Skript

QB2 - Geschichte, Theorie & Ethik der Medizin

6. Semester

Vorlesung Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Dozent: Urban Wiesing

VL 1 - Hippokratischer Eid, Antike Medizin, Medizin im Mittelalter

Lernziele

- Kenntnis des Hippokratischen Eides
- Kenntnis der wesentlichen Kennzeichen der antiken Medizin
- Griechische – Römische Medizin
- Nebeneinander von Theurgischer Medizin und Hippokratischer Medizin
- Theoretische Grundlagen der Hippokratischen Medizin
- Vier-Säfte-Lehre
- Wichtige Autoren der antiken Medizin
- Auswirkungen der antiken Medizin

1 Der Eid des Hippokrates

Text nach der Übersetzung von Karl Diller

1
Ich schwöre und rufe Apollon den Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen an, dass ich diesen Eid und diesen Vertrag nach meiner Fähigkeit und nach meiner Einsicht erfüllen werde.
Ich werde den, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleich meinen Eltern achten, ihn an meinem Unterhalt teilnehmen lassen, ihm, wenn er in Not gerät, von dem Meinigen abgeben, seine Nachkommen gleich meinen Brüdern halten und sie diese Kunst lehren, wenn sie sie zu lernen verlangen, ohne Entgelt und Vertrag. Und ich werde an Vorschriften, Vorlesungen und aller übrigen Unterweisung meine Söhne und die meines Lehrers und die vertraglich verpflichteten und nach der ärztlichen Sitte vereidigten Schüler teilnehmen lassen, sonst aber niemanden.
2
Ärztliche Verordnungen werde ich treffen **zum Nutzen** der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie **zum Schaden** und in unrechter Weise anzuwenden.
3
Auch werde ich niemandem ein tödliches Mittel geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und werde auch niemanden dabei beraten; auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben.
4
Rein und fromm werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.
5
Ich werde nicht schneiden, sogar Steinleidende nicht, sondern werde das den Männern überlassen, die dieses Handwerk ausüben.
6
In alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hineingehen, frei von jedem bewussten Unrecht und jeder Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch an Frauen und Männern, Freien und Sklaven.
7
Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb meiner Praxis im Umgang mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiterreden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren.
8
Wenn ich diesen Eid erfülle und nicht breche, so sei mir beschieden, in meinem Leben und in meiner Kunst voranzukommen, indem ich Ansehen bei allen Menschen für alle Zeit gewinne; wenn ich ihn aber übertrete und breche, so geschehe mir das Gegenteil.

Der "historische Ort" des Eides (nach Edelstein)

→ Ausgangspunkt: Der Pflichtenkatalog
- Chirurgieverbot (Chirurgie als eigenständiger, außer-ärztlicher Beruf)
- Abtreibungsverbot
- Euthanasieverbot
- passt nicht zu vielen Theoretikern und Gruppen der Antike

Pythagoräer (religiös-philosophische, politishce Schule nach Pythagoras) als Ursprung des hippokratischen Eides (eher widerlegt)

- Harmonielehre -> Kosmos als aus Zahlenverhältnissen harmonisch aufgebaute Einheit, deren einzelne Bestandteile ebenfalls harmonisch strukturiert sind oder sein sollen
- Asketische, ordensartige Lebensweise
- Ablehnung gängiger Heilmethoden; Diätetik und strenges Fasten
- Strenge Ahndung außerehelicher Beziehungen, Gleichheit aller

→ Unterschiedliche Meinung zu vielen anderen Meinungen dieser Zeit mit heftigen Konflikten und Untergang der Schule der Pythagoräer

Dokument einer Minderheit in der Antike!
Datierung: Ende 5., Anfang 4. Jh. v. Chr.

NICHT von Hippokrates verfasst!

Heutiges Pendant: Genfer-Gelöbnis

2 Antike Medizin in Griechenland

Theurgische Medizin (Priester- und Tempelmedizin) im Asklepios-Kult

→ **Anbetung des Heilgott Asklepius, Sohn des Apollon um Linderung zu erfahren**

- Griechenland, theurgische Medizin:
- An verschiedenen Zentren (über 200): Epidaurus, Knidos, Kos, Rhoso, Kyrene
- Asklepieien: Heiligtümer des Asklepios
- Opfergaben
- Heilender Tempelschlaf (Inkubation)
- Träume und Deutungen
- Honorar
- Votive (Dankgaben für eine durch ein im Gebet gegebenes Gelübde gesichterte Heilung)

Ein rationales Krankheitskonzept:
Hippokratische Medizin -> Hippokrates (ca. 460-ca. 377 v.Chr.)

- Historischer Arzt
- aus einer Ärzte (Asklepiaden)-Familie von der Insel Kos
- „Vater der Medizin“, jedoch wenig Gesichertes über sein Leben bekannt
- früh begann die „Legende Hippokrates“

Corpus Hippocraticum

- älteste Schriften zw. 430 und 380 v. Chr.
- jüngste im 2. Jh. n. Chr.
- Ca. 60 Bücher, Zusammenstellung der Bücher möglicherweise in Bibliothek von Alexandria
- Sehr einflussreiches medizinisches Werk, bis ins 19. Jahrhundert als Lehrbuch genutzt
- Verschiedene Autoren, unterschiedliche Stile
- Hippokrates als Autor?

Hippokratischer Aphorismus - Ars longa, vita brevis
Das Leben ist kurz, die Kunst weit, der günstige Augenblick flüchtig, der Versuch trügerisch, die Entscheidung schwierig.

De Morbo Sacro
Über die heilige Krankheit
(ca. 420 v. Chr.)

1. Mit der sogenannten heiligen Krankheit verhält es sich folgendermaßen: 2 Um nichts halte ich sie für göttlicher als die anderen Krankheiten oder für heiliger, sondern sie hat eine natürliche Ursache wie die übrigen Krankheiten, aus der sie entsteht.
2.4 Ihren Anfang hat sie wie die anderen in der Vererbung. Denn wenn von einem Phlegmatyp ein Phlegmatyp und von einem Galletyp ein Galletyp abstammt und von einem Schwindsüchtigen ein Schwindsüchtiger und von einem Milzkranken ein Milzkranker, 5 was hindert da, daß eines der Kinder, dessen Vater oder Mutter von dieser Krankheit befallen war, ebenfalls davon befallen wird?
Kapitel 3:
3.1 In Wirklichkeit aber ist das Gehirn schuld an diesem Leiden, wie an den schlimmsten anderen Krankheiten.
Kapitel 7:
7.1 Wenn das Phlegma [...] in die vorher erwähnten Adern herabfließt, verliert der Kranke die Sprache und wird gewürgt. Schaum fließt aus seinem Mund, er beißt die Zähne aufeinander, die Hände krampfen sich zusammen, die Augen verdrehen sich, und die Kranken sind nicht bei Besinnung. Bei manchen geht auch Kot ab.
Kapitel 13:
13.1 Nun will ich die Gründe dafür nennen, warum die meisten Anfälle bei dem Wechsel der Winde auftreten, und zwar vor allem beim Aufkommen des Südwindes, dann des Nordwindes und ferner bei den anderen Winden.
3 Der Nordwind nämlich ballt die Luft zusammen und scheidet das Feuchte und Dunstige aus ihr aus und macht sie klar und durchsichtig. In gleicher Weise wirkt er auf alles, was vom Meer und den anderen Gewässern seinen Anfang nimmt.
5 Der Südwind aber wirkt in der genau entgegengesetzten Richtung. Denn zuerst beginnt er, die zusammengeballte Luft zu schmelzen und zu verdünnen;
Kapitel 18:
6 Wer sich aber darauf versteht, in den Menschen durch Diät das **Verhältnis von trocken und feucht, kalt und warm** zu regeln, der dürfte auch diese Krankheit heilen können, wenn er die rechte Anwendung des Nützlichen beurteilen könnte, und das ohne Entsühnungen und Zauberei und dies ganze unberufene Tun.

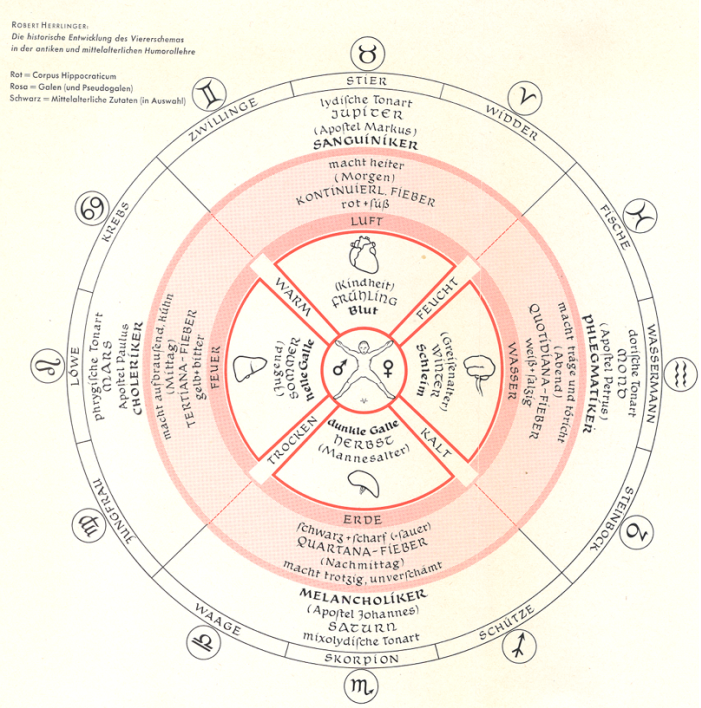
Fazit der Schrift über die Heilige Krankheit:

- Krankheiten sind nicht heilig und von Göttern gegeben, sondern haben eine natürliche Krankheitsursache
- 4-Säftelehre, Humoralpathologie
- Krankheit als Ungleichgewicht der Säfte
- Eukrasia – Dyskrasia (Gleichgewicht – Ungleichgewicht)
- Heilung durch „Diät“, um das Gleichgewicht der Säfte wieder herzustellen

Vier-Säfte-Lehre
De natura hominis
Verfasser: Polybos, ca. 410 v. Chr.
Der Körper des Menschen hat in sich Blut und Schleim und gelbe und schwarze Galle, und das ist die Natur seines Körpers, und dadurch hat er Schmerzen und ist gesund. Am gesundesten ist er, wenn **diese Säfte im**

richtigen Verhältnis ihrer Kraft und ihrer Quantität zueinander stehen und am besten gemischt sind. Schmerzen hat er, wenn etwas von ihnen zu viel oder zu wenig vorhanden ist oder sich im Körper absondert und nicht mit dem Ganzen vermischt ist.

Grundgedanke der Säftelehre
- Idee der Isonomie: Gleichgewicht der Gegensätze (Alkmaion von Kroton, ca. 500 v. Chr.)
  Gesundheit bei innerer Harmonie
- Qualitätenlehre: Gegensatzpaare feucht - trocken, kalt - warm
- Ausbau zum Viererschema





Nachwirkungen der Säftelehre in der Volksmedizin
- Diätetik
- Aderlass, Schröpfen, Abführen
- Blutreinigungstees
- Entschlackungsmittel
- Heilfasten

Römische Medizin
Galen (~129 Pergamon – ~215, Rom)
- Gladiatorenarzt
- Bedeutendes medizinisches Werk
- Zusammenfassung und Systematisierung der antiken Medizin
- Angreifen der Vier-Elemente-Theorie und der Vier-Säfte-Lehre

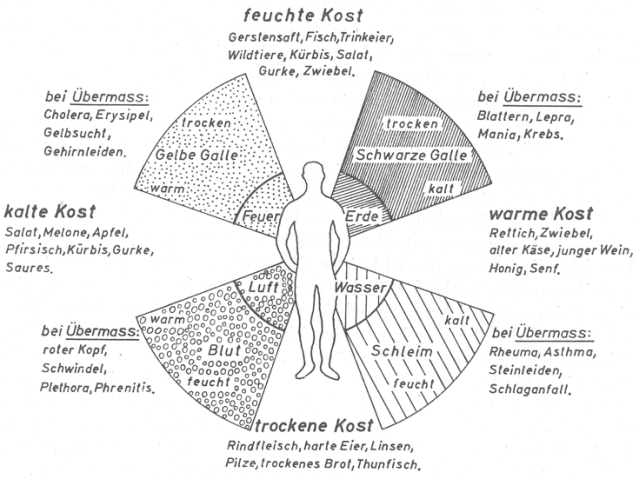


Abb. 37: Diätvorschriften, Erkrankungen, Säfte und Qualitäten. Versuch ihrer Zuordnung im System von *Galen*.

3 Mittelalter

- Von ca. 500 bis ca. 1500 n.Chr.
- Zusammenbruch des Imperium Romanum (Buchdruck, Entdeckung der neuen Welt, Renaissance, Reformation…)

Kennzeichen des Mittelalters
- Christlich-religiös, aetas christiana („christliches Zeitalter“)
- Kirche starke Autorität
- Latein – gemeinsame Gelehrtensprache
- Akademisch gelehrte Ärzte in der Minderheit (nur für die Elite)
- Chirurgie als außeruniversitäres Handwerk

Einfluss des Glaubens und der Kirche auf die Medizin
- Gott als Erklärung für Heilung und für Krankheit
- Krankheit als Strafe Gottes oder Prüfung Gottes
- wichtige Erklärung für Erkrankung und Genesung
- Christus medicus, d.h. der Christus als Erlöser und Heiler der Menschheit gleichermaßen und zwar im Diesseits und im Jenseits
- Diesseitigkeit – Jenseitigkeit

Klostermedizin
Klöster ->

- Zentrale Orte der Wissenssammlung und –vermittlung, auch von antikem Gedankengut
- Orte der Pflege
- Ordensgemeinschaften und ihr caritativer Auftrag
- Nonnen und Mönche: aus Nächstenliebe Heilkunde betrieben
- Räumlichkeiten für Kranke, Krankenbehandlung, Heilkräutergarten

Medizinische Schulen, Universitäten
- Ausbildung: Lehre beim Arzt.
- Die erste medizinische Schule in Europa entstand in Salerno ca. 1057.
- Zunehmender Einfluss: Universitäten in Bologna (1088), Montpellier (1220), Paris (ca.1160), Padua (1222), Prag (erste Universität im hl. röm. Reich 1348) und Oxford (1167) (Tübingen 1477)
- *universitas magistrorum et scholarium*
- Ergänzung/Ablösung der Klöster als Orte der Wissensvermittlung und -bewahrung
- Erste Approbation: Sizilien 1140
- Prüfung zum Schutz der Patienten

Hospitäler
- Orte der Pflege und Krankenbehandlung
- Versorgung von Pilgern, Armen, Kranken.
- Keine Forschung
- Trägerschaft: Kirchlich, später Bruderschaften, Stiftungen, nicht-klösterliche Orden

Einfluss des arabischen Raumes
- Überlieferung der griechischen Antike
- Textübersetzung, Kompilationen
- Interpretationen und Ergänzungen
- Rezeption über Salerno und Toledo
- Arabische Autoren: z.B. Avicenna

Theorie der Medizin
- Weiterhin dominierend: antike Humoralpathologie
- Insbesondere Galen
- Diätethik, Lebensführung
- Kräuterlehre
- Pharmakologie

Rolle der Medizin
- Akademische, universitär gelehrte Ärzte: Minderheit
- Allenfalls für begüterte Schichten
- Klostermedizin: weiter verbreitet
- Chirurgie: Handwerk, nicht immer an den Universitäten gelehrt
- Bevölkerung: Versorgung durch Bader, Bruch- und Steinschneider, Starstecher
- Laienhelfer

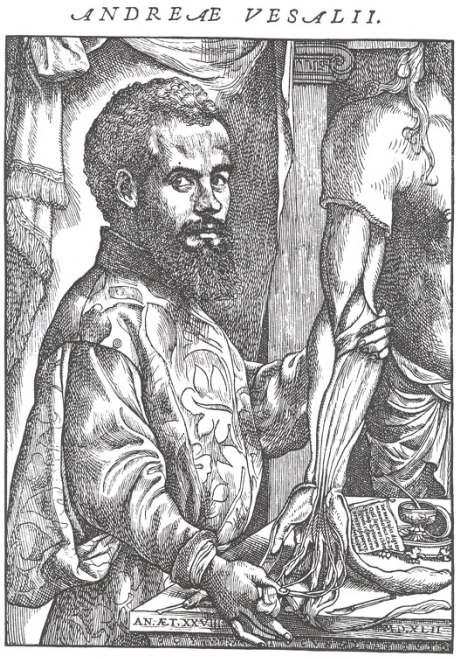
VL 2 - Medizin der Renaissance und frühen Neuzeit

Lernziele
- Wesentliche Elemente der Medizin der Renaissance und frühe Neuzeit kennen
- Entdeckung des Kreislaufes
- Wandel der Autoritäten

Frühe Neuzeit
- Von ca. 1500 n.Chr. (Buchdruck, Entdeckung der neuen Welt, Reformation, Renaissance…)
- Kennzeichen der frühen Neuzeit:
• Humanismus und wissenschaftliche Reform
• Wiederentdeckung der Antike

Medizin der Renaissance
- Zurück zu den Quellen der Antike ("Ad fontes"!)
- Neues Selbstbewusstsein, neue Methode: Autopsie, der eigene Blick

Vesal, Andreas, geb. 31.12.1514
- Sohn des Hofapothekers von Brüssel.
- stud. med. Paris 1533
- 1537 Padua, wird sofort nach Abschluss seiner Studien Prof. für Anatomie und Chirurgie
- 1543 (im selben Jahr wie Kopernicus' Hauptwerk)
- De **humani corporis fabrica libri septem**



- Wiedergewinnung der verlorenen Einheit der Medizin
- Ende der Geringschätzung der Chirurgie
- Anatomie als unerlässliche Grundlage
- Autopsie am Menschen
- Kritik an antiken Autoren
- Sachautorität über Personalautorität

William Harvey
- Entdeckung des Kreislaufs
- *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus, 1628*
- linke Herzkammer drückt Blut in die Körperschlagader, die Aorta
- Rechte Herzkammer drückt Blut in die Lunge
- Sauerstoffaufnahme in der Lunge
- Funktion der Venenklappen
- Wie kommt das Blut in den venösen Kreislauf?
- Später: Kapillaren

VL 3 - Medizin im 19. Jahrhundert / Medizin als Wissenschaft, Evidence based medicine

Lernziele
- Den Aufbruch zur Medizin als Naturwissenschaft im 19. Jahrhundert kennen
- Kritische Einwände dagegen und den Wandel im 20. Jahrhundert kennen
- Wesensmerkmale der evicence based medicine kennen:
- Elemente der EbM
- Verzerrungen in der EbM
- Vorteile und Gefahren der EbM

1 Medizin im 19. Jahrhundert / Medizin als Naturwissenschaft

Mitte des 19. Jahrhunderts: Der Aufbruch der Medizin als Naturwissenschaft
→ Aufbruch der Medizin
→ Medizin wollte Naturwissenschaft werden

Medizin als Naturwissenschaft: Prinzipien
- Ablehnung jeder Art „Lebenskraft“ und metaphysischen Erklärungen
- Kausalität
- Experiment
- Zerlegung in Teile und Funktionsgruppen
- Schritt für Schritt – Analyse
- Physiologie als Grundlage der Therapie

Ernst Brücke, Wien
Emil DuBois-Reymond, Leipzig
Hermann Helmholtz, Heidelberg
„Brücke und ich, wir haben uns verschworen, die Wahrheit geltend zu machen, daß im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind als die gemeinen physikalisch-chemischen.“
(Emil DuBois-Reymond, Mai 1842)

Naturwissenschaftlicher Optimismus
Bernhard Naunyn:
„Für mich ist es kein Zweifel, dass das Wort: ‚Die Medizin wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein‘ auch für die Therapie gelten muss und gilt. Die Heilkunde wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein!“ (Naunyn 1909, S. 1348.)

