht**, gestellt wird. Die Bezeichnung „Konkrete Ethik“ wäre besser als jene der „Angewandten Ethik“.

Wird Ethik als Reflexion auf die moralische Ordnung gesehen ist es wichtig, von einem beruflichen Ethos auszugehen und hinein zu reflektieren, da wir ja nicht in einem luftleeren Raum leben. Nur wenn wir über die Frage des Wertesystems und Kontextes hinausgehen, werden wir vermutlich auch nicht nur von dem des Berufsethos ausgehen. Schon bei der Frage was Medizin ist, welche Ziele es gibt und welchen Stellenwert sie einnimmt, verlassen wir den bloß medizinischen Kontext und haben keine nur die Medizin betreffende Frage mehr, sondern können z.B. eine eminent ideologische Frage haben. Vielzahl und Heftigkeit der Debatten, die durch konkrete Fragen der Medizin ausgelöst werden z.B. Schutz und Würde von Menschen, wann sie beginnt und endet (z.B. Sterbehilfe, wie umgehen mit psychisch kranken Menschen) => den Raum bilden dann nicht nur medizinischen Therapie-maßnahmen sondern sind viel allgemeiner. Das Medizinfeld ist ein Feld, welches über die Medizin hinausgeht und nicht homogen geschlossen ist, sondern bei dem wir alle mitreden => Moral und Stellenwert in der Gesellschaft ist wichtig, kann sich verändern z.B. indem die Lebenserwartung steigt. Gesellschaftlicher Pluralismus und wie wir damit umgehen spielt auch eine Rolle z.B. [Hugo Tristram Engelhardt Junior](#) („säkulare Moral [ist] eine Moral für moralisch Fremde“) sagt, dass es in der Gesellschaft verschiedene Meinungen gibt, die auch die rechtliche Regelung nicht immer leicht macht. Aber auch andere Güter wie z.B. Freiheit (sollen Raucher mehr zahlen oder nicht) oder die

Frage, wann individuelles Verhalten mit anderen Gütern wie Freiheit oder Gerechtigkeit in Konflikt tritt, sind nicht leicht zu beantworten.

Gesetzgebung und Politik

Medizin ist auch Angelegenheit von Gesetzgebung und Politik und schlägt sich folglich auch im Gesetz, der Verwaltung von Ressourcen, Normierung von Lebensstilen, Schutz von Patientenautonomie, ... nieder. Es ist ein Feld, wo es um Durchsetzung, aber auch Macht geht! Wie steht es um Grenzen und Rahmenbedingungen von dem, was man tun und verantworten kann? Welche Verantwortung muss aber offen im Spielraum bleiben (was zugleich auch ein Risiko darstellt! => ist auch Grund dafür, warum Arzt ein „freier Beruf“ und kein Dienstleistungsberuf ist, damit auf die Verantwortung Rücksicht genommen wird). Behandelte Person steht Autonomie zu, hat aber auch Befugnisse, Wohl,... und dies kann in Konflikt stehen z.B. kann sich die Person auch Risiken aussetzen, Maßnahmen verweigern, Eigenverantwortung bezüglich des guten Lebens,...

Da aber in der Regel kein Mensch alleine lebt, geht es auch um die Angehörigen, der Kommunikation von Patienten mit Angehörigen (da die Kommunikation im Krankheitsverlauf immer mehr und mehr abnehmen kann oder der Patient sich gar nicht mehr äußern kann).

Medizinethos

Ethos des Pflegepersonals z.B. in Alten- und Behindertenarbeit, Pädagogik die dabei mitspielt, aber auch die Medizin an sich, die keine angewandte Naturwissenschaft ist! Wäre es eine rein angewandte Naturwissenschaft hätten wir nicht mehr die Möglichkeit, uns mit den essentiellen Fragen die wir uns stellen z.B. mit Leiden, Scham, Angst,..., auseinandersetzen zu können, da sie rein aus medizinischer Sicht gesehen, behandelt oder nur medikamentös gelöst werden würden.

Auch in der Antike gab es „Medizinethos“ und Abwägungen von Ärzten (Hippokratischer Eid) => ist vielmehr praktische Wissenschaft, wo nicht nur medizinische Maßnahmen enthalten sind, sondern auch psychologische Maßnahmen, alternative Methoden (Hypnose, Traditionelle Chinesische Medizin,...), Gesprächsführung, ...

Was behandelt die Medizin? Den Virenstamm, die Symptome, das Exemplar der Gattung Mensch, die Person als psychisch physische Einheit, ICH/ MICH,...?

Welche Abwägungen muss man treffen, unter welchen Aufwänden, was gilt als Diagnose, wie lange probiert man eine Therapie aus, in welchem Stadium, was wird heute therapiert was früher nicht therapiert wurde und umgekehrt? Früher wurden auffällige Kinder oft als „Zappelphilipp“, heutzutage meist mit Aufmerksamkeitsdefizit (ADS) diagnostiziert => damals und heute wird das Problem unterschiedlich gesehen, diagnostiziert und damit umgegangen. Damit einhergehend stellt sich die Frage, welche Auswirkungen eine derartige Diagnose und damit verbundene Betrachtung des Problems auf den jeweiligen Menschen und für sein Leben hat, vor allem bei Kindern, bei denen die Folgen einer Therapie oft lebenslang sein können!

Folglich sollen Werte und Normen geklärt, rechtliche Regelungen fixiert oder offen gelassen werden, wenn dies besser ist. Es geht weniger um den Schutz der Patienten, andererseits soll es auch wieder nicht zu einer reinen Defensivmedizin führen, bei der Maßnahmen getätigt oder nicht getätigt werden, da der Mediziner/ die Medizinerin Angst haben muss, ansonsten verklagt zu werden. Das Recht führt auch das Problem mit sich, dass durch die rasanten Entwicklungen rasch und prophylaktisch reagiert werden muss. Das Recht hinkt einerseits hinten nach, da es abwarten und beispielsweise auf gesellschaftliche Entwicklungen reagieren muss, aber dadurch die Gefahr birgt, wieder zu spät zu

Stelle zu sein z.B. Fortpflanzungsgesetz von 1992 hat den Schutz der befruchteten Eizelle als Ziel => Abtreibung darf nur sehr eingeschränkt durchgeführt werden. Über das Klonen steht aber nichts im Fortpflanzungsgesetz drinnen => ist somit in diesem Bereich zahnlos und greift nicht. Daher entsteht das Problem, dass es Gesetze gibt, die einerseits nicht greifen aber trotzdem offen genug sind, sodass die Autonomie gewahrt wird.

Begriff der Gesundheit & der Umgang mit Menschen in „den Mühlen der Medizin“

Den Begriff der Gesundheit definiert die WHO als vollkommenes psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden. Folglich ist laut WHO fast jeder Mensch nie gesund, da man sozial, physisch und psychisch fast immer ein „Wehwehchen“ hat. Interessant an der Definition aus den 50er Jahren ist, dass sie auf die Violdimensionalität der Medizin eingeht und darauf, was wir als gesund und krank erachten. Dies führt aber auch einen überzogenen Anspruch mit sich. Friedrich Nietzsche: „Gesundheit ist das Mass an Krankheit, das es mir ermöglicht, meinen wesentlichen, alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen.“

Vor allem bei psychologischen Maßnahmen, erst recht, wenn sie gegen den Willen des Patienten erfolgen (z.B. Zwangseinweisungen) ist eine Entscheidung zu treffen sehr schwer und mittlerweile auch kaum durchzuführen (z.B. jemand einzuweisen, der nicht eingewiesen werden möchte).

„Le fou est mon double infiniment proche.“ („Die Ausgrenzung des Irrationalen in der Moderne geht jedoch quer durch die Gesellschaft und quer durch das Individuum, das eigenes Verhaltensweisen als „verrückt“ erkennt, auch wenn es insgesamt als „normal“ zu bezeichnen ist“ [Quelle](#)). Der Umgang mit aggressiven Verhalten oder mit Schizophrenie als „therapiewürdig“ ist heute anders als früher. Bei uns werden beispielsweise Zappelphilippe immer weniger bestraft sondern vielmehr als Krankheit diagnostiziert, was folglich in einer Therapie endet. Andere Kulturen handhaben es wiederum ganz anders z.B. gibt es in Japan viel weniger Schizophrenie als bei uns.

Medizin ist kein in sich geschlossener Bereich sondern offen, wo viele Strukturen hineinreichen. Wird man in ein Krankenhaus eingeliefert entsteht für den Betroffenen oft das Gefühl, aus der Welt herausgenommen zu werden und in eine Sonderwelt eingebracht zu werden, da dort andere und eigene Verhaltensweisen, Züge und Strukturen herrschen (die auch nur dort zu finden sind).

[Bernhard Irrgang](#) meinte, dass man das Gefühl hat in die Mühlen der Medizin zu kommen, auch mit der Folge, dass Menschen trotz Leidensdruck sich dagegen wehren, eingeliefert zu werden, was aus medizinethischer Sicht nicht gut ist (da sich der Patient nicht gut und wohl fühlt, die dortige (Medizin-) Sprache nicht versteht, der Arztkittel einschüchtert, die Einrichtungen, Apparaturen und Umgangsformen Angst statt Zuversicht und Vertrauen bereiten, ...).

Medizinethik 2 - Das Arzt-Patienten-Verhältnis - 19.3.2012**Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit**

Ethik ist immanenter Teil der Medizin. Von einem guten Arzt erwarten wir mehr als eine bloß angewandte Naturwissenschaft und nur Medikamente zu erhalten. Die Medizin wäre sonst eine reine Handlungsanweisung oder ein Pawlowscher Hund, der so und so reagiert, abhängig davon, welche Krankheiten der Patient hat => Arzt ist deswegen auch ein „freier Beruf“.

Wenn Ethik immanenter Teil der Medizin und praktisch ist, dann ist er kein abgeschlossener, sondern offener Bereich. Gesellschaftliche, politische, rechtliche, wirtschaftliche,... Fragen sind von belangen => kollektiver Ethos. Die gesellschaftliche Moralordnung ist ausschlaggebend dafür, wie und als was wir Medizin betrachten. Kollektiver Ethos, wie Patienten mit Versorgung umgehen, Ärzte umgehen, Personal,... Medizin ist ein historisches Konstrukt, das in einen sozi- und historisch kulturellen Kreis eingebunden ist.

Moralische Implikationen: wir gehen mit Krankheiten anders um, wenn wir sie behandeln können. Genauso, wenn die Lebenserwartung steigt und Menschen immer älter werden.

Francis Quarles (1592 - 1644): „Recht und Medizin sind gute Heilmittel, taugen schlecht zur Muße und führen zu ruinösen Gewohnheiten.“=> Problem der Über- Medikalisierung und des juristischen => ist z.B. ein Kind ein Zappelphilipp oder wirklich krank (z.B. ADHS)? => Soll das Kind diszipliniert oder in die chemisch Zwangsjacke gesteckt werden? Oder leidet er schlicht unter Konzentrations-schwierigkeiten und was soll und kann dagegen unternommen werden?

Überjuridisierung: Abwägung von zu viel Rechtssicherheit gegen zu wenig. Defensivmedizin. Sollen Raucher mehr Steuern zahlen? Sollen Steuer auf fette oder ungesunde Lebensmittel erhoben werden? Oder Besteuerung bei Extremsportlern wie Marcel Hirscher? Andererseits soll es eine Grenze der Vorgaben geben, dort, wo es um Lebensstielnormierung geht und deswegen nicht eingeschritten werden soll. Wie sieht es bei Suchtkrankheiten und der Verantwortung aus?

Gesundheitsbegriff: WHO Definition (die Mehrdimensionalität wie z.B. psychisch und soziales aufweist), „Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben für die es sozialisiert (Sozialisation = Einordnungsprozess in die Gesellschaft, Normen- und Werteübernahme) worden ist.“ und Friedrich Nietzsche: „Gesundheit ist das Mass an Krankheit, das es mir ermöglicht, meinen wesentlichen, alltäglichen. Beschäftigungen nachzugehen.“

Wie gehen wir mit Behandlung um? Medizin als reine Naturwissenschaft missverstand meint eher, dass Virenstamm, Symptome,... behandelt werden => es gibt aber deutlich mehr Dimensionen und es geht auch vielmehr darum, dass das ICH/ MICH behandelt wird. In welchem Ausmaß muss therapiert werden, bis das Ziel erreicht ist z.B. Übergang zur lebenslanger Therapie bei vielen Problemen?

Wie verhält sich Statistik zur individuellen Gesundheit? Wie sieht es mit Gesundheitsethik aus und gibt es eine Bringschuld?

Das asymmetrische Verhältnis

In einigen Fällen entsteht das Problem über Menschen zu urteilen bzw. mit ihnen umzugehen, wo dies nicht machbar ist, beispielsweise da der Mensch nicht mehr ansprechbar oder noch nicht geboren ist, wie es bei den vorgeburtlichen Möglichkeiten der Fall ist. Die Eltern werden über die vorgeburtlichen Möglichkeiten aufgeklärt, aber sie entscheiden, nicht das ungeborene Kind. Es wird über Menschen entschieden, auch über existenzielle Therapien, Therapieabbruch oder Sterbehilfe, die (noch) nicht entscheiden können.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist Basisthema der Medizinethik, aber auch als asymmetrisches Verhältnis, welches im Hintergrund von Not und Hilfe stattfindet. Ein Pol hat Leidensdruck, Schmerzen,... und der andere das Wissen => Wissensasymmetrie => Patient muss sich Expertise vom Mediziner holen. Die Asymmetrie entsteht aber auch durch die Rolle des Arztes, die beim Patienten das Gefühl entstehen lassen kann, in die Mühlen der Medizin zu kommen. Beispiel „[Milgram-Experiment](#)“: Die Rolle des Arztes wurde geglaubt und der Lockvogel ging weiter und gab Stromschläge.

Extremfälle

In der Ethik kann nicht aus Extremfällen eine allgemeine Handlungsregel abgeleitet werden, da bei Extremfällen wie Bewusstlosigkeit andere Aspekte, Probleme, Dringlichkeiten,... als sonst im Vordergrund stehen. Aus juristischer Sicht kann es aber interessant sein, Extremfälle näher zu betrachten, auch wenn sie sich nicht so sehr dafür eignen, um allgemeine Handlungsabläufe festzulegen. Ein Extremfall ist, wenn das Einwirken auf jemanden sich ins bewirken umwandelt. Wenn jemand in Lebensgefahr ist kann er vieles nicht machen, besprechen,...

Was ist das höchste Gut und Gesetz?

Quelle

- suprema lex = oberstes Gesetz/ höchstes Gut
- aegroti = Kranker
- voluntas = Wille, Autonomie des Patienten, Einwilligung
- **salus aegroti suprema lex** = „Das **Wohl** des Kranken ist das oberste Gesetz“
- **voluntas aegroti suprema lex**: = „Der **Wille** des Kranken ist das oberste Gesetz“
- pro salute ex voluntate: Verbindung von Wohl und Wille

Normen, Recht und Verantwortung

Problem, dass es einerseits Normen geben muss, andererseits auch nicht. Soll beispielsweise der Patient sagen wann er krank und wieder gesund ist oder ist es besser Normen an der Hand zu haben, die dies vorgeben?

Daraus ergibt sich die Gefahr, aber auch Möglichkeit, dass rechtliche Regelungen und moralische Normen mit der Asymmetrie umgehen und mehr Symmetrie bringt, was aber auch nicht 100% gehen kann, denn dann müsste jeder Patient Medizin studieren (damit er die notwendige Expertise besitzt).

„Face to Face“ von Patient und Arzt hat wiederum spezifischen Kontext: sie sind nicht 2 Individuen im luftleeren Raum und ohne Lebenslauf, sondern konkrete Personen als psychisch- physische- Einheit mit Background, auch gegenüber rechtlichen und gesellschaftlichen Bestimmungen und eigenem Berufsverständnis. In der Gesellschaft gibt es ein gewisses Bild von Ärzten und das „Face to Face“ Verhältnis muss auch von Vertrauen getragen werden. Die behandelnde Person muss auch dem eigenen Gewissen gegenüber mit bestem Wissen und Gewissen entscheiden und handeln. Aber auch

der Patient selbst muss gegenüber sich selbst bis zu einem gewissen Grad verantwortlich sein. Es gibt auch eine Verantwortung gegenüber den Angehörigen, die eventuell einer Therapie im Wege stehen z.B. Mutter mit kleinen Kindern, die im Spital auf Grund ihrer Krankheit abgeschottet werden muss und die Familie nicht oft sieht. Auch gegenüber der Gesellschaft müssen wir Abwägungen fällen z.B. sind wir verantwortlich wenn wir immer saufen? **Oder auch Norm, individuell,...**

4 Modelle des Arzt- Patienten- Verhältnisses nach Ezekiel und Linda Emanuel

Ein Modell ist immer eine Schematisierung, historisch nicht genau sondern der Versuch, gewisse allgemeine Züge herauszukristallisieren.

Das paternalistische Modell: Stellt ein Feindbild dar. Arzt als Fachmann der objektiv ist, naturwissenschaftliche Kriterien heranzieht nach denen zu behandeln ist, allgemeiner Fall wie zu behandeln ist, Wohl des Patienten steht im Vordergrund, therapeutische Maßnahmen => Arzt wendet Naturwissenschaft an.

Nachteile aus heutiger Sicht: Patientenautonomie wird untergraben, angewandte Naturwissenschaft passt nicht ganz und Weltbild des Arztes wird auch falsch gesehen (da er keine persönliche Meinung hat, sondern alles rein faktisch sieht und urteilt), übergrifflige Handlungen z.B. die unsensibel sind werden nicht sanktioniert. Asymmetrie ist bei diesem Modell extrem! Das Bild vom Arzt kann sehr schlecht aber auch gut sein z.B. Vertrauen gegenüber Ärzten wecken, Patienten können/ wollen nicht so sehr in die Therapiemaßnahmen reinpfuschen. Es kann auch für den Patienten manchmal gut sein, dass er sich nicht für Therapie 1 oder 2 entscheiden muss (vor allem, wenn sie mit Folgewirkungen und Schmerzen verbunden sind) und sich neben seiner Diagnose und Krankheit auch noch Kummer und Sorgen über seine Entscheidung machen muss (die richtige Therapiemaßnahme gefällt zu haben), sondern dies die Aufgabe des Arztes ist => Pflicht zu Wissen vs. Recht auf Nichtwissen in gewissen Situationen.

Ein Student merkte an, dass je weiter die medizinischen Möglichkeiten voranschreiten, es umso schwerer wird Entscheidungen zu treffen, Unschärfe entstehen,... das Individuum sich aber trotzdem entscheiden muss z.B. über ungeborenes Kind, angeborene Krankheiten die man nicht heilen kann, auch bei schweren Fällen entscheiden muss, ob das ungeborene Kind leben soll oder man ihm den Schmerz und das kurze Leben „erspart“. Es entstehen aber auch große Probleme, wenn der Arzt falsches sagt, macht, eine Fehldiagnose erstellt,... => Vertrauen ist auch eine medizinische Ressource (z.B. Placebo Effekt). Problematisch sind auch Fälle wo schwer vorhersehbar ist, wie Krankheit oder DNA Defekt sich auf ein ungeborenes Kind im Laufe seines Lebens auswirken könnte und wird.

