

Partizipation und Teilhabe in der Rehabilitation Hirnverletzter Mpäd914 (früher MM24)

1.01.771 Teil 2: Forschungsfragen und Ethik

Apl. Prof. A. Zieger

CvO Universität Oldenburg, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

WS 2014/15

20.01.2015: Biomedizin - Ethische Fragen am
Lebensanfang, im Fall schwerer Krankheit und
Behinderung und am Lebensende

Übersicht:

- I Biomedizin als Biotechnische Medizin
 - II Prinzipien der Medizinethik vs Bioethik
 - III Beispiele zu Lebensanfang, schwere Krankheit/Behinderung und Lebensende
 - IV Ethisch anders/neu denken?
- Literatur

Philosoph, Psychologe und Arzt
V.E. von Gelbsattel (1883-1976)

„Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung“. In:
Prolegomena einer anthropologischen Medizin (Hg.).
Berlin: Springer (1954) S. 361-378

„**Krankheit** [als] nicht identisch mit dem
„Pathologischen“, sondern **als eine „Weise
des Mensch-Seins“** [zu verstehen].

Prolegomena, *pl.* von Prolegomon: Vorher-Gesagtes

Philosophische Anthropologie
Helmuth Plessner (1892-1985)

Stufen des Organischen und der Mensch (1928):
„Exzentrischen Positionalität“
durch „Selbstbewusstsein“

Doppelaspekt: als Menschen haben wir
einen Körper und sind zugleich ein Leib.

„Der Mensch ist von Natur aus auf Kultur
angelegt.“

I Biomedizin als „biotechnische“ M.

Silomon (1983). *Technologie in der Medizin: Folgen und Probleme.*

„Ein weiteres Problem, das sich bei der technischen Befunderhebung weniger für den *Arzt* als für den *Patienten* ergibt, besteht darin, daß das Objekt der Aufmerksamkeit und der Zuwendung des Arztes weniger der Kranke und dessen Körper, als das Untersuchungsinstrument und dessen Aussage ist...“ (S. 26)

- Medizintechnische Umstrukturierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens

„Die **Technologie** ist in der Medizin primär eines von deren Hilfsmitteln. Sie ist nach ärztlichem Verständnis ein zu **integrierender Bestandteil der Medizin** ... (S. 34)

Krankheit verhilft den Anbietern zu Profiten. Dies erst dient den Kritikern als Aufhänger. Dabei ist der eigentliche Zweck des Ganzen, daß Herzranke mit Rhythmusstörungen Schrittmacher erhalten und daß Gehbehinderte durch Gelenkprothesen und Gefäßprothesen geholfen wird, moralisch völlig unanfechtbar ...

Wir müssen müssen hiernach davon ausgehen, daß die **Technologie in der Medizin** schon in weitgehendem Maße **Eigengesetzlichkeiten** folgt und weniger von der Medizin her zu steuern ist.“
(S. 35)

Ulrich G (1997): Biomedizin – Die folgen- schweren Umwandlungen des Biologie- begriffs

„Aus der für uns maßgeblichen **biologischen Perspektive** läßt sich **Krankheit als gestörte Beziehung des Organismus zu seiner Umwelt** definieren. Leben entspricht der Aufrechterhaltung eines dynamischen Gleichgewichtszustandes zwischen Organismus und Umwelt.

- **Ein Organismus, dem die Wiederherstellung des Status quo ante immer wieder gelingt, ist als gesund zu bezeichnen...“ (S. 48)**

„Gelingt diese funktionelle Reorganisation nur unzureichend oder überhaupt nicht, dann sprechen wir von **Krankheit** ...

So betrachtet, erscheint **Krankheit als eine bestimmte Weise von Leben** und nicht, wie in der ontologischen Konzeption, als eine vom gesunden Organismus unabhängig zu denkende, sich ihm hinzugesellende Wesenheit.

Eine derartige **Entmystifizierung des Krankheitsbegriffes** erscheint uns als **unerläßliche Voraussetzung** dafür, **dass die Medizin zu einer biologischen Disziplin im eigentlichen Sinne werden kann.**“ (S. 48)

- „Den Rang absoluter Wissenschaftlichkeit gewann das **ontologische Krankheitskonzept** um die Jahrhundertwende ... [1800/1900]
- Jedes Krankheitsbild mußte sich auf eine letzte Ursache zurückführen lassen ...
- Das **Prinzip linearer Kausalität**, wie man es von der klassischen Physik her kannte, galt nunmehr auch **in der Medizin** für verbindlich ...
- Daß in einer solchen Medizin der Patient hinter einem bestimmten Lokalbefund verschwindet, galt seinerzeit keineswegs als unangemessen ...“ (Ulrich 1997, S. 49/50)

Das epistemologische Problem

- „Symptome und auch Symptomkonstellationen sind zunächst einmal nichts weiter als Beobachtungen bzw. Beschreibungen von sinnlichen Wahrnehmungen, demgegenüber handelt es sich bei Krankheitseinheiten um theoretische Konstrukte.
- Mit der **Benennung** gewinnen Krankheiten einen real-ontologischen Status.
 - Der diese Selbsttäuschung bewirkende **unreflektierte, bleibende irrationale Reflex** besteht in der Gleichsetzung von Benennen mit Erkennen/Diagnostizieren.“ (Ulrich 1997:49)

- Eine bestimmte Symptomatik [wird] nur dann als eigenständige Krankheit aufgefaßt, wenn sie in Verbindung mit objektiv reliablen meßbaren Phänomenen auftritt... (S. 51)
- Es gab gegen diese Selbsttäuschung „kein integratives Rahmenkonzept“ oder eine „Theorie.“ (S. 49/50)

Biomedizin als „moderne“ Medizin

Seit (17. bis) Mitte des 19. Jhdts.:

- Experimente mit Körpern/Organen (Objekt)
- Vertreibung alles Subjektiven/Seelischen (Subjekt)
- Mechanistische Krankheitskonzeption
- Abschaffung des Philosophikums (d.h. der ethischen Reflektion!) durch den Preußischen Landtag (Virchow)
- Schwur der „Physikalisten“: „Medizin wird naturwissenschaftlich, oder sie wird nicht sein!“

Biotechnische Medizin und Biopolitik

Seit ca. 1850: Technische Entwicklungen auf naturwissenschaftlicher Grundlage

- Tier- und Menschenversuche (u.a. NS-Zeit)

Seit ca. 1950: **Beatmung, Reanimation, Intensivmedizin, Narkose, Anästhesie, moderne Chirurgie, Rettungswesen („Medizintechnik-System“)**

- „Kampf ums Überleben“, „Kampf dem Tod“
- „Sehnsucht nach Unsterblichkeit“

Leben/Körper reparieren, verbessern, erzeugen, manipulieren, verfügbar machen: **„Biopolitik“**
(Foucault 1999)

„Der innere Auszehrungsprozess der ärztlichen Ethik begann, als die Medizin beschloß, **reine Naturwissenschaft** zu werden, also in der Mitte des 19. Jhdts.

- Damit wandelte sich der Arzt zum **Gesundheitsingenieur**, der sich nur noch für den Patienten als **funktionsgestörte Maschine** zu interessieren hatte.“

(Ulrich 1997:64)

Von der Biomedizin zur Biopsychosozialen Medizin (Adler 2014)

In Fortsetzung von Engel (1977) The need for a
new model: a challenge for biomedicine

und

v.Uexküll (1996) Psychosomatische Medizin:

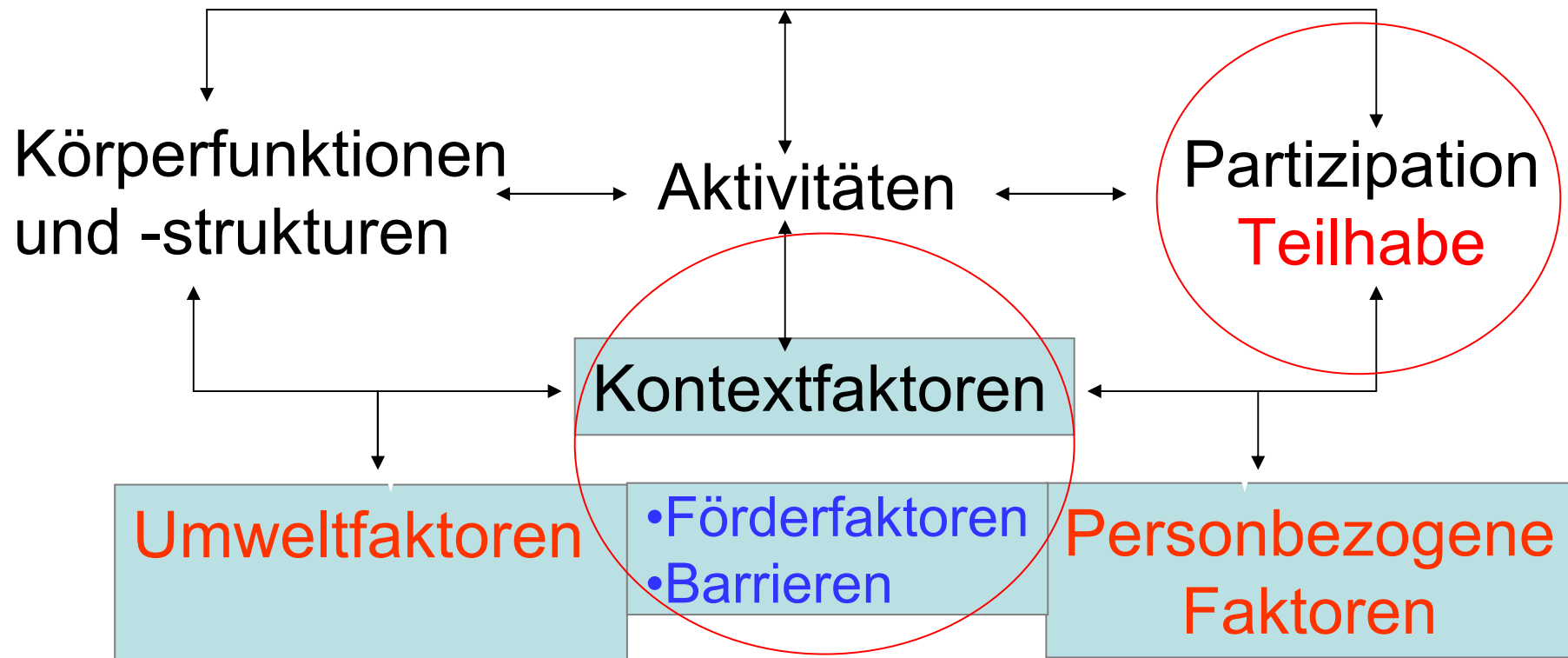
„Im 16. Jhdt. hat Descartes das Subjektive, die **res cogitans**, vom Objektiven, der **res extensa**, getrennt. Durch das Aufkommen der Physik und Chemie als Grundlagen der Medizin wurde die res extensa zum Realen, Greifbaren, dem Wahren, dem Wirklichen, das Seelische, die res cogitans, wurde der Kirche überlassen.“ (S. V)

- „Am Ende des 20. Jhrdts. stehen wir, wie Thure von Uexküll es ausgedrückt hat, vor **zwei medizinischen Konzepten**, einer Medizin für Körper ohne Seelen und einer für Seelen ohne Körper. **Beide Konzepte genügen nicht ...**
- Ein Paradigmawechsel zu einer neuen Theorie und Praxis **vom rein Biologischen, zum Biopsychosozialen** drängt sich auf.“ (S. V)
- Medizin als Art und Weise des Umgangs mit Menschen“ (v. Weizsäcker)

Biopsychosoziales ICF-Modell (WHO 2001)