Medizin als Naturwissenschaft
- Konzentration auf Naturwissenschaft
- Ausgangspunkt: das Labor, nicht das Krankenbett
- Ärztliche Handlung wird die Eigenschaften naturwissenschaftlichen Wissens annehmen: exakt, präzise, berechenbar, reproduzierbar…

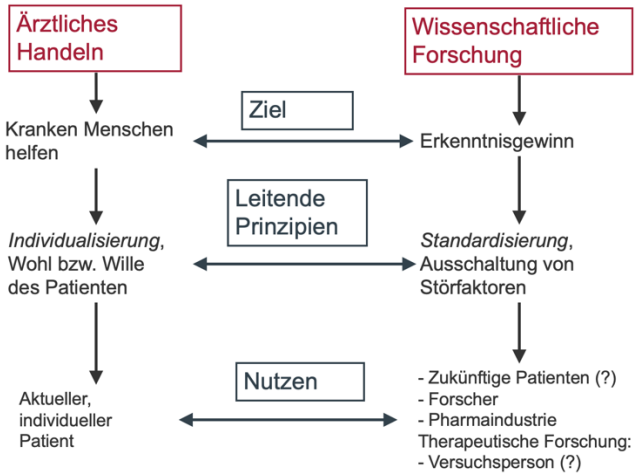
- Alle anderen Probleme: temporäre Scheinprobleme, verschwinden alsbald.
- Ausbildung: naturwissenschaftlich
- Einheit der Medizin: durch Naturwissenschaft

Schwierigkeiten
- „Rationelle Therapie“ ergab sich nicht von selbst.
- Ärztliche Handlung blieb ungewiss.
- Praktiker fühlten sich schlecht ausgebildet: Im Labor, nicht am Krankenbett.
- Seither stets Kritik am Studium: zu wenig praktisch orientiert
- Wissenschaftler glaubten, die besseren Mediziner zu sein, hatten aber praktische Schwierigkeiten
- Theoretische Überlegungen zu Therapien: Unsicher
- Beispiel: Beta-Blocker bei Herzinsuffizienz
- Beeinflussung eines pathophysiologischen Parameters hilft dem Patienten nicht immer.
- Beispiel: CAST-Studien
- Praktische Medizin ist stets komplexer und vielschichtiger, als dass nur Naturwissenschaften genutzt würden.
- Immer auch psychische/soziale Aspekte
- Immer auch ethische Aspekte

Rudolf Virchow
"Wäre die Biologie fertig, kennten wir die Lebensgesetze und die Bedingungen ihrer Manifestation genau, wüßten wir bestimmt die Folgen jedes Wechsels dieser Bedingungen, so würden wir eine rationelle Therapie haben und die Einheit der medicinischen Wissenschaft würde hergestellt sein.“
(Rudolf Virchow 1849)

Strukturen der ärztlichen Handlung
- Arzt/Ärztin können keinen Erfolg garantieren.
- Unerwünschte Wirkungen können nicht mit Gewissheit ausgeschlossen werden.
- Heilung ist nicht immer der ärztlichen Einflussnahme zuzuschreiben
- Handlung unter endlicher Information und Zeitdruck.
- Jeder Fall unterscheidet sich von anderen.

Aristoteles:
„[…] denn wer gebildet ist, sucht in jedem Bereich das Genaue nur in dem Maße, wie es die Natur der Sache zulässt“
(Nikomachische Ethik 1094 b 23-25)



Medizin als praktische Wissenschaft
Medizin = praktische Disziplin, die primär nicht auf Erkenntnisgewinn, sondern auf begründetes Handeln im Einzelfall ausgerichtet ist
- Definiert durch die Zielsetzung: Hilfe für kranke Menschen
- Ärztliches Handeln erfordert
- wissenschaftlich begründetes Wissen
- Urteilskraft: Anwendung allgemeiner Regeln
- Praktische Fertigkeiten
- Ethische Normen und Haltungen
- Mehr als die Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen!
- Die Medizin ist eine praktische Wissenschaft, sie ist keine Naturwissenschaft, sie nutzt (nicht nur) naturwissenschaftliche Methoden und naturwissenschaftliches Wissen für ihre Ziele.
- Die Medizin hat die Aufgabe übernommen, kranken Menschen zu helfen.
- Empirisches Wissen und theoretische Modelle haben in der Medizin eine Dienstfunktion.
- Allerdings: Naturwissenschaften sehr wichtig!

Vom 19. zum 20. Jahrhundert
- Der euphorische Aufbruch der Medizin im 19. Jahrhundert begann mit einem wissenschaftstheoretischen Missverständnis.
- Die Hoffnung auf einheitliche Medizin hat sich faktisch nicht erfüllt.
- Seit 20. Jh.: Verschiedene Autoren betonen methodische Eigenständigkeit der Medizin
- Analyse der ärztlichen Praxis
- Strukturen ärztlichen Denkens und Handelns
- Einheit der Medizin:
- Über die moralische Verpflichtung

2 Evidenzbasierte Medizin

Was ist evidenzbasierte Medizin?
Deutsche „Evidenz“/englische „evidence“?

Eine Definition:
„The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external evidence from systematic research."
(David Sackett et al. 1996)

- „Bestmögliche Integration von externen Axiomen asu systematischer Forschung in individuelle klinische Expertise und Patientenbehandlung, auch unter dem Aspekt im indivduellen Fall zu Gunsten des Patienten individuell von Leitlinien und der Beweis-basierten Medizin abzuweichen"
- Das outcome empirishcer Studien ist relevanter als die wissenschaftliche Kausalität
- EBM: gesichertes handlungsleitendes Wissen ist notwendig
- Klinische Studien: black-box-Prinzip
- Großer Teil der Medizin: nicht EBM-basiert
- Efficacy - effectiveness

Gefahren der EBM

- Regeln an Kollektiv erforscht – handeln, jedoch im Einzellfall
- hard data – soft data
- Indikationsregeln: Handlungskorridore
- Urteilskraft stets notwendig.
- Mit Begründung: Abweichen von einer Regel geboten! -> Aber nur mit Begründung!

Methodische Präferenzen:

- EBM misst, was sich messen lässt
- Studien teuer – dadurch bestimmte Auswahl der Forschung
- „Da die Pharmaunternehmen die weit überwiegende Zahl der randomisierten Studien selbst konzipiert, durchführt oder in Auftrag gibt, bestimmen sie die Evidenz, die wir haben, was jedoch nur bedingt die Evidenz ist, die wir brauchen."
  (Otmar Leiß, DÄB 2015, S. C 112)
- Finanzierung von klinischen Studien durch die pharmazeutische Industrie:
- Nur bei patentierbaren Produkten
- Nicht alles lässt sich durch klinische Doppelblind-Studien erforschen.
- Nicht alles, was nicht erforscht ist, ist deshalb unwirksam

Gefahr: „Evidence b(i)ased medicine"?
→ Vermehrt Studien von nicht- kommerziellen Institutionen sind notwendig!

Gegenteil: „Eminence based medicine"?
Ärztliche EBM und Freiheit?
„Auf ‚Evidenz-basierte Medizin' reagieren die meisten deutschen Ärzte etwa so, wie ihre übergewichtigen Patienten auf den Ratschlag, doch mal etwas mehr Sport zu treiben." (Dt. Ärzteblatt 1999)

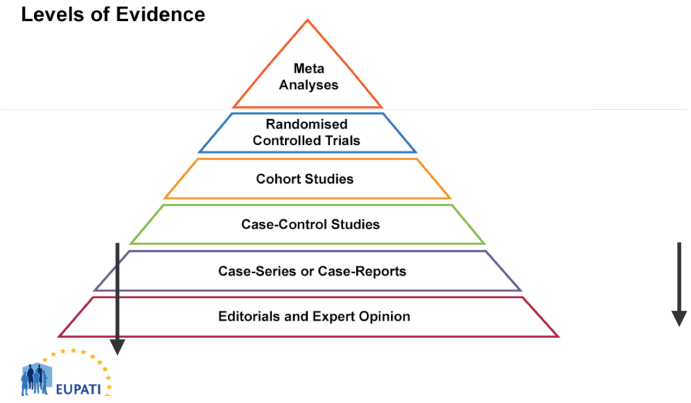
Richtig verstandene EBM verstößt nicht gegen die ärztliche Freiheit, im Gegenteil:
„Evidence based medicine is a necessary condition for clinical freedom, not a threat" (M. Parker 2005, S. 23)
Nur falsch verstandene EBM wird zur „Kochbuchmedizin"

Fehlende Evidenz in der Medizin
Nur ein geringer Teil der Medizin ist evidenzbasiert!
Auch Therapien, deren Nutzen widerlegt oder höchst fragwürdig ist, oder deren Schaden belegt ist, werden weiter genutzt.

"Reasons for using ineffective or harmful treatments
Clinical experience
Over-reliance on a surrogate outcome
Natural history of the illness
Love of the pathophysiological model (that is wrong)
Ritual and mystique
A need to do something
No one asks the question
Patients' expectations (real or assumed)"
(Doust, Del Mar 2004, S. 474)

- EBM ist eine der wichtigsten Entwicklungen in der Medizin der letzten Jahrzehnte.
- Ihre Bedeutung wird steigen.
- Man muss sie nur richtig anwenden!
- Einschränkung der ärztlichen Freiheit -> absolut zu widerlegen, da die EBM mit persönlicher Urteilskraft zu bewerten und dann dem Arzt hilfestellend nutzen soll!

Was ist Evidenzbasierte Medizin?



VL 4 - Medizin im Nationalsozialismus

Lernziele
- Kenntnis der Ideologie des Nationalsozialismus
- Kenntnisse zu den Verbindungen von Medizin und Nationalsozialismus
- Kenntnisse zum Ärztlichen Ethos im Nationalsozialismus
- Kenntnisse über die Verbrechen von Ärzten in der NS-Zeit
- Kenntnisse über den Nürnberger Ärzte-Prozess und den Nürnberger Codex

Die Skelettsammlung - August Hirt
„Sicherstellung der Schädel von jüdisch-bolschewistischen Kommissaren zu wissenschaftlichen Forschungen in der Reichsuniversität Straßburg."
Die Täter: Hans Fleischhacker und Bruno Beger
Prinzip:
- Ermordung von Menschen zu Demonstrationszwecken
- Lebensrecht des Einzelnen vs. „Vorteil" für die Wissenschaft
- „Wissenschaftlichkeit"
- Sachlichkeit und Verbrechen
- Wissenschaft zur Durchsetzung von Rassenkampf

Ärzte und der Nationalsozialismus
- Zahlreiche Theoreme des Nationalsozialismus entstammen der Medizin/Biologie.
- Rassenhygiene und Rassenlehre gehören zu den grundlegenden Theorien des Nationalsozialismus.
- Die Wertigkeit von Rassen wurde zur „wissenschaftlichen Tatsache".
- Die Ärzteschaft hat sich schnell den Nationalsozialisten angeschlossen.
- Einige Forderungen der Nationalsozialisten wurden von Ärzten schon vor 1933 aufgestellt.

→ Überlegungen zur Tötung von Kranken vor 1933
Von der Freigabe zur Vernichtung lebensunwerten Lebens, 1920
(Karl Binding, Alfred Hoche)

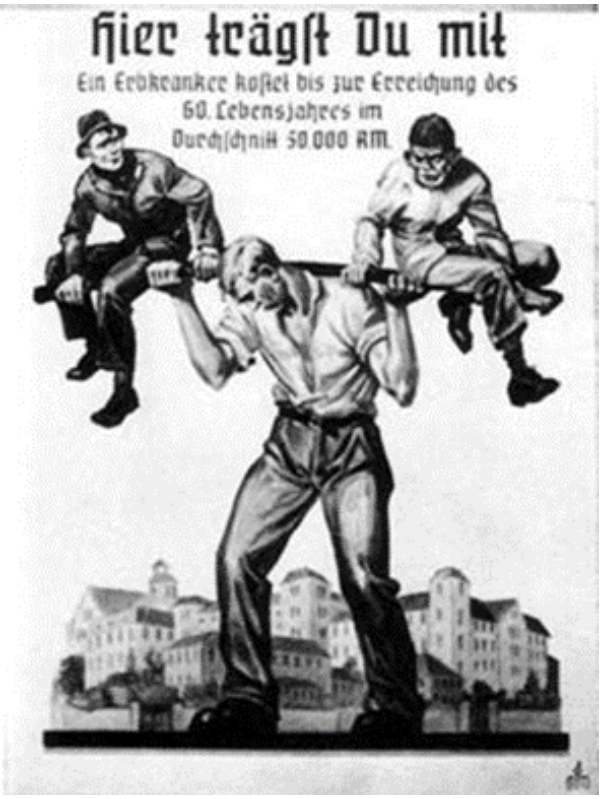
Die Ärzteschaft
- bereitwillige „Selbst-Gleichschaltung" der deutschen Ärzteschaft
- Mitwirkung an der Vertreibung jüdischer Kollegen
- über 45 % der Ärzte Mitglied in der NSDAP, über 26 % in der SA, 7 % in der SS
- eine ganze Medizinergeneration versprach sich von der NS-Gesundheitspolitik eine Verbesserung der finanziellen Lage
- Ärzte begrüßten die selektionistische Politik, die die Starken förderte und die Schwachen aussonderte.

Ärztliche Ethik im Nationalsozialismus
- Die Ärzteschaft hat einen fundamentalen Wandel in der ärztlichen Ethik zugelassen:
- Nicht das Individuum, sondern die Rasse steht moralisch im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns.
- Verlust der zentralen individuellen Rechte auch in der Medizin.
- „Du bist nichts, Dein Volk ist alles"
- Ausgrenzung von „Minderwertigen", Vernichtung der „Volksschädlinge", „Vernichtung lebensunwerten Lebens"

Verbrechen der Ärzte im Nationalsozialismus
- 6000 Kollegen aus dem Beruf getrieben wegen jüdischer Abstammung oder politischer Missliebigkeit
- 360000-400000 Zwangssterilisierungen, davon ca. 5000 Todesopfer
- 5000 Kinder ermordet bei der Kindereuthanasie
- 80000 Ermordete bei der T4-Aktion, danach eine unbekannte Zahl, „wilde Euthanasie"
- Selektionen an der Rampe der KZ
- Versuche in den KZs an Menschen

Die nationalsozialistische Erbgesundheitspolitik
- Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
- Januar 1934 in Kraft getreten
- Regelte die Sterilisation von „Erbkranken", verbot „Erbgesunden", sich unfruchtbar machen zu lassen.