Das informative Modell: fast krasses Gegenteil zum ersten Modell. Mediziner sieht sich als Naturwissenschaftler und Experte, aber die Expertise wird verwendet um den Patienten zu beraten, (naturwissenschaftlich medizinische) Informationen bereitzustellen und Patient kann für sich entscheiden ob er eine Therapie macht, welche,... Voluntās steht im Vordergrund. Verantwortung des Patienten ist wichtig und wird gestärkt.

Doch die Frage ist, was der Patient mit den Diagnosen macht, die er erhält. Vorausgesetzt ist ein gutes Weltbild, in der er die Diagnose bewerten kann. Auch wenn Situation und Diagnose für den Betroffenen neu sind, muss er sich rasch entscheiden (auch wenn er durch die Diagnose in einem Schockzustand versetzt ist). Recht auf Nichtwissen kann nicht vorkommen. Dieses Modell ist vor allem für die Gesellschaft problematisch, wenn jemand beispielsweise eine ansteckende Krankheit aufweist oder psychisch krank ist, sich einer Therapie entzieht und somit andere in Gefahr bringt.

Einseitig an voluntās halten ist nicht gut, vor allem wenn die Realitätshaltung nicht Mainstream ist, die Person geistig behindert ist oder aus einem anderen Grund nicht selbst entscheiden kann oder soll.

Ein Student fügte hinzu, dass das Modell einen gebildeten Menschen voraussetzt, der Entscheidungen selbstständig treffen kann und lediglich den Arzt braucht, um sich die naturwissenschaftlichen Daten und Möglichkeiten zu holen. Bei einem Informationsgespräch können auch Missverständnisse entstehen => falsche Entscheidungen werden getroffen => Kommunikationsethik wird wichtiger. Vertrauen in Arzt ist nicht mehr wichtig, Arzt ist vielmehr eine Maschine, die alle Möglichkeiten und Fakten runterlabert.

Vorteile: Patientenautonomie wird stark eingebunden und respektiert. Wertvorstellungen des Arztes (der auch Neigungen, Werte, Vorstellungen,... hat) wirkt bei eigenen Entscheidungen nicht mehr mit (ein Student fragte nach, ob das wirklich so objektiv vor sich geht und der Vortragende meinte, dass er auch nicht glaubt, dass der Arzt nur informativ ist, keine persönliche Meinungen, Vorstellungen,... mitgibt und man nicht neutral sein kann).

Das interpretative Modell: enthält beide Dimensionen: naturwissenschaftliche Expertise und eingehen darauf, dass Wertvorstellungen vom Patienten da sind, diese nicht als fixfertiges Set vorliegen und man darin nur Diagnose integrieren muss. Arzt ist mehr Mäeutiker (wir haben alle unsere eigene Weltanschauung und ist uns nicht immer bewusst => müssen reflektieren, benötigen ein Gegenüber, der uns das Verborgene sichtbar und durchsichtbar macht => muss nur mehr auf die Welt bringen, was schon da ist). Berätet weniger, hält sich im Hintergrund, ist mehr Hebamme, in der Praxis aber meist suggestiver als man will. Voluntas ist wieder wichtig, aber es entsteht das Problem, dass der Patient mehr selbst entscheiden muss und nicht so sehr Recht auf Nichtwissen hat. Wie sieht es wieder mit Missverständnissen und ungewollten Suggestionen aus?

Vorteile: Wertvorstellungen des Patienten werden ans Licht geführt. Patientenautonomie wird gewahrt (wenn es wirklich geht, dass z.B. das Bild des Arztes außen vor bleibt).

Das deliberative Modell: Interaktion soll stattfinden, Arzt als Lehrer und Freund => gibt Hilfe an die Hand. Weltanschauung und Naturwissenschaft wird gemeinsam geklärt. Problem des Nichtwissens ist schwer zu integrieren. Bei Arzt als „Lehrer und Freund“ ist die Frage, was von dem beiden er zuerst ist, ebenso, ob es überhaupt einen Arzt gibt/ geben kann, der auch Lehrer und Freund zugleich ist. Medizin wird als praktisch und nicht sterile Naturwissenschaft angesehen. Entscheidung wird gemeinsam gefällt.

Kritik zu den 4 Modellen

Bei allen 4 Modellen ist das „Recht auf Nichtwissen“ schwer und kaum zu integrieren, womit sich die Frage stellt, ob dies integrierbar ist. Selbst beim vierten Modell ist es schwer, eine Symmetrie auf Augenhöhe herzustellen (beispielsweise kann der Arzt schwer etwas durch den Schüler/ Patienten dazulernen => gibt besondere und neue Fälle, die aber eventuell falsch als „allgemein“ angesehen werden). Auch weltanschauliche Veränderungen könnten durch spezielle, individuelle Fälle geändert werden, muss oder kann so sein, ist aber in den Modellen schwer fassbar. Außer beim ersten Modell scheint überall die Patientenautonomie ein wichtiger Wert zu sein => wann ist die Autonomie mehr als ein Angebot, sondern eine Aufgabe, die man nicht annehmen will/ kann oder zu viel vorausgesetzt wird z.B. bei akuten Problemen, bei denen man nicht sinnvoll entscheiden kann?

Autonomie und Informed consent

Die Autonomie hat in der Medizin aus guten Gründen einen hohen Stellenwert und einen langen, historischen Background, aus dem sie sich entwickelte. Sie orientiert sich an eine Vielzahl historischer Skandale und wird vor allem seit den 70ern heiß diskutiert, kann aber auch schnell zu ideologischen Kämpfen führen. Speziell seit den Nazis, Patiententests und -quälereien ist Autonomie sehr wichtig (vor allem, da die „Patienten“ ja keinen informed oder consent hatten)! Die durch die Nazis gewonnenen Informationen (die bei ihren Experimenten anfielen) wurden später weitergenutzt, wobei die Frage aufkommt, ob es moralisch korrekt ist diese Informationen zu verwenden oder umgekehrt, ob die Opfer sinnlos starben, oder ob man z.B. für die Medizin die Informationen verwenden sollte.

In den 70er Jahren gab es viele Gerichtsverfahren, vor allem in den USA, bei denen es um medizinische Versuche mit schwerwiegenden Folgen ging und die betroffenen Menschen nicht von den Versuchen wussten. Ebenso in den 60er Jahren in österreichischen Kinderheimen, bei denen an unwissenden Kindern Experimente durchgeführt wurden.

Wie gehen wir mit der Forderung nach dem „informed consent“ ([Informierte Einwilligung](#)) um, vor allem, wenn jemand für Informationen nicht aufnahmefähig ist, Entscheidungen nicht treffen oder nur eingeschränkt handeln kann? Es ist eine oft wiederholte Forderung, Kinder ihrer seelischen und geistigen Reife entsprechend Entscheidungen treffen zu lassen. Auch das Feld der emotionalen Intelligenz kann leben erschweren oder Entscheidungen beeinflussen => man muss differenziert damit umgehen. Kognitive und emotionale Intelligenz ist zumeist auch abhängig vom Kontext. Wie geht man mit Menschen um, die angehende Krankheiten wie Demenz aufweisen oder helle Momente haben, wo sie als Patient voll da sind und Entscheidungen (temporär) fällen könnten? Wie soll mit den verschiedenen Phasen einer Krankheit z.B. einer manischen Depression und den jeweiligen Phasen umgegangen werden und wann und wie soll der Patient selbst entscheiden? Ebenso Umgang mit Schock oder Suchtkranken und deren Stadien z.B. wenn der Betroffene einen Entzug macht => partielle Berücksichtigung des Patientenwillens ist immer an Erwägung gebunden und ist schwer mit rein objektiven Kriterien zu fällen.

Was tun, wenn jemand gar nicht einwilligungsfähig ist? Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu schreiben (vor allem vor der Krankheit oder Anfangsstadium, gilt 5 Jahre lang). Die Patientenverfügung ist erst seit 2006 im Gesetz verankert, der Arzt ist nicht genötigt sich direkt an die Patientenverfügung zu halten, muss sie aber berücksichtigen und darf sie nicht außen vor lassen! Sie muss alle 5 Jahre erneuert werden und dadurch stellt sich die Frage was passiert, wenn jemand nach 4,75 Jahren akut erkrankt (ob die Patientenverfügung dann noch gilt und wie lange). Die Patientenverfügung kostet grob 120 Euro. Die Einflussnahme des Arztes wird während der 5 Jahre immer weniger, was es zahlloser für den Arzt macht, aber auch Vorteile für Patienten mit sich bringt, dass er während der Krankheit eventuell doch wieder gesund wird und dann auch mehr Einfluss auf die Therapie nehmen kann.

Medizinethik 3 - Über den Anfang des Lebens - 26.3.2012

Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit

Das Verhältnis Arzt und Patient ist in fast allen medizinethischen Fragen von Belangen, da zwischenmenschliche Basis und Vertrauen eine Schlüsselressource ist => innermedizinische Angelegenheit. Umgang und wie sie sich zueinander verhalten kann bei essentiellen Entscheidungen wie Abtreibung, Therapie, Abbruch,... von großer Bedeutung sein. In diesem speziellen Verhältnis zwischen Behandelnder und Behandelter Person gibt es eine Spannung des [Wohlwollens](#). [Salus aegroti suprema lex](#) und [voluntas aegroti suprema lex](#). Wichtige und dringliche Auseinandersetzung, da das Verhältnis asymmetrisch ist. Die zu behandelnde Person ist auf den Arzt angewiesen. Aber auch bei der Fachkompetenz ist das Verhältnis asymmetrisch. Soziale Rollen werden verstärkt z.B. Arzt mit Dokortitel, Arztkittel und eigener Sprache, der einen ganz anderen Stand als man meist selbst hat aufweist.

4 Modelle des Arzt- Patienten- Verhältnisses

1. **Paternalistisches Modell:** Feindbild für Menschen, die über die Modelle nachdenken und der Voluntas („Wille“) ein größeres Gewicht zuschreiben. Autonomie wird aufgrund der fachlichen Kompetenz untergraben. Patient ist Laie, nicht mehr. Das Recht auf Nichtwissen findet hier aber Platz und könnte realisiert werden.
2. **Informatives Modell:** naturwissenschaftliche Fakten werden bereitgestellt, aber auch nicht mehr. Diagnose und gewisse Informationen werden in das ausgebildete Weltbild des Patienten eingebaut. Auf Grund der reinen Sachinformation soll der Patient entscheiden, wie weiter zu verfahren ist. Vertrauen spielt keine Rolle, außer bezüglich der Richtigkeit der Sachinformation die der Arzt vermittelt, da es keine Notwendigkeit gibt dem Arzt zu vertrauen.
3. **Interpretatives Modell:** nicht nur Sachinformation, sondern darüber hinaus ist der Arzt Mäeutiker. Er bringt die Wertvorstellungen des Patienten ans Licht, vor allem bei neuen und bedrohlichen Diagnosen, bei denen man sich im Klaren sein muss, was man im Leben eigentlich will => die Werte sind schon da und der Arzt als neutraler Berater soll diese Werte ans Tageslicht führen. Recht auf Nichtwissen ist schwer realisierbar. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob ein Mediziner wirklich komplett neutral sein kann, bloß als Mäeutiker in Erscheinung treten kann und nicht seine eigenen Werte mit einbringen würde.
4. **Deliberative Modell:** Arzt als Lehrer und Freund. Gemeinsame Entscheidung eines umfassenden Aufklärungsgesprächs. Medizin als nicht mehr bloß angewandte Naturwissenschaft (wie beim informativen Modell) sondern freies Gewerbe. Es stellt sich hierbei aber die Frage, ob es wirklich Aufgabe des Arztes ist, ein guter Lehrer und Freund zu sein und ob dies miteinander vereinbar ist. Wie ist es mit dem Recht auf Nichtwissen und wie gehen wir damit um?

Bei den letzten 3 Modellen haben wir zu viele Kompetenzen, die vorausgesetzt werden und die Autonomie, die über das Wohl gestellt wird. Bei allen 4 Modellen könnten theoretisch alle Beteiligten aneinander lernen, was aber in der Praxis sehr schwer realisierbar sein wird.

Informed Consent: Tom Beauchamp und Ruth Faden. Es gibt [Entscheidungsfähigkeit](#), die vorausgesetzt ist, kann graduell sein. Welche Kriterien gibt es dafür und kann man dies objektiv feststellen?

Aufklärung: Fakten weitergeben und empfehlen, mehr leisten als reine Sachinformation. Arzt vergewissert sich, ob Information vom Patienten verstanden wurden. Fraglich ist, wie der Arzt dies feststellen kann und auch, ob der Patient alles in seiner ganzen Tragweite realisierte. Wird kaum möglich sein und alle Differenzen werden vermutlich nie ganz zu entdecken und auszuschließen sein!

Entscheidungs- und Behandlungsauftrag: bei diesem Modell hat man wieder das Problem, dass der Patient gewisse Kompetenzen benötigt und die Kommunikation auch an ihre Grenzen stoßen kann.

Ethik der Kommunikation ist wichtig. Probleme potenzieren sich bei Sprachproblemen und Codes, die zu Missverständnissen führen. Es benötigt spezielle Aufmerksamkeit, wenn man sich wirklich auf das Gegenüber einlassen will, man aber oft Patient in vorgefertigte Kategorien hineinpresst und auf Individuelles kaum eingeht => Patient wird abstrahiert, ist nur mehr Fall einer Regel und nicht mehr ein individueller Mensch.

Auch die Schweigepflicht ist wichtig, gehört dazu und zu ihr stellen sich einige Fragen: wie weit trägt die Schweigepflicht, kann und muss sie mit einer bestmöglichen Behandlung in Konflikt stehen, da man z.B. von anderen Behandlungen die der Patient erhält nichts mitbekommt? Beispielsweise gibt es die Idee, auf der e-card alle Therapien und Medikamente zu speichern, was sich aber auch negativ auf den Patienten auswirken könnte da man alles über ihn weiß, Lebenslauf dokumentiert und für die Ewigkeit festhält. Wie sieht es mit ansteckenden, meldepflichtigen Krankheiten oder mit Menschen aus, die krank sind und eine Therapie benötigen, dies aber nicht eingestehen und/ oder eine Therapie ablehnen? Eine Studentin fügte hinzu, dass sie eine Mutter kennt, die ihren Kindern und ihrem Ehemann nicht sagte, dass sie Krebs hat und die Frage in den Raum stellte, ob nicht der Betroffene (in dem Fall die Mutter und/ oder Arzt) es weitersagen sollte oder sogar muss, damit die betroffene Familie es auch weiß und diese ein „Recht aufs Wissen“ habe. Oder im Fall eines Busfahrers, der Suchtkrank ist, den Job aber nicht verlieren will und deswegen seine Krankheit verschweigt und vielleicht auch nichts gegen die Krankheit machen will, in der Angst, die Krankheit würde dadurch leichter öffentlich werden. Daher stellt sich die Frage, wie es mit der Informationspflicht aussieht, da sie meist mit der Schweigepflicht in Konflikt steht. Was sollte oder muss Dritten mitgeteilt werden?

Gefahr in Vollzug: Im obigen Beispiel mit dem suchtkranken Busfahrer müsste der Arzt, wenn er von der Suchtkrankheit seines Patienten weiß, dies dem Arbeitgeber seines Patienten mitteilen, da er eine Gefahr im Beruf darstellt und deswegen seinen Beruf nicht mehr ausüben darf.

Weitere Fragen die sich stellen: kann das Gesundheitswesen ein freier Markt sein? Was für ein Art Wissen ist es (**bin mir nicht mehr ganz sicher, ging aber glaube ich um Diagnosen**), wie gehen wir damit um und was wissen wir genau, wenn wir etwas wissen?

Wie gehen wir mit der Kommunikation um, wenn jemand eingeschränkt oder gar nicht einwilligungsfähig ist? Wie gehen wir mit Kindern um? Sollen wir sie auch bei schweren Erkrankungen in Kenntnis setzen und wenn ja, wie stark werden sie eingebunden z.B. bei Entscheidungen, Therapien,...? Nach welchen Kriterien kann die seelische und geistige Fähigkeit des Kindes bewertet und festgestellt werden und was ist seelisch und was geistig?

Wie geht man mit psychisch Kranken oder Krankheiten im Anfangsstadium um, die im Verlauf der Erkrankung immer schlimmer werden (z.B. Demenz)? Wie gehen wir mit hellen Momenten, guten und schlechten Phasen, wie sie es bei Suchtkrankheiten gibt, um? Wie geht man mit Menschen um, die gar nicht mehr zustimmen und mitbestimmen können z.B. Wachkomapatienten?

Es gibt in der Praxis genug Fälle, bei denen es keine Patientenverfügung gibt, meist die Angehörige gefragt werden müssen wie der Patient es handhaben und sich wünschen würde => bringt aber viele

Interessenkonflikte mit sich, wenn die befragten Angehörigen erben würden/ werden und meist andere Positionen und Wünsche des Patienten schildern, in der Hoffnung, früher Erben zu können.

Mensch und Menschenrechte

Was ist Leben und macht es aus? Was kann als Kriterium, dass wir jemanden als Mensch sehen und ihm Menschenrechte zugestehen, herangezogen werden? Ab wann ist jemand Mensch und wann nur ein „Zellhaufen“ => (ab) wann ist er/ sie/ es zu schützen? Wie sieht es mit Zu- und Anerkennung von Rechten aus?

Zuerkennung von Rechten: machen wir uns aus => Konvention, dass z.B. jemand ab der Woche XY diese und jene Rechte hat.

Anerkennung von Rechten: nichts zum Ausmachen, sondern erkennen nur an, was da ist => gibt keinen guten Willen. Zellhaufen/ jemand ist noch nicht wirklich als Mensch da => hat keine Rechte und Pflichten => wie geht man damit um? => bei Ungeborenen gibt es keine Anerkennung, da er/sie/ es ja noch nicht da ist und es keine [Reziprozität](#) („Gegenseitigkeit“) gibt.

Die 2 Positionen des Personenbegriffs

Es gibt zwei Positionen, die mit dem Personenbegriff zusammenhängen:

Position 1: [Boethius](#): Person ist „per se una“. Personenbegriff ist dem Würdebegriff bei Kant und Christen ähnlich. Person ist Würdenträger, dem Würde zukommt. Schutz des Lebens. Würde ≠ Wert. Kann nicht mit anderen Gütern in Konflikt treten und ist unverhandelbar und unverlierbar. Würde kann nicht verloren gehen und verwirken z.B. durch Fehlverhalten, das man an den Tag legt. Folglich dürfte es dann eigentlich auch keine Todesstrafe geben, da die Würde nicht verloren werden kann. Bei Kant ist der Grund der Würde die Autonomie, wobei der Begriff bei Kant anders gemeint ist, als der heutige Autonomiebegriff den wir kennen. Bei Kant geht es vielmehr um die Fähigkeit nach Gesetz zu handeln und somit verliert man auch nicht die Würde, wenn man betrunken ist, schwer behindert ist,... => kein menschliches Wesen fällt somit heraus, da alle der Vernunft fähige Wesen sind. Der Entwicklungsstatus spielt keine Rolle, sprich ob ein Embryo 5 Tage oder ein Kind 15 Jahre alt ist. Andere Kriterien wie Schmerzempfinden können nicht herangezogen werden, da es einen grundsätzlichen Schutz für alle gibt, auch wenn derjenige eventuell noch keinen Schmerz empfindet.

