

§ 1 Was ist Bioethik?

I. Fragestellung, Begriff

1. Was ist Bioethik?

- formuliert u. prüft moral. Regeln für den wiss.-techn. Umgang mit Leben
 - o will generelle Prinzipien für bes. Bereich anwendbar machen
- grüne und rote Bioethik/Gentechnik
- Subdisziplin der angewandten Ethik
- 1927 Begriff erstmals → Engführung auf med. Ethik
 - o negative Konnotation
 - utilitarist. Spezialethiken (Singer)
 - angelsächsische Bioethik
 - Unbefangenheit in Dtl. schwierig
 - o neutraler Begriff: Lebensethik

2. Menschenbild

- in Biomedizin oft nur vom biologisch-genetischen Standpunkt
 - o Analogie Mensch-Maschine
- Chance der Geisteswissenschaften: meth. anderer Zugang
 - o Mensch ist mehr als Summe seiner Gene/Biologie
- interdisziplinärer Dialog: konkurrierende Menschenbilder
 - o Hauptfrage: wie kann menschl. Leben gelingen?

3. Wertpluralismus

- konkurrierende Wertorientierungssysteme
 - o schwindende Gewißheit über das Gute
- angemessene Differenzierung der Moral schwierig
 - o Maßstäbe im Pluralismus?
- Kirche: Wahrheitsanspruch → Angebote zur sittl.-eth. Praxis

4. Menschenwürde als regulatives Prinzip

- allg. Nenner der Humanität (GG Art. 1)

5. Bioethische Ansätze

1. anthropozentrisch
 2. pathozentrisch
 3. biozentrisch
 4. holistisch
- nicht befriedigend => integrative Sichtweise: **relative Anthropozentrik**
 - o Alles hat bestimmten Eigenwert
 - gesamte Natur ist Geltungsbereich moral. Rede
 - o Mensch hat Vorrang
 - o = bibl. Schöpfungsverständnis
 - Herrschaftsauftrag ist nicht absolut → Verantwortung

II. Methode theol.-eth. und nat.wiss. Forschens

- Dialog: Wahrnehmung der Aussagekapazitäten und -grenzen
- Konvergenzargumentation: Zusammenschau von Teilerkenntnissen

[Exkurs I: Tier als Mitgeschöpf → ausgelassen]

Exkurs II: Bioethikkonvention des Europarates

1. Internationalisierung
 - Erosion der trad. Moral
 - „Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin“
 - o will rechtl. Rahmen schaffen, um Erosion entgegenzuwirken
2. Menschenwürde als Maßstab
 - Grundlage der Gesellschaft (GG Art. 1)
 - ethisches Grundanliegen der modernen Welt
 - Begründung zweitrangig (Vernunft, Gott)
3. Geschichte
 - Auftragsarbeit der parlamentarischen Versammlung d. Europarats
 - 1995: Ablehnung des Entwurfs
 - 1996: erneute Diskussion
 - o körperl. Integrität von Personen, die nicht selbst entscheiden können
 - o genetische Tests
 - o fremdnützige Forschung (entscheidungsunfähige Pers. u. Embryonen)
 - => neuer Titel u. inhaltl. Verbesserungen
 - 1996 Annahme des Entwurfs (Dtl. nicht)
 - 1998: „Bündnis der Menschenrechte“ gegen Unterzeichnung
4. Inhalt
 - Ziel: Schutz d. Menschenwürde
 - u.a.: Recht auf Nichtwissen, prädiktive genetische Tests, Embryonenforschung...
5. Strittige Punkte
 - Forschung an einwilligungsunfähigen Personen
 - o Aufweichung des dt. Verbots
 - Embryonenforschung
 - o „adäquater Schutz des Embryos“?
 - prädiktive genetische Tests
 - o gesundheitl. Gründe
 - o Dtl.: ESG 1991 verbietet gen. Veränderungen bei Embryonen
6. Kritische Bilanz
 - Menschenwürde in allen Punkten berücksichtigt?
 - wichtige Bereiche ausgeklammert (z.B. Sterbehilfe)
 - Patchwork
 - o Rahmenbedingungen aber verbessert bzw. neu geschaffen

§ 2 Medizinische Ethik

I. Was ist und was soll med. Ethik?

- Medizin gerät an Grenzen bei Suche nach eth. Maßstäben
- med. Ethik = kriterienorientierte Anleitung zur Selbstreflexion d. med. Personals u. zur Argumentation (Entscheidungs- u. Rechtfertigungshilfe)
- Hippokrates → Hippokratischer Eid
 - o doppelte Arztpflicht
 1. bonum facere
 2. nihil nocere
- heute ergänzt durch **Vertragsmodell** → 4 Prinzipien:
 1. Autonomie d. Patienten
 2. Prinzip d. Nicht-Schadens
 3. Prinzip d. Wohlwollens
 4. Prinzip d. Gerechtigkeit
- u.U. 5. Prinzip d. Proportionalität

II. Gesundheit - Krankheit - Lebensqualität

- Gesundheit:
 - o WHO: Zustand vollkommenen Wohlbefindens
 - o Altermum: Schweigen der Organe
 - o Marquard: Kraft, mit Störungen leben zu können
- Krankheit:
 - o BSozG: regelwidriger Körper- oder Geisteszustand
 - o Rotschuh: subjektiv, klinisch od. sozial hilfsbedürftig
 - o Engelhardt: Wunsch nach Heilung
 - o als gesellsch. Phänomen → Krankenrolle
 - Befreiung von tägl. Verpflichtungen
 - Befreiung von Verantwortung f. Krankheitszustand
 - Verpflichtung, gesund werden zu wollen
 - Verpflichtung, fachmännische Hilfe aufzusuchen
- Lebensqualität → 4 Dimensionen (von Arzt, Patient o. beiden festzustellen)
 1. physisch
 2. psychisch
 3. sozial
 4. spirituell