§ 1: „Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:
angeborenem Schwachsinn,
Schizophrenie,
zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
erblicher Fallsucht,
erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)
erblicher körperlicher Missbildung.
Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an erblicher Blindheit,
erblicher Taubheit,
schwerem Alkoholismus leidet."
§ 12 erlaubte die Anwendung von polizeilichem Zwang
→ 360.000 bis 400.000 Opfer

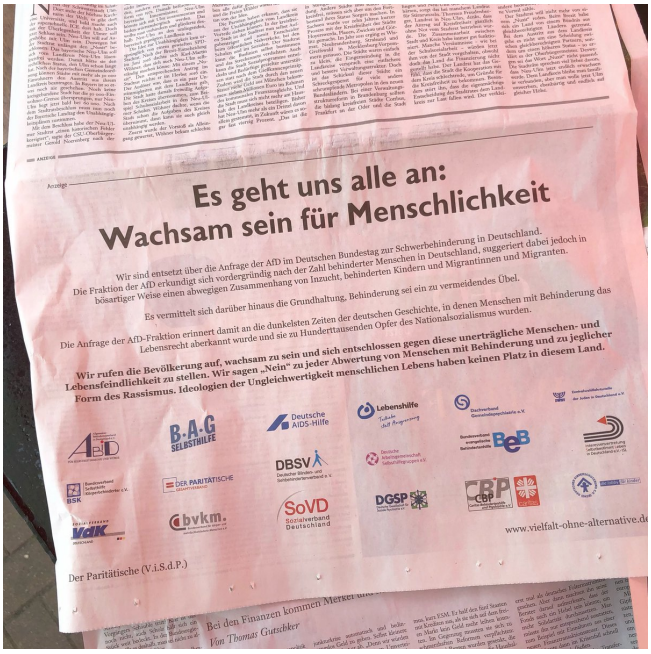


Kleine Anfrage der Abgeordneten Nicole Höchst, Franziska Gminder, Jürgen Pohl, Verena Hartmann und der Fraktion der AfD

Gemäß Statistischem Bundesamt (…) lebten im Jahr 2015 7 615 560 Menschen mit Schwerbehindertenausweis in Deutschland. Das waren im Jahr 2015 9,3 Prozent der Gesamtbevölkerung und im Vergleich 0,9 Prozent (67 000) mehr als im Jahr 2013. Davon waren 55 Prozent älter als 65 Jahre und 2 Prozent (also 152 000) schwerbehinderte Kinder und Jugendliche. Behinderungen entstehen u. a. durch Heiraten innerhalb der Familie

4. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Behinderten seit 2012 entwickelt, insbesondere die durch Heirat innerhalb der Familie entstandenen (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?
5. Wie viele Fälle aus Frage 4 haben einen Migrationshintergrund?
6. Wie viele der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Schwerbehinderten (bitte hier alle Arten von Behinderungen zusammenfassen) besitzen keine deutsche Staatsbürgerschaft (bitte nach Jahren seit 2012 aufschlüsseln)?

(Berlin, den 12. März 2018
Dr. Alice Weidel, Dr. Alexander Gauland und Fraktion)



„Euthanasie-Erlass" Hitlers

„Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann."

Die Krankenmorde („Euthanasie"-Aktionen)

- Meldebogen
- Anstalt Grafeneck -> „Vergasungsschuppen"
- Die Gemeinnützige Krankentransport GmbH („GEKRAT")

Aussage einer Pflegerin vor Gericht:
„Sobald wir mit so einem Transport ankamen, war meine Aufgabe, die Geisteskranken aus dem Omnibus nach dem Aufnahmezimmer zu führen. Die Transportleiter hatten inzwischen dem Büropersonal die entsprechenden Krankengeschichten übergeben. An Hand dieser Unterlagen wurde die Prüfung der einzelnen Personen vorgenommen. Danach gelangten die Kranken in einen anderen Raum, wo sie zur Entkleidung kamen. Dies war auch meine Aufgabe. Kurz darauf erfolgte die ärztliche Untersuchung seitens der Ärzte Dr. Schumann und Dr. Baumhardt, jedoch nach dem jeweiligen Geschlecht. Es kam dabei vor, dass einige Kranke zurückgestellt wurden. Sie sind zu ihren Anstalten zurückgebracht worden. Die totgeweihten Personen dagegen kamen anschließend in einen anderen Aufenthaltsraum, von wo sie durch das männliche Pflegepersonal in Empfang genommen und in die neu errichtete Baracke zum Vergasen geführt wurden. Die besonders unruhigen Kranken erhielten zur Beruhigung Morphium..."

- offizielles Ende der „Aktion T-4“ im August 1941
- aber: heimliche Fortsetzung des Krankenmords „wilde Euthanasie“ in den Heilanstalten durch Verhungern lassen oder durch Tötung mit Medikamenten
- Ermordung von Insassen der Konzentrationslager: „Aktion 14f13“
- Bilanz der Morde:
- 80.000 bis 100.000 Erwachsene (20.000 durch „wilde Euthanasie“)
- 5000 Kinder
- 1000 Juden in Anstalten
- 20.000 Opfer der Aktion „14f13“

“Urlaub vom Genozid“ 1944
Das Tötungspersonal von Auschwitz:
R. Baer, J. Mengele, J. Kramer, R. Höß



Forschung in den Konzentrationslagern
- Unterdruck- und Unterkühlungsversuche
- Nutzbarmachung von Trinkwasser
- Fleckfieber-Impfstoff, Hepatitis-Impfstoff
- Sulfonamide, Knochentransplantation, Pflegmone
- Lost- und Phosgenversuche
- jüdische Skelettsammlung

Eckpunkte der Forschung
- Fragwürdige Qualität, vielfach kein Anlass
- Unter Zwang, mit Täuschung
- Ohne Aufklärung und Einverständnis
- Fast alle fremdnützig
- Unter Inkaufnahme von schwersten Leiden, bleibenden Verletzungen und Tod
- z.T. gezielte Tötungen
- Keine Nachbehandlung schwerer Folgeschäden und Schmerzen

Humanexperimente
- Sulfonamid-Experimente in Ravensbrück (Der Verantwortliche: Dr. Karl Gebhardt)
- Unterdruckversuche in Dachau
- Unterkühlungsversuche in Dachau



Der Nürnberger Ärzte-Prozess



- 7 Ärzte wurden zum Tode verurteilt,
- 5 zu lebenslanger Haft,
- 2 zu 20 Jahren,
- 1 zu 15 Jahren,
- 1 zu 10 Jahren,
- 7 wurden frei gesprochen

Aufarbeitung des Nürnberger Prozesses
- Dokumentation von Mitscherlich und Mielke wurde von der Ärztekammer initiiert.
- Mitscherlich und Miehlke wurden für die Dokumentation von Kollegen angeklagt.
- Die erste Auflage wurde von der Ärztekammer aufgekauft und ist seither weitgehend verschwunden.
- Tabuisierung der Verbrechen bis in die 1980er Jahre

Regelungen der Forschung vor dem Nationalsozialismus
„Anweisung an die Vorsteher der Kliniken, Polikliniken und sonstigen Krankenanstalten“ vom Preußischen Kultusminister, 1900
„Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen“ des Preußischen Innenministeriums, 1931

Der Nürnberger Codex
- Bedingung ohne Ausnahme: Freies informiertes Einverständnis

- § 1: „Die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich.“
- Nutzen für die Gesellschaft, der auf andere Weise nicht zu erreichen ist.
- Schäden minimieren, zuvor Tierversuche.
- Keine Versuche mit absehbar schweren Folgen
- Abbruch bei schweren Schäden
- Abbruchsrecht, wenn die Versuchsperson „körperlich oder psychisch einen Punkt erreicht hat, an dem ihr seine Fortsetzung unmöglich erscheint“

Merkmale „Nationalsozialistischer Medizin“

- basierte auf rassischen Überzeugungen und radikalisierte sich sukzessive.
- Höherwertigkeit der „arischen Rasse“ wurde zur „wissenschaftlichen Tatsache“ erhoben
- Ausweitung des ärztlichen Verantwortungsobjektes: nicht nur das Individuum, sondern auch die Rasse
- qualitativer Dammbruch inhumanen Verhaltens vonseiten des Staates und seiner Ärzte gegenüber Kranken
- „Staatsmedizin“, die das Wohl der „Volksgemeinschaft“ im Blick hatte
- Einzelinteressen wurden dem Wohl des Volksganzen untergeordnet. („Deine Gesundheit gehört nicht dir!“)
- Ärzte und Ärztekammer im Dienst der NS-Ideologie
- z. T. in rechtsfreiem Raum
- Altehrwürdige, hochgebildete Profession mitsamt ihrer Elite beteiligte sich an der Barbarei.

Der Zivilisationsbruch

• „Es ist die Frage aller Fragen der deutschen Zeitgeschichte: Worin gründete die zerstörerische Dynamik, mit der sich die deutsche Gesellschaft nach dem Scheitern ihrer vierzehn Jahre zuvor errichteten Republik in kurzer Zeit allen Normen des menschlichen Zusammenlebens in unvorstellbarer Radikalität erledigte? Was ließ die Deutschen nach 1933 zu einer Verbrechensgemeinschaft werden, die die Welt bis in ihren eigenen Untergang mit einem beispiellosen Vernichtungskrieg und Massenmord überzog?“

• Martin Sabrow, SZ, 26.8.2025,
• https://www.sueddeutsche.de/kultur/goetz-aly-wie-konnte-das-geschehen-deutschland-1933-bis-1945-rezension-martin-sabrow-li.3281234

Nationalsozialismus

• „Das große Problem ist, dass Hitler als absolut böse dargestellt wird. Aber wir alle wissen natürlich, dass es in der Geschichte kein Schwarz und kein Weiß gibt.“
• (“The big problem is that one presents Hitler as absolutely evil. But of course we know that there is no black and no white in history.)

• Björn Höcke, 22.3.2017, The Wall Street Journal

• "Hitler und die Nazis sind nur ein Vogelschiss in über 1000 Jahren erfolgreicher deutscher Geschichte"

• Alexander Gauland, Bundeskongress Junge Alternative, 2.6.2018

• "**Weidel:** Damals, während des Dritten Reiches, gab es die Nationalsozialisten, und wie das Wort schon sagt, waren sie Sozialisten.
• ***Musk:*** *Ja, sie verstaatlichten Industrien wie verrückt.*
• **Weidel:** Ja, absolut. Er [Hitler] war ein Kommunist […]. Was sie also taten: Sie verstaatlichten die privaten Unternehmen. […] Und dann wurde die ganze Industrie verstaatlicht."

• Gespräch Elon Musk und Alice Weidel https://www.schwaebische.de/politik/musk-und-weidel-auf-deutsch-der-ganze-talk-ungekuerzt-und-im-wortlaut-3227330

VL 5 - Grundlagen der Medizinischen Ethik und Forschungsethik

Lernziele

- Kennenlernen der Grundlagen der Medizinische Ethik
- Ärztliches Ethos, medizinethische Prinzipien, grundlegende Verhaltensweisen von Ärzten, Konflikte
- Kennenlernen der Grundlagen der Forschungsethik
- Ethische Konflikt der Forschung am Menschen, zentrale ethische Bedingungen für die Forschung am Menschen

Gesellschaftlicher Hintergrund

- Schneller Wandel des gesellschaftlichen Umfelds
- Viele Religionen und Werthaltungen
- Pluralistische Gesellschaft
- Schneller Wandel der Medizin
- Schnelle Veralterung des Wissens
- Trotz Pluralität, bestimmte moralischen Prinzipien medizinischen Handelns sind weithin unumstritten:

• Selbstbestimmung des Patienten
• Nutzen/Schaden für den Patienten
• Gerecht verfahren

1. Grundlagen der Medizinethik

→ **Selbstbestimmung des Patienten**

- Selbstbestimmung respektieren
- Das Recht, eigene Ansichten, eigene Wertvorstellungen zu haben, selbst für sich zu entscheiden und sein Leben danach zu gestalten.
- Negatives Recht: Frei von Zwang und äußeren Einflussnahmen entscheiden
- Positives Recht: Förderung der Entscheidungsfähigkeit
- Menschenrechte achten!
- Resultate aus dem Autonomie-Prinzip für Beteiligte im Gesundheitswesen:

• Entscheidungen des Patienten respektieren
• Entscheidungsprozess fördern

- Schweigepflicht
  Genfer Gelöbnis: „Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.“

Aufklärungspflicht, informiertes Einverständnis

Das informierte Einverständnis (informed consent:)
I. Voraussetzungen:
1. Die Fähigkeit, zu verstehen und zu entscheiden
2. Freiwilligkeit des Entscheidens
II. Aufklärung:
3. die relevanten Informationen erläutern

4. eine Empfehlung geben
5. Verständnis für die Elemente 3 und 4
III. Einverständnis:
6. Entscheidung für eine Vorgehensweise
7. Erteilung des Behandlungsauftrages.

- Eine Aufklärung ist mehr als das Erlangen einer Unterschrift.
- Die ärztliche Aufklärung ist ein Prozess, der das Arzt-Patient-Verhältnis begleitet.
- Der hohe Wert der Selbstbestimmung sollte nicht dazu verleiten, unsinnige und schädliche Maßnahmen durchzuführen.
- Die Medizin ist kein Gewerbe, bei dem ausschließlich Wunsch und Finanzkraft zu einer Handlung veranlassen.
- Medizinische Handlungen unterliegen auch dem Gebot: „nutzen“ und „nicht schaden“.

Kodifizierung des Selbstbestimmungsrechts
- Wichtige Entscheidungen in der deutschen Rechtsgeschichte
- Reichsgericht v. 31.5.1894: Medizinischer Eingriff ist Körperverletzung; Rechtfertigung durch Einwilligung
- Zahlreiche Urteile des BGH
- Informiertes Einverständnis erstmals in der Musterberufsordnung für Ärzte von 1988
- Bundesverfassungsgericht 1993: „Die Entscheidung über einen ärztlichen Eingriff steht grundsätzlich den betreffenden Patienten zu.“

Voraussetzung für therapeutisches Handeln
- Indikation
- Patientenwille
- Therapie

Sonderfall: Elterliches Einverständnis
- Ein einsichtsfähiger Erwachsener darf für sich mit einer Beliebigkeit entscheiden, sofern er andere nicht schädigt.
- Elterliches Einverständnis für ein Kind:
- An das Wohl des Kindes gebunden.
- Keine Beliebigkeit.
- Allerdings elterlicher Interpretationsspielraum, was das Wohl des Kindes ist.
- Beispiel: religiöse Beschneidung von Knaben.

2. Grundlagen der Medizinethik

→ **Nutzen/Schaden für den Patienten**

Nutzen und nicht schaden!
Das „klassische“ moralische Prinzip der Medizin -> Hippokratischer Eid
Der Auftrag der Medizin, „kranken Menschen helfen“.

Hippokratischer Eid:
„Ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden.“

Auch im Genfer Gelöbnis, Weltärztebund:
„Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.”

- Keinen Schaden zufügen, Schaden vermeiden, abweisen
- Nutzen vermehren, Wohlbefinden des Patienten fördern
- Bei gefährlichen Maßnahmen: akzeptables Nutzen-Risiko-Verhältnis
- Häufiger Konflikt: Nutzen/Schaden vermeiden versus Autonomie respektieren
- In der Regel: Präferenz des Autonomie-Prinzips!
- Schwierige Einzellfallentscheidungen

3. Grundlagen der Medizinethik

→ **Gerecht verfahren**

Gerechtigkeit
- Wie viel Respekt vor der Selbstbestimmung bei wie viel Gefährdung anderer Menschen?
- Abwägen der Bedürfnisse verschiedener Beteiligter
- Insbesondere bei Verteilungsentscheidungen
- Gerechte Verteilung der Zuwendung zum Patienten

4. Grundlagen der Medizinethik

→ **Evtl. Gefährdung anderer Menschen**

= Moralische Prinzipien, Ethos

- Moralische Prinzipien medizinischen Handelns
- Selbstbestimmung respektieren - Autonomy
- Nutzen - Beneficience
- Nicht Schaden - Non-maleficience
- Gerechtigkeit - Justice

Warum zum Arzt, Schwester…?
Zwei Voraussetzungen für medizinisches Handeln:
1. Befähigung zum medizinischen Handeln
2. Wille zum moralisch richtigen medizinischen Handeln
- Beides kann der Patient nicht kontrollieren.
- Darum „antizipatorisches Systemvertrauen“
- Durch Mitgliedschaft im Beruf erwartet!
- Ohne eine Moral der beteiligten Berufe würde die Medizin nicht akzeptiert

Ethos

- Alle medizinischen Handlungen haben einen ethischen Aspekt.
- Bei Verstoß gegen Ethos: Auswirkungen auf
- den einzelnen Arzt/Ärztin
- die Profession

Ärztliches Gelöbnis

- Freiwilliges Gelöbnis der Ärzteschaft (1948)
- formuliert durch den Weltärztebund
- Bestandteil der Berufsordnung
- Moderne Fassung des „Hippokratischen Eides“
- 2017 revidiert

„Als Mitglied der ärztlichen Profession
gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.
Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.
Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.
Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.
Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.
Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes fördern.

Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.
Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen.
Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.
Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.
Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.“

Einführung in die Forschungsethik

Ärztliche Handlung und wissenschaftliche Forschung

	Ärztliche Handlung	**Wissenschaftliche Forschung**
Ziel	Soll Patienten helfen	Soll Erkenntnisse gewinnen
Ausrichtung	Individuell ausgerichtet	An Gruppen ausgerichtet, überindividuelle Erkenntnisse

Klinischer Versuch - Humanexperiment

	Ziel	Wer profitiert?
Klinischer Versuch	Behandeln + Erkenntnis-gewinn	Evtl. Patient Evtl. Wissenschaft
Human-experiment	Erkenntnis-gewinn	Evtl. Wissenschaft

Das Dilemma der Forschung am Menschen

- Forschung am Menschen ist notwendig für gesicherte klinische Erfahrung.
- Rationalistische Therapiekonzepte = ungewiss
- „Ärztliche Erfahrung“ ohne methodisch aufwendige Studien = ungewiss
- Tierversuche = ungewiss
- Forschung am Menschen bedeutet ein Risiko für die Patienten/Probanden.
- Unerforschte Medikamente bedeuten ein Risiko für die Therapie von Patienten.

"Die ethische Aporie heißt dann: es ist unethisch, eine Therapie anzuwenden, deren Sicherheit und Wirksamkeit nicht wissenschaftlich geprüft ist; es ist aber auch unethisch, die Wirksamkeit wissenschaftlich zu prüfen.“ (Richard Toellner)

- Medizinische Forschung ist notwendig für wissenschaftlichen Fortschritt
- Medizinische Forschung ist grundsätzlich legitim,
- aber nur unter ganz bestimmten Bedingungen!

Der Nürnberger Ärzte-Prozess und der Nürnberger Kodex

- Regulationen der medizinischen Forschung
- Arzneimittelgesetz (AMG)
- Medizinproduktegesetz (MPG)
- Berufsordnung
- Guidelines "Good-Clinical-Practise"
- Deklaration von Helsinki
- u.a.
- Kodifizierung des Selbstbestimmungsrechts
- Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes von 1964, revidiert 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008, 2013
- Ethische Prinzipien
- Detaillierte Normen an die Aufklärung
- Patientenrechte
- Ethik-Kommission

Ethische Prinzipien (Emanuel et al.)