Gesundheitsproblem einer Person

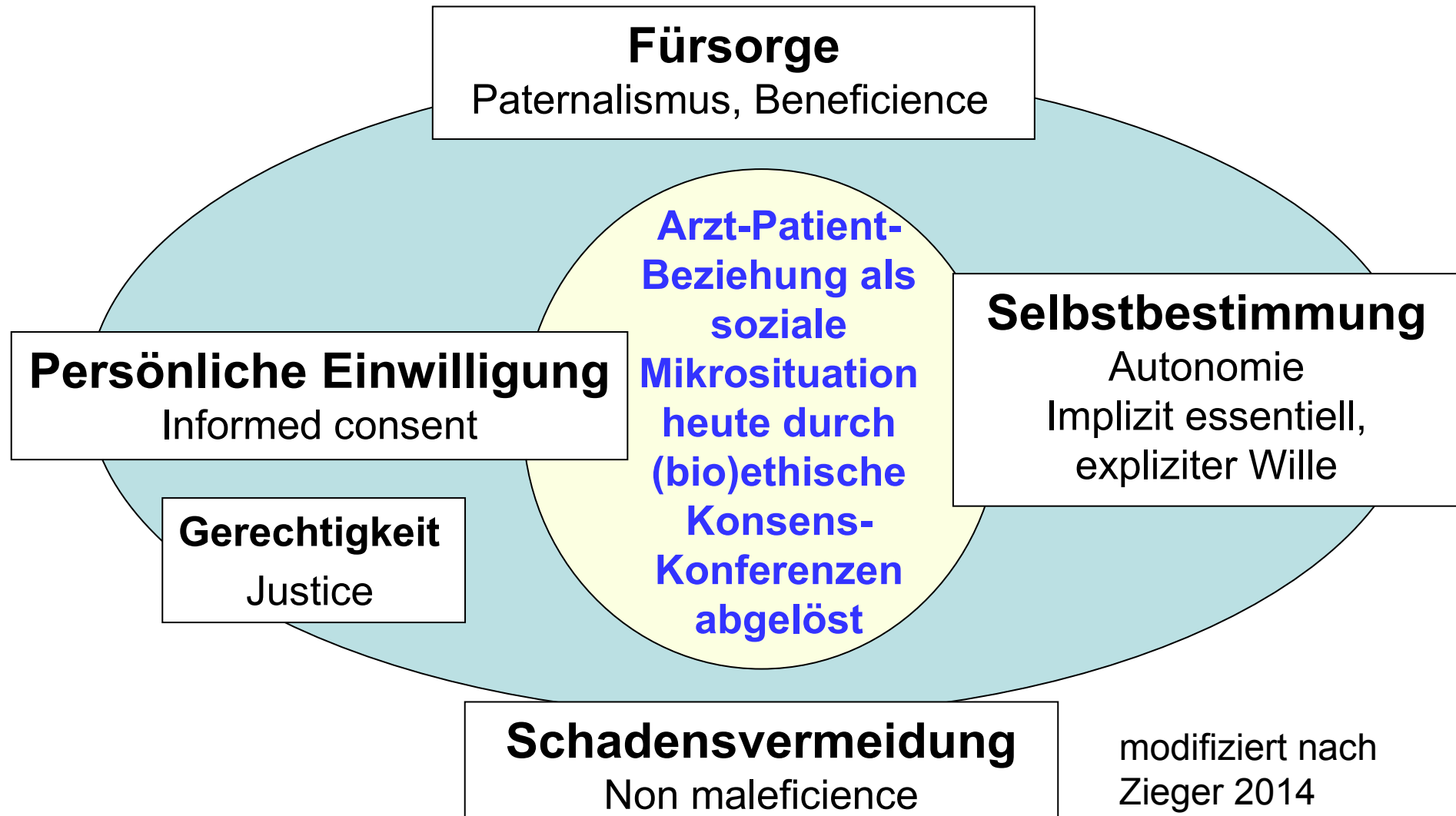
Gesundheitsstörung, Krankheit oder Behinderung



Zieger 2012, modifiziert nach Schuntermann 2005

II Prinzipien der BioMedizin-Ethik

Beauchamp & Childress 1979



- „Krankheit selbst entmündigt, reduziert Freiheitsgrade, autonome Entscheidungsfähigkeit. Alles, was der Arzt vermag, ist, dieser Einengung in den durch die aktuelle Situation gegebenen Grenzen entgegen zu wirken.
- Der zentrale ärztliche Auftrag besteht Thure v. Uexküll (1988) zufolge in einer **Autonomieförderung.**“ (Ulrich 1997, S. 2)
- Behandlung, Pädagogik und Rehabilitation als **„Förderung von Autonomie-Entwicklung“** (Jantzen, Zieger)

Beitrag der Heil-/Sonder- und Behindertenpädagogik

Thimm (Uni Oldenburg) **1987**:

„Eine universitäre Institution der Behindertenpädagogik müsste auch das **Wächteramt** wahrnehmen und sich öffentlich zur Geltung bringen, wenn angesichts neuer wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Entwicklungen **Lebenschancen** oder gar das **Lebensrecht Behinderter in Gefahr** geraten (z.B. angesichts scheinbar „wertfreier“ medizinisch/biologischer Forschungen zur **pränatalen Diagnostik**, zur **Gentechnologie** und der **Verbreitung subtiler Euthanasietendenzen** in öffentlichen Diskussionen).“
(S. 158)

Zur Erinnerung: „Bioethik“ (Peter Singer 1984)

„Praktische Ethik“

- **Präferenz-Utilitarismus:** Handlungen sind ethisch richtig bzw. gut, wenn sie maximal Glück schaffen, Präferenzen erfüllen, Interessen entsprechen ...
- **Gleichheit (bzw. Gerechtigkeit):** gleiches Glück, gleiche Präferenzen, gleiche Interessen etc. (von wem auch immer) sind gleich wichtig (d.h. gleich zu werten in der Abschätzung von Auswirkungen der Handlungen).
- **Ethische Einteilung von „Lebewesen“** in drei Gruppen:

- **Lebewesen ohne Bewußtsein und tote Materie.** Was mit diesen Lebewesen geschieht ist ethisch nur insofern relevant, als es andere Lebewesen mit Bewußtsein beeinträchtigt (weil **ethisch „gut“ nur bzgl. einem Bewußtsein, das etwas als gut empfindet**, definiert ist).
- **Lebewesen mit Bewußtsein aber ohne Selbstbewußtsein.** Alle ihre Präferenzen und Interessen verdienen gleiche Berücksichtigung, aber sie haben **keine Präferenz zu leben**. Schmerzloses, plötzliches Töten dieser Lebewesen ist also ethisch nur insofern relevant, als es die Präferenzen und Interessen anderer Lebewesen mit Bewußtsein beeinträchtigt (indirekte Relevanz).
- **Lebewesen mit Selbstbewußtsein, sogenannte Personen.** Sie sind die einzigen, die neben anderen Präferenzen auch die **Präferenz zu leben** haben. Daher ist auch der schmerzlose, plötzliche Tod von Personen für sie selber von Bedeutung.

Zentrale Rolle und Kriterien (Singer 1984):

- Zuschreibung von „Leiden“ und „Lebensunwert“
- Aufspaltung in „Mensch“ und „Person“
- Knüpft Personsein an Moralität

Kein Personstatus mit Rechten, Anerkennung und Würde für:

- Frühgeborene, Neugeborene mit ohne Behinderungen
- Menschen im Koma, Wachkoma
- dementiell Erkrankte und andere...

Ethisch-moralische Freigabe zur „Tötung“ (sic!)

vgl. Binding & Hoche (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens.

„Bio“-Medizinische Ethik: anwendungs- bzw. durchführungsorientiert, entscheidungs- und handlungs(an)leitend

- „vernünftig“, rationalistisch
- formal binär-logisch: Ja oder Nein, entweder/oder, 0 oder 1 (nicht: analogisch)
- eigenschaftsorientiert: Selbstbewusstsein, Moralität
- abgestufte Bewertung von Leben, instrumentell, präferentiell
- Kriterien: Nützlichkeit, Interessen, „Glück“, [Selbstbestimmungsrecht (Autonomie?)]

- bewertet bestimmte Lebensformen und Seinsweisen als „Leiden“ und „Unglück“
- gibt vor, Unsicherheit, Unbestimmtheit und Uneindeutigkeiten zu vermeiden
- ist exklusiv, benachteiligend, ausgrenzend, aussortierend, womöglich vernichtend, tödlich

Frage:

- Können diese „Defizite“ durch Ethikkomitees, Ethikkommissionen, Konsensgespräche und Konferenzen zur Entscheidungsfindung (welche Handlung ist gut und richtig?) als „kollektives“ und „partizipatives“ Mittel ausgeglichen bzw. überwunden werden?
- Welche Ambivalenz/Unsicherheit bleibt zurück?

Gesetze als „fixierte“ ethische Normen und Mittel der Politikgestaltung

In der Parlamentarischen Demokratie durch Anhörung und Parlamentsdebatten („Lesungen“):

- **Anerkennung** als BürgerInnen und Person mit Schutzrechten und Würdestatus
- **Gerechtigkeit**
- Gleichstellung, Gleichberechtigung, Selbstbestimmung, Eigenverantwortung

Aktuelle Vorhaben

- **2015: „Sterbehilfegesetz“**
- **2016: „BundesteilhabeGesetz“**

III Beispiele

1.) Lebensanfang:

- Pränatale Diagnostik: PID, Präna-Test
- Pränatale Therapie: Gentherapie, IVF, „social freezing“, Pränatal-/Neugeborenenmedizin ...

• 2.) Schwere Krankheit und Behinderung:

Anencephalie, Mukoviszidose, Krebserkrankung, Schlaganfall, Wachkoma ...

3.) Lebensende:

- Demenz, Sterbehilfe, assistiertes Töten, Hirntod

1.) Lebensanfang

Biotechnische Entwicklungen seit den 50er Jahren (Molekularbiologie, Gentechnik)

1.1 Pränatale Medizin

- **Diagnostik**

Ultraschall, Amniozentese, Chorionzottenbiopsie.
Nabelschnurpunktion, Präimplantationsdiagnostik

Aktuell: Präna-Test

- **Therapie (Inkubator/Intensivtherapie)**

In-Vitro-Fertilisation (IVF), social freezing

Hormone, Medikamente

Chirurgie: Herz, Gehirn, Rücken ...

- **PraenaTest®**

- **Pränatale Diagnostik**

- **Chromosomenstörungen**

- **Service**

- Praxen und Kliniken
- Internationale Partner
- Häufig gestellte Fragen
- Kostenerstattung (GKV/PKV)
- Fachbegriffe von A - Z
- Weiterführende Links

- **Fachkreise**

- Formulare und Vorlagen

Nichtinvasiver Test

(20 ml Venenblut)

Ab der 9. SSW

Erkennt die häufigsten Chromosomenstörungen („biomolekulare Krankheiten“) und das Geschlecht

Indikation:

- Risikoschwangerschaft
- Verdacht auf Chromosomenstörung (Ultraschall, Labor)
- zur psychischen Entlastung

Nur der PraenaTest® wird ausschließlich in Deutschland und unter strikter Einhaltung der hohen Qualitätsstandards gemäß der europäischen In-Vitro-Diagnostik Richtlinie durchgeführt.