III. Arzt-Patient-Verhältnis

- Patient erwartet vom Arzt, daß er ernst genommen u. daß ihm geholfen wird
- 2 Arten der Handlungsentscheidung:
 1. monologisch → Patient = reparaturbedürftige Maschine
 2. dialogisch → verstehen statt reparieren

§ 3 Leben

I. Was ist Leben?

- wesentl. Ausdrucksformen d. Lebens:
 1. Gestaltetheit
 2. Selbsttätigkeit
 3. Planmäßigkeit
 4. Artgemäßheit
 5. Fortpflanzungsfähigkeit

II. Wann beginnt menschl. Leben?

1. Befruchtung
 - = Fertilisation
2. Entwicklung im Uterus
 - 1.-8. SSW (Embryo):
 - o Nidation
 - o Blutgefäße, Herz
 - o Synapsen
 - 9.-22. SSW (Fötus):
 - o Sinne
 - o Bewegung
 - o Eigenregulation
 - o Geschlecht
 - o Reaktion auf Hormonausschüttung d. Mutter
 - 23.-38. SSW:
 - o außerhalb des Mutterleibs lebensfähig
 - o Atemsystem
 - o Augen öffnen sich

III. Wann beginnt individuelles menschl. Leben?

1. Daten
 - 1944: erstmals Verschmelzung beobachtet
 - **Aristoteles** (4.Jh.v.C.):
 - o beobachtet Kükenembryo
 - o Beimischung männlicher Samenflüssigkeit zum Menstrualblut
 - **Claudius Galen** (2.Jh.n.C.):
 - o weibl. Samen enthalte kleine Embryonen, denen männl. Samen zum Wachstum verhalfen
 - **Leeuwenhoek** (17.Jh.)
 - o Spermien unter Mikroskop beobachtet
 - o männl. Samen enthalte kleinen Embryonen
 - 19.Jh.: Embryo entwickelt sich aus einer Zelle; Entdeckung d. Chromosomen
 - 1946: Embryonalzelle enthält 46 Chromosomen
 - heute: versch. Theorien zum Beginn menschl. Lebens:
 1. Verschmelzung d. Keimzellen
 2. Abschluß d. Nidation
 3. Ende d. Mögl. d. Mehrlingsbildung
 4. Entw. d. Gehirns
 5. Geburt
 6. Sozialisation
 - keine Sicherheit => Tutorismus (1.)

- auch kirchl.: „Donum Vitae“ (1987)
- = absoluter, substantieller Lebensschutz (Ggs.: relativ)

§ 4 SA

I. Dringlichkeit

- Durchkreuzung d. Lebenspläne
- gesellschaftl. Hintergründe
 - Mentalität des Machens/Wegmachens
 - Werte: Mündigkeit, Selbstverantwortung
 - kaum noch Annahme eines Schicksals
- kirchl. Meinung: keine Legitimation! (Reife durch Leid)

II. biologisch-anthropologische Seite

1. Terminologie

- Abtreibung / Abortus → wertend
- Schwangerschaftsunterbrechung → unrichtig, euphemistisch [DDR]
- SA → neutral, verharmlosend

2. Durchführung

- a) durch Laien
 - Mittel, Gifte
 - großes Risiko
- b) durch Ärzte
 - operative oder pharmakologische/medikamentöse Methoden
 - operative:
 - „Menstruationsregulierung“ (Absaugung bis zur 6. SSW)
 - Absaugung (7.-12. SSW)
 - operativ/medikamentös:
 - Prostagladin → Wehen, Totgeburt (u.u. auch lebend; ab 13. SSW → nur bei med. Indikation legal; anschl. Ausschabung)
 - medikamentös:
 - **RU486** (Mifegyne)
 - 1980 erfunden, 1988 in Frankr. erlaubt (7. SSW)
 - 1996 zentrale Zulassung, 1999 auch in Dtl.
 - teuer, Arzt verdient wenig
 - hohe Auflagen der Herstellerfirma (Nachvollziehbarkeit, Legalität, Akzeptanz, ärztl. Betreuung)
 - Behandlung: mind. 4 Arztbesuche
 - Wirkung: löst Wirkung des schwangerschaftserhaltenden Hormons Progesteron auf
 - immer in Verb. mit Prostagladin
 - u.U. operative Nachbehandlung
 - extreme psychische Belastung (3 Tage zwischen Pilleneinnahme und Abtreibung)
 - Pille → „Mord- u. Tötungspille“ (Kard. Meißner)
 - Unfälle bei SA:
 - selten Todesfälle, organische Schäden bei illegalen SA, oft neurotische Störungen
 - Bewältigungsstrategien (P. Petersen):
 1. normalpsychische Bewältigung
 2. Durchbruch destruktiver Tiefenerlebnisse
 3. Akzeptieren individueller Verantw. u. existentieller Wirkl.
 4. Beziehung zum toten Kind

3. Anlässe, Ursachen

- a) Indikation

- medizinisch
 - Vitalindikation
 - therapeutisch / prophylaktisch
 - psychiatrisch
- ethisch - kriminologisch
- embryopathisch (eugenisch / genetisch / kindlich)
- soziale
- b) subjektive Gründe
- c) Situation d. Frau
 - labile Lebenssituation (Beziehung, finanziell)
 - sexuelle Freiheit vs. Reife für Schwangerschaft
 - gesundheitliche Probleme (ältere Frauen)
 - Sorge, sich Zukunft zu verbauen (jüngere Frauen)
 - Abstraktheit des ungeborenen Kindes
 - 59% sind sich sicher, daß sie Kind nicht wollen, bevor sie Partner oder Arzt sprechen
 - privates Umfeld ermutigt Frau oft nicht für das Kind
 - jüngere Frauen werden oft unter Druck gesetzt (44% unter 25 Jahren)
 - ledige Mütter: Familie vs. Beruf
 - Beratung lotet eigentl. Unentschlossenheit nicht genug aus
 - Ärzte richten sich bei Stellungnahme nach d. Frau