Biomateriale Gegenüberstellung von Person vs. Sache, dazwischen gibt es nichts! Tiere hätten, streng genommen, dann auch keine besondere Stellung sondern wären nur Tiere und somit „Sache“.

Position 2: setzt dort an, was Würde sein soll. Der Vorwurf an den Begriff Würde ist, dass er ein metaphysischer Kontrakt ist an das man glaubt oder auch nicht glaubt => jeder könnte darunter auch etwas Verschiedenes verstehen. Ist von [John Locke](#) und anderen ein bewusstseinstheoretischer Begriff: über einen gewissen Zeitraum hinweg muss jemand sich als sich selbst erleben und Vereinigungspol seiner selbst bilden (z.B. Schmerzempfinden) => [Pathozentrismus](#).

[Norbert Hoerster](#): Ähnlich wie die Argumente von [Peter Singer](#). Schreibt über Sterbehilfe, Abtreibung,...

In der Entwicklung eines Menschen gibt es einen qualitativen Sprung (z.B. durch Zäsur), wo aus etwas („Zellhaufen“) jemand („Mensch“) wird.

Bei Position 1 gibt es weder Anlass noch Möglichkeit, graduelles hineinzuiinterpretieren z.B. abhängig davon, in welchem Monat das Ungeborene ist, es als Mensch oder „nicht Mensch“ zu sehen.

Argumente (eher konservative Position)

- Es gibt eine Kontinuität und man kann sich auf frühe Phasen zurückberufen. Des Weiteren kann argumentiert werden, dass jeder Mensch Interesse daran hat, damals nicht abgetrieben worden zu sein.
- **Individualität („per se una“)**: Es gibt einen Punkt, bis zu dem es Mehrfachbildung gibt und mehrere Kinder heranwachsen => kann davor noch keine Individualität geben. Bei diesem Argument gibt es aber das Gegenargument der Unteilbarkeit.
- **Identität**: wenn ich gezeugt wurde, bin ich nicht aus etwas anderem geworden sondern aus dem, was da war => wieder Argument der Kontinuität.
- **Potentialität**: kleines ungeborenes Kind kann noch nicht selbstständig handeln, kann dies aber in vielen Monaten wenn es „auf der Welt“ ist => deswegen schon jetzt (ungeboren) schützenswert.
- Recht auf Leben ist immer gültig.

Abstufungen und das Dambruchargument

Im Laufe seines Lebens verändert sich der Mensch: optisch, Interessen, Ansichten, Erfahrungen, Anschauungen,... Als kleines Kind hat man noch nicht alle Rechte z.B. ist man nicht geschäftsfähig oder kann zur Wahl gehen. Bei der Straffähigkeit gibt es Abstufungen, zuerst ist man es nicht, dann eingeschränkt und am Ende voll => Kontinuität die gebrochen ist. Bewusstsein und Selbstbewusstsein spielen wichtige Rolle und müssen vorhanden sein, da man ansonsten aus moralischer Sicht einer „Pflanze“ gleicht. Bis heute wird gestritten wie dies z.B. bei Wachkomapatienten ist, wann man „da“ ist, welche Anzeichen es gibt,... Ebenso bei Ungeborenen wird diskutiert, was ein Anzeichen für ein „da sein“ ist, ob beispielsweise das [EEG](#) (ab der 25. Woche) etwas anzeigen muss und davor dem Ungeborenen keine Rechte eingeräumt werden, ebenso, wie ein König auch erst die Rechte eines Königs innehat, wenn er König ist und nicht schon davor, wo er lediglich Thronfolger ist. Ein weiteres Argument ist das neuronale Argument (Ausbildung der neuronalen Platte nach 57 Tagen), denn davor kann das Ungeborene kein Bewusstsein entwickeln. [Jürgen Habermas](#) meint, dass das Ungeborene erst mit der Geburt zum Mensch wird und man sich nicht an das vorgeburtliche Leben erinnern kann => es gibt viele verschiedene Argumente und Abstufungen, ab wann man Mensch ist und was dafür herangezogen werden soll/ muss. Ein Hauptproblem ist, dass das Selbstbewusstsein erst viel später, nach der Geburt (meist erst zweites Lebensjahr) entsteht und folglich erst dann der Mensch als Mensch betrachtet werden würde (wenn man sich auf dieses Argument stützt) => würde man ein Kind ohne Selbstbewusstsein töten, beispielsweise einige Monaten nach der Geburt, würde man nur einen lebenden „Zellhaufen“ töten => [Slippery slope \(Dambruchargument\)](#) => verzögern das Zuerkennen von Menschen immer mehr hinaus, eventuell auch nach der Geburt hinaus, sodass auch lebende „Menschen“ abgetrieben werden können, da sie noch nicht als Menschen „anerkannt“ sind. Eine ähnliche Frage, die aber deutlich früher im Entwicklungsstadium des Menschen ansetzt ist jene Frage, wie mit der Herstellung von Leben („In-vitro-Fertilisation“) umgegangen werden soll und ob dieses künstlich hergestellte Leben wieder zerstört werden kann, bis wann,...? Wie sieht es mit dem Klonen aus?

Kontinuität

Es gibt aber auch eine Kontinuität, die nicht gebrochen ist. Die Diskursethik sagt beispielsweise, dass es eine gesamtgesellschaftliche Einigung geben muss. Bei uns in Österreich ist die Abtreibung NICHT erlaubt, aber bis zur 12 Wochen (z.B. im Falle einer „Notlage“) straffrei => die eine Position sagt, dass dies eine Aufweichung ist, die andere Position argumentiert unter anderem damit, dass die Praxis eine andere ist und ansonsten die Frauen in eine Illegalität gezwängt wären => einen Konsens zu finden, der für alle passt, ist schwer bis unmöglich => wenn es zu keinem Konsens kommt, gibt es laut Habermas die Möglichkeit eines fairen Kompromisses, meist in Form einer Fristenlösung (wie bei uns) => es gibt aber weiterhin Positionen und Menschen, die diesen Kompromiss anprangern und sich z.B. vor Abtreibungsklinken stellen oder [Judith Jarvis Thomson](#), die aus ganz anderen Gründen gegen die Fristenlösung ist („daß ein Lebensrecht haben weder ein Recht auf den Gebrauch noch ein Recht auf die Erlaubnis des längerfristigen Gebrauchs eines anderen Körpers garantiert – auch wenn man ihn gerade zum Überleben benötigte. Die Abtreibungsgegner werden sich deshalb nicht so ganz einfach und klar auf das Lebensrecht stützen können, wie sie selbst offenbar geglaubt haben.“). Gebraucht ein Kind den Körper seiner Mutter, wie wir Messer und Gabel gebrauchen? Sprechen und reden wir so?

Auch wie wir über diesen Sachverhalt sprechen, ist sehr unterschiedlich und uneinheitlich. Der Vortragende brachte das Beispiel einer schwangeren Frau vor, die bei einem Unfall ums Leben kam und man meist nur sagt, das die Frau starb => ihr ungeborenes Kind starb auch, wird aber oft „vergessen“, andererseits trauert der Mann eher um die verstorbene Frau als um das ungeborene Kind, zu dem er noch keinen Bezug hat und von dem er noch keine Vorstellung hat. Auch ist die Frage, aus welcher Perspektive wir sprechen.

Medizinethik 4 - Probleme der Pränataldiagnostik - 16.4.2012

Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit

Am Anfang der letzten VO- Einheit ging es ums Leben, wann der heranwachsende Mensch ein Leben ist und wann ein Mensch eine Person ist. Wann werden jemanden Menschenrechte zuerkannt bzw. anerkannt?

Unterscheidung von Zuerkennung und Anerkennung von Menschenrechten:

- **Zuerkennung:** Willentliches ist dabei, Konvention, Einigung Rechte zuzuerkennen.
- **Anerkennung:** ist nicht willentliches sondern Anerkennung von dem, was schon da ist. Verpflichtung die nur mehr auf den Anspruch, der schon da ist, antwortet.

Konservative vs. liberale Positionen z.B. bezüglich Abtreibung.

Unterscheidung „moral agent“ und „moral patient“:

- **moral agent:** handlungsfähig, rechtsfähig, Selbstbewusstsein,... => Rechte und Pflichten.
- **moral patient:** man tritt bloß passiv im moralischen Kontext auf, hat Rechte aber keine Pflichten.

Frage die sich stellte ist, wie man mit der Dichotomie oben umgeht und damit, ob jemand nur Rechte ohne Pflichten hat.

2 Gegengesetzte Konzepte des Personenbegriffs: eine Haltung (konservativ) geht auf Boethius zurück. „Per se una“ => Individualität und Unteilbarkeit. Inhärenter Wert der Person. Gottes Ebenbildlichkeit des Menschen. Anderer „Zug“ ist nicht die religiöse Schiene, sondern bei der es um die Vernunftfähigkeit der Person geht (Kant). Vernünftiges Lebewesen muss nicht zwingend ein Mensch sein und kann z.B. auch Homo Sapien sein. Würde des Lebewesens, die an die Autonomie des Lebewesens gebunden ist. Diametrale Gegenüberstellung von Sach- und Würdeträger („Mensch“). Dazwischen gibt es nichts!

Das Problem besteht in der Frage, was die Würde ist. Die eigene Würde kann schwer hergezeigt werden. Man kann auch behaupten, dass Würde nur eine Behauptung (Postulat) ist, die man folglich nicht akzeptieren muss. Kann die Würde verwirken z.B. wenn man ein Mehrfachmörder ist?

Zweiter Strang von John Lock: bewusstseinstheoretischer Begriff, geht aus von [intrinsischen Wert](#). Nicht inhärenten Wert der Lebewesen per se zukommt, sondern intrinsischen Wert, der mit bestimmten Eigenschaften und Fähigkeiten zusammenhängt. Bei Lock gab es noch keine Abwägung (die es mittlerweile bei seinen Vertretern/ „Nachfolgern“ gibt). Es gibt Bewusstsein/ Selbstbewusstsein (z.B. bei Singer und Hoerster), das an die diachrone Identität gebunden ist (sodass man Erlebnisse sich selbst zuordnen kann, Identität hat, auf sich bezieht,...) => ist Grundbedingung dafür, dass ich zurechnungsfähig bin. Diese Position wird meist mit der liberalen Position assoziiert.

Fraglich ist, welches Alter und welche Bedingungen man ans „Mensch sein“ knüpft z.B. EKG Ergebnis (etwas kann gemessen werden), Nerven sind vorhanden, Nervenzentrum ist vorhanden, Schmerzempfinden, Geburt, Kommunikation, ICH erkennen,...! Oft wird auch (eher falsch) argumentiert, dass es keine Voraussetzungen gibt, was nicht ganz stimmt, da es scheinbar verschiedene gibt, die aber abgewogen und auf die man sich einigen muss. Auch können neue Erkenntnisse zu anderen Bewer-

tungen führen. Im Moment ist aus medizinischer Sicht (Embryonenforschung) klar, dass Embryonen in den ersten 14 Tagen 100%ig nichts spüren können. Weitere Argumente sind folgende:

- Argument der Kontinuität z.B. Zeugung von 2 Büchern ergibt nicht MICH (also einen Menschen). Konservative Position meint, dass es eine Kontinuität gibt (von Zeugung bis Geburt hin zum Tod) die nicht gebrochen ist => ab Befruchtung der Eizelle gibt es radikalen Lebensschutz, der nicht aufgeweicht werden kann.
- Argument der Individualität => per se una
- Argument der Identität
- Argument der [Totipotenz](#)
- Argument der [Potentialität](#)
- Argument des Slippery Slope: durch Aufweichung könnte es legitim sein/ werden, ein Kind, das ein Jahr alt ist zu töten, da das Argument des Selbstbewusstseins und des „ICH“ Begriffes (grob ab dem zweiten Geburtstag) zieht, sprich lebendes Kind noch kein Selbstbewusstsein besitzt und somit „abgetrieben“ werden kann.

Es ist ein moralisches Verbrechen den Lebensschutz von Kindern nicht zu respektieren und kann zu Konsequenzen im Diskurs führen. Ebenso Abtreibungskliniken und Menschen, die davor warten und andere Menschen, die abtreiben wollen, aufmischen.

Eine liberale Haltung wie in Österreich besteht meist darin, die Abtreibung NICHT zu erlauben, aber bis zur 12 Wochen straffrei zu stellen. Benötigt medizinische Indikation, kriminologische oder nicht näher bestimmte Notlage, damit man Abtreibung „erklären“ kann. Im Gesetz gibt es auch Regelung für Zeitspanne danach, dort wird aber eine noch stärkere Rechtfertigung verlangt!

Konsens finden: Einigungen, bei denen alle Beteiligten ihre Positionen 1:1 durchbringen sind oft nicht möglich => Kompromiss, mit denen alle leben können und am besten auch fair ist!

In einem Kompromiss kann sich aber auch viel potentielle Gewalt verstecken, beispielsweise bei Konservativen, da aus ihrer Sicht die Selbstbestimmung nicht so wichtig ist wie der Schutz des ungeborenen Lebens (das sich darüber hinaus nicht wehren kann), während Liberale den Selbstschutz hochhalten, sich darauf stützen und für das wichtigere Gut halten.

[Judith Jarvis Thomson](#): „daß ein Lebensrecht haben weder ein Recht auf den Gebrauch noch ein Recht auf die Erlaubnis des längerfristigen Gebrauchs eines anderen Körpers garantiert – auch wenn man ihn gerade zum Überleben benötigte. Die Abtreibungsgegner werden sich deshalb nicht so ganz einfach und klar auf das Lebensrecht stützen können, wie sie selbst offenbar geglaubt haben.“ ([Quelle](#)) => Der Vortragende stellt die Frage in den Raum, wie damit angewandte Ethik zu praktizieren ist, die konkrete, moralische Probleme untersucht und sich darauf bezieht. Seit Ende der 60er Jahre gibt es die Zeitschrift „[Philosophy and Public Affairs](#)“, für die sich viele Menschen zusammenschlossen, die sich als Ethiker und Aktivisten verstanden. Hier entstand bereits im Gründungsstadium Aktivismus mit Reflexion verbunden, wodurch sich aber die Frage anbietet, ob nicht so etwas auch Probleme verursachen kann, da dadurch z.B. eine Parteilichkeit geschieht und ob Ethiker Partei ergreifen dürfen, wenn er/sie in einen Diskurs einsteigt. Auch Wortwahl muss bedacht werden z.B. „gebraucht“ in der Frage „Gebraucht das Kind den Körper der Mutter?“ => was ist mit brauchen/gebraucht gemeint? => sprachanalytische Theorie ist in diesem Gebiet wichtig und wir sollten uns die Frage stellen, wie wir über einen Sachverhalt reden z.B. über ein ungeborenes Leben (Beispiel mit dem Autounfall, gestorbene schwangere Frau, wo oft die Schwangere und nicht das ungeborene

Kind im Vordergrund steht). Oft gibt es oder entstehen durch die Sprache schon gewisse Regeln und Normen.

Abtreibung über die 12 Woche hinaus – Extremfall „Oldenburger Baby“

Über die 12. Woche hinaus kann auch abgetrieben werden, wenn eine Vergewaltigung (kriminologisches Argument) vorliegt, das ungeborene Kind eine schwere Schädigung aufweist oder durch die Schwangerschaft/ Geburt die Mutter in eine lebensbedrohliche Situation käme. Es ist aber nicht genau definiert, wie eine schwere Schädigung des Kindes aussieht.

Extremfall in der Literatur: [Oldenburger Baby](#) (1997): eine vorgeburtliche Untersuchung (Pränataldiagnostik (PND)) stellte fest, dass das Embryo „Down-Syndrom“ hat ([Trisomie 21](#)) => die Mutter entschied sich in der 25. Woche dafür, das Kind abzutreiben (sie argumentierte, dass sie ansonsten Selbstmord begeht => Gefahr für ihr Leben => Legitimierung für einen Schwangerschaftsabbruch, der dann durchgeführt wurde). Das Kind überlebte aber die Abtreibung, kam zur Welt und wurde nur so weit behandelt, dass Hunger und Schmerzen nicht auftraten. Das Down-Syndrom wurde nicht behandelt (was bei dieser Krankheit schnell tödlich enden kann und auch „Sinn“ des „nicht Behandelns“ war). Als nach 10 Stunden bemerkt wurde, dass das Kind doch überleben wird, wurde es behandelt. Doch die Folgen des „liegen lassen“ (mit dem Argument des „der Natur ihren Lauf lassen“) waren verheerend und führten zu noch mehr Problemen und Folgeschäden des Kindes. Schlussendlich landete der Fall vor Gericht. Auch im AKH gibt es jedes Jahr mehrere Fälle dieser Art, ist somit kein Einzelfall, wenn auch ein Extremfall.

Es gibt 2 Probleme:

1. Wie sieht es mit dem „liegen lassen“ aus? Kann man so etwas rechtfertigen und was heißt „liegen lassen“? Peter Singer und [Helga Kuhse](#) schrieben das Buch „[Muß dieses Kind am Leben bleiben?](#)“ => „Liegenlassen“ ist nicht wirklich einfach nur liegen lassen sondern „symptomorientiertes Therapieren“ bei dem man schaut, dass das Kind nicht verhungert, keinen Schmerz empfindet => moralisch nicht ok => Frage die sich stellt ist, ob nicht besser das Kind aktiv getötet werden darf/ soll, damit das Leiden ein rasche(re)s Ende hat.
2. Was heißt „der Natur ihren Lauf lassen“? Ist es natürlich und moralisch ok? Unbehandelte Blinddarminfektion kann schnell tödlich sein und Arzt, der das nicht behandelt, lässt der Natur ihren Lauf => in dem Fall wäre es aber fahrlässige Tötung => Ist also „Liegenlassen“ per se ok?