1. Gesellschaftlicher Wert der Forschung
2. Wissenschaftliche Qualität
3. Faire Auswahl der Probanden (justice)
4. Akzeptables Nutzen-Risiko-Verhältnis (non-maleficience)
5. Unabhängige Beurteilung: Votum einer unabhängigen Ethik-Kommission
6. Informiertes Einverständnis, Freiwilligkeit (autonomy).
7. Achtung für Versuchsteilnehmer (z.B. Recht des Widerrufs).

1. Gesellschaftlicher Wert der Forschung

- Ohne diesen Wert, kein Argument, dem Patienten einem Risiko auszusetzen
- Bedeutsamer Wissenszuwachs muss erwartet werden
- Auch langfristig (Grundlagenforschung)

2. Wissenschaftliche Qualität

- Grundsatz: Schlechte Wissenschaft ist unmoralisch, weil sie Patienten gefährdet, ohne dass wissenschaftliches Wissen gewonnen werden kann.
- Literatur?
- Tierversuche?
- Befähigung der Prüfärzte?
- Hinreichende Ausstattung der Zentren?
- Erfolgversprechender Studienaufbau?
- Einschluss-/Ausschlusskriterien
- Fallzahl
- Studiendesign?
- Welche Phase?
- Vergleichend?
- Randomisiert?
- Gibt es eine Standardtherapie?
- Placebokontrolle?
- Zentrale Frage: Welches Design kann die Frage beantworten, welches ist ethisch noch vertretbar? Welcher „level of evidence" sollte angestrebt werden?

3. Faire Auswahl der Probanden (justice)

Wer als Patient ein Risiko zu tragen bereit ist, sollte auch vom Nutzen profitieren können.
(Oder seine Gruppe)
Problem: Forschung in der 3. Welt an Problemen der 1. Welt.

4. Akzeptables Nutzen-Risiko-Verhältnis (non-maleficience)

1. Für den Patienten
2. Für den Patienten und die Gesellschaft

- Grundsätzliche Frage: Ist die Studie vertretbar?
- Welches Risiko? Welcher Nutzen? Für wen?
- Welcher Erkenntnisgewinn?
- Lässt sich die Erkenntnis auf anderem Wege erlangen?
- Grundsätzliche Frage: Ist die Studie vertretbar? Nutzen/Risiko – vertretbar?
- Rechtfertigt der zu erwartende Gewinn an wiss. Erkenntnis die Gefährdung des Patienten?
- Versicherung abschließen für Schäden

5. Unabhängige Beurteilung: Votum einer unabhängigen Ethik-Kommission = Prozedurale Absicherung

- Grundsätzlich: Jeder Versuch am Menschen oder menschlichen Materialien muss einer Ethik-Kommission vorgelegt werden.
- Ausnahmen: Historische Studien, vollständig anonymisiertes Material
- Bei Multicenter-Studien: Ein Votum durch die federführende Ethik-Kommission, jedoch Überprüfung des jeweiligen Zentrums durch die lokale Ethik-Kommission!
- Die Normen sind in zahlreichen Gesetzen, Richtlinien, Verordnungen, Empfehlungen... festgehalten.
- Sie müssen Urteile über einzelne Projekte anhand von normativen Vorgaben fällen.
- Sie selbst erstellen keine normativen Vorgaben.
- Ethik-Kommissionen sind zu unterscheiden von Klinischen Ethik-Komitees.
- Letztere beschäftigen sich mit schwierigen klinischen Fällen, nicht mit der Forschung.

6. Informiertes Einverständnis, Freiwilligkeit (autonomy).

Aufklärung, Dekl. von Helsinki, § 26
„Bei der medizinischen Forschung an einwilligungsfähigen Personen muss jede potentielle Versuchsperson angemessen über die Ziele,

Methoden, Geldquellen, eventuelle Interessenkonflikte, institutionelle Verbindungen des Forschers, den erwarteten Nutzen und die potentiellen Risiken der Studie, möglicherweise damit verbundenen Unannehmlichkeiten, vorgesehene Maßnahmen nach Abschluss einer Studie sowie alle anderen relevanten Aspekte der Studie informiert (aufgeklärt) werden.
Die potentielle Versuchsperson muss über das Recht informiert (aufgeklärt) werden, die Teilnahme an der Studie zu verweigern oder eine einmal gegebene Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass ihr irgendwelche Nachteile entstehen.
Nachdem er sich vergewissert hat, dass die potentielle Versuchsperson diese Informationen verstanden hat, hat der Arzt oder eine andere angemessen qualifizierte Person die freiwillige Informierte Einwilligung (Einwilligung nach Aufklärung -„informed consent“) der Versuchsperson – vorzugsweise in schriftlicher Form – einzuholen. „

Aufklärung und Einverständnis
- Zentraler Punkt eines jeden Versuchs am Menschen: Informiertes Einverständnis
- Allerdings Ausnahmen in Deklaration von Helsinki:
- Bei Nicht-Einwilligungsfähigen: Stellvertreter
- Im Notfall: Votum von Ethik-Kommission,
- Bei alten Materialen: Ohne inf. consent, wenn zu aufwendig.
- Absicht: Was ist geplant ? Bei wie vielen? Wo?
• z.B. Dosisfindung,
• Wirksamkeitsprüfung,
• Nebenwirkungen
• Überlegenheitsprüfung, Gleichwertigkeit
• neue diagnostische Methode usw.
- Bei wie vielen Zentren, wieviel Teilnehmer?
- Was ist der wissenschaftliche Hintergrund?

Studiendesign
“Eine doppelblinde, placebokontrollierte, randomisierte, dreiarmige, prospektive Studie im Parallelgruppendesign....”
- Durchführung:
  zeitlicher Ablauf, Zahl der Termine, Arztbesuche, Befragungen, Zeitaufwand...
- Untersuchungen:
  über alles, was studienbedingt ist, z.B. Rö, CT, MRT, BE (wieviel ml), Biopsien ....
- Verwendete Medikamente:
  welche Dosis, Zulassungsstatus...
- Nutzen:
  persönlicher Nutzen (vorhanden/nicht vorhanden), Hinweis auf altruistische Motive
- Risiken:
  mindestens Info aus “Rote Liste” für die Aufzählung.
- Regel: je schwerwiegender, desto wichtiger ist die Erwähnung (auch wenn insgesamt sehr selten)

Aufklärung und Einverständniserklärung
- Über den Datenschutz aufklären.
- Für den Monitor von der Schweigepflicht entbinden lassen.
- Häufigster Fehler: Fremdwörter

1. Satz: „In dieser Studie sollen neue Erkenntnisse über die Grundlagen der Planung, motorische Ausführung und Koordination bei der Generierung und Implementierung der Sprachproduktion gewonnen werden.“
Niemals Teile des Prüfplans für die Aufklärung verwenden!

7. Achtung für Versuchsteilnehmer
- Freiwilligkeit, Recht des Widerrufs
- Umgang mit dem Patienten

VL 6 - Strukturen der ärztlichen Handlung, Ärztliche Behandlungsfehler, Was ist Krankheit?

Lernziele
- Strukturen der ärztlichen Handlung
- Strukturen der ärztlichen Handlung kennen
- Konsequenzen für Ärzte kennen
- Antworten auf die Unsicherheit der ärztlichen Handlung kennen
- Umgang mit Fehlern lernen
- Fehlermanagement
- Wichtige Aspekte in der Geschichte des Krankheitsbegriffs
- Krankheitsdefinitionen und Naturwissenschaft
- Krankheit als deontologischer Begriff
- Umgang mit dem Krankheitsbegriff

1 Strukturen der ärztlichen Handlung

- Jeder Fall unterscheidet sich von anderen.
- Handlung stets unter endlicher Information und Zeitdruck.
- Kongruenz zwischen intendierten Zielen und realen Folgen kann nicht garantiert werden.
- "Wenn das Ergebnis der ‚Heilkunst' so sicher ‚Heilung' wäre, wie das Ergebnis der ‚Backkunst' sicher ‚Brot' ist (gelegentliches Misslingen zugestanden), stünde es freilich um die Gesundheit der Menschen besser."
  (Richard Toellner)
- Unerwünschte Wirkungen, Komplikationen, können nicht mit Gewissheit ausgeschlossen werden.
- Erwünschte Veränderungen (Heilung, Linderung…) sind nicht immer der ärztlichen Einflussnahme zuzuschreiben.
- Die meisten Erkrankungen heilen von selbst (auch ohne/trotz Medizin)!
- Umgekehrt: Unerwünschte Veränderungen, Komplikationen sind nicht immer der ärztlichen Einflussnahme zuzuschreiben.
- Alle Menschen sind sterblich
- Konsequenz: Forschung ist notwendig

Medizin
- Als akademische Disziplin: Nicht nur helfen wollen, sondern helfen können.
- Weil die Medizin nicht beliebig ist und weil Erfolg nicht immer offensichtlich ist:
- Die Medizin muss Auskunft darüber geben, inwieweit sie wirklich hilft!
- Reflexionsgebot!
- Wie kann Sie darüber Auskunft geben?
- Durch Forschung, durch Kontrolle
- Strukturen der ärztlichen Handlung
- Komplikationen sind nicht immer der ärztliche Einflussnahme zuzuschreiben.
- Komplikationen sind nicht immer einem schuldhaften ärztlichen Verhalten zuzuschreiben.
- Handeln ist irreversibel.
- Allenfalls einige Folgen des Handelns sind reversibel.
- Nutzen und Schaden trägt nicht der Handelnde, sondern der Patient.
- Ärztliche Interventionen haben zuweilen Folgen in existentiellem Ausmaß.
- „relative Vermeidbarkeit und absolute Unvermeidbarkeit von Fehldiagnosen" (Sadegh-zadeh 1981, S. 33)
- Relative Vermeidbarkeit und absolute Unvermeidbarkeit von Komplikationen.

Anfragen an die ärztliche Handlung
- Strukturelle Diskrepanz zwischen den Anlass zur Kritik und ärztlichem Behandlungsfehler.
- Anfragen an die ärztliche Handlung bei Komplikationen sind unvermeidlich - berechtigte Anfragen ebenso wie unberechtigte.
- Das Unterbleiben von berechtigten und von unberechtigten Anfragen ist ebenfalls unvermeidlich.

2 Ärztliche Behandlungsfehler

Was ist ein Behandlungsfehler?
Nicht sorgfältige, nicht anerkannten medizinischen Standards entsprechende medizinische Behandlung.
(Quelle: Bundesministerium der Gesundheit)

Patientenrechtegesetz
§ 630a
(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

Individuelle Faktoren für Fehler
- Begrenzte Aufnahme-, Gedächtnisfähigkeiten
- weitere Beeinträchtigung:
  Müdigkeit, Stress, Hunger, Erkrankungen

→ **Genfer Gelöbnis**
„Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können."

Situationen mit erhöhtem Risiko
- Unerfahrenheit

- Zeitknappheit
- Mangelnde Kontrollroutinen
- Mangelhafte Abläufe
- Mangelhafte Ressourcen

Antworten auf die Strukturen der ärztlichen Handlung

- Wenn Fehler unvermeidbar, nicht ohne weiteres erkennbar, ein schlechtes Resultat nicht zwingend einem Fehler zuzuschreiben ist, was tun?
- Haltung erlernen
- Systematisch Fehler untersuchen
- Fehlermanagement institutionalisieren
- Haltung einnehmen: Ärzte können nicht garantieren, dass eine Heilung eintritt, aber sie können und müssen dafür garantieren, dass
- sie ihr Bestes geben
- sorgfältig, umsichtig
- einfühlsam arbeiten
- kommunizieren
- Nach einem Fehler: systematisch untersuchen, woran es gelegen hat
- Konsequenzen ziehen
- Proaktiv: Fehlermanagement institutionalisieren
- Ansprechpartner und Wege der Aufarbeitung müssen vorab implementiert sein.

Kommunikation über Komplikationen

Der Patient hat ein Recht darauf, umfassend aufgeklärt zu werden.
1. Aufgrund seines Rechtes auf Selbstbestimmung.
2. Aufgeklärter Patient ist kooperativer.

- Grundsätzlich vor jeder Therapie: das informierte Einverständnis.
- Aufklärung über mögliche Komplikationen vor Beginn einer Behandlung.
- Bei Eintritt von Komplikationen:
- Der Patient hat das Recht, nicht nur über positive Ereignisse, sondern über alle Ereignisse informiert zu werden.
- Kommunikation begleitet das Arzt-Patient-Verhältnis.
- Kommunikationsfehler: häufiger Anlass für Konflikte.
- Wer erstmals bei einer Komplikation mit dem Patienten kommuniziert, hat es schwieriger.
- Auch bei schuldhaftem Verhalten: Der Patient hat ein Recht auf die Wahrheit.
- Lügen haben kurze Beine!
- Vertrauen in die Ärzteschaft: Basiert auf einer moralischen Haltung, nicht auf der Garantie des Erfolges.

Richtig Kommunizieren

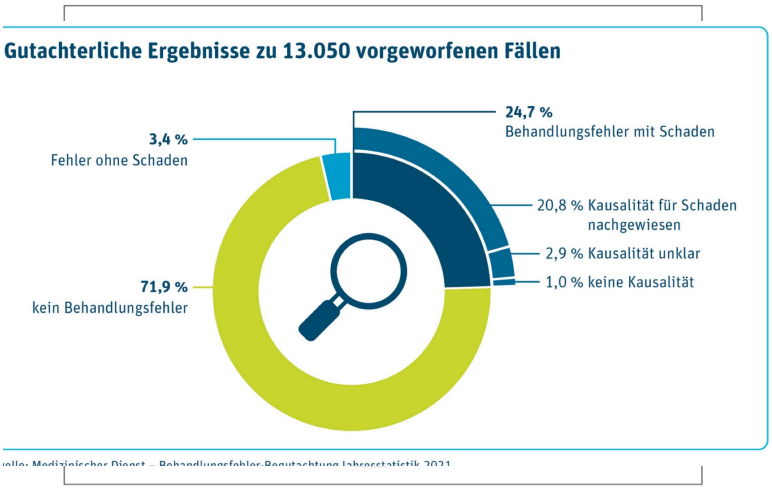
- Bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler
- nicht in Stresssituation
- Vorgesetzten informieren.
- Gespräch mit dem Patienten/Angehörigen.
- Rechtsabteilung/Versicherung informieren.

Gespräch mit dem Patienten / Angehörigen

- Sachlich informieren
- Komplikationen: Nachbehandlung!
- Kein Schuldanerkenntnis: Klären! (Gefahr des Versicherungsverlusts)
- Anteilnahme

Nächste mögliche Schritte:

Gutachter-, Schlichtungskommissionen der LÄK
Gerichtsverfahren



Warum Fehlermanagement?

- Aufgrund der ethischen Prinzipien: Nutzen und nicht schaden!
- Selbstbestimmung respektieren!
- Sie haben auch Gültigkeit, wenn ein Fehler passiert ist.

3 Was ist Krankheit?

- „Krankheit“ im Alltagsgebrauch
- Die Zuschreibung von „Krankheit“ durch einen Arzt hat wichtige Folgen: Lohnfortzahlung, evtl. Rentenanspruch, im Gerichtsverfahren, kostspielige Dienstleistungen
- Medizin nutzt „Krankheit“ an entscheidenden Stellen
- Zur Geschichte des Krankheitsbegriffs
- Zahlreiche Definitionsversuche

Einige Beispiele von Krankheit

- „Selbstbefleckung“
- Drapetomanie
- Homosexualität
- „Heilige Krankheit“

- Krankheit als göttliche Strafe oder Prüfung/Auszeichnung
- Ausdruck eines verfehlten Seelenlebens
- Abweichung von einem natürlichen Ideal
- mangelnde Harmonie zwischen den einzelnen Organen
- mangelnde Harmonie zwischen Mensch, Kosmos und Umwelt
- Zellveränderung
- Abweichung von speziestypischem Design

Alle Versuche, Krankheit eindeutig zu definieren, sind gescheitert, haben sich nicht unumstritten durchgesetzt.
- Grenzphänomene immer umstritten.
- „Krankheit“ abhängig von der Kultur.