III. Geschichtl. Überblick, gegenwärtige Situation

1. Daten

- 1871: Reichsgesetzbuch → SA strafbar ohne Ausnahme
- 1950-1960: med. Indikation in Dtl., 1960 kriminolog. Indikation
- 1974: Fristenregelungsgesetz → nicht verfassungskonform
- 1992: Schwangeren- und Familienhilfegesetz → SA in ersten 3 Monaten „nicht rechtswidrig“ → nicht verfassungskonform
- 1993: Tatbestandsausschluß bis zur 12. SSW (straffrei, aber rechtswidrig); bei med., kriminol., embryopath. Indikationen: rechtmäßig
- 1995: SFHÄndG (Kompromiß)

2. Regelungen

- a) Strafrecht
 - StGB § 218 → SA grundsätzl. verboten
 - Ausnahmen § 218a (Tatbestandsausschluß bei Indikationen)
- b) Beratungsregelung
 - StGB § 219
 - notwendig, falls keine Indikation vorliegt, damit SA straffrei
 - *Aufgabe*: Schutz ungeborenen Lebens; gewissenhafte Entscheidung; ergebnisoffene Aufklärung; Hilfe
 - *Organisation*: Anonymität; Fachkräfte; Bescheinigung
 - *Beratungsstellen*: staatliche Anerkennung; Arzt darf nicht beraten
- c) Wo?
 - Bundesländer müssen für SA-Angebote sorgen (SchKG § 13)
 - Ärzte und Personal dürfen Mitwirkung verweigern
- d) Kosten
 - Krankenkassen zahlen
 - wenn med. oder kriminolog. Indikation
 - für Feststellung d. Schwangerschaft
 - für Behandlung für Dauer d. Schwangerschaft
 - für Abbruch, falls Komplikationen auftauchen
 - für Abbruch bei einer sozial bedürftigen Frau

IV. Antwort des Christentums

1. Umfeld

- *Vorderasien/Ägypten*: strafloser SA
 - o z.B. Codex Hammurabi (17./18.Jh.v.C.)
 - o jüd. Altertum: Abtreibung unbekannt
- *Griechenland*: strafloser SA
 - o Platon: wenn Mutter über 40 / Vater über 55 → SA legitim
 - o Aristoteles: sukzessive Beseelung => SA möglich
 - o Hippokrates: innere Mittel + Mittel m. direktem Einfluß auf Uterus + mechanische Einwirkungen => SA [unklare Quellenlage]
- *römisches Recht*: strafloser SA, sittlich verwerflich
 - o Leibesfrucht als unselbständiger Teil der Mutter
 - o ab 200 n.C.: Strafandrohung für SA, da Delikt gg. Ehemann
- *germanischer Raum*: strafloser SA

2. Bibel

- keine explizite, nur indirekte Stellungnahme → Gottebenbildlichkeit

3. Tradition

- frühe Christen gegen heidnische Praxis
 - o Didache
 - o Barnabasbrief (um 130)
- Synoden → Kirchenbann und -buße für SA
 - o Elvira 306; Ankyra 314; Konstantinopel 692
- 17.Jh.: Innozenz XI.
 - o Verurteilung der Laxisten
- 1930: Pius XI.
 - o Abtreibung = Tötung eines Unschuldigen
- 1944 + 1951: Pius XII.
 - o wendet sich in Ansprachen an Ärzte u. Hebammen
 - o gleicher Wert embryonalen u. fortgeschrittenen Lebens
 - o direkte, nicht indirekte Eingriffe werden verurteilt
- II. Vaticanum (GS)
 - o SA = Verbrechen
- 1974: „Deklaratio de Abortio“ der Glaubenskongregation
- Ev. + kath. Katechismus
- CIC: Exkommunikation
- 1995: Joh. Paul II
 - o „Evangelium Vitae“

[Exkurs I: Außer kath. christl. Stellungnahmen → ausgelassen]

[Exkurs II: SA im Islam → ausgelassen]

V. Hilfen, Maßnahmen

1. Erziehung zum verantwortlichen Gebrauch d. Freiheit
2. Erziehung zu Verantwortung gg. d. Zeugung neuen Lebens
 - o vorrangig: Verantwortung gg. d. Kind → notfalls Empfängnisverhütung
3. Frühzeitige Aufklärung über Empfängnisverhütungsmethoden
4. Schaffung eines neuen Klimas
 - o kein Druck auf Schwangere → Mut zum Austragen d. Kindes achten
5. Beratung zum Leben
 - o SKB wertorientiert → soll zu freier sittl. Gewissensentscheidung führen
 - o SKB keine ethische Stellungnahme, sondern Tat der Nächstenliebe
 - o Ausstieg ab 1999 (Limburg 2002)
 - Gegenbewegung: Donum Vitae