Vorgeburtlichen Untersuchungen (Pränataldiagnostik/ PND)

Was ist eine Schädigung (bei der Vorgeburtlichen Untersuchung) und welche Konsequenzen ergeben sich daraus? Neben Ultraschall gibt es weitere „Angebote“ an PND, die man durchführen lassen kann, unter anderem folgende:

- [Amniozentese](#) (Fruchtwasseruntersuchung)
- [Chorionzottenbiopsie](#) (Plazentagewebe)
- [Fetalblutpunktion](#) ([Nabelschnurpunktion](#))
- [Nackenfaltenmessung](#) (z.B. für „Down-Syndrom“ Bestimmung)

In nicht ein mal 10% der Krankheitsfälle kann der Fötus vorgeburtlich therapiert werden. Auch nur 10 bis 15% der Behinderungen werden erkannt, da z.B. viele vor, während oder kurz nach der Geburt entstehen. Hauptsächlich Chromosomen-Probleme können gefunden werden, aber auch nicht in

allen Fällen => in Summe kann nicht alles gefunden werden, nur eingeschränkt Probleme festgestellt werden und oft auch nichts vor der Geburt dagegen unternommen werden (außer Abtreibung, was nicht wirklich unter Therapie fällt). In grob 90% bis 95% der Schädigungsfälle wird abgetrieben z.B. beim Down Syndrom (Statistik aus 2006) grob 98%!

Schädigung = Beeinträchtigung der Lebensqualität?

Was ist eine Schädigung und inwiefern ist eine Schädigung dazu da, die Lebensqualität eines Menschen zu beurteilen und eine Abtreibung zu rechtfertigen? Dabei scheint es so etwas wie eine intersubjektive Sichtweise zu geben, da es Gesetzgebung gibt, nach der PND nicht verpflichtend ist. Die werdenden Eltern werden aber oft von Ärzten dazu getrieben PND zu machen, da es ansonsten verantwortungslos sei z.B. sich, dem Kind, nachfolgenden Kindern,... Qualen anzutun, die vermeidbar sind/ gewesen wären. Eltern fühlen sich dadurch oft gedrängt, solche Untersuchungen zu machen.

Singer: „Sofern der Tod eines geschädigten Säuglings zur Geburt eines anderen Kindes mit besseren Aussichten auf ein glückliches Leben führt, dann ist die Gesamtsumme des Glückes größer, wenn der behinderte Säugling getötet wird. Der Verlust des glücklichen Lebens wird durch den Gewinn eines glücklicheren Lebens aufgewogen.“

Hoerster: „Verdiente eine Frau nicht, die einen >behinderten< Fötus abtreibt und stattdessen einem gesunden Fötus – und später gesunden Menschen – das Leben schenkt, nicht eher Lob als Tadel? Und zwar nicht so sehr deshalb, weil sie hierdurch der Gesellschaft eine Belastung erspart; sondern primär deshalb, weil sie hierdurch einem Menschen mit einem wahrscheinlich besseren Leben zur Existenz verhilft.“

Eine Studentin merkte an, dass es in der Praxis vermutlich eher um die Lebensqualität der Eltern, als um die des Kindes geht. Eine weitere Frage die sich stellt ist, wie die Lebensqualität mit dem Lebensrecht korreliert.

Die PND ist nicht risikolos, da es in [1 bis 3% der Fälle](#) zu Schädigungen bzw. sogar zum Tod des Kindes kommen kann! Der Prozentsatz hängt stark von Methode, Land und in welcher Region die Untersuchung durchgeführt wird ab. Das Risiko ist beispielsweise in einem Kreißsaal am Land höher als in einer großen Stadt, wo PND häufiger durchgeführt wird.

Problem der Vorhersage und des Bildes in der Gesellschaft

Oft ist es schwer vorherzusagen, welche Lebensqualität ein Mensch mit einer Einschränkung wie Down- Syndrom haben wird, wie sein Leben verlaufen wird,... Manche Menschen mit Down- Syndrom können nicht einmal sprechen, andere studieren ([z.B. in Spanien](#)) und schließen auch ihr Studium ab.

Fakt ist: Behinderung ist Behinderung und zu sagen, dass es dem Menschen mit Behinderung besser geht als einem Menschen ohne Behinderung ist in der Regel Schwachsinn und stereotypes Klischee. Die Behinderung ist ein Defizit und meist auch eine Einschränkung, alles andere ist eher eine schräge romantische Anschauung.

Wie ist das gesellschaftliche Bild von Menschen mit Down- Syndrom, wie ändert es die Gesetzgebung, PND und die Sicht auf PND? Ein Hauptproblem vieler PND Verfahren ist, dass sie nur als Indikatoren dienen wie z.B. die Nackenfaltenmessung, auch Fehler aufweist und man nicht 100%ig sicher weiß, ob das Kind dann wirklich eine Behinderung wie Down- Syndrom haben wird, wie sein Leben sein wird, wie er das Leben meistern wird,...!

Eine ganz andere Frage die sich stellt ist, ob man sich sein Kind aussuchen kann und wie weit dies gehen soll/ darf. In Indien wurde PND verboten, da viele Mütter ihre weiblichen Föten abtrieben und es in einigen Jahren zu einem großen, gesellschaftlichen Problem gekommen wäre.

Medizinethik 5 - "Die Anomalen" - 23.4.2012**Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit**

Bis zur 12. Schwangerschaftswoche ist der Schwangerschaftsabbruch straffrei (er ist nicht erlaubt, aber ohne Strafe) und an „[informed consent](#)“ gebunden => verpflichtendes Beratungsgespräch, das selbst zu zahlen ist. Sonst gibt es aber keine Verpflichtungen z.B. dass das Kind behindert ist. Wer berät die Frau und auf welche Art und Weise? => dadurch kann es auch zu Schieflagen und Problemen kommen, da der, der berätet nicht objektiv ist/ sein könnte und es auch schwer ist, in so einem Fall objektiv zu beraten und ohne Position zu sein. Die Frage ist auch, ob die Autonomie der Frau nicht untergraben wird, da das Beratungsgespräch verpflichtend ist. Kein Arzt kann verpflichtet werden eine Abtreibung durchzuführen, genauso ein Beratungsgespräch anzubieten.

Nach der 12. Wochen kann nur abgetrieben werden, wenn medizinische Gründe (bezüglich Kind oder Mutter) wie Gefährdung oder Schädigung, kriminologische Indikation (z.B. Vergewaltigung) oder eine „nicht näher bestimmte Notlage“ vorliegt. Der letzte Punkt geht ein wenig in Richtung „Slippery-Slope-Argument“, da es nicht genau definiert ist, was andererseits aber auch gut ist, da es somit keine klaren Vorgaben gibt und daher Entscheidung und Verantwortung der handelnden Personen vorwegnimmt. Ob eine „nicht näher bestimmte Notlage“ vorliegt bestimmt die Mutter, muss aber juristisch anerkannt werden, damit es straffrei ist.

Bezüglich Zitat mit behindertes Menschenleben „austauschen“ gegen eines ohne Behinderung: die Würde eines Menschen ist nicht übertragbar und die Person ist nicht austauschbar, womit sich die Frage stellt, ob ein „Austausch“ von Leben ethisch korrekt ist (Hoerster). Sein Kollege Singer sagt, dass es NICHT um Austauschbarkeit geht, auch wenn es bei Hoerster eher darum geht.

Ist Gesundheit, das Gegenteil von Behinderung, die Möglichkeit gut zu leben und behindert sein die Unmöglichkeit gut zu leben? => geht es einem fix schlecht und ist Leben dann weniger „wert“ und wird schlechter geführt? Andererseits kann man Behinderung nicht als fixe Einschränkung und „Defizit“ sehen.

Was sagt ein PND Befund wirklich aus? Wie sicher ist er und was sagt es über den heranwachsenden Menschen aus, wie er sein Leben dann leben wird können? Manche Menschen mit Down- Syndrom haben nie sprechen gelernt, leiden oft unter Herzfehlern, geringer körperlichen Belastbarkeit, weisen höheres Risiko für viele Krankheiten auf, früherer Alterungsprozess, Aber andererseits gibt es auch Menschen mit „Down- Syndrom“, die einen Universitätsabschluss schaffen und ein gutes Leben führen.

Gibt es das Recht auf ein Wunschkind bzw. soll es dies geben?

Bevor die Abtreibung legal wurde gab es in Wiens Hinterhöfen „[Engelmacherinnen](#)“, bei denen (illegal) abgetrieben wurde.

PND als ambivalentes Tool, das nicht ganz so funktioniert wie Hammer und Nagel, sondern viel mehr ist, Spielräume eröffnet, andererseits auch verschließt (z.B. langsam zu einem Zwang für werdende Eltern wird) und schwere Entscheidungen vor der Geburt mit sich bringt (ob PND gemacht werden soll, welche, Risiken durch PND, was soll gemacht werden wenn das Kind schwer behindert ist, wie könnte das Leben des Kindes aussehen, soll abgetrieben werden oder nicht,...?)

Was spricht für PND?

Schädigungen und Erkrankungen erkennen, Therapie von ungeborenen Kindern und Möglichkeit Operationen vor der Geburt durchzuführen (z.B. sind Herzprobleme im Mutterleib operierbar). Vor allem bei sehr schweren Schädigungen ist es für die Eltern meist tragisch, direkt nach der Geburt erst zu erfahren, dass ihr Neugeborenes in ein paar Stunden nach der Geburt sterben wird oder sein Leben lang schwer behindert sein wird => Bild vom Kind wird rapide verändert, es ist deutlich schwerer eine Beziehung zum Kind aufzubauen, als wenn bereits vor der Geburt feststehen würde, Eltern es wissen, sich darauf vorbereiten können und im „Notfall“ auch die Möglichkeit hätten abzutreiben. Die Vorstellungen über die PND und was alles machbar ist, ist aber oft übertrieben, denn bei weitem nicht so viele Schädigungen können gefunden oder therapiert werden wie meist angenommen und erhofft. Viele Schäden entstehen auch erst knapp vor, bei oder nach der Geburt. Möglichkeiten der Therapien und Diagnosen sind eingeschränkt. Es gibt auch Fehlerquoten wodurch die Frage entsteht, was im Falle von Fehltritten geschieht, wenn z.B. ein Kind abgetrieben wird, im Glauben es sei schwerstbehindert und sich herausstellt, dass das Kind doch nicht behindert gewesen wäre => ist der Arzt dann haftbar? Aber auch durch die PND können beim ungeborenen Kind Schäden verursacht werden oder das Kind sogar getötet werden. Durch PND entstehen hohe Erwartungen und sozialer Druck => wenn man Nackenfaltenmessung nicht durchführt könnten die Eltern als „fahrlässig“ abgestempelt werden, da sie diese Untersuchung nicht gemacht haben, das Kind möglicherweise behindert ist, es rechtzeitig hätte entdeckt werden können und die Gesellschaft möglicherweise viel für Therapien ähnlichem zahlen muss.

Jürgen Habermas schrieb das Buch „Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?“.

Wie schaut eine Auseinandersetzung mit Anomalien unterschiedlicher Ausprägungen aus? Wie gehen wir mit Menschen um, die aus dem Zusammenhang einer Normalität herausfallen? Kann auch zum Nachdenken, Reflektieren anregen, was normal ist, warum,...! Anomalität, egal wie sie aussieht, wird von der Normalität festgestellt. Ist ein Analphabet „behindert“ und fällt er, und inwiefern, aus der Normalität heraus?

Ein Ländervergleich ist interessant, beispielsweise gibt es in anderen Ländern viel mehr Analphabeten, aber die Gesellschaft in diesen Ländern geht anders damit um als bei uns und Analphabetismus ist dort nicht so ein Problem (aus der Sicht der Gesellschaft und auch im praktischen Leben).

Das Wort Behinderung kommt aus dem Zweiten Weltkrieg. Davor gab es viele Bezeichnungen dafür, aber keinen Systembegriff. Erst die Nazis brachten den Begriff ins Rollen. Im englischen gab es „handicapped“ und „disabled“, wobei sich der zweite Begriff schlussendlich durchsetzte.

Ein großes Problem ist, dass heutzutage vieles als „nicht normal“ betrachtet und bezeichnet wird oder wir mit der Moralkeule versuchen zu bekämpfen, wie es beispielsweise bei ADS der Fall ist: viele Kinder werden als abnormal eingestuft, bekommen Medikamente, werden bestraft,... Andererseits wurde dies früher nicht als Krankheit angesehen, sondern als „schlimmes Kind“ eingestuft, die Kinder bestraft und gezüchtigt => heute ist es meist eine „Krankheit“ die geheilt werden soll. Vor 5 bis eher 10 Jahren war ADS eine sehr populäre Diagnose bei Kindern: vor allem in den USA gab es viele Klassen, wo bis zu 50% der SchülerInnen eine ADS Diagnose aufwiesen.

Politische Korrektheit (Political Correctness)

Einerseits geht es darum, mit Bedeutungsverfälschungen die es in der Sprache immer gibt (z.B. bedeutete Narr oder Neger früher etwas anderes und war früher als normaler Begriff anerkannt). Auch Zuschreibungen passieren, die mit politischer Korrektheit verhindert werden soll. In den USA spricht man nicht mehr vom „Down- Syndrom“ sondern sagt „Trisomie 21“ um nicht abwertend zu sein. Durch politisch korrektes reden spricht man auch anders über ein Thema. Andererseits geht es auch oft um eine Entladung, beispielsweise bei nicht korrekten Witzen, wo Frust, Wut und ähnliches entladen wird. Eine Zwangskorrektheit ist auch nicht gut: in der Praxis ergeben sich daraus meist genau die Gegenteile die man mit einer Zwangskorrektheit erzielen will und dann Worte wie „urbehindert“ verwendet => denkt erst recht nicht über den Begriff behindert nach. Unter einer „schöneren“ Sprache können sich aber trotzdem Vorurteile verstecken z.B. in Form von „Fürsorge“, bei der behinderte Menschen als arm angesehen werden und gehätschelt werden, obwohl sie dies nicht wollen.

Aktueller Fall des Attentäters Breivik in Norwegen: rechtsradikaler Attentäter vs. Wahnsinniger, der psychisch krank ist, Therapie benötigt und anschließend wieder frei ist => Opfer würden dann analog zu einer „Naturkatastrophe“ gestorben sein. Der Fall in den Medien strukturiert und wirkt strukturierend, spricht zeigt Anomalien auf und verstärkt die dann auch, wie wir sie sehen, wie wir damit umgehen,...

Ricoeur 1995: „Le fou est mon double infiniment proche.“ => „Der Verrückte ist meine unendlich naher Doppelgänger.“

Orthopraxie

Begriff von Edmund Husserl, Begründer der philosophischen Phänomenologie. Gibt Normalität des Sprechens, Handelns,... die Ordnung umsetzt, Züge des Normativen mit sich bringt und auf Grund dessen möglich und manchmal notwendig ist, Anomalien mit Sonderbehandlungen zu bedenken. So handeln, sprechen,... wir in der Gesellschaft (mit gewissen Spielräumen) aber gibt auch Verhaltensweisen, Sicht, Sprechweisen vor, die wir als normal oder nicht normal ansehen. Ergibt Ordnung die Sonderfälle notwendig macht => kann auch Züge von Macht oder Gewalt aufweisen. Früher konnte man Kinder in Wien alleine auf die Straße gehen lassen, heute ist dies nicht mehr möglich, da es zu gefährlich ist. Oder Gehsteige barrierefrei machen => Sondermaßnahmen die ergriffen werden müssen und zur Folge haben, dass Gehsteigkanten abgeflacht werden oder Systeme für blinde Menschen in der U-Bahn und bei Ampeln gebaut werden müssen. Menschen mit Sehbehinderungen (oder alte Menschen) können aber die abgeflachten Gehsteigkanten deutlich schlechter sehen und haben dadurch Probleme.

Medizinethik 6 - Über das Ende des Lebens - 7.5.2012

Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit

[Bernhard Waldenfels](#): finden und erfinden, wobei das eine nicht auf das andere zu reduzieren ist, sondern miteinander verschränkt ist. Medizin ist keine reine Naturwissenschaft die nur angewendet wird, sie ist auch nicht abgeschlossen => ineinander von Normalität und Normativität. Rein objektive Unterscheidung zwischen normal und abnormal lässt sich nicht fällen.

Suchtkranke: Therapie statt Strafe, werden nicht mehr als willensschwach abgestempelt sondern Sucht als Krankheit wahrgenommen. Ebenso ADS und ähnliches, das nicht als „Zappelphilipp“ und „Störenfried“ angesehen wird sondern als Kind, das therapiert gehört.

Wie gehen wir nicht nur aus sozialer, sondern auch aus medizinischer Sicht mit Dingen wie z.B. ADHS um? Rate der Schüler mit ADS ist in der USA sehr hoch (Anmerkung von mir: eine Folge der Simpsons widmete sich sogar diesem Thema). Auch stellt sich die Frage, welche Intuition wir haben, welche Rolle diese spielt und wie aussagekräftig die Intuitionen ist z.B. wenn uns unser Gefühl/ unsere Intuition sagt, dass es zu viele ADHS Kinder gibt (da scheinbar viele Eltern lieber beruhigte Kinder als einen Zappelphilipp haben wollen). Werthaltungen sind historisch variabel => Doublebind zwischen Diagnose und Umgang mit der Diagnose, wie es in der Bevölkerung angesehen wird.

Normalisierung und Inklusion

Es benötigte grob 150 bis 200 Jahre (siehe [Michel Foucault](#) und sein Buch „[Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft](#)“), bis Menschen mit Behinderung als „normal“ angesehen wurden und nicht mehr in Zuchtanstalten, Irrenhäusern,... leben mussten.

„Der arme Narr“ oder „Dorfdepp“ war früher oft mehr in den Zusammenhang und die Gesellschaft integriert als jetzt, da sie später oft aus dem öffentlichen Raum herausgenommen wurden. Loch im Netz des „Normalmenschen“, das zu Phantasmen führt (wie man sich Schizophrene vorstellt, Probleme im Alltag, Umgang mit ihnen,... sind oft komplett falsch) genauso wie Unwissen => Angst, Scham, Ekel, Spott,... tauchen auf.

Seit den 70er und 80er Jahren wurde dieses Problem entdeckt, vor allem in Skandinavien, USA und Mitteleuropa, wo der Name „Inklusion“ zu tragen kam: nicht nur reflektieren sondern auch dagegen wirken => in Italien gibt es kein Sonderschulwesen (auch mit schweren Behinderungen sind die Kinder in der normalen Schule) => daher entstand oft die Forderung, Menschen die „anders“ sind trotzdem ins normale Leben z.B. Schulleben einzugliedern und zu integrieren.

Zwanghafte Aus- und Eingrenzung

Arbeitsmarkt: oft bloße „Beschäftigungstherapien“, die in der Regel nicht im richtigen primären Arbeitsmarkt eingegliedert sind. Bei Firmen mit mehr als 25 Mitarbeitern muss mindestens ein behinderter Mensch angestellt werden, ansonsten muss die Firma zahlen (wobei in Österreich die Drohungen fast irrelevant sind bzw. in manchen Bereichen man auch 40 Angestellte haben kann, um einen Behinderten anstellen zu müssen). **Orthopraxie** schleicht sich ein.

Ausgliederung: 80er und 90er wurden behinderte Menschen oft in Psychatrien wie z.B. dem [Otto Wagner Spital](#) (bis grob 2007) in Pavillons ausgegliedert => nur sehr wenige Menschen mit Behinderung traten im öffentlichen Raum auf. Daher kam die Forderung auf, sie ins normale Leben zu integrieren. Die Menschen sollten nicht mehr mit Defizit, sondern mit „Kompetenzen“ und Kompetenzorientierung (z.B. hören blinde Menschen besser) beschrieben werden.