Gegenwärtige Diskussion um Krankheitsbegriff
→ Ist Krankheit naturwissenschaftlich definierbar?
"Wenn wir aber bestimmte Prozesse und Zustände als Krankheiten einstufen, nehmen wir Bewertungen vor, deren Kriterien niemals dem Bereich der Natur allein entstammen; denn bereits dieser Bewertung liegen ethische und humanitäre Forderungen zugrunde."
(Wolfgang Wieland)

Missbrauch des Krankheitsbegriffes
- Krankheit ist ein deontologischer Begriff.
- Er bezeichnet einen Zustand, der verändert werden soll.
- Wissenschaften können die Frage, ob etwas verändert werden soll, nicht beantworten.
- Gefahr des Krankheitsbegriffs: Missbrauch
- Vorsicht bei der Pathologisierung von menschlichen und sozialen Phänomenen und von politischen Ansichten

Friedrich Merz zu Greta Thunberg:
"Auf der einen Seite ist das Mädchen bewundernswert, aber auf der anderen Seite ist sie krank“ (Augsburger Allgemeine, 25.9.2019)
„Es gibt keine Krankheit, sondern nur kranke Menschen.“

Eine Definition von Krankheit
"Krankheit ist der Zustand der subjektiven (oder-und) klinischen (oder-und) sozialen Hilfsbedürftigkeit eines Menschen infolge des Verlustes des abgestimmten Zusammenwirkens der physischen, psychischen oder psychophysischen Funktionsglieder des Organismus."
(K.E. Rothschuh)



Gesetzesantrag Senat Minesota, 17.3.2025: Trump Derangement Syndrome

"Trump Derangement Syndrome" means
2.24 the acute onset of paranoia in otherwise normal persons that is in reaction to the policies
2.25 and presidencies of President Donald J. Trump. Symptoms may include Trump-induced
2.26 general hysteria, which produces an inability to distinguish between legitimate policy
2.27 differences and signs of psychic pathology in President Donald J. Trump's behavior. This
2.28 may be expressed by:
2.29 (1) verbal expressions of intense hostility toward President Donald J. Trump; and
2.30 (2) overt acts of aggression and violence against anyone supporting President Donald
2.31 J. Trump or anything that symbolizes President Donald J. Trump

VL 7 - Schwangerschaftsabbruch, Präimplantations- und Pränataldiagnostik

Lernziele
- Regelungen zum Schwangerschaftsabbuch kennen und bewerten
- Die ethischen Positionen der Kirchen, Konservativen, Frauenbewegung und Liberalen zum Schwangerschaftsabbruch kennen und bewerten
- Argumente zum Status des Embryos kennen und bewerten
- Regelung und ethische Aspekte der Präimplantations- und der Pränataldiagnostik kennen und bewerten

1 Schwangerschaftsabbruch

Schwangerschaftsabbruch -
Rechtliche Regelung: §218 StGB (1)
§ 218 Abs. 1, S. 1:
„Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Handlungen, deren Wirkung vor Abschluss der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter eintritt, gelten nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne dieses Gesetzes.“

Schwangerschaftsabbruch -
Rechtliche Regelung: §218 StGB (2)
Ausnahmen:
Tatbestandslos nach **§218a Abs. 1, S. 1:**
innerhalb von 12 Wochen seit der Empfängnis,
auf Verlangen der Schwangeren
Nach Beratung und Wartezeit (3 Tage)
von einem Arzt durchgeführt
Nicht rechtswidrig nach **§218a Abs. 2:**
bei einer nicht anders abzuwenden Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren (sog. „medizinische Indikation“) – keine Frist!
wenn die Schwangerschaft auf einer rechtswidrigen Tat beruht („kriminologische Indikation“) – Frist: 12 Wochen seit Empfängnis!
Persönlicher Strafausschluss für die Schwangere
bei Abbruch durch einen Arzt
nach ordnungsgemäßer Beratung
bis 22 Wochen nach Empfängnis
Mögliches Absehen von Strafe für die Schwangere
im Falle besonderer Bedrängnis zur Zeit des Eingriffs (Nötigung, Erpressung)

Schwangerschaftsabbruch -
Rechtliche Regelung: §218 StGB (1)

§ 218 Abs. 2:

„Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann."

Beschluss Bundestag

- 14. Mai 2009, Bundestag beschließt:
- Nach der Diagnose einer mutmaßlichen Behinderung des Fötus
- Schwangere ergebnisoffen zu beraten
- an psychosoziale Beratung zu vermitteln
- 3 Tage Bedenkzeit zw. Diagnose & Abbruch

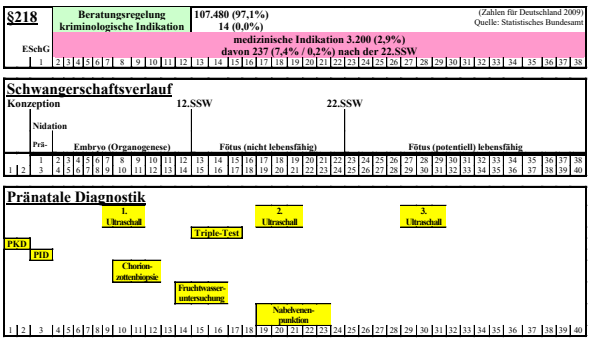
Embryonenschutzgesetz

- Hoher Schutz für befruchtete Eizellen (ab Kernverschmelzung!)
- Kein Klonen, keine Forschung, keine Veränderung an der Keimbahn, keine Leihmutterschaft, keine Eizellspende
- Nur so viele entwicklungsfähige Embryonen herstellen, wie innerhalb eines Zyklus übertragen werden dürfen (3)
- PID seit 2011 erlaubt!

Präimplantationsdiagnostikgesetz

- Änderung des ESChG 2011 vom Dt. Bundestag (§3a)
- Eingeschränkte Zulassung der PID
- hohe Wahrscheinlichkeit einer schwerwiegenden Erbkrankheit
- Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führt
- Nach medizinischer & psychosozialer Beratung und Einwilligung der Mutter
- Durch fachlich geschulte Ärzte in für PID lizensierten Zentren
- Nach positivem Votum einer interdisziplinären Ethikkommission

Pränatale Diagnostik und Regelung des Schwangerschaftsabbruchs



Zur Rechtslage in der BRD

- Inkonsistente Regelungen:
- Hoher Schutz in vitro durch ESchG
- kein Schutz in vivo bei Spirale, Pille danach
- abgestufter Schutz in § 218
- Embryopathie nicht erwähnt (außer PID!)
- Beratung: direktiv, für das Leben
- Hauptargument bei „medizinischer Indikation" kaum überprüfbar, das Gegenteil kaum beweisbar
- Bedrängnis für Ärzte
- Verweigerungsrecht für Ärzte

EBERHARD KARLS UNIVERSITÄT TÜBINGEN

2023: 106218
2024: 106455

:hwangerschaftsabbrüche

nzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung

zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung, Dauer der Schwangerschaft und vorangegangenen Lebendgeborenen in Zeitvergleich ab 2012

hr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Insgesamt	106 815	102 802	99 715	99 237	98 721	101 209	100 986	100 893	99 946	94 596	103 927
chtliche Begründung											
edizinische Indikation	3 326	3 703	3 594	3 879	3 785	3 911	3 815	3 875	3 809	3 903	3 924
riminologische Indikation	27	20	41	20	28	20	20	17	29	50	35
nnatungsregelung	103 462	99 079	96 080	95 338	94 908	97 278	97 151	97 001	96 110	90 643	99 968
auer der Schwangerschaft von ... bis ... vollendete Wochen											
nter 12	104 069	100 002	96 935	96 442	95 892	98 496	98 168	97 974	97 074	91 510	100 814
2 bis 21	2 299	2 238	2 196	2 161	2 199	2 059	2 163	2 271	2 226	2 358	2 373
2 und mehr	447	562	584	634	630	654	655	648	648	728	740
vorangegangene Lebendgeborene											
eine	42 616	40 506	39 261	38 793	38 506	39 627	40 417	40 537	40 663	38 686	43 828
	27 914	26 718	25 316	24 869	24 259	24 036	23 051	22 510	22 001	20 542	21 785
	24 387	23 711	23 159	23 111	22 863	24 069	24 005	24 124	23 760	22 254	24 009
	8 355	8 260	8 310	8 533	8 895	8 995	9 023	9 229	9 279	8 772	9 604
	2 409	2 431	2 509	2 597	2 724	2 906	2 955	2 929	2 884	2 896	3 043
und mehr	1 334	1 376	1 160	1 334	1 474	1 576	1 535	1 564	1 501	1 446	1 658

ie Tabelle zum Thema "Schwangerschaftsabbrüche nach rechtlicher Begründung, Dauer der Schwangerschaft und vorangegangenen Lebendgeborenen"
it weiteren Informationen findet sich auch im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung.

Stand 27. März 2023

Moralischer Status des Embryos

- Unbedingter Lebensschutz ab der Kernverschmelzung
- Lebensschutz nur für Personen
- Abgestufter Lebensschutz

Unbedingter Schutz des Embryos

- Menschliches Leben ist ab der Kernverschmelzung gleichermaßen schützenswert
- Religiöse Begründung:
- Menschliches Leben ist von Gott gegeben, gottesebenbildlich
- Ein Geschenk Gottes mit Gottesebenbildlichkeit darf man nicht töten, zu keinem Zeitpunkt.
  = Schwangerschaftsabbruch nicht erlaubt, allenfalls bei mütterlicher Indikation, PID, PND nur zum Wohle von Mutter und Kind, nicht zur Selektion, zum Schwangerschaftsabbruch
- Menschliches Leben ab der Kernverschmelzung gleichermaßen schützenswert

- Säkulare (philosophische) Begründung (SKIP-Argumente)
- Spezieszugehörigkeit
- Kontinuität
- Identität
- Potenzialität

Lebensschutz nur für Personen
- Rationalistische Auffassung der Person
- Menschen sind moralisch wie andere Lebewesen einzuschätzen
- anderenfalls „Speziezismus“, = ungerechtfertigte Bevorzugung einer Spezies, moralisch gleichwertig zum Rassismus
- Lebensschutz ist an personale Eigenschaften gebunden:
• Bewusstsein
• Selbstreflexion
• Bewusster Zukunftswunsch
• Embryonen und Föten sind keine Personen!
• Embryo genießt keinen Lebensschutz
- Schwangerschaftsabbruch, Embryonenforschung erlaubt
- PID und PND erlaubt
- sobald Schmerzempfindung vorhanden, möglichst schmerzfreier Schwangerschaftsabbruch
- Neugeborene: Keine Person!

Abgestufter Lebensschutz
- Moralische Schutzwürdigkeit des Embryos nimmt im Laufe seiner Entwicklung zu
- Schutzwürdigkeit hängt von bestimmten Entwicklungsstufen ab:
- Nidation
- Entwicklung des Nervensystems (erste Synapsen)
- Ende der Embryogenese (12. SSW)
- Extrauterine Lebensfähigkeit (ab 22. SSW)
- Geburt
- Lebensschutz ist abwägbar gegen andere Rechtsgüter
- Problem: kontinuierliche Entwicklung!

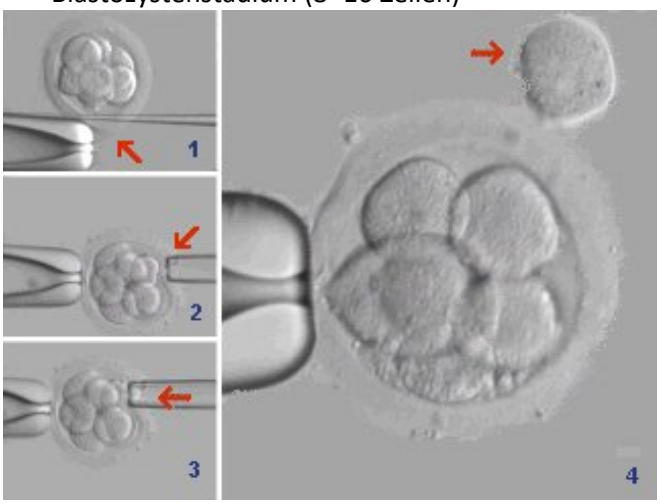
Feministische Position
- Frauen tragen die Verantwortung für Kinder
- Frauen sind die Leidtragenden bei ungewollter Schwangerschaft
- Weltweit 70000 Tote wegen unsachgemäßem Schwangerschaftsabbruch
- Frauen sollen selbst bestimmen dürfen über ihren Körper
- Extremer Konflikt, den nur die Frau für sich lösen kann
- (Skeptisch zur Embryonenforschung)

Moralischer Status des Embryos
- Typisches Beispiel einer pluralistischen Gesellschaft:
- Keine Einigkeit!
- Der § 218 ist ein politischer Kompromiss.
- Den Liberalen zu restriktiv, den Konservativen zu liberal

2 Präimplantationsdiagnostik (PID)

Definition:
Genetische Diagnostik bei einem Embryo nach künstlicher Befruchtung vor der Einpflanzung in die Gebärmutter

PID: Technik (1)
- Künstliche Befruchtung (ICSI)
- Zellentnahme nach 3 Tagen im Blastozystenstadium (8 -16 Zellen)



- Isolierung des Erbgutes (DNA) aus dem Zellkern
- Molekulargenetische Diagnostik: Genabschnitte werden auf das Vorliegen einer bestimmten Erbkrankheit untersucht
- „Selektive Implantation“:
  Nur bei unauffälligem Befund wird der Embryo in die Gebärmutter übertragen.

PID - Möglichkeiten und Grenzen
- Was ist (bislang) möglich?
- Ausschluss von Chromosomenstörungen
- Diagnose bestimmter genetischer Erkrankungen
- Erhöhung der Erfolgsaussichten der IVF
- Auswahl nicht krankhafter Eigenschaften (HLA-Antigen, Geschlecht)
- Was ist nicht möglich?
- Ausschluss einer genetischen Erkrankung
- Garantie eines „gesunden“ Kindes
- 3-5% angeborene Behinderungen, davon
- 60% unbekannter Genese, 25% monogen, 10% Chromosomenstörung, 5% teratogen

Ethische Fragen der PID
- Moralischer Status des Embryos

- Anwendungsziele/Indikation der PID
- Gesellschaftliche Folgen der PID

Erlaubte Anwendungsziele der PID
- Schwerwiegende, genetisch bedingte Erkrankungen (z.B. Chromosomenstörungen, Mukoviszidose, Muskeldystrophie)
- Mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Tode oder Fehlgeburt führende Erkrankungen
- Genetisch bedingte, spätmanifeste Erkrankungen (z.B. Chorea Huntington, Mamma-Karzinom)
- Erhöhung der Erfolgswahrscheinlichkeit einer künstlichen Befruchtung
- Geschlechtsselektion?
- Selektion nach sonstigen genetisch feststellbaren Eigenschaften?
- HLA-matching

„Designer-Baby“ Adam
- Geboren in den USA am 29.08.2000 nach PID
- Selektion nach HLA-Antigenen
- Stammzellspender für Schwester Molly mit Fanconia Anämie (tödlich verlaufende Erbkrankheit)

3 Pränataldiagnostik

Definition: PND beinhaltet
“alle die diagnostischen Maßnahmen, durch die morphologische, strukturelle, funktionelle, chromosomale und molekulare Störungen vor der Geburt erkannt oder ausgeschlossen werden können” (Bundesärztekammer 1998)
Der pränatalen Diagnostik steht in den meisten Fällen keine Therapie gegenüber.
Option: Schwangerschaftsabbruch

Pränataldiagnostik: Ziele
„Ziele der pränatalen Diagnostik sind:
Störungen der embryonalen und fetalen Entwicklung zu erkennen, durch Früherkennung von Fehlentwicklungen eine optimale Behandlung der Schwangeren und des (ungeborenen) Kindes zu ermöglichen, Befürchtungen und Sorgen der Schwangeren zu objektivieren und abzubauen und Schwangeren Hilfe bei der Entscheidung über die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft zu geben.“ (BÄK 1998)

Pränataldiagnostik: Beschränkung
Gendiagnostikgesetz, § 15:

- PND verboten für Erkrankung, „(2) die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres ausbricht”
- Seelische Gefährdung der Mutter und Prognose des Kindes: mit Ungewissheit zu prognostizieren.
- Später Abbruch evtl. besonders belastend
- Schwangerschaftsabbruch im späten Stadium, bei überlebensfähigen Feten:
  Fürsorgepflicht der Ärzte gegenüber dem Feten

Pränataldiagnostik: Fürsorgepflicht
- Fötus nach Geburt nicht überlebensfähig + keine mentale Fähigkeiten bzw. negative subjektive Lebensqualität: keine medizinische Fürsorgepflicht
- Fötus nach Geburt nicht überlebensfähig, aber subjektive Lebensqualität: geringe medizinische Fürsorgepflicht
- Fötus nach Geburt überlebensfähig + subjektive Lebensqualität: medizinische Fürsorgepflicht

Aufgabe der Ärzte?
- Angemessen auf Pluralität reagieren
- Beratung: Klären, was für eine Frau in Frage kommt
- Keine Routinemäßige PND, wenn ein Schwangerschaftsabbruch gar nicht in Frage kommt!

Gesellschaftliche Folgen der PID/PND?
Diskriminierung behinderter Menschen?
Rückzug der Solidargemeinschaft?
Gesellschaftlicher Druck zur PID/PND?
Erhöhte Anforderungen an ungeborenes Leben?
Eugenik „durch die Hintertür“?
Dammbruch zur Eugenik?
Ausweitung der Indikation („Designer-Baby“)?
Reicht das Prinzip „Selbstbestimmung“?

Politische Entwicklung



- April 2024:
- **Sachverständigenkommission der Bundesregierung**
- „Grundsätzlich steigen die Anforderungen an das von der Schwangeren zumutbar zur Fortsetzung der Schwangerschaft Erwartbare mit dem Gestationsalter. Der Schwangerschaftsabbruch in der Frühphase ist rechtmäßig und straflos. Gleiches darf der Gesetzgeber für die mittlere Phase der Schwangerschaft vorsehen.“

Politische Entwicklung

- **Koalitionsvertrag April 2025**
- „Für Frauen in Konfliktsituationen wollen wir den Zugang zu medizinisch sicherer und wohnortnaher Versorgung ermöglichen. Wir erweitern dabei die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung über die heutigen Regelungen hinaus. Zudem werden wir die medizinische Weiterbildung stärken.“
- „Für uns gehört der Zugang zu Verhütungsmitteln zu einer verlässlichen Gesundheitsversorgung. Deswegen prüfen wir die Möglichkeit einer kostenlosen Abgabe von ärztlich verordneten Verhütungsmitteln für Frauen um weitere zwei Jahre bis zum 24. Lebensjahr.