VI. Frage nach der Schuld

- kath. Kirche bestraft mit Exkommunikation, da SA = Tötung

§ 5 Genetische Beratung, PND

I. Methoden

- bei bestehende Schwangerschaft werden Erbfehler o.a. festgestellt
- *nicht-invasive* Verfahren (kaum Risiko)
 - o Blutuntersuchungen
 - o Triple-Test (Blut d. Schwangeren wird chemisch untersucht)
 - o Spezial-Ultraschall
- *invasive* Verfahren (Risiko für Frau und Kind)
 - o Chorionzottenbiopsie (Eihautentnahme)
 - o Amniozentese (Fruchtwasserpunktion)
 - o Placentacentese (Mutterkuchenpunktion)
 - o Cordocentese (Nabelschnurpunktion)
 - o Fetoskopie (Fruchtspiegelung)

II. Ethische Problematik

- Recht auf Nichtwissen oft mißbilligt
 - o Recht auf Fortpflanzung darf nicht eingeschränkt werden
- Ambivalenz der PND:
 - o kann Sicherheit u. Chance auf Leben des Embryos erhöhen (97%)
 - o kann automatisch zum SA führen, falls Krankheit festgestellt (3%)
- Gefahr: Schwangerschaft auf Probe / Abruf
 - o Mißbrauchsgefahr
- kirchlich unterstützt, sofern es um lebensbejahende Maßnahmen geht

III. Pastorale Gesichtspunkte, Hilfen

- Ziel d. Beratung: verantwortete, eigenständige Gewissensentscheidung
- Mentalität, daß es Recht auf gesundes Kind gibt
 - o Recht v. behindertem Leben wird verkannt (dagegen: Kirche, Behindertenverbände, Frauenbewegung)
- christl. Botschaft: durch Kreuz zur Auferstehung
 - o Reife nur durch Leid möglich

§ 6 PID

I. Was ist PID?

- genetischer Test des Embryos vor der Implantation in die Frau
- Embryo wird in vitro erzeugt
 - o bei Untersuchung ca. 3 Tage alt (8zellig = totipotent = Embryo lt. ESG)
 - o Abspaltung von 2 Zellen → Untersuchung → evtl. Implantation
- 1990: erste PID; bis heute bei ca. 1000 Paaren
 - o in Dtl. noch Rechtsunsicherheit

II. Pro + Contra

- Bundesärztekammer 2000:
- *Pro:*
 1. früheste Chance f. Eltern zu erkennen, ob sich Befürchtungen bewahrheitet haben → Risikopaare
 2. evtl. Abtreibung bleibt erspart, da keine Schwangerschaft → für Frau physischer u. psychischer Vorteil
- *Contra:*
 1. PID verstößt gegen das ESG
 2. oft werden mehr Embryonen als nötig erzeugt
 3. Aussortierung defekter Embryonen (Selektion)
 4. Embryo ist schutzlos auf dem Labortisch
 5. § 218 sieht nur noch med. Indikation vor → PID = eugene Ind.!
 6. PID als vorverlagerte PND → lebenserhaltende Motivation?
 7. Screening von IVF-Embryonen → Instrumentalisierung

III. Wunschkind nach Maß?

- Grundfrage der Kinderlosigkeit gerät in den Hintergrund
- PID schafft mehr Probleme als sie löst → vielfältige Mißbrauchsmögl.
- Lehramt warnt: Kinderlosigkeit ist keine Krankheit!

§ 7 Stammzellenforschung

Begriff

- 2 Arten von Stammzellen
 1. *totipotente* S.: jede noch nicht ausdifferenzierte Zelle eines Embryos, Fötus oder geborenen Menschen mit Teilungs- und Entwicklungsfähigkeit
 - aus befruchteter Eizelle bzw. Embryonalzelle kann ganzer Mensch entstehen
 2. *pluripotente* S.: organspezifisch
 - Entwicklung v. versch. Gewebetypen des Körpers
 - Dolly → Spezialisierung d. Zelle wurde rückgängig gemacht

Ansätze zur Kultivierung v. Stammzellen

1. James A. Thomson
 - isolierte pluripotente Stammzelle aus künstlich erzeugter Blastozyste
 - dabei Zerstörung des Embryos → gg. ESG
2. John Gearhart
 - gewann pluripotente Stammzelle aus Keimzellen abgetriebener Föten (= primordiale Keimzellen → evtl. schon zersetzt...)
 - fällt nicht unter ESG, doch ethisch bedenklich
3. individualspezifische Stammzellen
 - Zellkern eines erwachsenen Menschen in entkernte Eizelle eingefügt
 - = Dolly-Methode = Klonen → gg. ESG

Facts & Figures

- 1989 GB: therap. Klonen wird Regierung empfohlen
- 2000 GB: „Donaldson Report“ für therap. Klonen
 - erlaubt: Nutzung von Restembryos der IVF
- USA: Embryonenforschung nicht verboten
- Japan: therap. Klonen unter strengen Auflagen erlaubt
- Dtl.: ESG, doch Forschungsinteresse erkennbar
- kath. Kirche: Stammzellenforschung = Verzweckung menschl. Lebens
 - Schutz der Menschenwürde?

§ 8 AIDS

I. Krankheit u. ihr Bild

- AIDS = Acquired Immunodeficiency Syndrom
- HIV = Human Immunodeficiency Virus
 - o 1983/84 von 2 Forschungsgruppen (USA/Frankr.) entdeckt
 - o greift T-Zellen an, vermehrt sich dabei
- Inkubationszeit bis 10 Jahre
- Tod innerhalb von 3 Jahren
- zunächst Lymphdrüenschwellung, Schwächung des ZNS, durch Immunschwächung Lungenentzündung (= Todesursache)
- Virus v.a. in Körperflüssigkeiten
 - o Übertragung durch GV, Blutaustausch; bei Babys über Muttermilch
 - o unsicher: ob über Urin, Speichel; ausgeschlossen: Tröpfcheninfektion
- HIV-Test weist Antikörper im Blut nach (bilden sich erst nach 3 Wochen)
- Herkunft aus Zentralafrika
 - o vom Affen über Verzehr auf Menschen
 - o soziale Umwälzungen → Schiffswege → Hafenstädte → SFO → Haiti
 - o über Fixernadeln auch Heterosexuelle
 - o in Dtl.: Frankfurt → Berlin → München