	PraenaTest® Option 1	PraenaTest® Option 2	PraenaTest® Option 3
	Trisomie 21, Geschlechts- bestimmung	Trisomien 21, 18, 13, Geschlechts- bestimmung	Trisomien 21, 18, 13, Fehlverteilung der Geschlechtschromosomen, Geschlechtsbestimmung
Einsetzbar bei/nach			
Einlingsschwangerschaft	■	■	■
Zwillingschwangerschaft	■	■	-
Kinderwunsch- behandlung (IVF, ICSI etc.)	■	■	■
Preis inkl. MwSt & Versand	EUR 595 CHF 800*	EUR 745 CHF 950*	EUR 895 CHF 1.100*
Testergebnis in 8 - 10 Arbeitstagen. Testergebnis mit Express-Service in 4 - 6 Arbeitstagen (zzgl. EUR 100/CHF 100*).			
* unverbindliche Preisempfehlung			

Keine Kostenerstattung durch GKV!

Hohe Ausschlusswahrscheinlichkeit, hohe Sicherheit (z.B. Entängstigung)

Im Falle eines positiven Testergebnisses (Nachweis einer Chromosomenstörung)

- Humangenetische Beratung
- Invasive Diagnostik wie Fruchtwasser-Untersuchung (???)

„In sehr seltenen Fällen kann es trotz sorgfältiger Durchführung zu keinem oder einem unklaren Testergebnis kommen. Es kann dann notwendig werden, den Test zu wiederholen und dazu ggf. auch eine neue Blutprobe anzufordern...

*Es ist aber in keinem Fall möglich, sämtliche denkbaren **Erkrankungen** auszuschließen. Niemand kann Ihnen garantieren, ein **gesundes** Kind zu bekommen...“*
(Lifecodexx)

ff. Lifecodexx:

„Bitte bedenken Sie folgendes:

- Die meisten vorgeburtlichen Untersuchungen ergeben keine Auffälligkeiten, was zum **Abbau von Ängsten** und zu einem ungestörten Schwangerschaftsverlauf beiträgt.
- Zeigen sich jedoch bei einer Untersuchung Auffälligkeiten, führt das nicht selten zu einer teilweise **erheblichen Verunsicherung** und **Konfliktsituation**.
- Ihr Arzt wird Sie umfassend informieren und begleiten.
- Zusätzlich ist besonders in diesen Situationen eine **psychosoziale Beratung** zu empfehlen. Ihr Arzt wird Sie auch darüber genauer informieren.“

Übersicht über die wichtigsten Verfahren der fetalen Chirurgie

Dtsch Arztebl Int 2012; 109(38): 603-8

Indikation	Therapie	Evidenzgrad	Literatur
Zwillingstransfusionssyndrom	fetoskopische Laserkoagulation	I II	Senat et al. 2004 (5) Hecher et al. 1999 (3)
Twin reversed arterial perfusion (TRAP)-Syndrom	fetoskopische Laserkoagulation	II	Hecher et al. 2006 (10)
Myelomeningozele	präinatale Korrektur via Hysterotomie	I	Adzick et al. 2011 (16)
kongenitale Zwerchfellhernie	Fetoscopic Tracheal Occlusion	I I II	Harrison et al. 2003 (12) Ruano et al. 2012 (15) Jani et al. 2009 (13)
Aortenstenose, Pulmonalstenose	perkutane Valvuloplastie der fetalen Aorten-/Pulmonalklappe	III	Kohl et al. 2000 (20) Tulzer et al. 2002 (21) Tworetzky et al. 2009 (22) Arzt et al. 2011 (19)
sakrokokzygeale Teratome	fetoskopische Laserung von Tumorgefäßen Hochfrequenz-Ablation	III	Hecher und Hackelör 1996 (23) Makin et al. 2006 (OR) (e27) Paek et al. 2001 (OR) (e25) Lee et al. 2011 (OR) (e26)
bilaterale Obstruktion der ableitenden Harnwege	perkutaner vesiko-amniotischer Shunt perkutane Zystoskopie (Klappenlaserung, Blasenmarsupialisation, Cystostomy)	III III	Morris und Kilby 2009 (OR) (e33) Morris et al. 2011 (24)
Congenital Cystic Adenomatoid Malformation, pulmonale Sequester	perkutane Sklerotherapie fetoskopische Laserkoagulation	III III	Bermudez et al. 2008 (OR) (e30) Oepkes et al. 2007 (e34)

1.2 Frühgeborenen-/Neonatalmedizin

seit etwa 1975

„Die Medien ... stellen aber zumeist das Risiko von Behinderungen in den Mittelpunkt ... daß die meisten extrem unreifen Frühgeborenen mit schweren Behinderungen überleben ... Schwestern und Ärzte werden häufig einem Rechtfertigungsdruck ihres Handelns ausgesetzt ...



Die neonatologische Forschung [ist] mit aller Kraft bemüht, das **Risiko bleibender Schäden bei Frühgeborenen, insbesondere Hirnschäden**, weiter zu vermindern.

Zugleich versuchen alle Beteiligten den Säuglingen, **trotz der erforderlichen Technik, eine möglichst humane und sanfte Pflege** angedeihen zu lassen.“
(Linderkamp 1994, Uni Heidelberg)

Ethische Konflikte („gut und richtig“?!?)

- Abstufung des Beginns menschlichen Lebens (Befruchtung, ab 32. SSW?)
- Bewertung dieser Form lebendigen Seins?
- Selektion unerwünschten (potenziell “behinderten“) Lebens?
- „Abtreibung“? Vorgeburtliches Töten?
- Liegenlassen (Fetozid, „Oldenburger Baby“)?
- „Behindertes“ Kind als „Schaden“?

2.) Schwere Krankheit u Behinderung

2.1 Anencephalie-Syndrom

2.2 Locked-in-Syndrom - Glücklich trotz schwerer Behinderung?

2.3 Wachkoma als menschenmögliche Seinsweise

Wird bei „Neuroethik“ am 27.1. besprochen

3.) Lebensende

Das Lebensende geht dem Tod voraus und gehört als „Sterben“ zum Leben.

Drei Sinnperspektiven (Schnell 2008:108)

1. macht alle Bemühungen sinnlos, ein **rascher Tod** sei erstrebenswert
2. bedeutet Schmerz, der auf sich zu nehmen ist, da Schmerz und Leid zur sinnvollen Existenz gehören
3. bietet neue Möglichkeiten, sich seiner selbst als nicht „unsterblich“ zu vergewissern.