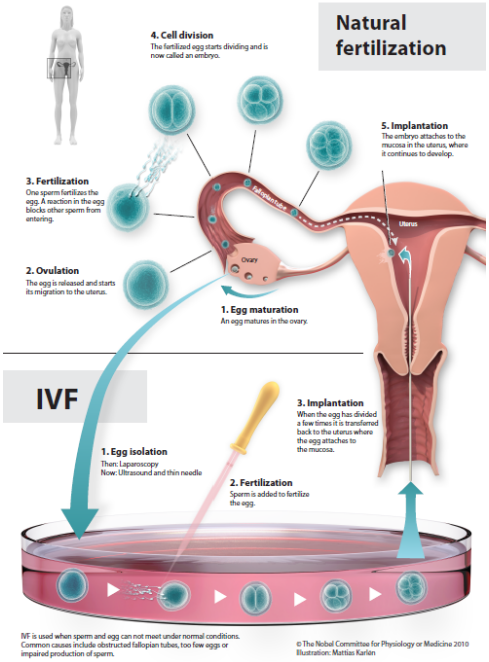
VL 8 – Reproduktionsmedizin, Humangenetik

Lernziele
Kenntnisse zu
- Reproduktionsmedizinischen Verfahren
- IVF, ICSI, Klonen
- Ethischen Problemen und Argumenten zur Reproduktionsmedizin
- Ethischen Aspekten des Klonens zu Forschungszwecken und zur Stammzellforschung
- Kenntnisse der wichtigsten humangenetischen Anwendungen
- Ethische Bewertung der postnatalen Anwendung von Humangenetik
- Wesentliche Normen des Gendiagnostikgesetzes
- Soziale Auswirkungen der Humangenetik

1 Reproduktionsmedizin

Reproduktionsmedizin: Verfahren
- Insemination
- In-vitro-Fertilisation (IVF) in verschiedenen Varianten
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
- Alle Verfahren jeweils autolog/heterolog
- Klonen zu Reproduktions- und Forschungszwecken

IVF
- Hyperstimulation
- Befruchtung in vitro
- Reimplantation
- Nidation
- Geburt



Die ersten IVF – Babies



Louise Brown
Cambridge, U.K., 1978

Reproduktionsmedizin: Statistik
- Die Statistiken zeigen zuallermeist deutlich höhere Zahlen als die „baby take home rate“.
- Realistisch: Geburt pro Behandlungsszyklus 15 %.
- Die Internetauftritte der Zentren zeigen überwiegend keine Daten, und wenn dann zu hohe wegen der Teilschritte.
- Die Aufklärung von Patientinnen zeigen zumeist Erfolge über Teilschritte, die höher sind als die „baby take home rate“.

Reproduktionsmedizin: Ethik
- Darf man überhaupt in die Fortpflanzung eingreifen?
- Weitgehender Konsens: Unter bestimmten Bedingungen **ja!**
  - Gesundheit der Kinder
  - Gesundheit der Frau
  - Freiwilligkeit
- Verbrauch von Embryonen?
- Soziale Auswirkungen
- **Ausnahme: kath. Kirche!**

Vorteil: Hilfe für die unfruchtbaren Paare
- Viele Paare leiden sehr unter der ungewollten Kinderlosigkeit
- Bedingung: Wohl des Kindes
- Erhöhte Frühgeburtlichkeit
- Genetisch/körperlich: Erhöhte Missbildungsrate?
- Erhöhte Rate an Fehlbildungen nach IVF / ICSI (Hansen et al. 2002)
- Niedrigeres Geburtsgewicht u. höhere Rate an Gestationspathologien (Schieve et al. 2002)
- Mögliche Häufung seltener genetischer Erkrankungen bei ICSI (Gosden et al. 2003)
- Beckwith-Wiedemann-Syndrom Angelman-Syndrom
- Psychisch: Wohlbefinden der Kinder
- Erste gute Studien über Fehlbildungen und genetische Erkrankungen bei ICSI: 2002
- Aber: ab 1993 flächendeckend verbreitet!

- Mehrlingsgeburten sind mit höherem Risiko behaftet.
- Max. 3 befruchtete Eizellen implantieren.
- Welche psychischen Auswirklungen auf die Kinder?
- Nicht nur bei Reproduktionsmedizin
- Soziale Folgen
- Veränderte Familienstrukturen
- 3 Väter, 4 Mütter:
- Biologischer, sozialer, rechtlicher Vater
- Biologische, austragende, soziale, rechtliche Mutter
- Eizellspende in D verboten, Samenspende erlaubt.
- Lesbische Paare?
- Krankenkassen dürfen nur verheiratete Paare unterstützen!
- Weitere Technisierung der Fortpflanzung
- Unterdrückung der Frau durch Technik, oder
- Befreiung der Frau von biologischen Zwängen?
- Verlust von Natürlichkeit?
- Unrealistischer Machbarkeitswahn?
- Reproduktionsmedizin in Verbindung mit Genetik: Beeinflussung des Genoms durch Gentherapie
- "Designer-Baby"

Reproduktionsmedizin: Kath. Kirche
Kongregation der Glaubenslehre:
„[…] in Übereinstimmung mit der traditionellen Lehre über die Güter der Ehe und die Würde der Person – bleibt die Kirche aus moralischer Sicht bei der Ablehnung der homologen In-vitro-Befruchtung; diese ist in sich unerlaubt und steht in Widerspruch zur Würde der Fortpflanzung und der ehelichen Vereinigung, selbst wenn alles getan wird, um den Tod des menschlichen Embryos zu vermeiden. […] Die Eheleute, die sich in dieser schmerzlichen Lage befinden, sind aufgerufen, in ihr die Gelegenheit für eine besondere Teilnahme am Kreuz des Herrn zu entdecken, eine Quelle geistlicher Fruchtbarkeit."
(Instruktion Donum vitae; 1987)

Assistierte Reproduktion: Ethik
- Bedingung: Psychisches und physisches Wohl der Frauen?
- Nach erfolgreicher Behandlung
- Nach erfolgloser Behandlung
- Komplikationen bei der Stimulation und Punktion
- Vermehrte Komplikationen in allen Phasen der Schwangerschaft
- Letztlich: Entscheidung bei der Frau, aber
- Freiwilligkeit der Frau?
- Embryonen?
- Durch die Technik sterben Embryonen, insbesondere durch Erforschung
- Status des Embryos?

Moralischer Status des Embryos?
KONTROVERS!

Leopoldina 2017: Fortpflanzungsgesetz!
besonders reformbedürftig:
- medizinische Praxis der künstlichen Befruchtung setzt Frauen unnötigen Risiken aus
- Ungleichbehandlung von Samenspende (in Deutschland erlaubt) und Eizellspende (in Deutschland verboten)
- Embryospende, Aufbewahrung, Befruchtung und Übertragung von eingefrorenen Eizellen
- rechtliche Elternschaft von in Deutschland aufwachsenden Kindern ausländischer Leihmütter.

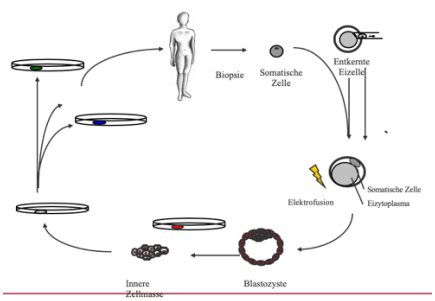
Stammzellforschung

Perspektiven
- Prinzip: Defekte Körperzellen durch gesunde ersetzen
- Möglicherweise Krankheiten lindern oder heilen
- Morbus Parkinson
- Multiple Sklerose
- Diabetes Mellitus
- Herzerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Unfälle (Rückenmarksschädigung)
- Medikamententestung
- Forschung: Molekulare Embryologie
- Experimentell

Arten von Stammzellen
- Somatische Stammzellen
- Embryonale Stammzellen

Gewinnung von ES-Zellen
- Überzählige Embryonen aus künstlichen Befruchtungen
- Erzeugung von Embryonen zur Stammzellforschung
- Zellkerntransplantation = „therapeutisches" Klonen
- Übertragung eines Körper-Zellkerns in eine entkernte Eizelle – „Reprogrammierung" der Körperzelle
- „Dolly-Methode"

Idee des extrauterinen Klonens



- Reproduktives Klonen von Menschen -> Derzeit verboten
- Allein die Forschung zum reproduktiven Klonen von Menschen zu riskant
- „Therapeutisches Klonen“ oder „Forschungsklonen“: Umstritten

Stammzellen: Ethik

Pro
- Mögl. Nutzen: „Gewebetherapie“, keine Abwehrreaktion
- Erkenntnisgewinn (Embryologie)
- Mögl. Alternative für Medikamententestung

Kontra
- Eizellverbrauch beim Zellkerntransfer
- Ausbeutung von Frauen
- „Verbrauch“/ Instrumentalisierung von Embryonen
- Vorbereitung des reproduktiven Klonens
- Grenzen akzeptieren
- Schiefe Ebene zur „Menschenzüchtung“

ES-Stammzellforschung: Rechtliche Situation in D.
- Die Herstellung von human ES-Zellen ist durch §1 des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) verboten!
- Einfuhr & Verwendung embryonaler Stammzellen grundsätzlich verboten
- Ausnahmen für „hochrangige Forschungsziele“ unter strengsten Auflagen
- ES vor 01. Januar 2002 gewonnen
- Aus extrakorporaler Befruchtung (Ziel: Schwangerschaft)
- Kein kommerzieller Erwerb
- Forschung nur mit embryonalen Stammzellen möglich
- Genehmigung durch Robert-Koch-Institut/Paul-Ehrlich-Institut
- Begutachtung durch „Zentrale Ethik-Kommission für Stammzellenforschung“
- Nach kontroverser Debatte im Frühjahr 2008 beschließt der Bundestag am 11. April 2008 die „einmalige Verschiebung“ des Stichtags auf den 1. Mai 2007

Stammzellforschung: Optionen
- Forschung an adulten Stammzellen, oder
- Import von embryonalen Stammzellen

2 Humangenetik

Ethische Fragen in der Humangenetik
- Humangenetik: Welche Anwendungen?
- Prävention:
  - Prädiktive genetische Diagnostik
  - Pränatal/postnatal
- Diagnostik:
  - Genetische Erkrankung
  - Genetische Ausstattung
  - Pharmakogenetik
  - Pränatal/postnatal
- Therapie:
  - Gentherapie
  - Keimbahntherapie
  - Somatische Gentherapie
  - Experimentell, aber viel Forschung

Optionen des Genome Editing

	Somatisch	Keimbahn
Behandlung	Die „üblichen“ ethischen Fragen	+ Verantwortung für zukünftige Generationen
Enhancement	+ Sollen wir den Menschen verbessern? Risiken?	+ + Verantwortung für zukünftige Generationen

Höchste Erwartungen

"Molekulargenetische Informationen und Vorhersagen werden die traditionellen Konzepte und Einstellungen gegenüber Krankheit und Gesundheit ändern.“ (Hans Martin Sass 1996)
- Bei multifaktoriellen Erkrankungen wenig gesicherte prädiktive Informationen
- Anders bei den (seltenen) monogentischen Erkrankungen

Mögliche Vorteile der genetischen Diagnostik
- klinischen Symptome klassifizieren
- Krankheitseinheiten bilden
- Verläufe besser vorhersagen
- pathophysiologische Erkenntnisse
- Evtl. gezieltere Therapien

Mögliche Nachteile der genetischen Diagnostik
- Stigmatisierung
- Erkenntnisse über 3.
- Schicksalhaftigkeit, Verlust der Offenheit der Zukunft
- Genetischer Determinismus
- Verantwortungsverschiebung

Mögliche Vorteile einer genetischen Prädiktion
- Evtl. gezielte Prävention einleiten
- Evtl. frühzeitige Therapie einleiten
- Gezieltere Lebensplanungen möglich

Mögliche Nachteile einer genetischen Prädiktion
- Unklare, schwer zu interpretierende Befunde
- Der „gesunde Kranke“
- Zerstörung der offenen Zukunft
- Nachteile bei Versicherungen
- Nachteile auf dem Arbeitsmarkt

→ **Angelina Jolie**
- Mutter starb mit 56 an Ovarialkarzinom
- Genetische Untersuchung: BRCA1 positiv
- 87 % Risiko für Brustkrebs, 50 % für Ovarialkarzinom

"I decided to be proactive and to minimise the risk as much I could"
= Präventive Mastektomie bds.
= Ovarektomie bds.
„My Medical Choice“

“For any woman reading this, I hope it helps you to know you have options. I want to encourage every woman, especially if you have a family history of breast or ovarian cancer, to seek out the information and medical experts who can help you through this aspect of your life, and to make your own informed choices.” (Angelina Jolie, New York Times, 14.5.2013)

Gendiagnostikgesetz vom 31.07.2009

- Leitendes moralisches Prinzip:
- Respekt vor der Selbstbestimmung
- Niemand darf zu genetischer Diagnostik gezwungen werden
- Recht auf Wissen – Recht auf Nichtwissen
- Umfassende Aufklärung
- Non-direktiv
- Durch Arzt (Diagnostik)
- Durch Facharzt (Prädiktive Diagnostik)

§ 4 Benachteiligungsverbot
„(1) Niemand darf wegen seiner oder der genetischen Eigenschaften einer genetisch verwandten Person, wegen der Vornahme oder Nichtvornahme einer genetischen Untersuchung […] benachteiligt werden.“

Gendiagnostikgesetz: Aufklärung und Zustimmung
“§ 8 Einwilligung
(1) Eine genetische Untersuchung oder Analyse darf nur vorgenommen […] werden, wenn die betroffene Person […] ausdrücklich und schriftlich gegenüber der verantwortlichen ärztlichen Person eingewilligt hat.”
Auch die Ergebnisse nur mit Beratung übermitteln

Gendiagnostikgesetz: Arbeitnehmer
Bis auf wenige Ausnahmen:
§ 20: „(1) Im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen dürfen weder
1. genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen werden noch
2. die Mitteilung von Ergebnissen bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangt, solche Ergebnisse entgegengenommen oder verwendet werden.
§ 21 Arbeitsrechtliches Benachteiligungsverbot
„(1) Der Arbeitgeber darf Beschäftigte […] nicht wegen ihrer oder der genetischen Eigenschaften einer genetisch verwandten Person benachteiligen.”

Gendiagnostikgesetz: Versicherungen
„(1) Der Versicherer darf von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages
1. die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen oder
2. die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden.

Für die Lebensversicherung, die Berufsunfähigkeitsversicherung, die Erwerbsunfähigkeitsversicherung und die Pflegerentenversicherung gilt Satz 1 Nr. 2 nicht, wenn eine Leistung von mehr als 300 000 Euro oder mehr als 30 000 Euro Jahresrente vereinbart wird.“

Genetische Diagnostik: Konsequenzen

- Genetik – eine Leitwissenschaft?
- Verengung des Sichtfeldes? Verlust an Vielfalt der Perspektiven?
- Beispiel: Down-Syndrom
- Beispiel: Prädiktive Medizin bei metabolischem Syndrom
- Bewertungssysteme der Wissenschaft

„Genetisierung“ der Gesellschaft

- „The Gene as a Cultural Icon“ (Nelkin/Lindee 1995)
- Neue Technologien können die Perspektiven für komplexe Geschehnisse unangemessen einengen!

Politische Entwicklung



- April 2024:
- **Sachverständigenkommission der Bundesregierung**
- „Eine Legalisierung der Eizellspende ist zulässig, sofern sie auf einer gesetzlichen Grundlage beruht, die insbesondere den notwendigen Schutz der Spenderinnen und das Kindeswohl gewährleistet.“

Politische Entwicklung

- **Sachverständigenkommission der Bundesregierung**
- „Sofern insbesondere der Schutz der Leihmutter und das Kindeswohl hinreichend gewährleistet werden, kann der Gesetzgeber […] die Leihmutterschaft in folgenden Fällen zuzulassen:
- 1. zwischen Leihmutter und Wunscheltern besteht schon von vornherein ein engeres freundschaftliches oder verwandtschaftliches Verhältnis (analog der Lebendorganspende).
- 2. Leihmutter und Wunscheltern lernen sich erst mit dem Ziel kennen, eine Leihmutterschaftsvereinbarung zu treffen. In der Vereinbarung erkennen sie an, dass durch die Leihmutterschaft eine Beziehung zwischen den Beteiligten entsteht, die über die Geburt des Kindes hinausreicht.“

Politische Entwicklung

- **Koalitionsvertrag 2025**
- „Wir setzen auf die Förderung von Mädchen und Frauen, insbesondere durch die Förderung des Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte.“

VL 9 - Ethik der Transplantationsmedizin

Lernziele

- Die ethischen Grundkonflikte der Transplantationsmedizin erläutern,
- Modelle der ethischen Legitimierung der Organentnahme erklären,
- die zentralen ethischen Argumente um das Hirntodkriterium wiedergeben,
- die Kriterien der Organverteilung benennen.

Aktuelle Debatte

Vorschlag von Jens Spahn

Einführung der „Widerspruchslösung“

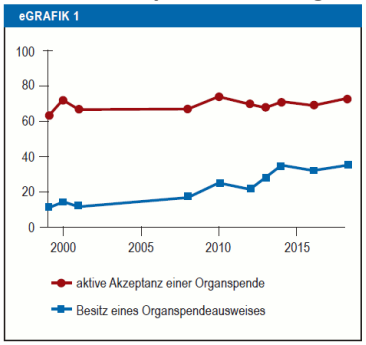


1. Hintergrund

Situation in Deutschland:

- Über 14.000 Menschen auf der Warteliste (10.600 warten auf eine Niere) (Quelle: Eurotransplant 2017)
- Pro Tag sterben etwa 3 Menschen auf der Warteliste
- Kritik am Transplantationsgesetz (TPG):
- Rückgang der Organ- und Gewebespende!

Kluft zwischen Organbedarf und Transplantationen.
Trotz
Breiter Akzeptanz der Organspende.



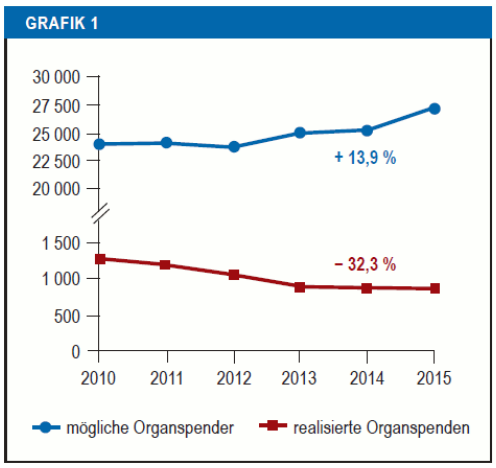
Einstellung der Bevölkerung zur Organspende. Darstellung der Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Thema Organ- und Gewebespende (5). Der Begriff „aktive Akzeptanz“ beschreibt die Bereitschaft der Befragten, gegebenenfalls mit einer Organspende einverstanden zu sein.