II. Therapie

1. Zahlen

- zw. 1981-2001
 - o 25 Mio. Tote
 - o 40 Mio. Infizierte
 - davon 95% in Entwicklungsländern!
- Krisengebiete: Afrika, Osteuropa (Ukraine, Rußland)
 - o schlechte Aufklärung (Tabuisierung der Übertragungswege)

2. Therapie

- weder Medikament noch Impfstoff bisher
- Kombination von 3-4 Mitteln → Verzögerung um 20 Jahre
 - o zu teuer (f. Entwicklungsländer)
 - o verminderte Lebensqualität (60 Tabletten tgl.)
 - o Nebenwirkungen
- HIV tritt in 2 Stämmen auf, die Unterstämme bilden (wandlungsfähig)
 - o Forschung kommt kaum nach
- mehr Geld für Erforschung von Medizin als von Impfstoffen → lukrativer!

III. AIDS, Moral, Kirche

- II. Vaticanum (GS): Jesus ging es um Leidlinderung u. Heilung
- Vorbild f. Christen: Jesu Umgang mit Ausgegrenzten
- => AIDS als Prüfstein f. Menschlichkeit d. Kirche

IV. sexuelle Befreiung

- sex. Revolution = Zeit nach 2. Weltkrieg
- „Times“ → AIDS sei Rechnung für sex. Befreiung
- Kennzeichen der sex. Befreiung
 - o Paradigmenwechsel (von anti-sexueller zu pro-sexueller Einstellung)
 - o Sex gerät in die Öffentlichkeit (Medien)
 - o => wachsendes Interesse an aktiver Beteiligung... ;-)

- „sexy“
- Erotisierung / Sexualisierung des Körpers
- Zshg. von Sex u. Fortpflanzung gerät in den Hintergrund
- theoret. Grundlagen: Freud, Marcuse u.a.
- aber: AIDS ist keine direkte Auswirkung der sex. Revolution

V. Strafe Gottes?

- Dyba u.a. → Deutung aber nicht auf andere Krankheiten übertragen
 - wohl wg. Übertragungsweg
 - = Fixierung von Sittlichkeit / Moral auf Sexualität
- atl. Tun-Ergehen-Zusammenhang (Tat-Folge-Moral)
 - ntl.: Denkschema von Jesus durchbrochen!
 - Solidarität mit Aussätzigen, Berührung, Heilung
- Umgang mit AIDS heute: Orientierung am Bsp. Jesu
 - Solidarität statt Isolation

VI. Angst

- sozialpsychologisch: Krankheit = Störung des planbaren Lebens
 - => AIDS u.a. Krankheiten → Angst vor Kontrollverlust
- 4 Formen d. Angst nach Dundee:
 1. Angst v. Ansteckung
 2. Angst v. Krankheitsausbruch
 3. Angst v. Ausschluß
 4. Angst v. Glücksverlust
- Hintergrund: Grundangst vor dem Tod

[VII. Umgang mit Tod → entfällt]

VIII. Safer Sex

- AIDS als Bedrohung d. Sexualität = Bedrohung der persönl. Freiheit
- => Prävention bald beherrschendes Thema
- Schlagwort Safer Sex → Vermeidung des Austauschs von Körperflüssigkeiten
 - Empfehlung: Masturbation, Massagen etc.
 - => veränderte Bewertung des Sexuallebens
 - Fortpflanzung spielt keine Rolle mehr
- DBK (80er): sicherster Weg = Enthaltsamkeit, Treue
 - gegen Verhütungsmittel aus 2 Gründen
 - Fortpflanzung wird verhindert
 - leichtsinniger Umgang mit Sexualität wird ermöglicht

IX. Zeugung und Schwangerschaft bei AIDS

- Infizierte sollten grundsätzlich von Zeugung absehen!
- 33% der Kinder von Infizierten tragen Virus in sich
- bei Schwangerschaft → Abtreibung nach § 218a (med. Indikation) möglich
 - jedoch: Infizierung des Embryos ist nicht sicher feststellbar

X. Pest

1. Pest - Der Schwarze Tod

- Quellen aus 6.Jh. berichten von Bazillus
- 1348: Pest gelangt von Kleinasien nach Europa
 - wütet bis 1720 in mehreren Schüben
- zwischen 1348 u. 1352 sterben 25 Mio. Menschen!

- Obrigkeiten ergriffen wenige Maßnahmen (Handel; Vermeidung v. Panik)
 - o außer: Verfolgung vermeintlicher Überträger
- Ende 19.Jh.: Entdeckung des Erregers (Kitasato / Yersina)
- Angst vor Pest ähnelt Angst vor AIDS → man findet „Sündenböcke“
 - o Unterschied: Ansteckung mit AIDS verdankt sich vorwiegend Lebenswandel

2. Syphilis

- Ausbreitung nach 1492 in Europa
- Risikogruppe: Prostituierte, Freier
- Maßnahmen:
 - o Gesundheitskontrollen
 - o Safer Sex
 - o Schließung d. Badehäuser
 - o Quecksilberkuren
- 1905: Medikament Salvarsan (Schaudinn / Hoffmann)
 - o auch Penicillin-Therapie möglich