Lebensende (Borasio 2011)

Todesform	Wunsch %	Wirklichkeit %
Plötzlich, unerwartet, in Sek.	75	< 5
Mittelschnell, 2-3 J. durch schwere Krankheit, Krebs	25	50-60
Langsam, 8-10 J. Demenz	nur vereinzelt	30-40

Sterben bietet die Möglichkeit, sich mit der Andersheit des Todes auseinanderzusetzen:

„**Asymmetrische Grundsituation**“ (Schnell 2008:109)

- Der Begleiter, der sich um den an seinem Lebensende befindlichen Anderen sorgt, gerät durch den zu erwartenden Tod in die Situation des Überlebenden
- Gemeinsame Rückschau ins Leben
- Möglichkeiten des Abschiednehmens
- **Orte des Sterbens** sind kulturabhängig

Sterbeort Borasio 2011	Wunsch %	Wirklichkeit %
Krankenhaus		42-43
Zu Hause	> 90	25-30
Heim		15-25 (steigend)
Hospiz		1-2
Palliativstation		1-2
Andere Orte		2-5

Möglichkeiten der Selbstsorge und Selbstbestimmung am Lebensende

- Behandlungsbegrenzung, Änderung des Therapieziels („Therapieabbruch“)
- Verzicht auf Wiederbelebung
- Palliativmedizin und Hospizdienst
- Sterbehilfe (Hilfe **beim** Sterben, Sterbebeistand)
- Getötet werden auf Verlangen
- Organspende (bei Hirntod) (folgt bei „Neuroethik“)

„Der Wunsch des Selbst, in Würde und mit Lebensqualität sterben zu wollen, wird damit zur Zumutung, das Lebensende gestalten zu müssen ...

Was der Abschied des Selbst von den Anderen, der Welt und vermutlich auch von sich selbst bedeutet, der den Überlebenden heute als „Begleitung am Lebensende im Zeichen der Patientenverfügung“ erscheint, bedarf ebenfalls noch der Aufklärung, vor allem, wenn damit eine angemessene Antwort auf die Andersheit des Todes gegeben werden soll.“ (Schnell 2008:111)

„Patientenverfügung“

Wer entscheidet bei sog. Nichteinwilligungsfähigkeit?

Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts („Patientenverfügungsgesetz“) (2009)

- Erstellung einer PV/Vorsorgevollmacht „in gesunden Tagen“ für eine spätere unbekanntere Lebenssituation
- Konstruktion des „mutmaßlichen Willens“

Bavastro (2014): Patientenverfügung - Vorsorgevollmacht. Sicherheit am Lebensende oder gefährliche Illusion?

Zieger al al (2002). Sind Patientenverfügungen ein geeignetes Mittel für ein Sterbenkönnen in Würde? Kritische Überlegungen aus beziehungsethischer Sicht.

Mehrheit: Ärzten sollte aktive Sterbehilfe erlaubt werden

ZDF „Heute“

Sollten Ärzte Sterbewilligen tödliche Medikamente geben dürfen?

Politbarometer

14.11.2014

Soll es Ärzten erlaubt sein, Todkranken auf Wunsch Mittel zum Sterben geben zu dürfen?



Politbarometer 14.11.2014

Soll es Schwerstkranken erlaubt sein,

- ein Mittel zur Verfügung gestellt zu bekommen, mit dem sie ihren Tod selbst herführen können?

Ja

81%

Nein

14%

Weiß nicht

5%

Politbarometer 14.11.2014

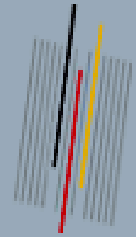
Soll es erlaubt sein,

- dass Ärzte nicht unter allen Umständen verpflichtet sein sollen, das Leben solcher Patienten zu erhalten?

75%: Ja

20% der Befragten meint,

- dass Ärzte weiterhin dazu verpflichtet sein sollen, das Leben todkranker Menschen zu erhalten, wenn diese sich nicht mehr selbst äußern können und keine Patientenverfügung vorliegt.



Sie sind hier: [Startseite](#) / [Publikationen](#) / [Ad-hoc-Empfehlungen](#) / Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention

Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention

Veröffentlicht: 19. Dezember 2014

Ad-hoc-Empfehlung

[Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention](#) 

Position des Ethikrates:

- Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) muss unverändert erhalten bleiben.
- Ein gesetzliches Verbot ausschließlich der gewerbsmäßig organisierten, also der kommerziell betriebenen Suizidbeihilfe, würde mehr Probleme schaffen, als es sie löst.
- Begrüßt den angekündigten flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung im ambulanten und stationären Bereich und der Pflege.

„Eine **gute palliative Versorgung**, die für alle Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung erreichbar ist, lindert Not, kann Angst und Verzweiflung überwinden helfen und damit auf Fragen nach einer möglichen Unterstützung bei einer Selbsttötung lebensorientierte Antworten geben.“ (Dt. Ethikrat 2014)

„Diese Angebote betreffen allerdings nur einen kleinen Teil der pro Jahr in Deutschland etwa 100.000 Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen,

- da Suizidversuche zumeist **nicht** von Menschen unternommen werden, die bei absehbar knapp begrenzter Lebenserwartung an einer fortschreitenden Erkrankung leiden...
- Für vereinsamte und psychisch kranke Menschen beispielsweise bedarf es **anderer suizidpräventiver Maßnahmen** und Strukturen ...

„Dazu gehören etwa eine **gute psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung**,

- der Ausbau **niedrigschwelliger Beratungs- und Begleitangebote** in Lebenskrisen

- und die **gezielte Weiterbildung** der in der Pflege sowie in verschiedenen medizinischen Versorgungsbereichen tätigen Mitarbeitenden

- im Hinblick auf die Früherkennung von - und die **angemessene Intervention** bei - Krisen mit suizidaler Gefährdung ...