2. Zustimmung



Ethik der Organtransplantation

- Gründe für den Rückgang?
- Organisatorische Hindernisse
- Zustimmung



Vergleichende Darstellung der möglichen Organspender sowie der realisierten Organspenden im Zeitraum 2010–2015

1. Hauptproblem

→ Zu viele potentielle Organspender werden nicht gemeldet, realisiert.

→ Zu viele kleine Krankenhäuser haben weder Expertise, Interesse noch die Fähigkeiten (auch Unikliniken realisieren nicht alle Organspenden!)

2. Spender?

2.1 Xenotransplantation/Künstliche Organe

2.2 Lebendspende von Organen

2.3 Postmortale Spende von Organen

2.1 Xenotransplantation
- Stammzellforschung
- Tierischer Ursprung
- Künstliche Organe

2.2 Lebensspende
- Freiwilligkeit der Lebendspende:
- informierte Zustimmung des Spenders
- Organhandel ist zu vermeiden
- Physiologische und psychische Untersuchungen beim Spender.
- Perspektive des Arztes: Erfüllung des Nicht-Schaden-Prinzips?

Ethische Aspekte bei der Lebendspende
- Freiwilligkeit der Lebendspende: informierte Zustimmung des Spenders (Autonomie)
- Organhandel ist zu vermeiden (Menschenwürde)
- Physiologische und psychische Untersuchungen beim Spender (altruistisches Motiv, Autonomie)
- Perspektive des Arztes: Erfüllung des Nicht-Schaden-Prinzips?

Regelung: Lebendspende von Organen
- In Deutschland: nur unter nahen Verwandten und einander persönlich eng verbundenen Personen
- + Zustimmung einer Ethikkommission
- Prinzip der Subsidiarität der postmortalen Spende gegenüber der Lebendspende
- In anderen Ländern höherer Anteil an Lebendspenden, z.B. Finnland
- Legaler Organhandel: Iran (Internationales Verbot UN, Ablehnung durch WHO, Europarat).

Postmortale Organspende in DE
- Die Einwilligung des Verstorbenen oder, sofern nicht vorhanden, seiner Angehörigen stellvertretend im Sinne des Spenders
- Der Tod muss zuvor durch vollständigen, irreversiblen Ausfall der gesamten Gehirntätigkeit (Hirntod) eingetreten sein, bei gleichzeitiger künstlicher Aufrechterhaltung von Atmung und Kreislauf
- Die gesicherte Todesfeststellung und Einwilligung zur postmortalen Organspende

Bedingungen und Fragen
1. Hirntod
Ausreichend als Todeskriterium?
2. Einwilligung
Explizit oder implizit

Zum Hirntod
A. In Deutschland: Hirntodkriterium
B. z.T. im Ausland: Herzstillstand / „Non heart-beating donor“ (Großbritannien, in Österreich, der Schweiz, den Niederlanden, Spanien, Belgien und den USA)

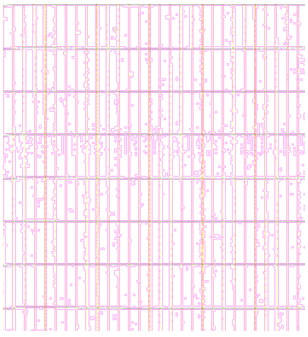
„Non heart-beating donor“
Eurotransplant (1998): ein Herz- und Kreislaufstillstand von 10 Min. bei normaler Körpertemperatur als „Äquivalent zum Hirntod“ (Nierenentnahme).
DE: nicht angewandt! Irreversibilität des Herzstillstands wurde bisher nicht nachgewiesen.

Hirntodkriterium
1968: Komitee der Harvard Medical School
Definition:
„Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz- und Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten.“ (Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, BÄK 1997)

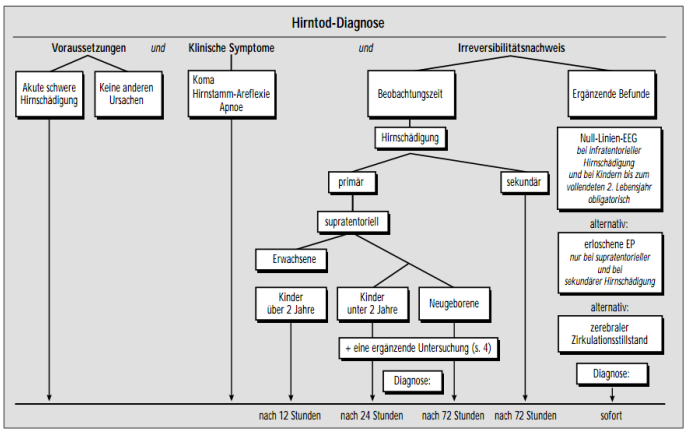
Befürworter Hirntodkriterium
- Ende des Organismus als funktionsfähiges Ganzes
- Ende der Person
- Ende des Menschen als körperlich-geistige Einheit
- Nie wieder in Beziehung zu sich selbst oder zur Umwelt

Die Feststellung des Hirntodes
1. Voraussetzungen:
Akute schwere primäre oder sekundäre Hirnschädigung.
Ausschluss von Intoxikation, Unterkühlung, Kreislaufschock, etc. als Ursache oder Mitursache des Ausfalls der Hirnfunktion im Untersuchungszeitraum
2. Feststellung der klinischen Symptome
Bewußtlosigkeit (Koma), Hirnstamm-Areflexie und Atemstillstand (Apnoe) sowie
3. Nachweis der Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome.

EEG: Irreversibilität des Hirnfunktionsausfalls



Hirntoduntersuchung
Erfüllung der Voraussetzungen + alle geforderten klinischen Symptome: durch zwei unabhängige Ärzte überprüft. (BÄK).



Sind Hirntote wirklich tot?
Gegner Hirntodkriterium

- Schwangerschaft und Geburt bei „hirntoten“ Frauen
- „Hirntote“ zeigen Bewegungen auf äußere Reize (sog. Lazaruszeichen)
- Keine Verwesungszeichen: Kälte, Blässe, Totenstarre (= phänomenale Anzeichen des Todes).
- Integrierte Vorgänge im Körper ab.
- Ganzhirntod: zweckdienliche Übereinkunft
- Kritik: Gehirn-Reduktionismus
- Vorschlag:
  Hirntod lediglich als Kriterium zur Organentnahme
- Aufgabe der sog. „Dead Donor Rule“

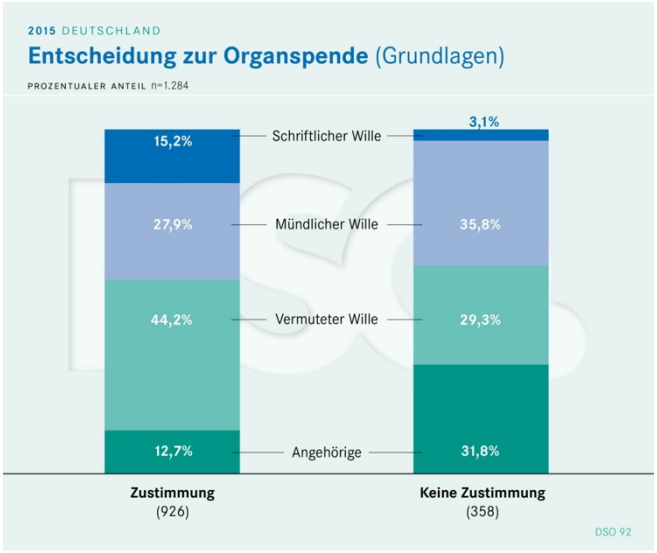
Postmortale Organspende
Bedingung: Einwilligung
Explizite oder implizite Zustimmung?
Zustimmungs- oder Widerspruchslösung?

Modell	Definition	Länder
Erweiterte Zustimmungs-regelung	Zustimmung des Verstorbenen nötig. Liegt keine Zustimmung vor, entscheiden die Angehörigen über eine Entnahme im Sinne des Verstorbenen.	**Deutschland**, Dänemark, Griechenland, Großbritannien, Niederlande, Schweiz

Modell	Definition	Länder
Widerspruchs-regelung	Wenn der Verstorbene einer Organentnahme zu Lebzeiten nicht ausdrücklich **widersprochen** hat, können Organe zur Transplantation entnommen werden.	Österreich, Italien, Luxemburg, Portugal, Spanien Slowenien, Tschechien, Ungarn Belgien*Finnland*, Norwegen*

Situation in Deutschland:

- 2012: Entscheidungslösung bei Organspende:
- Die Krankenkasse fordert jeden Versicherten auf zu dokumentieren, ob er post mortem Organe spenden möchte oder nicht.
- Wenn Zustimmung = Organspender
- Wenn Ablehnung = kein Organspender
- Wenn keine Äußerung = Angehörige entscheiden anhand des mutmaßlichen Willens



- Vorschlag Spahn: “doppelte Widerspruchslösung”
- Wenn zu Lebzeiten nicht widersprochen = Organspender
- Wenn zu Lebzeiten widersprochen = kein Organspender
- Angehörige werden gefragt, ob der Spender zu Lebzeiten der Organspende widersprochen hat.

Politische Dimension

- 2015: Bei optimaler Organisation 2780 Organspenden statt 877 Organspenden
- = 33,8 Organspenden pro einer Millionen Einwohner! (Dtsch Arztebl Int 2018; 115(27-28): 463-8)
- Soll man zuerst den gröbsten Mangel angehen?
- Oder gleichzeitig beide: Organisation und Widerspruchslösung angehen?

Empfänger: Verteilung der Organe?
Kriterien zur Verteilung von Organen:
Transplantationsgesetz, § 12 (3):
„Die vermittlungspflichtigen Organe sind von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln.“

- Zusätzlich: Wartezeit, Bevorzugung von Kindern, Länderausgleich, Entfernung zum Transplantationszentrum
- „Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten“
- Erfolgsaussicht: Vermehrung des Nutzens
- Dringlichkeit für geeignete Patienten: Verminderung von Schaden (Tod)
- Zudem Wartezeit: Gleichheitsprinzip
- Zudem Bevorzugung von Kindern: Verminderung von irreversiblen Schäden

- Zudem Länderausgleich: politisches Kriterium
- Faktisch: eine Mixtur aus Nutzenoptimierung für den Einzelnen und Schadensvermeidung, Gleichheit…
- Verteilungsschlüssel: Was wird nicht berücksichtigt:
  „Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch […] Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung."
  (Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes)
- Verteilungsschlüssel: Was wird nicht berücksichtigt:
- Eigene Spendebereitschaft?

Zuständigkeit für die Verteilung von Organen
- Warum Verteilung über Eurotransplant?
- Warum nicht vermehrt Verteilungsentscheidungen in der Transplantationseinheit?
- Im Arztethos sind keine ethischen Prinzipien für Verteilungsentscheidungen angelegt.
- Verteilung oberhalb der Arzt-Patient-Beziehung ist eine Entlastung für diese Beziehung.
- Ermöglicht wissenschaftliche Evaluation, Transparenz, Verteilungsgleichheit

Ethischer Grundkonflikt bei der Transplantationsmedizin
Überleben /Lebensqualität des Empfängers
vs.
Schaden/Selbstbestimmung des Spenders

Aufgabe des Arztes / der Ärztin…
- Gründliche Aufklärung des potenziellen Organspenders/deren Familien bezüglich: Schadenspotenzial für den Spender (lebende Organspende),
- Wohltätigkeitspotenzial für den Organempfänger, und
- Freiwilligkeit der Spende.
- Gründliche Aufklärung über:
  die Organentnahme im Operationssaal (würdevolles Verfahren).
- Möglichkeit für die Angehörigen, Abschied zu nehmen.
- Gegenüber der verbreiteten Angst: Vertrauen stärken!

VL 10 - Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid

Lernziele
- Begriffe unterschieden können
- Regelungen zur Sterbehilfe und zum assistierten Suizid kennen
- Argumente für und gegen bestimmte Formen der Sterbehilfe kennen und bewerten können

Begriffsklärungen
- **Freiwillige Sterbehilfe**
  Der Betroffene bittet bei klarem Verstand explizit um Sterbehilfe
- **Nicht-freiwillige Sterbehilfe**
  Der Betroffene kann sich nicht äußern und hat sich nicht geäußert zur Sterbehilfe
- **Unfreiwillige Sterbehilfe**
  Der Betroffene wird nicht gefragt, obwohl er hätte gefragt werden können,
  oder die Sterbehilfe wird gegen seinen zuvor geäußerten Willen durchgeführt.
- **Sterben lassen** (Eine lebensverlängernde medizinische Behandlung nicht durchführen durch Unterlassen oder durch Abbrechen) (Passive Sterbehilfe)
- **Therapien am Lebensende** (Indirekte Sterbehilfe)
- **Ärztlich assistierter Suizid**
- **Tötung auf Verlangen** (Aktive Sterbehilfe)

Sterben lassen: BGH-Urteil 2010
„1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen. […]
2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden."

→ Abstellen einer lebensverlängernden Behandlung (z.B. künstliche Beatmung, Sondenernährung) ist sog. passive Sterbehilfe

Erlaubt! -> Wenn der Patient das will, dann geboten!

Therapien am Lebensende (Indirekte Sterbehilfe)
Therapeutische Maßnahmen (z.B. Schmerztherapie), bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird.

Tötung auf Verlangen (Aktive Sterbehilfe)
- Ein Arzt gibt einem Patienten „auf dessen ernsthaften Wunsch hin eine tödliche Spritze […], um seinen Tod herbeizuführen" (Nat. Ethikrat)

- Tatherrschaft nicht beim Patienten

(Ärztlich) assistierter Suizid
- Ärzte verschaffen einem Patienten ein todbringendes Mittel oder unterstützen ihn auf andere Weise bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung (assistierter Suizid)
- Tatherrschaft bleibt beim Patienten

Ärztlich assistierter Suizid - unklar
Tötung auf Verlangen (Aktive Sterbehilfe) - verboten
Sterben lassen (Abbruch oder Unterlassen einer lebensverlängernden Maßnahme) (Passive Sterbehilfe) – geboten, sofern der Pat. Es will
Therapien am Lebensende (Indirekte Sterbehilfe) - geboten, sofern der Pat. Es will

Beispiele für rechtliche Regelungen
Tötung auf Verlangen: Erlaubt in Luxemburg, Belgien, Kanada und den Niederlanden
Ärztlich Assistierter Suizid: Erlaubt in Luxemburg, Belgien, Kanada und den Niederlanden, ausschließlich erlaubt in Oregon, Washington, Vermont, Montana, New Mexiko (USA)
Organisierte Beihilfe zum Suizid: Erlaubt in der Schweiz

Niederlande: Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe ggf. straffrei
- Wunsch freiwillig und nach reiflicher Überlegung.
- Information des Patienten.
- Patientenverfügung möglich
- Minderjährigkeit möglich.
- Unerträgliches und hoffnungsloses Leiden.
- Keine akzeptablen Alternativen zur Sterbehilfe.
- Zweite Arztmeinung.

Oregon – Der Death With Dignity Act (1997)
1. In 6 Monaten tödliche verlaufende Erkrankung
2. Wiederholtes Gesuch um Suizidbeihilfe
3. Einwilligungsfähigkeit bestätigt.
4. Zweiter Arzt wird hinzugezogen.
5. Meldung an die Gesundheitsbehörde.

Schweiz
- Keine rechtliche Regelung.
- Tötung auf Verlangen strafbar
- Beihilfe zur Selbsttötung aus nicht-selbstsüchtigen Motiven erlaubt.
- SAMW: Beihilfe keine ärztliche Tätigkeit, Gewissensentscheidung.

Regelung in Deutschland
- Suizid: erlaubt
- Beihilfe zum Suizid: für Bürger prinzipiell erlaubt
- Für Ärzte: unterschiedlich geregelt

Ärztlich assistierter Suizid, § 16 (M)-BO
Änderung in der (Muster)-Berufsordnung Mai 2011, Deutscher Ärztetag:
§ 16: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten."

§ 16 BO in Baden-Württemberg
§ 16: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. (Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.)"

Regelung in Deutschland
Pluralität innerhalb des Berufsstandes
Von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebene Studie 2010:
„Für 37 Prozent kommt ein begleiteter Suizid unter bestimmten Bedingungen in Frage."

Wie steht es um die organisierte Beihilfe zur Selbsttötung?
§ 217
(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Klärungen
- Suizid in Deutschland: erlaubt
- Beihilfe zum Suizid: für Angehörige/ Nahestehende erlaubt, sofern nicht geschäftsmäßig
- Geschäftsmäßige Beihilfe zu Suizid: Verboten
- Ärztlicher Beruf: stets geschäftsmäßig, auf Wiederholung angelegt
- Ist ein Arzt nahestehend?
- Höchst unklare Situation für Ärzte
- Juristen raten ab!

Ende der Debatte in D?
Bundesverfassungsgericht beschäftigt sich mit §217
Urteil des Bundesverwaltungsgericht vom 2.3.2017: Anspruch auf Medikamente für einen schmerzlosen Suizid.
Begründung durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht.

Dazu gehört „auch das Recht eines schwer und unheilbar kranken Patienten, zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben beendet werden soll“
(Az: 3 C 19.15)

Umstrittene Themen
Soll die Beihilfe zum Suizid für Ärzte erlaubt/verboten sein?
Soll organisierte oder gewerbsmäßige Beihilfe zum Suizid verboten werden?

Ärztlich assistierter Suizid nur bei:
- aussichtlosem Leiden,
- klarem Verstand,
- authentischem, stabilem Willen,
- Kein Versorgungsmangel (Palliativmedizin, Schmerztherapie)

(Vgl. Oregon)

Argumente
Argument 1: Palliativmedizin macht den ÄAS überflüssig
- Palliativmedizin kann die Anfragen an den Suizid reduzieren.
- Aber: Es bleiben Anfragen nach Hilfe beim Suizid.
- Palliativmedizin und Sterbehilfe gegeneinander ausspielen?
- Oder beides möglich?