3. Lehren aus d. Geschichte

- *immer wieder* bedrohen Seuchen Menschen
- Seuchen treffen Immunsystem d. Menschen *unvorbereitet*
- große Seuchen wurden zunächst *ignoriert*
- *Isolierung* der Kranken
- Maßnahmen der *sozialen Überwachung* als Folge
- *sittliche Verurteilung* bei Syphilis u. AIDS (Genitalsphäre)
- heute können Bakterien u. Erreger *schnell erforscht* werden

XI. AIDS im Unterricht

- wachsende sex. Experimentierfreude → frühzeitige Aufklärung
- beste Methode umstritten (moral., eth., rel. Grenzen)
 - o nicht nur med.-biol. Aspekte, sondern auch Grundwerte
- Verhaltensänderung wird nicht nur durch Information hervorgerufen
- wirksamster Schutz: verantwortete Sexualität
 - o auch über AIDS hinaus hoher Wert

XII. AIDS u. Pastoral

- Dunde: Indikatoren für Humanität (in Gesellschaft u. Kirche):
 - o Solidarität mit Infizierten
 - o Toleranz gg. Minderheiten
 - o Gewährung von Repräsentanz (mit, nicht über Kranke reden)
- seelischer Beistand stärkt Abwehrkräfte des Körpers
- insgesamt neues Nachdenken über Liebe u. Treue vonnöten

§ 9 Reproduktionstechnologie, Fortpflanzungsmedizin

- 1978 erstes Retortenbaby wird geboren (L. J. Brown)
- heute ist IVF Routine
- 2000 sind 57% für künstliche Befruchtung

I. Kinderlosigkeit

- in 35% der ungewollten Kinderlosigkeit: ideopathische Störung
 - o Beruf, Beziehung, Finanzlage, Lebensumstände, Umwelteinflüsse, Alter
- Behandlung durch Psychotherapie, Hormonbehandlung, Mikrochirurgie u.a.
- Krankenkassen bezahlen 4 Versuche mit IVF und die MI-Methode ICSI

II. Techniken

- *Insemination* → aufbereiteter Samen wird direkt in Eileiter eingespritzt
- *IVF* → Eizellen entnommen, mit Samen zusammengebracht, Einpflanzung
- *ICSI* → einzelnes Spermium wird direkt in Eizelle injiziert (MI)
- *GIFT* → Eizellen u. Samenzellen werden getrennt in Eileiter gespült
- *ZIFT* → befruchtete Eizellen werden direkt in Eileiter gegeben (4zellig)
- *MESA* → Sperma wird Nebenhoden entnommen => IVF oder ICSI
- *TESE* → Sperma wird operativ gewonnen => ICSI
- *ET* → Embryonen werden in Gebärmutter per Katheder eingespritzt
- *Kryokonservierung* → befruchtete Eizellen im Vorkernstadium eingefroren

III. Ethische Vorbehalte

- Insemination und IVF grundsätzlich unbedenklich, sofern homolog
- 3 Arten der Insemination:
 1. homolog
 2. quasi-homolog
 3. heterolog
 - Regelungen d. Bundesärztekammer (1998 überarbeitet):
 - psychol. Beratung
 - Anonymität d. Spenders
 - Kind mit 16 hat Auskunftsrecht
 - kein Geld f. Samenspender
 - Kind hat keinen Anspruch auf Geld vom gen. Vater
 - Samenspende höchstens 2 Jahre aufbewahrt
 - in USA für lesbische Frauen erlaubt
 - Folgen für Familienleitbild i.d. Gesellschaft...

IV. Altersgrenze

- Bundesärztekammer: Klimakterium bzw. Alter von 40/45
 - o Widerspruch d. Methode: natürl. Grenze für widernatürl. Technik
- Altersgrenze sinnvoll v.a. im Hinblick auf Sozialisation d. Kindes

V. Schattenseiten

- Umgang mit überschüssigen Embryonen
 - o nicht mehr als 3 dürfen hergestellt, müssen implantiert werden
 - o ESG: Implantation aus med. Gründen nicht möglich → Einfrieren
 - einige Länder: Aufbewahrungsfrist, dann Entsorgung
 - Dtl.: Einfrieren im Vorkernstadium (noch keine Befruchtung)
 - o 1986 GB: 3000 tiefgefrorene Embryonen vernichtet
 - Rom: „präinatales Massaker“

- Mehrlingsschwangerschaften
 - o evtl. Frage der „Mehrlingsreduktion“ (Fetozid) → Selektion

VI. Problematische Hilfe

- Perversion d. Fortpflanzungsmedizin: wollte Leben schaffen, führt aber zu Tötungen...
- IVF kann nicht jedem Paar helfen → psychosomatische Zshg.
- Kinderlosigkeit ist keine Krankheit
 - o IVF ist keine Substitutionstherapie (keine med. gestörte Funktion, die wiederhergestellt wird → vielmehr med. Handeln ohne Grund!)

VII. Nein der Kirchen

- 1897: moral. Unzulässigkeit d. künstl. Befruchtung (Glaubenskongregation)
 - o von Pius XII. bestätigt
- 1987: „Donum Vitae“ (Glaubenskongregation)
- 1995: „Evangelium Vitae“ (Joh. Paul II.)
- Argumente gegen künstl. Befruchtung:
 - o Würde d. menschl. Fortpflanzung geht verloren
 - o Zshg. von Liebe und Zeugung geht verloren
 - o Kinderwunsch rechtfertigt nicht jeden med. Eingriff

VIII. Rechtl. Fragen

- Therapiefreiheit d. Arztes bei IVF eingeschränkt (ESG, SGB, Bundesärztekammer)
- rasanter Fortschritt → rechtl. Regelung kann kaum Schritt halten