Andersheit von anderen wird eingeräumt z.B. [Leo Navratil](#) (in [Maria Gugging](#)) betreute Menschen mit Einschränkungen, die Gedichte schrieben, zeichneten,... und deren Werke hohe Verkaufserlöse erzielten.

Ein Zwang ist auch nicht gut z.B. Menschen zwanghaft auf den Arbeitsmarkt vorzubereiten, sich in die Gesellschaft integrieren zu müssen, geregelten Tagesablauf zu haben, in Orthopraxie einzufügen. In einigen Fällen ist es auch schlicht nicht machbar, reiner Zwang, Betroffene bekommen teilweise Medikamente, damit sie sich gewissen Routinen einordnen können, was wiederum nicht gut ist => einerseits sollte es Druck geben sich anzupassen (diesen Druck gibt es ja auch bei „normalen“ Menschen), andererseits sollte auch nicht zu viel Druck ausgeübt werden, vor allem in jenen Fällen, wo man dies nicht fordern kann => hinter allem steckt auch eine Problematik. Es gibt keinen luftleeren Raum, wir benötigen immer Sensibilisierung, Paradigmenwechsel alleine reicht nicht aus und alles ist plötzlich super.

Bei Psychiatrien versuchte man, Menschen nicht mehr örtlich zu separieren, auszugliedern und wo anders hinzugeben, in extremer Form zu verwahren, sondern dies aufzuweichen, sodass die Menschen mehr Spielraum und Umgang eingeräumt wurde und eine Zwangseinweisung in eine Psychiatrie nur mehr möglich ist, wenn eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Menschen mit Wahnvorstellungen haben einerseits ein klares Denken, andererseits wiederum Erfahrungen, die wir nicht teilen können. Gegen Menschen mit Wahnvorstellungen kann man mit rationalen Argumenten nur wenig machen.

Cochleaimplantat

[Implantat](#) im Schädel, das zum Einsatz kommt, wenn der Gehörsnerv intakt ist, im Innenohr aber etwas kaputt ist => Menschen können wieder hören. Super Instrument für Menschen zur „Normalisierung“, aber viele Betroffene waren dagegen, da die Erfahrungswelt der Gehörlosen eine ist, die „anders“ ist, ohne Audioreize auskommt, dafür stärkere visuelle Reize hat. Eigener Kulturraum und „[Audismus](#)“ (finden es eine Frechheit, ihre Situation als defizitär zu sehen) und somit der Einsatz von Cochleaimplantaten nicht erstrebenswert sei. Auch sei der Kulturraum sehr kulturell verschieden geprägt, da es sehr viele Dialekte, auch im Deutschen, gibt => viele Räume, die man nicht auflösen sollte.

Der Einwand einer Studentin war, dass es auch um Machtstrukturen geht: kann beispielsweise ein Betroffener früher etwas hören als die anderen, kann er deutlich besser sprechen als die anderen, was ihm mehr macht gegenüber den anderen einbringt und er den anderen etwas voraus hat.

Normalität und Orthopraxie

Normalität ist etwas, wo wir hineingekommen sind, dafür trainiert wurden, ebenso in die Orthopraxie (z.B. lernten wir uns zu orientieren, zu gehen, unterwegs zu sein, im Verkehr zu überleben,...) und befinden uns eine Zeit lang in ihr, aber auch nicht ewig, da wir vieles wieder verlieren. Die Schaffung von utopischen Räumen ist laut [Leo Navratil](#) wichtig => Möglichkeit, dass Menschen in Räumlichkeiten unterbracht werden und dort so sein können, wie sie sind und nicht den Druck haben und ausgesetzt werden, sich anpassen zu müssen (z.B. zu arbeiten, geregelten Tagesablauf zu folgen) => haben Verhaltensspielraum und nicht starre Struktur, der sie sich fügen müssen.

Das Ende des Lebens

Der Tod gehört nicht zum Leben dazu, er kann lediglich an anderen Menschen festgestellt werden. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen Tod und Sterben.

Bei Taufen, Festen und Ritualen sind Menschen meist offen, während sie bei Begräbnissen meist konservativ bleiben (auch Menschen, die nicht viel mit der Kirche zu tun haben) => versuchen sich an etwas anzuhalten, da vom Tod eine radikale Unbeantwortbarkeit ausgeht. Der Tod hat in der Medizin eine eher indirekte Bedeutung (im Hinblick ums Sterben), da der Tod selbst nur schwer Thema der Medizin sein kann.

Emmanuel Levinas (Phänomenologie): sterben als brutale Unendlichkeit, da das Leben, wenn es endet, für einem augenscheinlich nicht endet => wann tritt Tod durch Sterben ein? Definition des Todes als irreversible Desintegration des Organismus. Nicht das Gehirn stirbt, sondern der Mensch. Der individuelle Mensch als psychisch-physische Einheit stirbt => daher ist der Gehirntod etwas, an das wir uns gewöhnt haben => Nulllinien EKG => Mensch wird als tot erklärt. Die Herzkreislauf-funktion kann aufrechterhalten werden, auch wenn Großhirnrinde aussetzt => Herz und Kreislauf wird nicht mehr als Sitz des Lebens angesehen (wie es lange Zeit davor der Fall war), da man es künstlich aufrechterhalten kann => dem Gehirn wird heute viel Aufmerksamkeit aufgezeigt. Aber auch Organentnahme muss zulässig sein und dafür eine Regelung geben, ab wann es erlaubt ist z.B. wenn jemand Hirntod ist.

In der Schweiz gibt es erneut Diskussionen, da es bei Organentnahmen „Abwehrhandlungen“ von Hirntoden gab, wodurch man nicht wusste, ob sie noch „leben“, sich gegen Organentnahme wehren oder es um sonstige Reflexe handelte.

Sterbehilfe

Existenzielle Situation in der jemand Anspruch auf Hilfeleistung hat => moralische Verpflichtung der Hilfeleistung gibt („Sterbehilfe“). Wie Sterbehilfe aber aussieht, kann sehr verschieden sein. Grundvoraussetzung ist, dass jemand unheilbar krank ist und das Sterben nur mehr eine Frage der Zeit ist => „Sterbeprozess“ hat bereits eingesetzt => rechtlich sehr wichtig, da es sich dadurch von Suizidhilfe und fahrlässiger Tötung unterscheidet! Es wird zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe unterschieden. Eine klare Trennung ist aber nicht so leicht möglich, wie es am Blatt erscheinen mag: ist z.B. die Abschaltung von Herz-Lungen-Maschinen oder die Unterlassung einer Therapie aktive Sterbehilfe, passive Sterbehilfe oder beides?

Dieter Birnbacher: Buch „[Tun und Unterlassen](#)“. Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ist wichtig, vor allem rechtlich, auch wenn die Unterscheidung nicht immer leicht machbar, klar und objektiv ist.

- **Freiwillige Sterbehilfe:** Informierte Sterbehilfe muss es auf Seiten des Patienten geben
- **Indirekte Sterbehilfe:** gibt es auch, ist aber von der Wahrnehmung abhängig. Ein Beispiel ist die Medikamentendosis die erhöht wird (z.B. Morphium) und dadurch der betroffene Mensch ein paar Tage früher stirbt, weniger leiden muss,...
- **Unfreiwillige Sterbehilfe:** gegen den Willen des Patienten, der einwilligungsfähig ist. Gibt im Moment keine moralische Legitimation dazu, früher gab es dies aber leider!
- **Nichtfreiwillige Sterbehilfe:** aus ethischer Sicht problematisch, da es viele Erwägungen gibt. Jemand ist nicht einwilligungsfähig. Entweder wissen die Ärzte etwas über den Patienten oder die Angehörigen müssen befragt werden, was nicht unproblematisch ist da z.B. die An-

gehörigen erben wollen und das meist lieber früher als später. Auch die Patientenverfügung könnte nicht mehr „gültig“ sein, da damals der Patient schon krank war und andere Ansichten hatte oder sich die Ansichten und Weltanschauung änderten.

Medizinethik 7 - Sterbehilfe; Transplantationsmedizin - 14.5.2012**Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit**

Medizinethik hat nur eingeschränkt mit dem Tod zu tun, da er nicht mehr Teil des Lebens ist, während das Sterben ein bedeutsamer Teil des Lebens ist. Wenn Mediziner mit dem Tod konfrontiert sind, dann in erster Linie durch die Angehörigen des Verstorbenen, muss dem Mediziner abverlangt werden, Medizinethik spielt dabei eine Rolle und in Form der [Pietät](#).

Tod ist Phänomen und „nicht Phänomen“ zugleich, da er nicht fassbar ist und man nicht direkt mitbekommt. „Tod sein“ ist Widerspruch in sich, fasziniert uns andererseits aber wieder. Gerade der Tod ist etwas, dem wir mit Ritualen begegnen und viele Traditionen mit sich bringt. Sterben als „brutale Unendlichkeit“, da das Leben, wenn es endet, für einen selbst nicht (bewusst) endet => moralische Verpflichtung den Sterbenden zu helfen. Es stellt sich nicht die Frage, OB wir helfen sollen sondern WIE wir helfen sollen. Eintritt des Todes ist unbestimmt und es gibt verschiedene Ansätze den Eintritt des Todes festzustellen. Tod als „irreversible Desintegration des Organismus“.

Oft wird das „Hirntodkriterien“ herangezogen, auch wenn es keine Definition für den Tod ist, da nicht „dieser da“ sondern „dieser du“ stirbt. Seit 1968 wird das Kriterium (der [Harvard Medical School](#)) herangezogen => war Paradigmenwechsel, da nicht mehr das Herz als Zentrum des Lebens angesehen wurde => das neuronale Paradigma war geboren, auch in anderen Bereichen wie Psychologie und Philosophie => medizinische Belange können Lebenswelt und Orthopraxie mitstrukturieren, somit auch Sprache determinieren. Aber auch dieses Paradigma bzw. Kriterium kann/ könnte sich ändern, da in der Schweiz bei Organentnahmen von Hirntoten „Abwehrbewegungen“ festgestellt wurden und unklar ist, ob sich die Menschen wehrten oder es sich um einen Reflex handelte. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob es nicht einseitig ist, das Bewusstsein so zu definieren wie im Moment und z.B. an Gehirnteil festzumachen.

Aktive und passive Sterbehilfe

Es gibt aktive und passive Sterbehilfe. Bei der aktiven Sterbehilfe wird aktive Hilfe zum Sterben geleistet und der Sterbeprozess aktiv eingeleitet! Bei der passiven Sterbehilfe wird keine aktive Handlung gesetzt, der den Sterbeprozess einleitet oder beschleunigt. Darüber hinaus gäbe es theoretisch noch die indirekte Sterbehilfe. Es gibt einen Passus, der indirekte Sterbehilfe erlaubt. Weiters gibt es die „Fahrlässige Tötung“.

Fraglich ist, ob in der Praxis wirklich klar zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe getrennt werden kann, sowie zwischen „Unterlassung“ und „aktiver Sterbehilfe“, da es gar nicht so klare Unterschiede gibt.

Es muss ein informiertes Einwilligen geben. Wenn es unfreiwillig ist, gibt es das große Problem, dass es gegen den Willen des Patienten ist. Ebenso problematisch ist es, wenn es keinen Willen gibt der geäußert werden kann, da z.B. derjenige im Koma liegt (gibt Möglichkeit der Patientenverfügung, die aber auch Probleme mit sich bringt, da sie beispielsweise nicht mehr lange oder eingeschränkt gültig ist, Wille des Patienten sich änderte,... Gibt es aber keine Verfügung, ist dies noch schlechter, da Verwandte und Bekannte angeben müssen, was die Person gewollt hätte => wenn Erbschaft ansteht ist es für die Hinterbliebenen meist schwer objektiv zu bleiben).

Aktive Sterbehilfe in Österreich und Europa

Aktive Sterbehilfe ist in Österreich, genauso wie Beihilfe zum Suizid, verboten. Strafmaß beträgt bis zu 5 Jahre, was verhältnismäßig (gemessen an Europa) sehr hoch ist (der Vortragende merkte an, dass dies eventuell historisch bedingt ist, dass das Strafmaß in Österreich verhältnismäßig hoch ist). Interessant ist, dass es auch verboten ist sich selbst umzubringen, dies aber straffrei gestellt ist. Grund für ein Verbot ist, dass wir nicht wissen können, ob der Tod **Wohl** oder **Übel** ist, deswegen darf laut Gesetz nicht Hand an sich selbst angelegt werden. [In anderen Ländern sieht es anders aus](#), beispielsweise in der Niederlande darf seit 2001 aktive Sterbehilfe betrieben werden, in Belgien seit 2002 und in Luxemburg seit 2009. Daher darf in diesen Ländern aktiv der Sterbeprozess eingeleitet werden, aber nur, wenn der Patient sterbenskrank ist und ein informiertes Einverständnis vorliegt. Darüber hinaus muss alles hinreichend dokumentiert werden und mehrere Ärzte involviert sein. Bei Statistiken bezüglich Gesetzesübertretungen in diesem Bereich schwanken die Zahlen von ein paar % bis hin zu 25%. Grund dafür ist, was jeweils in der Statistik als Gesetzesübertretungen gezählt/ gewertet wird: können Formfehler sein aber auch Sterbehilfe ohne Einwilligung. Ärzte können aber nicht genötigt werden Sterbehilfe durchzuführen, genauso wie kein Arzt zu einer Abtreibung genötigt werden kann.

Eine psychische Erkrankung ist ein Ausschlussgrund um aktive Sterbehilfe in Anspruch nehmen zu können. Dies wird im Moment angefochten, da es ein „Nachteil“ ist, andererseits ist diese Regelung wieder gut, da durch psychische Krankheiten auch Fehlurteile gefällt werden können.

In der Schweiz ist Suizide- Beihilfe straffrei, wodurch manche Menschen in die Schweiz fahren, um dort zu sterben. Mittlerweile gibt es sogar einen „Sterbetourismus“ in der Schweiz ([Dignitas](#) und [exit](#)).

Pro und Contra Sterbehilfe

Pro Sterbehilfe: Autonomie, Schmerz beenden, Würde, Lebensqualität, Kostenreduktion, Belastung (z.B. eigene, Angehörige,...). Fraglich, ob es eine Lebenspflicht gibt.

Contra Sterbehilfe: Würde und Unverfügbarkeit des (von Gott geschaffenen) Lebens, [Palliativmedizin](#) (z.B. Schmerzen reduzieren, Angst reduzieren, angemessene Versorgung schwerkranker Menschen, Musiktherapie,... => Palliativmedizin ist ein sehr großes Feld. Grob 5 % der Menschen können aber nicht ausreichend mit Schmerzmittel und ähnlichem versorgt werden), slippery slope, Bild der Mediziner verschlechtert sich, Irreversibilität des Todes.

Probleme bei der Sterbehilfe entstehen, wenn Kinder betroffen sind und hauptsächlich die Eltern über die Sterbehilfe entscheiden. Auch schwierig ist es, wenn Neugeborene schwerst geschädigt sind, leiden und eine geringe Lebenserwartung haben. Es gibt verschiedene Überlegungen darüber, was man dann macht z.B. ob Säugling Interesse hat getötet zu werden. Oder muss alles versucht werden, um das Kind am Leben zu halten?

[Einbecker Empfehlungen](#): seit 1986. Sind keine Handlungsanweisungen sondern Empfehlungen. Sit-tingesetz in der Gesellschaft wird vorausgesetzt. Eltern müssen zustimmen. **Anmerkung von mir:** Details müssen selbst nachgelesen werden, Text ist in Moodle zu finden oder siehe Link!

Bei Diagnosen kann es auch zu Fehldiagnosen kommen, sodass ein Totkranker doch nicht stirbt, deutlich später stirbt oder bei weitem nicht so leiden muss wie erwartet. Bei korrekten Diagnosen ist die Frage, was jetzt oder später einmal behandelbar ist und mit welchen Risiken es verbunden ist. Auch ist problematisch, wenn Eltern unter Schockzustand der Diagnose stehen, durch Zeitdruck, psy-

chischer Anspannung und dem Problem der Entscheidung leiden und trotzdem Entscheidungen treffen müssen.

Der Leichnam macht nicht jemanden zu einem „bloßen Etwas“ und wir sehen nicht „etwas das gelebt hat“, sondern „jemanden der gelebt hat“. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass wir Begräbnisse abhalten, Wünsche von Menschen auch nach deren Tod respektieren (z.B. Verteilung von Erbe, Begräbnis und dessen Gestaltung,...), ... => Tod von Mitmenschen beendet nicht unsere Moral und Umgang mit ihnen (den toten Menschen).

Medizinethik 8 - Freiheit der Forschung - Ethik als notwendiges Korrektiv, Hemmschuh oder Glasperlenspiel? – 21.5.2012

Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit

Aktive Sterbehilfe: Sterbeprozess wird künstlich eingeleitet und anschließend begleitet.

Passive Sterbehilfe: Sterbeprozess ist schon da/ eingeleitet und wird nur begleitet.

In einigen Ländern ist Sterbehilfe seit 2001 (Niederlande), 2002 (Belgien) und 2009 (Luxemburg) legal.

Probleme ergeben sich, wenn die Autonomie des Einzelnen durch irgendwelche Umstände unterwandert wird z.B. ein Mensch im Koma liegt oder aus sonstigen Gründen keine Entscheidungen (mehr) treffen kann.

Sterbetourismus in der Schweiz, vor allem aus Österreich, Italien, Schweiz,... Regeln wurden jetzt aber strikter.

Pro Sterbehilfe: Autonomie des Patienten, gibt keine Lebenspflicht, Leiden beenden (5% der Patienten, die mit [Palliativmedizin](#) begleitet werden, können nicht ausreichend mit Schmerzmittel versorgt werden), Majoritätsvotum der Länder (Mehrheit der Bevölkerung will es (Uni Graz erhob 2010, dass mehr als 60% dafür sind)), Kostenreduktion.

Contra Sterbehilfe: Palliativmedizin in 95% der Fälle ausreichend, Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens (Kant: aus dem Leben scheiden ist Missbrauch und Instrumentalisierung der eigenen Person), Gefahr des Missbrauchs, Slippery slope / Dammbrech Argument (Menschen könnten aufgrund einer Diagnose schon Druck haben oder gleich als fixer Sterbehilfepatient angesehen werden), Autonomie in schwierigen Stadien einer Krankheit ist sehr interpretationsbedürftig, da Menschen die Selbstmordgedanken äußern, meist eher Zuwendung haben wollen. Vertrauen in Ärzteschaft könnte verringert werden. Problem der Sterbehilfe potenziert sich, wenn es um Kinder, Babys und Ungeborene geht.