„Die geltende Gesetzeslage, wonach **weder ein Suizid noch eine Beihilfe** zu einem im rechtlichen Sinne freiverantwortlichen Suizid strafbar sind, steht im Einklang mit den Prinzipien eines freiheitlichen Verfassungsstaates. Diese schließen es aus, den Suizid abstrakt-generell als Unrecht zu bestimmen.

- **Denn dabei würde eine allgemeine, erzwingbare Rechtspflicht zum Leben vorausgesetzt**, die grundlegenden Rechtsprinzipien widerspräche ...

„Deshalb kann auch die Hilfe zu einem frei verantwortlichen Suizid ihrerseits nicht generell als Unrecht im Rechtssinne definiert werden, so **umstritten die Freiverantwortlichkeit eines Suizids allgemein** und ihre Erkennbarkeit im konkreten Einzelfall auch sein mögen. Bei einem solchen Suizid kann auch die **Garantenpflicht** oder die **allgemeine Hilfeleistungspflicht** keine Strafbarkeit des Gehilfen begründen ...

Empfehlungen

„Keine grundsätzliche Änderung des derzeit geltenden Strafrechts

Keine ärztliche Suizidbeihilfe wie jede Regulierung der Suizidbeihilfe für eine andere Berufsgruppe

- Auch, weil auf diese Weise gleichsam „erlaubte Normalfälle“ einer Suizidbeihilfe definiert würden.

„Suizidbeihilfe sowie ausdrückliche Angebote dafür sollen **untersagt werden**, wenn sie auf Wiederholung angelegt sind, öffentlich erfolgen und damit den **Anschein einer sozialen Normalität** ihrer Praxis hervorrufen könnten.

- „Dies dient dem **Schutz sozialer Normen** und Überzeugungen, in denen sich der gebotene besondere **Respekt vor dem menschlichen Leben** widerspiegelt ...

„Unterstützung des in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ formulierte Verständnis des ärztlichen Berufs, wonach die **Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe** ist,

- das heißt keine aus der beruflichen Verantwortung erwachsende ärztliche Tätigkeit ...

„Nicht zuletzt im Sinne der Suizidprävention ist es gleichwohl für schwer kranke Patienten wichtig, in ihrem Arzt auch dann einen vertrauensvollen Ansprechpartner zu sehen, wenn sie mit dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod ringen ...

- Jeder Patient sollte sich darauf verlassen können, dass im geschützten Raum des Arzt-Patient-Verhältnisses ein offenes Gespräch zwischen Arzt und Patient über suizidale Gedanken bzw. Absichten geführt werden kann und er eine lebensorientierte Beratung und Begleitung durch den Arzt erhält ...

Ethikrat „unterstreicht die Notwendigkeit, Suizidprävention im Sinne des Nationalen Suizidpräventionsprogramms zu stärken, und er trägt sowohl der **Vielfalt der individuellen Situationen am Lebensende** als auch der **Vielfalt moralischer Überzeugungen in der Bevölkerung** Rechnung.

- anerkennt die **Intimität existenzieller Entscheidungen und Erfahrungen** und bekräftigt gleichzeitig die **Wertschätzung jedes Menschen**, unabhängig davon, wie leistungsfähig oder hilfsbedürftig er ist ...

„Die Mehrheit des Deutschen Ethikrates empfiehlt, dass die Ärztekammern einheitlich **zum Ausdruck** bringen sollten, dass ungeachtet des **Grundsatzes, dass Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe ist**, im Widerspruch dazu stehende Gewissensentscheidungen in einem vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnis **bei Ausnahmesituationen respektiert** werden.“ (Dt. Ethikrat 2014)

IV Ethisch anders/neu denken?

1. Palliative Care-Ethik
2. Nichtexklusive Ethik als Schutzbereich

Beste Hilfsmittel gegen „Euthanasie“ und
„Tötung auf Verlangen“

1) Hospiz und Palliativbewegung

Entwicklung einer neuen ethischen
Grundhaltung zu Leben, Sterben und Tod:

Elisabeth Kübler-Ross (1969):

- „Interviews mit Sterbenden“



Cicely Saunders (1979):

- „*Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.*“



Umgang in der „Palliative care“

- symptomorientiert: Schmerzen, Luftnot, Ängste
- „ganzheitlich“
- die Person als Meinesgleichen anerkennend und würdigend
- zuwendend, hilfreich
- Individuell und biografisch
- Partizipativ (auch Angehörige)

Bisher kein flächendeckender Ausbau

Palliative Care am Lebensende für Menschen mit geistiger Behinderung

- Zernikow (2013). Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. 2. Aufl. Berlin: Springer
- Bruhn und Straßer (2014): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart: Kohlhammer
- Franke (2014): Palliative Care bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Kränzle, Schmid, Seeger: Palliative Care. Berlin: Springer

2.) Nichtexklusive Ethik (Dedrich & Schnell 2011)

Gegenbewegung zu hochproblematischen ausschließenden Entwicklungen und der sie legitimieren Ethiken (z.B. Bioethik Singers)

- Bedeutend für Heil- und Pflegeberufe, Heil- und Sonderpädagogik und deren Klienten: Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranke, Pflegebedürftige

Agamben (2002 „Homo sacer“): Demnach konstituiert sich eine Gesellschaft, indem sie Individuen von Teilhabe ausschließt und dadurch zu einem „Unetwas“ macht, zu „nacktem Leben“.

Ein exklusives Gemeinwesen besagt aber nicht, dass auch eine Ethik exklusiv sein muss!

Nach Agamben (2003:55) darf sich keine Ethik anmaßen, „einen Teil des menschlichen Lebens auszuschließen, so unangenehm und schwer es auch sein mag, ihn anzuschauen.“

„Bemühungen um eine nicht-exklusive Ethik verstehen sich deshalb als Gegenbewegung zur Bioethik.“ (Dederich & Schnell 2011:9)

Theorie einer nichtexklusiven Ethik

Logik des Ethischen reflektieren!