IX. Kinderwunsch → Wunschkind

- Bedürfniswünsche werden zu Krankheitsfaktoren => best. Ansprüche?
- Angebot u. Nachfrage durch Machbarkeit bestimmt
- Ansätze:
 - o Reiter: IVF = Luxusmedizin (privat bezahlen)
 - o Möglichkeiten d. Adoption u. Pflegeelternschaft betonen u. ermöglichen
 - o auf Chancen der Kinderlosigkeit hinweisen (kein Glücksverlust)

§ 10 Gentechnik

I. Biotechnisches Zeitalter

- J. Rifkin: biotechn. Zeitalter löst Industriezeitalter ab
- genetische Revolution, Computertechnologie, wirtschaftl. Nutzung etc.
- eth. Frage: darf all das realisiert werden, was machbar ist?
- neu: gesellschaftl. Debatte parallel zu oder vor, nicht nach Veränderungen

II. Genomprojekt

- vollst. Entschlüsselung des menschl. Erbgutes → „biomed. Universallexikon“
- Erkenntnisse über Evolution → alle Organismen sind miteinander verwandt!
 - o nur 3% des Genoms sind spezifisch menschlich!

III. Krankheiten verhindern u. heilen

- Gentests → versch. Anwendungsfelder:
 - o PND → therapeut. Maßnahmen
 - o PID → Selektion
 - o Arbeitsmedizin → in Dtl. noch nicht
 - o Kranken- u. Lebensversicherungen → in Dtl. noch nicht
 - o Identitätstestung → Vaterschaft, Täteridentifikation (forensische Med.)
- 2 Arten von Gentherapien:
 - o somatische Gentherapie
 - an Körperzellen d. Menschen durchgeführt
 - in Wirkung auf behandelten Patienten beschränkt
 - o Keimbahntherapie
 - gentechn. Eingriff an frühembryonalen Zellen
 - verändertes Material wird an kommende Generationen vererbt
- Stammzellenforschung
 - o Gewinnung der Stammzellen über abgetriebene Embryonen, überschüssige Embryonen der IVF oder übers Klonen

IV. Medikamente

- große med. Innovationen im 21. Jh. abzusehen (Delphi-Studie)
- in Dtl. schon über 60 gentechn. hergestellte Medikamente auf d. Markt
- Beispiele:
 - o Humaninsulin
 - o Wachstumshormone (bei Zwergwuchs)
 - o Interferome → Botenstoffe d. Immunsystems (bei Krebs, MS, Hepat. B)
 - o Impfstoffe → z.B. transgene Pflanzen (wirken wie Schluckimpfung)

V. Grenzen

- Techniken der Biomedizin: wertbehaftet u. Werte setzend
- normative Orientierung nötig → z.B. christl. Menschenbild, Menschenwürde
 - o Rechtfertigung d. Ziele
 - o Prüfung d. Mittel
 - o Abschätzung d. Folgen
- Recht auf Nichtwissen muß geschützt werden
- Grundsatz: Mensch ist mehr als Summe seiner Gene, seiner Biologie!

VI. Eth. Verantwortung

- Ambivalenz der PND (Sicherheit vs. Automatismus)
- PID → Ziel ist Selektion, nicht Erhaltung von Leben

- Techniken haben Folgen für Menschenbild u. Zusammenleben d. Menschen
- Herstellung von Medikamenten ist zu begrüßen
- andere Anwendungsgebiete: ambivalent
- Bewertung der Gentherapien:
 - o somatische → positiv
 - o Keimbahntherapie → negativ
 - Anmaßung, Erbgut folgender Generationen festzulegen
 - unausgereifte Methode
 - verbrauchende Embryonenforschung
 - Gefahr d. Mißbrauchs zur Massenzüchtung
- reproduktives Klonen: nicht zu rechtfertigen
 - o Gleichheit aller Menschen → verdanken Sosein Schicksal, Zufall
 - o kantisches Instrumentalisierungsverbot (Mensch nie Mittel zum Zweck!)
- therapeutisches Klonen: nicht zu rechtfertigen
 - o Heilung von Krankheiten
 - o Embryo wird dabei getötet (Ersatzteillager)
 - => auch med. Nutzen legitimiert dies nicht
 - möglich: adulte Stammzellen statt embryonalen verwenden

VII. Recht

- 1987: Enquete-Kommission „Chancen u. Risiken der Gentechnologie“
- 1990: Gentechnikgesetz (inzw. novelliert → Mensch ausgeklammert)
- 1991: ESG (noch ohne Gentests)
- Richtlinie der EU über Biopatente?! → heftig umstritten
- 2000: Enquete-Kommission „Recht u. Ethik i.d. modernen Medizin“
- vorrangigste Aufgabe: Schutz d. Menschenwürde

VIII. Entscheidungsprozesse

- Diskussion nötig, die unterschiedl. Wertauffassungen berücksichtigt
- Komplexität d. Gesellschaft → Vertrauenswürdigkeit? → transparente u. nachvollziehbare Entscheidungsverfahren
- Position beziehen! → „Das Können muß verbindlich in ein Dürfen und Sollen eingebettet werden“

[§ 11 Organtransplantation → entfällt]

[§ 12 Behinderung → entfällt]

§ 13 Sterben

- Palliativmedizin: Linderung der Beschwerden (im Ggs. zur kurativen Med.)
- Thanatologie: Hypothesen über Sterben u. Tod (kaum gesichert)
- Tod immer mehr aus Alltag verdrängt (nicht mehr Bestandteil d. Lebens)

I. Warum?

1. Biologische Grundlagen

- dynamisches Verh. zwischen Zelltod u. Zellerneuerung
- Störungen: Krankheit; natürlicherweise Alterung (auch soz. u. seel. Einflüsse)
- kein Mensch kann älter als 120/130 werden