Argumente gegen die Freigabe aktiver Sterbehilfe: (bei Ungeborenen siehe auch Buch „[Muß dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener](#)“): Schwierigkeit der Prognose und Diagnose, akute Konfrontation der Eltern => Schock und trotzdem schwerwiegende Entscheidung treffen! Slippery slope (wie weit kann, soll, muss man gehen, sodass es schlussendlich nur mehr um Lebensqualität geht oder das „Idealkind“ zu bekommen?), Irreversibilität (Sterbehilfe ist nicht mehr rückgängig zu machen).

In Wien gibt es nur grob 70 bis 80 Hospizbetten (Anmerkung von mir: laut [Quelle](#) gibt es für ganz Österreich nur 42 stationäre Hospiz-Betten mit Langzeitbetreuung). Sterbenskranke sind meist nur Wochen, maximal ein paar Monate dort, bis sie sterben.

Organtransplantation und die Zahl des größten Glücks (Utilitarismus)

Bei der Organtransplantation soll die Zahl des größten Glücks angestrebt werden ([Utilitarismus](#)) => es ist nicht „gut“ und „sinnvoll“, wenn ein unglücklicher, sterbenskranker Mensch lebt während andere Menschen die glücklich wären die Organe von demjenigen brauchen. Wäre moralisch richtig eine Person zu opfern um viele andere Menschen am Leben zu halten.

Psychotherapeutin [Dietmut Niedecken](#): wir kommen um utilitaristische Erwägungen, Abwägungen, nach Quantität und Qualität des Lebens nicht herum. Gestehen wir uns dies nicht ein, kommen diese Gedanken über die Hintertür herein und überraschen uns dann => glauben uns dann schlecht fühlen zu müssen, da wir plötzlich so denken. Auch das Gesetz verlangt nach einer Regelung, ob Organe entnommen werden, unter welchen Voraussetzungen, wem die Organe „zustehen“ und auf welcher Grundlage die Verteilung erfolgt.

Organ: Ist Werkzeug, Ding im Körper, vielleicht aber auch überdeterminiert und hat Symbol, kulturelle und existentielle Bedeutung, die darüber hinausgeht. Wenn man ein Herz als Organspende bekommt benötigt es sehr lange, bis es vollständig in den Körper integriert wurde (es dauert Jahre, bis das Herz als „mein Herz“ angesehen wird und nicht mehr als „das Herz“ bezeichnet wird), fremdes Selbst ist gestorben und Teile von ihm sind in „mir“ damit „ich“ leben kann.

Einige Organe können auch freiwillig gespendet werden z.B. Niere, Leber, **Lunge**,...

Tierorgane können theoretisch auch verpflanzt werden z.B. von Schweinen Herzklappen, Versuche beim Affen mit Herzen. Ganze Organe werden aber nicht verpflanzt.

Relevant sind vor allem Mensch zu Mensch Transplantationen. Dabei gibt es immer Restrisiken, beispielsweise wenn jemand seine zweite Niere spendet, es später mit der verbleibenden Niere Probleme gibt und der Körper nicht auf die „Backup- Niere“ die gespendet wurde zurückgreifen kann.

Organspende, Ablehnung von Organspende und Organspenderausweis

Ein großes Problem bei Organspenden besteht darin, wenn der Spender nicht mehr ansprechbar ist, psychisch krank ist,... und man ihn folglich nicht fragen kann, ob nach seinem Ableben seine Organe gespendet werden sollen. Daher gibt es einheitliche Regelungen für diese Fälle: in Deutschland dürfen nur Menschen Organe spenden, wenn es nahestehenden Personen zugutekommt. Die dahinterstehende Idee ist, dass dadurch weniger Druck auf den Organspender verursacht wird (auch wenn das Argument komisch wirkt, da auch innerhalb der Familie und des Freundeskreises es einen großen Druck geben kann und gibt. Kann auch Abhängigkeitsargumente geben,... Organ ist meist dann mehr als ein „Ding“).

Bei Leberspendern gibt es die Diskussion, unter welchen Bedingungen man das spenden von dringend benötigten Organen ablehnen kann, ob das ablehnen einer Spende ethisch richtig ist und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen: ist es z.B. ethisch ok eine Spende, die die eigenen Eltern benötigen, abzulehnen?

In Deutschland muss jeder einen Organspenderausweis haben, damit von ihm Organe entnommen werden können, in Österreich ist es der umgekehrte Fall => hier muss man eine Verfügung besitzen, ansonsten werden die Organe entnommen und gespendet. In Deutschland gibt es die Diskussion, Menschen mit Organspenderausweis bei der Verteilung von Organspenden zu bevorzugen.

Warten auf eine Organspende – Organverteilung via Liste und Utilitarismus

Lebt der Organspender und möchte seine Organe jetzt gleich spenden, kann z.B. ein Bekannter das Organ erhalten. Stirbt man und werden dadurch Organspenden „frei“, gibt es eine allgemeine Liste mit Menschen, die auf eine Organspende warten. Derjenige der am besten für die Organspende geeignet ist, bekommt anschließend die Organspende. Wer am besten dafür geeignet ist hängt von vielen Kriterien ab, darunter wie lange derjenige schon auf die Organspende wartet, wie kompatibel er/sie ist und vieles andere.

Menschen die auf der Warteliste stehen und auf eine Organspende warten, können keine Fernreisen unternehmen sondern müssen da bleiben. Gibt es ein Spenderorgan für sie, werden sie darüber informiert, schnell abgeholt (aus ganz Europa!), Operation vorbereitet und durchgeführt.

Es gibt auch die theoretische Möglichkeit, auch wenn es sie in der Praxis noch nicht gibt, die Verpflanzung im embryonalen Status.

Organverteilung mittels Utilitarismus: Um eine Liste zu erstellen werden diverse Kriterien aufgenommen. Dahinter steckt die Idee des Utilitarismus: aufrechnen von Lebensqualität und Moral => ob jemanden ein Organ zugutekommt ist abhängig von der Erfolgsaussicht (wie lange wird er damit leben, wie gut vertragen, Lebenswandel für die Person (benötigt er/ sie z.B. das Organ auf Grund eines Gendefekts und anschließend verbessert sich durch die Organspende sein Leben, oder ist er/ sie z.B. chronischer Alkoholiker und wird immer wieder Organspenden wie Leber benötigen), wie lange wartet schon jemand auf ein Organ, Gewebekompatibilität, Dringlichkeit (wie sehr leidet er, wie lebensgefährlich ist es,...),)

Probleme der Transplantation und Überlegungen zur Transplantation

Kompatibilität lässt sich gut feststellen und argumentieren, die qualitativen und quantitativen Aussichten hingegen sind schwer objektivierbar und stellen somit ein großes Problem dar.

Beispiel des Vortragenden aus dem Otto Wagner Spital: schwer körperlich und geistig behindertes Kind benötigte Niere und Ärzte (nicht aus dem Otto Wagner Spital sondern die für die Verteilung zuständig sind) weigerten sich lange Zeit, das Kind auf die Liste zu geben, da eine Organspende zu keinem großen Lebenswandel führen würde (da sie schwer behindert war). Schlussendlich wurde sie doch auf die Liste gesetzt und bekam später auch eine Organspende.

Der Verkauf von Organen ist verboten, da befürchtet wird, dass Menschen in (meist finanziellen) Notlagen zuerst ihre Organe verkaufen würden, bevor sie z.B. ihr Haus verkaufen müssten.

Ebenso ist der Kauf von Organen verboten (zumindest bei uns), aber beispielsweise in Pakistan verkaufen vor allem Männer ihre Nieren, um rasch an Geld zu gelangen und werden dabei oft medizinisch suboptimal versorgt.

Daher gibt es Überlegungen den Handel zu legalisieren, sodass z.B. Menschen aus Europa Organe in Pakistan kaufen können, die Menschen dort medizinisch besser betreut werden und ein Mensch in Europa nicht stirbt, da er möglicherweise keine (oder rechtzeitige) Organspende bekommt und/ oder in Pakistan der Organspender stirbt, da der Spender dort nicht medizinisch gut versorgt wurde. Andererseits wird somit das Risiko in einigen Ländern deutlich erhöht, wo Menschen entführt und ihnen Organe entnommen werden, um diese (jetzt noch) illegal weiter zu verkaufen und somit viel Geld an anderen zu verdienen.

Die Freiheit der Forschung

Ist Ethik bezüglich der Freiheit der Forschung ein notwendiges Korrektiv, Hemmschuh, Skrupel, oder eine Angelegenheit aus dem Elfenbeinturm heraus?

Es ist einerseits unethisch/ unmoralisch, die Wirksamkeit eines Medikaments oder einer Therapie an einem Menschen zu testen, andererseits auch, es nicht am Menschen zu testen! In der Praxis werden neue Medikamente und Therapien zuerst an Tieren getestet, was aber wiederum Probleme, Fragen

und Diskussionen mit sich führt z.B. unter welchen Umständen dürfen Versuche an Tieren durchgeführt werden und an welchen Tieren (bei uns sind z.B. Versuche an Primaten NICHT erlaubt).

Auf rechtlicher und ethnischer Ebene wird diskutiert, welche Rahmenbedingungen es für Tierversuche gibt und geben soll. [Die 3 R](#):

- **Reduction:** Anzahl der Tiere/ Samples/ Stichproben reduzieren.
- **Replacement:** Ersatz suchen und/ oder andere Methoden anwenden z.B. statt Tiere lediglich Gewebe verwenden.
- **Refinement:** nicht Mittel zum Zweck. Wenn Tiere ausgebeutet werden, sollte man sie zumindest so gut es geht versorgen und ihnen ein halbwegs gutes Leben bieten.

Frage die sich stellt: wann heiligt ein Mittel seinen Zweck, welche Rolle spielt Dringlichkeit, Abwägung „Versuche an Menschen die dadurch Probleme bekommen“ vs. „Menschen die man mit dem Mittel heilen könnte“, an wen dürfen Forschungen und unter welchen Umständen durchgeführt werden, ...?

Eine Abwägung ist noch keine Entscheidung, muss aber durchgeführt werden, bevor eine Entscheidung gefällt wird!

Vier-Prinzipien-Modell von Beauchamp und Childress

[Tom Beauchamp](#) und [James Childress](#) (Buch „Principles of Biomedical Ethics“): [es gibt 4 gleichwertige Prinzipien bei Abwägungen](#), die in ein Gleichgewicht zu bringen sind, eines aber auch überwiegen kann. Wenn notwendig, muss zwischen folgenden 4 ethisch- moralischen Prinzipien abgewogen werden:

- Respekt vor der Autonomie der Patientin / des Patienten (respect for autonomy)
- Nicht-Schaden (nonmaleficence)
- Fürsorge, Hilfeleistung (beneficence)
- Gleichheit und Gerechtigkeit (justice)

Deklaration von Helsinki

In den Deklarationen von Helsinki ([ursprünglich aus dem Jahre 1964, später mehrfach revidiert](#)) wird zwischen folgenden Punkten unterschieden:

- [Heilversuch](#) (es könnte auch sein, dass es sich um eine singuläre Form handelt und niemand anderer als der „Patient“ jemals von dem getesteten Medikament/ Therapie profitieren wird)
- [Nichttherapeutisches Humanexperiment](#) (Nutzen für den Probanden erzielen, Proband kann in der Zukunft vom Experiment profitieren, erzielter Nutzen könnten auch anderen Menschen mit gleichem Alter oder Krankheit betreffen, Möglichkeit der fremdnützigen Forschung). Versuchsperson, die unter „gesunden Probanden“ fallen sowie [„Patienten, an dem eine klinische Prüfung durchgeführt wird“](#).

Medizinethik 9 - Fragen zu Möglichkeiten und Utopien der Gentechnik – 4.6.2012**Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit**

Mein/ dein,... Körper ist kein Gegenstand wie eine Uhr, die man mit sich trägt. Die Teile des Körpers, beispielsweise die Organe, sind mehr als bloße Dinge und existentiell bedeutungsvoll und Symbole unserer Existenz. Das Herz ist in Kulturkreisen symbolisch überdeterminiert wodurch es auch nicht weiter verwundert, dass Menschen noch lange Zeit nach ihrer Herztransplantation nicht von ihrem Herz sprechen.

Seele/ Geist und Körper sind schwer voneinander zu trennen, vor allem bei Fragen der Transplantation.

Ganze Organe können nicht von Tieren zum Menschen transplantiert werden, nur Teile wie Herzklappen. Ganze Organe können nur von Mensch zu Menschen transplantiert werden, entweder von einem lebenden (nachwachsende oder regenerierende Organe) oder sterbenden Spender.

Bei lebenden Spendern muss immer Gesundheit (Spender) gegen Gesundheit (Empfänger) abgewogen werden und stehen gegeneinander, da bei einer Transplantation auf beiden Seiten immer etwas passieren kann.

In Deutschland dürfen nur nahestehende Menschen spenden, mit der Begründung, dass es somit keinen Druck gibt, aber genau hier könnte es Probleme geben, beispielsweise dem eigenen Vater, der eigenen Tochter, ... die notwendige Niere zu verweigern => könnte sich viel Druck aufbauen. Umgekehrt entsteht für Hoerster und Birnbacher die Frage, ob man als Empfänger eine Spende auch ablehnen kann oder gezwungen ist, eine Spende anzunehmen.

Bei sterbenden Menschen ist das Hirntodkriterium gang und gäbe, um den Tod festzustellen, auch wenn dieses Kriterium mittlerweile hinterfragt wird.

Die Organverteilung ist ein wichtiger Punkt, da „Aufrechnung“ des Lebens notwendig ist und Abwägung eintritt, der in anderen Kontexten böse und verboten ist/ wirkt=> macht die Sache komplizierter, da es unseren Intensionen widerstrebt, aber notwendig ist, da es zu wenige Organspenden gibt.

Kriterien bei der Organverteilung: Biologische Kriterien (Gewebekompatibilität), Prognose, Dringlichkeit, Erfolgsaussichten (z.B. Lebensstil, der bewertet wird), Wartezeit => alles wird aufgerechnet und abgewogen =>passt mit gesellschaftlichen Bild oft nicht zusammen: Beispiel des behinderten Mädchens, wo Ärzte sie nicht auf die Empfängerliste für eine Organspende setzen wollten.

Phänomen des Organhandels: weltweit werden jedes Jahr grob 10 000 Organe gehandelt => Frage ist, ob man den Handel rigoros verbieten soll, inwiefern und wie, oder legalisieren und Rahmenbedingungen schaffen soll, sodass es eine gute medizinische Betreuung für Spender gibt. Oder ökonomische Welt schaffen, in der keiner seine Organe verkaufen muss, da er es aus Geldmangel muss.

Vergleich vom letzten Mal mit Blutentnahme: wird eine Alkoholkontrolle der Polizei verweigert, muss man zahlen da angenommen wird, man ist z.B. alkoholisiert Auto gefahren => sollte es auch einen Zwang geben Blut für andere Menschen zu spenden und wenn man dazu nicht bereit ist, muss analog zum Beispiel davor gezahlt werden? Oder Organe gespendet werden müssen, wenn jemand sie dringend benötigt und widersetzt man sich dem, muss dafür gezahlt werden? Gibt es also eine „Schuld“ gegenüber der Gesellschaft und anderen Menschen, die ein Organ dringend benötigen?

Es ist unethisch die Wirkung von neuen Medikamenten und Verfahren an Tieren und Menschen zu testen, umgekehrt aber auch, sie nicht getestet zu haben (da sie z.B. vielen Menschen das Leben retten könnten) => Experimente sind hoch problematisch, vor allem an Menschen.

Embryonenforschung und Durchführung von Studien

Doppelblindstudie: methodisches Nonplusultra: 2 Probandengruppen, eine mit Wirkstoff, die andere mit Placebo. Ist aber bei lebensbedrohlichen Krankheiten verboten!

Medikamententest an Kindern: ist verboten und wer würde auch seinem Kind so etwas zumuten? Andererseits wenn sie krank sind, möchte man ihnen helfen und keine Medikamente geben oder keine getesteten ist für viele Eltern auch keine Alternative.

Substanzen („Medikamente“) sind am besten an Männern in mittleren Alter getestet, da Frauen oft durch eine eventuelle Schwangerschaft ausgenommen sind und durch ihren Zyklus auch Schwankungen aufweisen => es werden meist Männer im mittleren Alter genommen, da dies am einfachsten ist.

Möglichkeit der verbrauchenden Embryonenforschung: sehr umstritten, hängt vom Personenbegriff und dessen Definition ab: was ist z.B. ein 14 Tage alter Embryo? Bis 14 Tage gibt es sicher kein Schmerzempfinden => falls verbrauchende Embryonenforschung erlaubt wird, wo wird der Schlussstrich gezogen und gesagt, dass es sich ab dem Tag X um einen „Menschen“ handelt und daher nur bis zu diesem Tag verbrauchende Embryonenforschung betrieben wird? Personenstatus schon ab Zeugung oder erst ab Empfindung z.B. von Schmerz oder doch etwas anderem? Was ist das Kriterium, das einen Menschen ausmacht und ab wann ist ein „Zellhaufen“ ein „Mensch“ und nicht mehr etwas, an dem verbrauchend geforscht werden darf?

Deklarationen von Helsinki (Expertengremium)

Unterscheidung (aus dem Jahre 1964) in Heilversuch (erkrankte Person und ihre Genesung steht im Vordergrund, ohne, dass andere Menschen nicht direkt profitieren, informiertes Einverständnis muss vorliegen, Verhältnismäßigkeit der Therapie muss gegeben sein) und nichttherapeutisches Humanexperiment (kann Nutzen für Probanden mit sich bringen, muss aber nicht der Fall sein). Kriterienkatalog:

- Mindestmaß an methodischer Sicherheit.
- Kenntnisnahme der verfügbaren Literatur (nicht irgendwelche Dinge erforschen, die bereits erforscht sind und „neu“, möglicherweise mit Schaden für die Person, erforscht werden).
- Zuerst Tiere, dann Menschen (aber manche Substanzen, darunter z.B. Psychopharmaka sind bei Tieren oft nicht oder kaum zu testen).
- Vorab Festlegung eines Protokolls.
- Wissenschaftlich qualifiziertes Personal.
- Weitere Punkte, die möglicherweise bedenklich sind:
 - Informed Consent: informelles Gespräch und jederzeit Rücktritt von der Therapie möglich (fraglich, ob das in der Praxis funktioniert und Proband jederzeit aussteigen und unterbrechen kann, die Situation ab- und einschätzen kann, den Eindruck hat in die Mühlen der Medizin gekommen zu sein, Arzt Machtverhältnis ausspielt, Druck ausübt oder umgekehrt, es bei Komplikationen zu einem Abbruch kommt (aber fraglich ist, welche Komplikationen einen Abbruch rechtfertigen und welche nicht)).
 - Ergebnisse müssen veröffentlicht werden (ob dies in der Realität auch gemacht wird, ist mehr als fraglich, allein, da es seitens des Arztes eine Schweigepflicht gibt).

Gentechnik –Einführung

Bei der Gentechnik werden wir uns hauptsächlich auf das menschliche Genom konzentrieren (es gibt auch andere Bereiche z.B. grüne Gentechnik (beispielsweise die Veränderung von Pflanzen, Tieren,...)).