Argumente 2: Berufsethos
- Suizid und Suizidbeihilfe – dem Bürger erlaubt!
- **Darf man in einem Berufsethos überhaupt etwas Anderes fordern als von einem Bürger?**
- **Ja, wenn**
- Vertrauen in den Arzt und
- Vertrauen in die Ärzteschaft erodieren würde.
- Aktive Sterbehilfe oder auch nur Teilnahme an der Selbsttötung "würde das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zerstören“. (Ärztetag 1984)
- **Vertrauensverlust nachweisbar?**
- **Nein**
- Keinen empirischen Hinweis, dass das Vertrauen in die Profession gefährdet ist, sofern ärztlich assistierter Suizid unter strengen Bedingungen erlaubt ist.
- **Vertrauensverlust?**
- **Im Gegenteil:** Strikte Ablehnung könnte das Vertrauen in die Ärzte und die Ärzteschaft gefährden!
- Mangelnde Akzeptanz von unterschiedlichen Lebens-(Sterbens-)entwürfen, von Pluralität

Argument 3: Schiefe Ebene
Kontra, auch organisierte Sterbehilfe

Anreiz für Suizide
- Symbolischer Wert
- Sozialer Druck für Suizide
- Suizid als Normaloption
- Organisationen: Eigendynamik

→ Die Zahl und der Anstieg von Ereignissen sagt nichts über die moralische Bewertung aus!

Was würde dennoch für die organisierte Beihilfe zur Selbsttötung sprechen?
Pro Beihilfe:
- kompetenter Ansprechpartner
- Reaktion auf Pluralität
- Verhinderung brutaler Suizide
- Suizidprophylaxe durch Offenheit und Regelung
- Dokumentation, Rechenschaft

Anhörung beim Bundesverfassungsgericht zum § 217
Urteil vermutlich noch in 2019

Alle Gerichtsfälle:
•War der Wille dauerhaft, ernsthaft, informiert, freiverantwortlich?

Deutscher Bundestag

Seit 2020 kein neues Gesetz!
6. Juli 2023: Verabschiedung eines Gesetzes gescheitert



Derzeitige Situation

•Keine Äußerung im Koalitionsvertrag
•Neuer Bundestag: Konservativer
•Bislang stets parteiübergreifende Initiative
•Helling-Plahr (FDP), Künast (Grüne) nicht mehr im Bundestag
•Castellucci (SPD) weiterhin im Bundestag

Derzeitige Situation: Kosten

Verein Sterbehilfe Deutschland: 2000-7000 €
Dignitas Deutschland: ca. 6000 €
DGHS: 4000 € (Doppelbegleitung 6000 €)
Linus Sterbehilfe GmbH: € 8950 € (Ratenzahlung! + Kosten für Gutachten und Medikamente)

Voluntate GmbH: 7854 € (+ evtl. Kosten für externes med. Gutachten)

VL 11 - Patientenverfügung – Vorsorgevollmacht – Betreuungsverfügung

- Der Patientenwille am Ende des Lebens -

Lernziele
- Wandel in der Medizin
- Von Paternalismus hin zum Respekt der Selbstbestimmung
- Wer ist befugt, die Entscheidungen zu treffen?
- Der Patient selbst!
- Was tun am Lebensende?
- Was tun, wenn sich der Patient nicht mehr äußern kann?

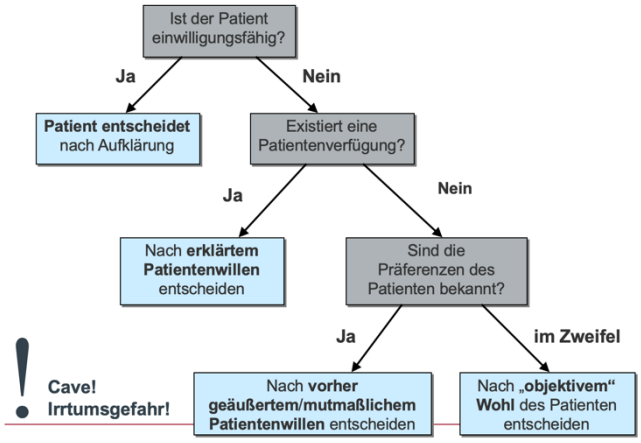
Spannungsfelder auf verschiedenen Ebenen
- Normative Ebene: welche Norm(en)?
- Moralpragmatische Ebene: Wie umsetzen?

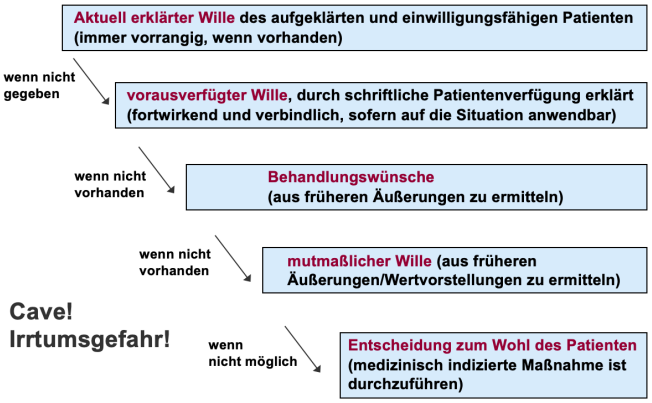
1. Handlungstheoretische Probleme
2. Sonstige Probleme: Mangelnde Ausbildung, psychologische Umstände, finanzielle Anreize

- Normative Ebene
- Die „normale“ Medizinethik
- Es gibt nur ein Arzt-Ethos
- Die Prinzipien ärztlichen Handelns: Selbstbestimmung respektieren, Nutzen, nicht Schaden
- Orientierung an Wille und Wohl
- „end of life decision“ sind ärztliche Entscheidungen!

Moralpragmatische Ebene
Wille
Jede ärztliche Intervention bedarf der Zustimmung des Patienten!
(Ausnahme: Psychiatrische Zwangsbehandlung)
Was tun, wenn Wille nicht geäußert werden kann?

Vorgehen
- Eindeutige Patientenverfügung – so handeln!
- Dialog Arzt – Bevollmächtiger (Betreuer) – Angehörige: Wille des Patienten ermitteln
- Entscheidung nach dem Willen des Patienten!





Moralpragmatische Ebene
Wille
- Was tun, wenn Wille unklar/wechselnd?
- In dubio pro vita!
- Wohl
- Doppelte Ungewissheit der ärztlichen Handlung
- Wird das Ziel der Intervention erreicht?
- Ist das Ziel der Intervention ein Nutzen?

1. Nutzen für den Patient
2. Einwilligung des Patienten nach Aufklärung
3. Durchführung lege artis

→ Unterlassung/Abbruch bei Nutzlosigkeit und/oder fehlender Einwilligung des Patienten

Wille versus Wohl?
In aller Regel: Wille gewichtiger als Wohl

Das Dilemma
Entscheidungen „nach bestem Wissen und Gewissen“ können sich als fatal herausstellen.

Was tun?
- Bei begründetem Zweifel: Behandlung beginnen, Nutzen überprüfen, ggf. abbrechen
- Bei begründetem Zweifel: Die Variante wählen, die Optionen offen lässt, evtl. neu entscheiden
- Handlungen sind irreversibel, allenfalls die Resultate sind reversibel.

Was tun? Antworten auf die Ungewissheit
1. individuelle prognostische Faktoren berücksichtigen
2. Wissenschaftliche Forschung zu prognostischen Faktoren
3. Unterschied Wirksamkeit und Nutzen.
Nutzen: Bewertung des Patienten einfließen lassen
4. Individuell entscheiden
5. Haltung: Sorgfalt, Engagement, Gewissenhaftigkeit, Sensibilität!

Praktische Probleme
- Finanzielle Anreize
- Psychologische Probleme

- Unkenntnis, mangelnde Fähigkeiten

= Keine überzeugenden Argumente!

Gesetzeslage

3 Instrumente:

- **Patientenverfügung**
  Der Patient legt seinen Willen und seine Präferenzen schriftlich fest für den Fall, dass er sich im Krankheitsfall nicht mehr äußern kann.
- **Vorsorgevollmacht**
  Der Patient bestimmt eine Person, die in seinem Sinne für ihn entscheidet, wenn er sich krankheitsbedingt nicht mehr äußern kann.
- **Betreuungsverfügung**
  Der Patient empfiehlt einem Betreuungsgericht, wer als Betreuer bestellt werden soll, sofern das notwendig wird. Keine Festlegung von Behandlungswünschen/-ablehnungen

Zudem beachtlich

- Frühere Behandlungswünsche
- Mutmaßlicher Wille des Patienten
- Bei Ermittlung des Patientenwillens sind Angehörige hinzuzuziehen (dialogisches Prinzip, außer im Notfall)
- Kein Zwang zur Patientenverfügung!
- Keine Reichweitenbegrenzung!
- Pat.-Verf. gilt „unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung“ (§ 1901 a).
- Notarielle Beurkundung nicht notwendig
- Regelmäßige Aktualisierung empfehlenswert, nicht erforderlich
- Schriftform, eigenhändige Unterschrift erforderlich
- Eine Patientenverfügung ist verbindlich, sofern
- sie auf die jeweilige Situation zutrifft,
- der Patient bei Abfassung einwilligungsfähig war,
- keine Anhaltpunkte vorliegen, dass der Patient seine Meinung geändert hat.
- Auch verbindlich, wenn Behandlung bereits begonnen hat.
- „Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.“ (§ 1901a)
- Verbotenes (z.B. Tötung auf Verlangen) bleibt verboten.
- Rechtssicherheit: Der Wille des Patienten ist maßgeblich.
- Deutliche Stärkung des Bevollmächtigten/des Betreuers:
- prüft, „ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen“,
- hat „dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen“ (§ 1901a).

Kombination von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht dringend empfohlen!
Kritik: Beratung ist nicht geregelt!

Patientenverfügungen sollten mit dem Arzt besprochen werden!

Betreuungsgericht (§ 1904)?

Wenn Maßnahme medizinisch indiziert,

+ Durchführung/Unterlassung gefährlich/evtl. tödlich
+ Uneinigkeit zwischen Arzt und Betreuer über Patientenwillen
= Betreuungsgericht anrufen
  Betreuungsgericht hat nach verfügtem/mutmaßlichem Willen des Patienten zu entscheiden
  Vorher: Ethik-Konsil!

Wie eine Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht abfassen?
Eigene Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht aufsetzen?

Sehr schwierig!
Gute Vorlagen:
Bundesministerium der Justiz
Bayrisches Staatsministerium der Justiz
Immer Vordrucke mit Wahlmöglichkeiten!

Das BGH-Urteil 2010 zur Sterbehilfe und das Betreuungsgesetz 2009

- 20-jähriger Motorradfahrer nach Unfall, Bewusstlos in der Ambulanz, wurde während des Rettungseinsatzes intubiert, wird beatmet
- Könnte gerettet werden, Hoffnung auf vollständige Genesung
- Angehörige bringen Patientenverfügung: „Ich verweigere im Fall eines Motoradunfalls jedwede künstliche Beatmung.“
- Was tun?

VL 12 - Ökonomie und Ethik in der Medizin

Lernziele
- Über ökonomische Rahmenbedingungen informieren
- Schwerpunkt Krankenhäuser
- Ethische Aspekte der derzeitigen Ökonomisierung erläutern
- 8 Thesen einer Stellungnahme der Leopoldina

Ausgangssituation
- Viel Geld im Gesundheitssystem: 11 %, OECD Durchschnitt 9 %
- 500700 Krankenhausbetten in D, bei OECD-Durchschnitt 320000 (35% weniger)
- Verweildauer im Krankenhaus 9,1 Tage, im EU 15-Schnitt 8,3 Tage.
- Historisch gewachsene Krankenhausstruktur:
- 1.980 allgemeine Krankenhäuser in Deutschland (2014), 35 Universitätsklinika
- Ca. 26% kein CT (Computertomographie) und ca. 19% kein Intensivbett
- Bei dänischer Krankhausstruktur hätten wir in D
- 330 Krankenhäuser, alle mit CT, MRT…
- Rechtliche Rahmenbedingungen: Schließung einzelner Häuser sehr schwierig
- Widerstand vor Ort
- Deutliche Reduktion von Krankenhäusern/Betten durch Einführung der DRGs = nicht eingetreten.
- Unterfinanzierung von Krankenhäusern bei Investitionen.
- Geschätzter Gesamtinvestitionsbedarf: 7 Mrd. €/a
- 2014 nur 2,8 Mrd. Euro von den Bundesländern
- Begünstigt zweckentfremdete Nutzung von DRG-Erlösen zur Existenzsicherung einzelner Häuser
- Gesundheitsoutcome in anderen Ländern besser!
- Interventionen z.B. in der Kardiologie: enorm hoch!
- Fast doppelt viel wie in der Schweiz
- Outcome: Bei 32 OECD-Ländern mit entsprechenden Daten lag Deutschland auf Platz 25.
- Fallzahlsteigerungen ohne medizinische Erklärung in vielen Bereichen
- Ärzte und wiss. Fachgesellschaften beklagen unsinnige Fallzahlsteigerungen.
- „Indikationsbeugung zum finanziellen Wohl des Krankenhauses“ (Joachim Jähne)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, geht davon aus, dass „sich die Indikationsstellung nicht selten am betriebswirtschaftlichen Vergütungssystem der Fallpauschalen, der DRGs orientiert“ (Schumm-Draeger 2016, S. 1183).
- Mehr als ein Drittel der Chefärzte glauben, dass „in ihrem Fachgebiet wirtschaftliche Rahmenbedingungen zu überhöhten Fallzahlen führen“ (Reifferscheid 2015, S. e129).
- Besonders hoher Anteil in der Orthopädie und Kardiologie.
- Die Evidenz ist überzeugend genug, um politisch zu reagieren!

Thesen
Leopoldina: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem (2016)

These 1
- Ökonomisches Handeln im Gesundheits-system ist geboten – aber ausschließlich zum Wohl des einzelnen Patienten und der Gesellschaft.
- Es ist ethisch geboten, das Gesundheitssystem wirtschaftlich, effektiv und effizient zu gestalten.
- Die Ökonomie dient den Zielen der Medizin.
- Das grundlegende Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie darf nicht umgekehrt werden.
- Derzeit: Zweck-Mittel-Pervertierung

These 2
- Mehr Geld macht ein System nicht automatisch leistungsfähiger.
- Strukturelle Problem werden nicht dadurch gelöst, dass mehr Geld ins System fließt.
- Es wird dadurch nicht automatisch effizienter, leistungsfähiger und nachhaltiger.
- Die Gesundheitssysteme in der Welt, die noch mehr Geld ausgeben, haben keinen Vorteil.

These 3
- Vorhandene Überkapazitäten dürfen nicht dazu führen, dass außermedizinische Überlegungen die Indikationsstellung beeinflussen.
- Die Indikationsstellung ist eine zentrale Entscheidung des Arztes, die ausschließlich unter Nutzenaspekte für den Patienten erfolgen soll.
- Wenn hier Einfluss genommen wird, droht eine Gefahr:
- Das wichtigste Kapital der Medizin, das Vertrauen der Patienten, droht zu erodieren.

These 4
- Eine Weiterentwicklung des DRG-Systems allein reicht nicht aus, um die ökonomischen Fehlentwicklungen zu beheben.
- Die Zahl der Krankenhäuser und deren Struktur begünstigen einen Missbrauch des DRG-Systems.
- Ohne politischen Willen, die Krankenhausstruktur grundlegend zu verändern, wird eine Weiterentwicklung des DRG-Systems allein nicht ausreichen.
- Das Verhalten der Krankenhäuser ist völlig rational – wenn auch gesellschaftlich unerwünscht.

- Die wirtschaftliche Sicherung der Kranken-häuser muss gewährleistet sein, sonst geht die „Suche nach den Schlupflöchern“ weiter.
- Erfordert deutliche Reduktion der Zahl der Krankenhäuser

These 5
- Qualifiziertes medizinisches Personal ist derzeit im Grunde ausreichend vorhanden, aber auf zu viele Häuser verteilt.
- „Ärzterepublik Deutschland“ (SZ, 25.4.2017)
- Die derzeitige Mangeldiskussion resultiert aus:
- einem unnötig aufgeblähten System mit zu vielen Krankenhäusern,
- hohen Betten- und stationären Fallzahlen und
- immer noch überdurchschnittlich langen Verweildauer im Krankenhaus.

These 6
- Eine angemessene Analyse des Gesundheits-systems braucht Transparenz und den Zugang zu Informationen.
- Die Daten für die notwendige wissenschaftliche Auswertung sind in Teilen nicht zugänglich.
- Hinzu kommen Defizite im Bereich der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

These 7
- Wettbewerb hat Grenzen.
- Gleichmäßigkeit der Versorgungsqualität ent-sprechend dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ in allen Regionen in Deutschland für alle Menschen ist eine gesetzliche Vorgabe
- „Um diese zu gewährleisten, ist Wettbewerb nur bedingt geeignet.“

These 8
- Die Gesundheitsversorgung braucht klare und verlässliche politische Rahmensetzungen, innerhalb derer ein Qualitätswettbewerb stattfinden kann. Es braucht zusätzlich politischen Mut, die notwendigen Strukturveränderungen anzugehen.
- Politische Zurückhaltung bei der Gestaltung des Krankenhauswesens
- Probleme werden über die DRGs auf die praktische Arbeitsebene „durchgereicht“:
- Arbeitsverdichtung
- Unzufriedenheit der Mitarbeiter
- Personalmangel, obwohl insgesamt genug Personal vorhanden ist
- Fallzahlsteigerungen ohne medizinische Gründe
- gesamtwirtschaftlich hohe Kosten, ohne entsprechenden gesundheitlichen Nutzen