- Formale, zweiwertige (binäre) Logik?
- **Fragemuster:** Hat ein Mensch mit Behinderungen Würde? JA oder NEIN!

„**Falsche Frage** für eine Ethik, aber auch Pädagogik, ohne Ausgrenzung!“ (Feuser 1994, zit. n. Dederich & Schnell 2011:10)

Statt der Anwendung einer formalen Logik in der Ethik

- Ethik her denken von der „Überschreitung als Hinsichtnahmen oder aller identifizierenden Blicke.“ (Gamm 200:246)

Interdisziplinäres Projekt NRW (1997-2007):

- Ethik als nichtexklusiver Schutzbereich
- Versuch einer neuen Logik (keine Fortsetzung der formalen Logik mit anderen Mitteln)
- Niemand soll aus dem ethischen Schutzbereich von Achtung und Würde ausgeschlossen werden.

**Zentrale Begriffe: Anerkennung,
Gerechtigkeit!** (Dederich & Schnell 2011:10)

Ethik als nichtexklusiver Schutzbereich

„Alle Menschen, auch kranke, pflegebedürftige und/oder behinderte Menschen

- werden **als Andere geachtet**,
- in würdekonstitutiven Begegnungen **als meinesgleichen anerkannt**
- und **als bedürftige** im System gerechter Zuteilung behandelt.“ (Schnell 2008:84)
- **Es gibt keine wertlosen Menschen** (Schnell 2008:87)

Ethik als nichtexklusiver Schutzbereich

(modifiziert nach Schnell 2008:84)



Anzeichen für eine nichtexklusive Ethik

- Anerkennung des (fremden, ausländischen kranken, behinderten „bewusstlosen“, sterbenden) Anderen als Besonderes (einzelner Mensch, Person und Selbst) des Allgemeinen (Menschheit, Gattungsselbst)
- Anerkennung von Ungleichheit und Verschiedensein als „menschlich“
- Konstituierung von „Würde der Person“ (in ihrer jeweiligen Andertheit) durch Dialog, Begegnung, Gegenseitigkeit und Bipersonalität (Christian)
- Keine Abstufung des Lebens, keine Aufspaltung in Mensch und Person ...

Literatur

- Adler RH (2005). Einführung in die biopsychosoziale Medizin. Stuttgart: Schattauer
- Adler RH (2014). Von der Biomedizin zur psychosozialen Medizin. Stuttgart: Schattauer
- Agamben G (2003). Was von Auschwitz übrig bleibt. Das Archiv und der Zeuge. Homo Sacer III. Frankfurt am Main
- Bavastro (2013). Patientenverfügung – Vorsorgevollmacht. Sicherheit am Lebensende oder gefährliche Illusion? Bad Schussenried: Gerd Hess Verlag
- Beauchamp T, Childress J (1979). Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press
- Boraiso GD (2011). Über das Sterben. München: Beck.
- Bruhn R, Straßer B (Hrsg.) (2014): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart: Kolhammer
- Dederich M & Schnell M (Hrsg.) (2011). Anerkennung und Gerechtigkeit in Heilpädagogik, Pflegewissenschaft und Medizin. Auf dem Weg zu einer nichtexklusiven Ethik. Bielefeld
- Deutscher Ethikrat (2014). Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention. Ad-hoc-Empfehlung vom 19.12.2014 <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/empfehlung-suizidbeihilfe.pdf> (Abruf am 6.1.2015)
- Engel GL (1977). The need for a new model: a challenge for biomedicine. Science 196(4286):129-36.
- Feuser G (1994). Pädagogik ohne Ausgrenzung. In: Daub U, Wunder M. (Hrsg.). Des Lebens Wert. Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde: Freiburg i.Brg.
- Franke E (2014). Palliative Care bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Kränzle S., Schmid U, Seeger C (Hrsg). Palliative Care, 5. Aufl. Springer, S. 381-392
- Gamm G (2000). Nicht nichts. Studien zu einer Semantik des Unbestimmten. Frankfurt am Main

- Gelbsattel VE v (1954). Prolegomena einer anthropologischen Medizin. Berlin: Springer
- Hoerster N (1995). Neugeborene und das Recht auf Leben. Frankfurt am Main
- Plessner H. (1928/1965). Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. 2. Aufl. Berlin: de Gruyter
- Schnell MW (2008). Ethik als Schutzbereich. Kurzlehrbuch für Pflege, Medizin und Philosophie. Bern: Huber
- Salomon H (1983). Technologie in der Medizin: Folgen und Probleme. Stuttgart
- Singer, E (1984). Praktische Ethik. Stuttgart: Reclam
- Thimm W (1987). Fachbereich 1, Institut für Erziehungswissenschaften 2 (Sonderpädagogik, Prävention und Rehabilitation) der Universität Oldenburg. In: Gerber G, Kappus H, Reinelt T (Hrsg.). Universitäre Sonder- und Heilpädagogik. Vergangenheit-Gegenwart-Zukunft. Eine Darstellung der Institutionen, München: Ernst-Reinhardt Verlag, S. 155-158
- Uexküll, Tv (Hg.) (1996, 7. Aufl. 2010): Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg
- Ulrich, G. (1009). Biomedizin – die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs. Stuttgart: Schattauer
- von Uexküll T & Wesiack W (1988). Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München: Urban & Schwarzenberg
- von Weizsäcker V (1926). Natur und Geist. Breslau: 3. Aufl. 1977, Reinbek: Kindler
- von Weizsäcker V (1932/1940/2007). Der Gestaltkreis. Breslau/Stuttgart/Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Zieger al al (2002). Patientenverfügungen: Kein „Sterben können in Würde“. Kritische Überlegungen aus beziehungsethischer Sicht. Deutsches Ärzteblatt, 99(14), B770-772
- Zernikow B. (Hg.) (2013). Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. 2. Aufl. Berlin: Springer