Die Zulässigkeit oder Nichtzulässigkeit einer Pflanze wird meist daran gemessen, ob ein Schaden für den Menschen entstehen kann. Beispielsweise wissen wir nicht, ob es eine langfristige (negative/schädliche) Wirkung von Genmais auf uns Menschen gibt. Ist eine Position, gibt aber auch die andere Position Pflanzen, Tieren, Ökosystemen,... einen Eigenwert zuzusprechen und nicht vom möglichen Schaden für den Menschen, sondern z.B. die Pflanzen an sich zu argumentieren. Abhängig von den Positionen die sich durchsetzen gibt es in der Welt auch sehr unterschiedliche Gesetzgebungen.

[Peter Propping](#) und [Ludger Honnefelder](#) meinten, dass es viele Diskussionen rund um das Thema gibt, andererseits wissen wir nicht, wie wir damit umgehen sollen und wofür die Gentechnik eines Tages werden dienen können. Die Möglichkeiten gehen über das bloß instrumentelle hinaus. Verheißungen, die sich damit verbinden, stehen in keinem Verhältnis zum technisch real Machbaren! Dies beginnt schon bei der Frage, was wir denn wirklich wissen, wenn wir das Genom entschlüsselt haben => es gibt sehr viele und unterschiedliche Interpretation, was wir mit den Informationen dann machen (und anfangen können), wie wir sie interpretieren,... Sie reichen von Determinierung des Genpools bis hin zu einem **genetischen Substrat**.

Manipulation der Gene

Einflüsse in der Umwelt (z.B. soziale) aktivieren bzw. deaktivieren „Gene“ => wie und wie gut kann dies gesteuert werden und Gene bewusst aktiviert bzw. deaktiviert werden?

Eingriffe und die daraus resultierenden Auswirkungen sind schwer absehbar, viele Unsicherheiten gibt es bereits in den Grundlagen. Hinter der Gentechnik stecken aber auch viel wissenschaftliches Renommee und Geld, aber auch Politik, Wissenschaft, Firmen und Interessen.

Es sind nicht per se naturwissenschaftliche Entscheidung die ausschlaggebend dafür sind, was das Augenmerk der Gentechnikforschung ist z.B. ob das Augenmerk auf die Diagnostik, Prognose, oder Therapie gelegt werden soll. Vor allem bei der Therapie ist die Risikoabschätzung sehr schwierig.

Somatische Gentherapie: bezieht sich auf das jeweilige Individuum: [Genpool des Individuum](#) wird herangezogen, verändert und somit betrifft es nur ihn und nicht auch z.B. die Nachkommen.

Keimbahnintervention: betrifft nicht nur Individuum. Beispielsweise werden genetische Erkrankungen auch für die Nachkommen „deaktiviert“=> Folgenabschätzung sehr schwer bis unmöglich! Aber auch bei der somatischen Gentherapie ist man sich nicht ganz sicher, ob es nicht auch die Nachkommen betreffen könnte.

Natürlichkeit der Gene

Gibt es ein Recht, wie Jürgen Habermas anmerkt, auf eine natürliche Abstammung und auf ein nicht manipuliertes Genpool? Oder spielt der Genpool nur eine untergeordnete Rolle, sodass die Veränderung am Genpool nicht als Lebewesen verändert? => es ergeben sich sehr viele Unsicherheiten und Probleme der (Folgen-) Abschätzung.

Wenn es um das Thema Natürlichkeit geht wird meist angemerkt, dass es immer Zucht, Heiratsregelungen und ähnliches gab und es dadurch auch eine genetische Manipulationen gab. Lediglich die

Quantität und Qualität hat sich, dafür aber sehr stark, verändert. Ebenso änderte sich deutlich die Geschwindigkeit, mit der alles vor sich geht => auch rechtlich muss sich viel verändern, um Schritt zu halten.

Beispiel der geschützten Steinböcke: geschützte Steinböcke vermehrten sich mit Hausziegen => Angst entstand, dass die geschützten Steinböcke aussterben, da sie sich nur mehr mit Hausziegen vermehren könnten. Vor allem war fraglich, was mit dem „Mischwesen“, welches jetzt entstand, gemacht werden soll, da Steinböcke gesetzlich geschützt sind und man sie nicht schießen darf. Andererseits ist das Mischwesen nicht rein Steinbock => rechtlich gibt es keine Lösung oder Regelung, was man machen kann/ darf/ muss.

Wenn es um Diagnostik alleine geht: Gentechnik hätte bei der Diagnostik von Erkrankungen viele Vorteile, vor allem, wenn sie früh feststellbar sind (z.B. vor der Geburt), was bis jetzt nicht der Fall ist.

Probleme und Spannungsfelder der Gentechnik

Nicht nur Reichweite und Genauigkeit, sondern eventuell auch das [pathologische](#) Selbst verschiebt sich => was vorher normal war, wird behandlungsbedürftig => Therapie => wo handelt es sich nur um eine Therapie und wo beginnt die Verbesserung der Fähigkeiten eines Menschen ([Enhancement](#))?

Bei der [Pränataldiagnostik](#) (PND) und ähnlichem erkennt man gut, dass sich die Gentechnik nicht nur auf die Pathologie, sondern auch auf nicht pathologische Dinge Auswirkungen hat. Ändert sich das Recht auf Nichtwissen, gibt es eventuell genau dann quantitativ und qualitativ eine Pflicht zu wissen und wie sehe es dann mit der moralischen Pflicht aus z.B. keine Kinder zu bekommen, da dies zu unheilbaren Erkrankungen der Kinder führen könnte? => Schritt in die liberale Eugenik? Könnten nicht gewisse Informationen die wir aus dem Genpool enthalten über das medizinische hinausgehen, wodurch sich eine neue Schweigepflichte ergeben müsste und man bei einer neuen Arbeitsstelle nicht nur ein Leumundszeugnis mitnimmt, sondern auch einen Genpooltest? Sollten/ müssten Menschen präventiv behandelt werden wenn sie wissen, dass sie z.B. zu Gewalt neigen?

Problem der Gesetzgebung: präventiv und reaktiv zu bleiben. Wäre auch utopisch zu wissen was in Jahren machbar sein wird. Gesetzliche Rahmenbedingungen müssen sich nicht nur auf das Jetzt, sondern auch auf das Zukünftige beziehen, was jetzt noch nicht möglich ist und eventuell einmal machbar und Realität sein wird.

Beispiel Fortpflanzungsmedizingesetz (aus Österreich): Schutz der befruchteten Eizelle => was macht man aber bei einem geklonten Embryo? => hat er denselben Schutz wie ein nicht geklonter Embryo oder nicht? Wie geht es danach mit dem Embryo weiter, vor allem, wenn er „auf die Welt gebracht“ wurde?

Medizinethik 10 - Gentechnik (Fortsetzung) - 11.6.2012**Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit**

Dem Vortragenden geht es beim Thema Gentechnik hauptsächlich um den Menschen, aber auch um Tiere und Pflanzen. Eingriffe in das menschliche Genom haben im Moment (noch?) große Einschränkungen und Restriktionen.

Peter Propping und Ludger Honnefelder sprechen von einer „kulturelle Ikone“ des Gens => Überlegung, dass durch die Entdeckung der Doppelhelix ein Zeitalter begonnen hat, wo Forschung, Technik und Praktiken der Gentechnik eine instrumentelle Funktion haben, darüber hinausgehen aber z.B. viele Zukunftsvisionen bestehen, was denn nicht einmal alles möglich sein wird. Es gibt aber große Einschränkungen des technisch machbaren, schwere Risikoabschätzung, Unheimlichkeit der Gentechnik,... => gibt nicht nur Streitigkeiten zwischen naturwissenschaftlichen Positionen, sondern auch ideologische Grabenkämpfe. Medizin ist mehr als eine angewandte Wissenschaft, daher entstehen auch diese Probleme.

Was wissen wir, was ist der Stellenwert und wohin bringt es uns, wenn wir das Wissen über Genome, Entschlüsselung der DNA,... haben? Was wissen wir z.B. über die Macht und Einflüsse der Gene auf den Menschen? Inwiefern kann man den Menschen auf seinen Genpool reduzieren (sinnvoll und machbar sowie ethisch richtig zu machen)? Ist es nur materielles Substrat, eines oder DAS ausschlaggebende am Menschen, seiner Verfassung, Entwicklung,...? Und wenn es nicht die Determinante der menschlichen Verfassung ist, inwiefern ist es ein Faktor von vielen? Warum gibt es dann aber diese extrem hohen Erwartungen an die Gentechnik und ist dies gerechtfertigt?

Es gibt 30 bis 40.000 Gene, wobei viele entschlüsselt wurden, es aber weiterhin unklar ist, wie die Wechselwirkung erfolgt und sich auswirkt. Ebenso die Aktivierung und Deaktivierung von Genen z.B. in der Pubertät oder davor im Kindesalter.

Was können und sollen wir mit unserem Wissen über die Gene machen? Ist Gentechnik in Forschung, Diagnostik, Prognose, Therapie, oder allem zusammen sinnvoll? Oder wird die Gentechnik eine von vielen Methoden der Medizin sein, die angewandt wird?

Rechtliche Lage: wie aktuell und zukunftsweisend zugleich muss sie sein, eingrenzen, einschränken,...?

Grüne Gentechnik ist problematisch, da die Risikoabschätzung sehr schwer ist, ebenso, wenn Tiere verändert werden und welche Auswirkungen dies auf Umwelt und durch Verzehr von ihnen auch für uns, das ökologische System,... hat.

Bei Tieren und Pflanzen, aber auch beim Menschen, wurden Eingriffe in die Fortpflanzung vorgenommen, künstlich verändert, Vererbung,... aber bei weitem nicht mit dieser Geschwindigkeit, den Möglichkeiten und möglichen Risiken wie jetzt. Quantitativ und qualitativ kam es zu einer deutlichen Steigerung.

Wie sollen wir mit Hybridwesen wie z.B. Steinböcke, die sich mit Ziegen paarten, umgehen? Können nicht präventiv arbeiten, da dieses Hybridwesen z.B. gesetzlich nicht angedacht/ denkbar war und jetzt darauf reagiert werden muss.

Schutz der befruchteten Eizelle im Gesetz: von geklonten Eizellen ist nicht die Sprache, Lücke im Text => Gesetz ist oft nur reaktiv und nicht präventiv.

Im Moment gibt es mehr als 2000 Gene, die identifiziert und mit Krankheiten verbunden wurden => was zeigt sich durch die möglichen Verfahren und zukünftigen Verfahren? Mit Diagnose leben, Medikamente, Genmanipulation,...? Recht auf Nichtwissen könnte sich verändern, vor allem, wenn wir Kinder haben wollen und man schon vorher analysieren könnte, dass es verheerende Krankheiten für die Kinder mit sich bringen könnte/ würde. Dürfen dann diese Personen aus rechtlichen Überlegungen keine Kinder zeugen? => ist dies liberale Eugenik oder das, was durch die genetischen Einsichten gefordert wird? Gibt es eventuell auch neue Schweigepflicht oder das Gegenteil, dass wenn wir eine neue Arbeitsstelle antreten nicht nur unser Leumundszeugnis sondern auch unser DNA Zeugnis vorlegen müssen, oder man präventiv Menschen mit Sucht-, Gewalt-,... Potential behandelt, da sie ein Problem und eine Gefahr für die Gesellschaft darstellen?

Die Gentherapie ist laut Vortragendem das spannendste und interessanteste Thema im Bereich der Gentechnik.

Somatische Gentherapie: sinnvoll bei [monogenetischen Erkrankungen](#) (die nur auf ein Gen zurückzuführen sind => nur ein Gen ist an der Krankheit schuld), aber z.B. Krebs wird nie als monogenetisch bezeichnet und gibt eher wenige vererbare Krankheiten, die monogenetisch sind. Im Verhältnis sehr geringer Anteil an Krankheiten, auf die man direkt einwirken kann. Bei Therapien gibt es aber auch Risiken. Therapien werden wie folgt gemacht: einbringen von Genen in Gewebe, wird mittels Träger („Vektor“) gemacht und sind meist Retroviren (die den Körper zu einem gewissen Grad schädigen können => kann überhaupt nur gemacht werden, wenn der Körper ein halbwegs gutes Immunsystem aufweist). Bei diversen Versuchen zeigten sich am Anfang Erfolge, aber Interaktion zwischen den Genen hatte Folgewirkung, sodass viele Menschen unter Leukämieerkrankungen litten.

Keimbahnintervention: Ei- und Samenzellen sind betroffen => werden im Gegensatz zur Gentherapie zuvor vererbt => Risiken und Folgen sind extrem schwer abzuwägen => ist verboten! Hier geht es um die Verhinderung von Krankheiten bei den Nachkommen, im Gegensatz zur Methode davor, wo es rein um das Individuum geht. Der Druck in diesem Forschungsbereich zu forschen ist groß, ohne, dass sich Risiken auftun und Nutzen überwiegt. Es stellt sich die Frage, wo die Grenze zwischen pathologischen und nicht pathologischen liegt, ob ein niedriger IQ als Behinderung angesehen wird, da man ihn mittels Gentechnik steigern könnte oder Schönheitsfehler einem Individuum nicht mehr zumutbar sind. Können sich Paradigmen (oder Schönheitsideale, Ansichten,...) nicht auch verschieben, sodass Nachfahren sich beschweren, dass sie nicht natürlich sind oder Trends und Modeerscheinungen darüber urteilen, wie man zu sein hat => ist nicht mehr Schicksal wie und warum man ist, sondern es gibt jemanden der dafür verantwortlich gemacht werden könnte, dass man so ist und aussieht, wie man ist => wie gehen wir damit z.B. rechtlich um?

Klonen - Einführung

Klonen ist in der Regel nicht therapeutisch. Das Thema ist sehr und noch stärker als Gentherapie aufgeladen.

Wittgenstein: Behexung **des philosophischen Verstandes** durch die Sprache => wir Menschen haben durch Medien, Sprache,... ein gewisses Bild von einer Materie, die uns an einer rationalen Auseinandersetzung mit dem Thema verhindert/ erschwert und es zu Verwechslungen kommt.

Therapeutisches Klonen

Embryonen werden geklont („vervielfältigt“), da diese Zellen sich noch zu fast allem wie Gehirnzellen, Blutgefäße,... entwickeln können. Dadurch könnten diese Zellen als Gewebeersatz verwendet werden, ohne eine Abstoßungen des Körpers zur Folge zu haben, wie es oft bei Organtransplantationen der Fall ist und dort ein großes Problem darstellt. Therapien könnten entwickelt werden, die nicht heilbaren Krankheiten heilen oder zumindest das Leben, die Krankheit, Auswirkungen,... verbessern würde. Dieses Verfahren ist aber embryonenverbrauchend, sprich Embryonen und somit auch werdende „Menschen“ sterben. Somit steht der Begriff des therapeutischen Klonens möglicherweise gegen die Anschauung, dass Embryonen Menschen sind und diese zerstört werden => ist ein Embryo lediglich ein Zellhaufen oder wird einem Menschen das Leben genommen?

In Österreich ist das Gesetz eher auf Schutz ausgelegt, auch wenn es viele Lücken gibt. In UK ist das therapeutische Klonen erlaubt, da das Einnisten des Embryos in die Gebärmutter notwendig ist, damit aus einem Embryo ein Mensch wird. In Griechenland ist die Gesetzeslage nicht eindeutig erfasst, therapeutisches Klonen wird aber eher erlaubt: in Österreich ist es auch nicht eindeutig geregelt, Tendenz geht eher in Richtung Ablehnung, während in Deutschland es eindeutig verboten ist. Offen bleibt ob und wie die EU mit der Thematik umgehen soll, da es zu große Unterschiede unter den einzelnen Ländern gibt. Druck durch Medizintourismus, ökonomische Vorteile,... könnte entstehen.

Reproduktives Klonen

Bekanntest Beispiel „**Dolly**“ (1996), gab aber bereits viele andere Klone bei diversen Tierarten. Dolly war das erste Säugetier, das durch reproduktives Klonen gezeugt wurde (streng genommen handelt es sich um keinen richtigen Klon, da die genetische Übereinstimmung mit dem Ausgangstier nicht ganz 100%ig ist). Aus den 277 Eizellen entstanden 29 Embryonen, von denen einer überlebte. Bei Dolly gab es auch viele Vorversuche und misslungene Experimente (über 200! Es kam auch zu unbekanntem Schädigungen die auf natürliche Art nicht entstehen können. Wie würden wir beim Menschen mit unbekanntem Schädigungen umgehen wenn wir z.B. 10 Versuche starten müssen, damit einer schlussendlich erfolgreich klappt? Was wird mit den 9 „misslungenen“ Menschen gemacht?) => nur weil es möglich ist heißt es noch lange nicht, dass es moralisch richtig ist, es keine Probleme oder offenen Fragen gibt. Unter anderem deswegen ist das reproduktive Klonen von Menschen verboten.

Welches Ziel steckt hinter dem reproduktiven Klonen?

Nicht die Zeugung von Nachkommen, sondern die Wiederholung eines bestimmten Genoms steht im Vordergrund => wer wäre ein Kandidat dafür, dass sein/ ihr Genom wiederholt wird? Warum genau er/ sie oder „kann“/ soll jedes Genom wiederholt (und somit jeder Mensch geklont) werden? Die große Gefahr besteht darin die Auswahlkriterien rein auf das Genpool, Eigenschaften wie IQ, Stärke, Mut,... zu fokussieren. Wen gratulieren wir, wenn ein Mensch erfolgreich ist: seinem Gehirn, seinen Muskeln, seinem Genpool, seinen Eltern, seinem „Hersteller“, ...oder doch dem Menschen der erfolgreich war? Werden geklonte Menschen eventuell nur wegen ihrer Gene geschätzt, oder haben aufgrund ihrer Gene Erfolgs- Leistungsdruck, die sie erfüllen und denen sie gerecht werden müssen?

Wenn sie diese erfüllen, haben sie dann lediglich das erfüllt was von ihnen erwartet wurde, spricht nichts Besonderes geschafft? Wie sieht es mit der Autonomie aus, da dieser geklonte Mensch nur am Leben ist, da ihm genetisch gewisse Eigenschaften zugeschrieben sind, die er erfüllen und ausleben muss und eventuell nicht gerecht wird? Gibt es das Recht auf natürliche Abstammung? Ist In-vitro-Fertilisation „natürlich“, da Technik eine große Rolle spielt? Ist die Familienplanung natürlich (Verhütungsmittel, andererseits auch umgekehrt, prüfen wann die Frau möglichst fruchtbar ist um möglichst sicher schwanger zu werden)? => Herrschaft der Toten (vorhergehende Generation) über die Lebenden. Beim reproduktiven Klonen ergibt sich weiters die Frage, welche Probleme, gesellschaftliche und rechtliche Fragen entstehen, da es eventuell für die „natürlichen“ Individuen doch einen eigenen Status gibt und für die Klone ebenso => double bind, da was hergestellt wird verwendet, aber auch zerstört werden kann! Aber bereits jetzt gibt es bei Samenbanken Qualitätskriterien => beim reproduktiven Klonen stellt sich erst recht die Frage, welche Kriterien es gibt, ob diese akzeptabel sind,...? Auch ob es das Recht auf Individualität und Natürlichkeit gibt, ist eine wichtige Frage.

Intuitionen sind oft vage, Privatangelegenheit, subjektiv,... In der Praxis funktioniert vieles aber rein rational oft nicht, auch, da wir nicht binär entscheiden sondern vielmehr mit einem „Raster“.

Pathologisch: was früher nicht bekannt oder nur Makel war, gilt dann als „Krankheit“ und Defizit z.B. kleine Brüste oder abstehende Ohren.

Allokation - Einführung

Unter Allokation wird die Verteilung von Ressourcen im Gesundheitssystem verstanden. Dabei müssen wir uns über Überzeugungen einigen, die sich gesellschaftlich und historisch verändern können und der dynamischen Intersubjektivität entspringen.

Angemessenheit der Zuteilung von Gütern hinter dem Hintergrund einer größeren/ kleineren Verfügbarkeit. Es gibt kein medizinisches Gut wie Medikamente, aber auch Essen, Getränke, ..., dass es ausreichend gibt. Vor allem medizinische Güter können sehr schnell extrem teuer sein. Die Auseinandersetzung mit dem Thema ist unbedingt notwendig, da Entwicklung und Anwendung von Therapien sehr teuer sind und dies auch weiterhin der Fall sein wird.

Rationierung: Nicht jedem wird und kann alles zur Verfügung gestellt werden! Verteilungsfragen können sehr virulent werden z.B. bei der Vergabe von Organen. Rationierung bedeutet schlussendlich, dass zumindest manchen/ einigen/ vielen Menschen etwas vorenthalten wird, was aber er/ sie (manchmal/oft dringend) benötigt. Was sehen wir als gerecht an? Unsere Anschauungen sind ausschlaggebend darüber, was wir global, gesellschaftlich,... als gerecht ansehen.

Rationalisierung, Gerechtigkeit und Probleme der Objektivität

Bildung eines „Soll- Zustandes“ an dem der „Ist- Zustand“ gemessen und verglichen werden kann. Der „Ist- Zustand“ selber ist ethisch zu bewerten. Was ist wirklich verbesserungswürdig? Verkompliziert sich dadurch, dass der Ist- Zustand nicht statisch ist sondern ständigen Verschiebungen unterliegt (ökonomische Lage, Ressourcen selber,...). Was wird in der Gesellschaft als notwendig angesehen? Mit welchen anderen Gütern können medizinische Güter abgewogen/ aufgewogen werden? Sprich:

- 1) Ist Gesundheit ein öffentliches oder privates Gut (oder etwas dazwischen)?
- 2) Wenn es ein öffentliches Gut ist, uns zusteht und für das wir verantwortlich sind, ist es dann das höchste Gut? Oder ist das Zurverfügungstellen von medizinischen Gütern in Konkurrenz zu anderen Gütern wie Bildung, Freiheit,...?

Medizinethik 11 - Allokation - 18.6.2012**Wiederholung und Ergänzung zur letzten Vorlesungseinheit**

Vieles der Gentechnik, was wir für machbar halten, ist Utopie. Die Gentechnik ist auch nicht alt genug um z.B. gewisse ethische Fragen und Folgeabschätzungen seriös fällen zu können.

Verhexung der Sprache: dadurch werden gewisse Probleme verdeckt

Somatisch Gentherapie: betrifft Individuum, Therapie von monogenetischen Erkrankungen (gibt grob 2000 identifizierte Gene, die mit Krankheiten assoziiert werden), darf Grenze zur **Keimbahnintervention** nicht überschreiten (was aber manchmal nicht immer leicht ist!), Retroviren werden als Träger von Geninformationen verwendet => Gefahr, dass es Interaktion und Wechselwirkung zwischen den Genen gibt bzw. auch Spermien/ Eizellen betroffen sind.

Keimbahnintervention: ist überall verboten und gibt UNO Deklaration dazu. Wäre schwer kontrollierter Eingriff ins Erbgut (da auch die kommenden Kinder betroffen wären).

Verschiebung von Therapie und Enhancement (Verbesserung).

Habermas meint, dass es dadurch zu einer Herrschaft der Toten über die Lebenden kommt, da es zur „damaligen“ Zeit gewisse Schönheitsideale, Wertvorstellungen,... gab und modern war, entschieden wurde das Menschen so aussehen sollen und diese und jene Eigenschaften haben sollen, aber heute anders ist/ gefragt ist und die damalige Generation über die jetzige entschied.

Wittgenstein: Grenzen der Sprache bilden Grenzen der Welt => gilt auch auf pragmatischer Weise.

Klonen: Therapeutisches und reproduktives Klonen. Fraglich, ob Klonen überhaupt unter Gentechnik fällt, der Vortragende meint: Ja. Das Hauptargument gegen das Hineinfallen des Klonen in die Gentechnik besteht darin, dass das Genom technisch nicht verändert sondern „nur“ wiederholt wurde.

Intuitionen: Frage, welche Bedeutungen Intuitionen haben und inwiefern wir darauf Rücksicht nehmen sollen.

Risikoabschätzung: noch sehr problematisch, deswegen ist z.B. klonen auch verboten. Bei Klonschaf Dolly und Co sah man, dass die entstehenden Individuen meist schwer geschädigt waren und die Frage entstand, was man dann „damit“ (mit den Missbildungen) tut. Ab wann ist ein Zellhaufen ein Mensch? Wie differenziert man z.B. moralisch zwischen „Original“ und „Kopie“?

Therapeutisches Klonen: grundlegende Frage, welchen Status Embryonen haben (da sie vernutzt und somit „zerstört“ werden => „Menschen“ werden getötet).

Verheißungen: z.B. Heilung von schweren Krankheiten, Heilung von schweren Schäden,... vs. Stand der Technik, bei der fachlich noch vieles offen, unbekannt ist und Folgenabschätzung auch sehr schwer fällt. Ein großes Problem ist, dass die Forschung reales Leben opfern müsste.

Reproduktives Klonen: Wiederholung des Genoms, Intuitiv würden wir es komisch finden. „Klonen“ gibt es aber z.B. in der Natur bei Pflanzen und ist dort natürlich, bei Tieren aber nicht und wir Menschen haben mit der Risikoabschätzung Probleme, erst recht beim Menschen. Fraglich ist, welches Genom man wiederholen sollte, warum, und wie geht es dem Individuen mit dem geklonten Gen? => gewisse Leistungen, Erfolge, Eigenschaften,... werden von ihm/ ihr erwartet und verlangt (z.B. Gratu-

lation zum Gehirn oder Genom wirkt komisch, deswegen stellt sich die Frage, ob man den Mensch darauf reduzieren kann). Welche Stellung hätte ein Klon in der Gesellschaft und aus rechtlicher Sicht?

Allokation und Gerechtigkeit

Gerechte Verteilung von Ressourcen in der Gesellschaft mit dem Hintergrund der beschränkten Verfügbarkeit. Wird vermutlich nie so sein, dass jedem alles zur Verfügung gestellt werden kann.

Es wird vermutlich auch nie eine endgültige Entscheidung darüber geben, wie eine gerechte Verteilung aussieht. Die Debatte dreht sich um die Zielvorstellung (Soll- Zustand), welches Kriterium gerecht ist bzw. welche Kriterien gerecht sind und die Frage, ob verschiedene Anschauungen existieren die miteinander kollidieren. Interpretation des Ist- Zustandes ist auch ethisch zu bewerten => was ist zu verbessern und verbesserungswürdig? Der Ist- Zustand ist nicht statisch sondern verschiebt sich (z.B. ökonomischer Aufschwung, ökonomischer Abschwung (z.B. jetzt), Verknappung der Ressourcen, ...), Qualität der Ressourcen kann sich verschieben (es gibt immer mehr und teurere Apparaturen, Medikamente,...), Verschiebung punkto Abwägungen der Gesellschaft z.B. Gesundheitsbild (z.B. ob Gesundheit ein Allgemeingut und Versicherung für alle gibt, oder Privatsache ist), für wen werden welche medizinischen Ressourcen zur Verfügung gestellt,... ? => alles hängt am Begriff der Gerechtigkeit.

Verteilungsgerechtigkeit

[Hugo Tristram Engelhardt Junior](#) meint, dass Gesundheit Privatsache ist und man nicht dazu gezwungen werden sollte.

Distributive Gerechtigkeit: [Platon](#) und [Aristoteles](#) bemerkten schon damals, dass vor allem die Gerechtigkeit bei der Verteilung sehr komplex und schwer zu fassen ist.

[Michael Walzer](#): arbeitet sich an der Frage ab, inwiefern Gerechtigkeit mit Gleichheit zusammenhängt.

Ungleichgewicht muss gerechtfertigt werden und Konsens darüber herrschen, oder zumindest Kompromiss. Gerechtigkeit selber kann in Konflikt mit anderen Faktoren treten z.B. mit Gesundheit selbst => Abwägen was uns dann wichtiger ist z.B. Reichtum, Friede, Gerechtigkeit,...?

Gerechtigkeit als Syndrom, das sich auf viele Bereiche auswirkt => wäre auch möglich, dass es innerhalb der Gerechtigkeit Asymmetrie und Interferenzen gibt, aber auch befördert.

4 Ebenen der Verteilungsgerechtigkeit nach Hugo Tristram Engelhardt Junior

[Hugo Tristram Engelhardt Junior](#) teilte die Gerechtigkeit in [folgende 4 Ebenen ein](#):

- 1) **Obere Makroebene:** Abwägung von unterschiedlichen öffentlichen Gütern z.B. Verfassungsgesetz mitbestimmen. Via Konsens oder Kompromiss wird entschieden, welcher Anteil des BIP für Gesundheit abgestellt wird. Fraglich ist, ob es einen gesamtgesellschaftlichen Konsens gibt und ob unsere Gesellschaft so gut funktioniert, sodass alle dem zustimmen können (was laut **Habermas glaube ich** erforderlich ist). Vor allem muss es auch ein dynamischer Konsens sein, da er sich ständig z.B. durch Ökonomie, technische Möglichkeiten,... verändert => Bild dessen, was gerechte Ressourcenverteilung ist, müsste sich auch ändern.
- 2) **Untere Makroebene:** es gibt unterschiedliche Bereiche der Medizin, wo immanente Entscheidungen zu treffen sind und sich nur zu einem Teil naturwissenschaftlich entscheiden bzw. belegen lassen => Medizin ist eine praktische Wissenschaft. Wie viel Geld bekommt die

Forschung und wofür genau (was ist uns am wichtigsten?), was ist uns im Moment lieber/wichtiger z.B. Generalforschung, Medikament gegen Aids,...? Nehmen wir dann die gefährlichsten, häufigsten,... Krankheiten gegen die wir forschen heran? Was kommt der Aus- und Weiterbildung zugute? Was kommt welchen Therapien zu z.B. Abwägung zwischen unterschiedlichen Therapien, Krankheiten, Selbstbehalt zu zahlen und wie hoch soll er jeweils ausfallen? Was kommt der Prävention zu (eine immer wichtig werdende Frage) z.B. Kur vs. Operation und wie gewichtet man es?

- a. **Problem der Inkommensurabilität:** Werte sind oft nicht miteinander vergleichbar. Einerseits muss alles quantifiziert werden, andererseits erhält man den Eindruck, dass man keinen Vergleich ziehen kann aber muss! Nietzsche: gleichmachen des ungleichen. Auch die Folgenabschätzung ist oft nicht leicht.
- 3) **Obere Mikroebene:** Chefärzte und Gremien entscheiden in der Regel darüber, wie im Einzelfall zu entscheiden ist => Abwägung und Überlegungen z.B. bezüglich Verhaltensnormierung => die Fälle werden konkreter abgewogen, aber noch immer abstrahiert z.B. bei Organspende was hinter dem gesundheitlichen Problem steht (z.B. trinkt jemand ständig Alkohol und braucht deswegen eine neue Leber?).
- 4) **Untere Mikroebene:** Ebene von Arzt und Patient: Engelhardt meint, dass es nicht gut sei, wenn der Arzt viel mitzuentcheiden hat z.B. was der Patient nicht bekommen kann. Engelhardt argumentiert, da dies ansonsten das Vertrauen in den Arzt reduziert. Der Vortragende meinte, dass es bei einigen Fällen sehr wohl gut wäre, wenn es Abwägung geben würde => In Summe gibt es die Abwägung zwischen „zu viel Abwägung“ und „zu wenig Spielraum“ für den Einzelnen.

Wenn wir anhand einfacher Kriterien („unterkomplex“) entscheiden hat es den Eindruck, dass wir gerechter sind, auch wenn dies nicht der Fall ist. Früher gab es in den USA das Problem der „Medicaid“: für Personen die nicht versichert waren, wurde ein Kosten/ Nutzen Faktor aufgestellt. Die Kosten wurden durch Nutzen* Dauer dividiert => nur das Ergebnis dieser Berechnung wurde herangezogen => einfache Rechnung, mit absurden und tragischen Folgen! Beispielsweise kam es oft vor, dass Zahnbehandlungen wichtiger als Blinddarmoperation waren, wodurch es auch zu Todesfällen kam (da z.B. Kind mit Leukämie nicht so wichtig war und Behandlung hinausgezögert wurde). In Großbritannien wurde viel im Gesundheitswesen privatisiert und es gibt Überlegungen, dass gewisse Behandlungen bei Patienten ab 65 Jahren nicht mehr durchgeführt / bezahlt werden. Der einzelne Fall wird zu einer Regel reduziert, somit auch von Kontexten abstrahiert => nackte Zahlen zählen.

Die 4 „Principles of Biomedical Ethics“ laut Beauchamp und Childress

In ihrem Buch „Principles of Biomedical Ethics“ beschrieben 1977 Beauchamp und Childress 4 ethisch- moralische Prinzipien, die Orientierung bieten können. Alle Prinzipien gelten „es sei denn...“ => keines gilt kategorisch und universell sondern haben mittlere Reichweite => gibt Abwägungen und Gewichtungen (z.B. auch bei der Verteilung von Ressourcen, die wir zuvor besprochen haben):

- 1) Autonomie
- 2) Nichtschaden
- 3) Fürsorge/ Hilfe
- 4) Gerechtigkeit/Gleichheit

Ist man sich den 4 Prinzipien und der Spannung bewusst wird einem klar, dass es auf der untersten Mikroebene (Anmerkung von mir: siehe weiter vorne in dieser Ausarbeitung) sehr wohl Entscheidungsfreiheit und Spielraum geben sollte.

Aristoteles: Billigkeit ([Epikie](#)), da es ansonsten gnadenlose Gerechtigkeit gibt, die nicht gerecht wäre => sollte kein stures Konstrukt sein, das keinen Spielraum mehr zulässt.

Rationalisierung ≠ Rationierung

- Rationalisierung = effektives Arbeiten, ohne dass jemand dabei um Leistungen umfällt. Beispielsweise wird bei Abläufen, Strukturen,... eingespart.
- Bei der Rationierung geht es um:
 - Verteilung
 - Umlenkung: z.B. auf private Sektoren, Konkurrenzdruck, Selbstbehalt,...
 - Ausdünnung: z.B. werden im Spital mehr Betten pro Zimmer eingesetzt.
 - Verweigerung: z.B. werden Therapien bei Patienten ab X Jahren nicht mehr bezahlt, muss privat bezahlt werden, ansonsten hat man Pech.
 - Verzögerung: die dahinterstehende Idee ist es, nicht zu viele Patienten gleichzeitig zu behandeln sondern lediglich ein gewissen Kontingent zu haben, der Rest muss warten oder es sich selbst leisten (Physiotherapie ist ein Klassiker).
 - Abschreckung: aufwendige Sachen, sodass man sich es mehrfach überlegt, ob man es wirklich machen will.

Es wird immer einen begrenzten Horizont an Ressourcen geben, sodass nicht alles mit Rationalisierung gelöst werden kann, folglich es eine Rationierung geben muss.

Conclusio: Weiterhin ist und bleibt es notwendig einen öffentlichen Diskurs aufrecht zu halten, der nie abschließbar ist (und immer Gefahr läuft, unterkomplex zu sein/ zu verlaufen), Abstraktion vom konkreten Fall.

Wer wird behandelt? Fall einer Regel oder Du/ Ich? Müssen abwägen und somit abstrahieren, andererseits durch methodische Abstraktion kann es sich auf normativer **eben vorsetzen**, sodass es zu Problemen wie bei MEDICAID oder in GB kommt. Schlussendlich wäre eine Gerechtigkeit gut, die auf den Einzelnen eingeht.

Prüfung

Zur Prüfung (schriftlich) kommen unterteilte Fragen, die in Form von kurzen Aufsätzen/ Essays (halbe bis maximal eine Seite) zu beantworten sind. Von den 5 Fragen werde 3 ausgewählt und beantwortet. Um an der schriftlichen Prüfung teilnehmen zu können wird keine Anmeldung benötigt.

Über weitere Prüfungsfragen würde ich mich [per Mail](#) sehr freuen ☺.

25.6.2012

Quelle: Facebook Gruppe „[Lehramt Psychologie&Philosophie/Uni Wien](#)“

1. Frage 1:
 - a. Die 4 Modelle des Arzt-Patienten-Verhältnis erklären.
 - b. Wie sind sie anzuwenden/zu verstehen? Welches Modell bevorzugt man selber und warum (Begründung)?
2. Frage 2:
 - a. Personenbegriff nach Boethius und Locke erklären. Plus di sich daraus ergebenden Konsequenzen für Abtreibung bzw. PND.
 - b. Welchen Personenbegriff findet man am geeignetsten? Möglichkeit, einen eigenen Personenbegriff zu definieren.
3. Frage 3:
 - a. Die 4 Prinzipien nach Beauchamp und Childress.
 - b. Erklären, warum man sie unterschiedlich gewichten muss. Zusammenhang mit Helsinki-Deklaration beschreiben. (Diese war nicht (ausführlich) darzulegen.)
4. Frage 4:
 - a. Unterschied aktive, passive und indirekte Sterbehilfe.
 - b. Was wir von der derzeitigen Lage in Österreich halten und ob wir sie ändern würden (und warum).
5. Frage 5
 - a. 4 Ebenen der Verteilung nach Engelhardt
 - b. Wie würden wir mit der Ressourcenverteilung im Gesundheitsbereich umgehen? Was würde man selbst ändern/ bevorzugen?

4.10.2012

Folgende Begriffe erklären (Angabe der Prüfung ist leider nur grob vorhanden!) und anschließend die eigene Meinung zu dem Thema schreiben:

- Arzt-Patienten Verhältnis
- Informed consent
- Hirntodkriterium, Sterbehilfe und Einbecker Empfehlungen
- PND (Pränataldiagnostik) und PID (Präimplantationsdiagnostik)
- Die fünf Ebenen nach Engelhardt Jr./ Ebenen der Verteilung