2. Theorien des Alterns

1. Alter als unvermeidliche Folge der Anforderungen d. Lebens (Verschleiß)
2. biologische Mechanismen → Programmierung auf Tod hin
 - o „diese Zelle wird sich in einigen Jahren selbst zerstören...“
- Nachlassen d. Reparaturfähigkeit d. Zellen
- nicht unendlich mögliche Verdopplungsvorgänge d. Zellen
- nicht unendlich mögliche Stoffwechselvorgänge

II. Sterben

- Definitionsversuche:
 - o med.: Tod ist in absehbare Nähe gerückt
 - o lebenswichtige Funktionen sind so beeinflusst, das Leben nicht möglich
 - o psycholog.: Mensch ist objektiv vom Tod bedroht u. sich dessen bewußt
- pluralist. Gesellschaft → Tod wird zum Problem des Einzelnen
- Bewältigung des Todes ist abh. vom Urvertrauen

1. Sterbephasen nach Kübler-Ross

1. Nicht-Wahrhabenwollen u. Isolierung
2. Zorn
3. Verhandeln
4. Depression
5. Zustimmung

2. Weitere Modelle

- *Zielinski:*
 - o 5. Phase bei Kübler-Ross → religiöse/metaphysische/übersinnl. Phase
- *Weismann:*
 1. Neigung zur Selbsttäuschung
 2. Schwanken zw. Negation u. Akzeptanz („middle knowledge“)
 3. Akzeptanz (körperl. Verfall)
- *Pattison:*
 1. Akute Krise (Angst, Verzweiflung)
 2. Konkrete Ängste u. Sorgen
 3. physische u. psychische Erschöpfung

3. Kritik

- wissenschaftlich nicht gesichert
- Eigenarten nicht berücksichtigt
- *Kruse* → beschreibt von Biographie beeinflusste Sterbeprozesse
- Sterben muß individuell betrachtet werden
 - o Modelle als Hilfen für Begleiter (aber keine Soll-Erwartungen)

4. Nahtod-Erfahrungen

- umstritten: wirklich Blick in andere Welt oder Spiegel des Bewußtseins?
 - o immer mehr Menschen machen NDE → mod. Reanimationsmethoden
- kann physiologisch (klinischer Tod) oder psychologisch (akute Lebensbedrohung) verursacht sein
- *Wiesenhütter*: Gefühl des verminderten Bewußtseins beim Aufwachen
- *Kübler-Ross*: Gewährwerden → Gewährsein → Eintauchen in Licht
- *Moody*: 5 Stufen (führen zu Veränderung des Lebens!)
 1. Verlassen d. Körpers
 2. Begrüßung durch Verstorbene
 3. Tunnel
 4. Licht → Liebe
 5. Grenze → Umkehr
- letztlich: nah-tödlich, nicht nach-tödliche Erfahrungen...

5. Christliches Verständnis

1. Angst vor Tod trotz Jenseits
2. unzerstörbare Kraft d. Lebens: Christus (→ Auferstehung!)
3. Tod ist Durchgang zum ewigen Leben (Ende der ird. Pilgerschaft)
4. Ewiges Leben = Begegnung mit liebendem und richtendem Gott
5. Es gibt ein Leben nach dem Tod (für Leib u. Seele unterschiedlich)
6. Tod = Ende d. Entscheidungsfähigkeit d. Menschen (Joh 9,4) ???
7. Tod ≠ Trennung von Gott
8. Auferstehung = „Verwandlung“ (kein Bruch zw. Diesseits u. Jenseits)

III. Rechte d. Sterbenden

- med. Betreuung
- Aufklärung → Wahrheit
- Mitbestimmung (Therapie, Körper nach dem Tod)

1. Aufklärung

- des Patienten → keine unbegründete Hoffnung; einfühlsam, offen
- der Angehörigen → wenn Patient es will; auch Kinder
- Wiederholungsgespräche → oft Verdrängung od. Vergessen

2. Sterbehilfe

- *passiv* → würdiges Sterbenlassen → rechtl.-eth. vertretbar
- *indirekt* → schmerzlindernde Mittel beschleunigen als ungezielte Nebenursache den Tod → bei Einhaltung der 2fachen Arztpflicht rechtl.-eth. zulässig
- *aktiv/direkt* → gezielte Tötung durch Präparate → verboten (auch bei Zustimmung des Patienten)

IV. Sterbebegleitung

- Angst d. Patienten, im Krankenhaus zu sterben → engagierte Begleitung
- Lebensverlängerung nicht um jeden Preis → Lebensumstände entscheidend

1. Rahmenbed.

- Sterben als letzte Krise
- Kontinuität der Bez. von Sterbendem und Pflegendem
- Einbeziehung der Angehörigen
- Bewältigung von Alltagsproblemen, die den Sterbenden sorgen

2. Umgang mit Bedürfnissen

- *Selbstbestimmung u. Hilflosigkeit* → Eigenarten, Sonderwünsche akzeptieren

- *Angst* → zulassen; versprechen, daß Patient im Sterben nicht allein sein wird
- *Wut, Aggression* → zulassen; ruhiges Begegnen
- *Verzweiflung* → kein Wecken unrealistischer Hoffnung; Zuhören, Verstehen
- *Raum- u. Zeitgestaltung* → auf Wünsche eingehen; „Zeittöter“ vermeiden; auf Uhren achten; Gestaltung des Krankenzimmers nach Wünschen d. Patienten
- *Kommunikation* → Zuhören, stiller Beistand (nonverbale Kommunikation)

V. Hospizbewegung

1. Geschichte

- urspr. Herberge
- 1967 erstes Hospiz in London; Gründerin Cicely Saunders
- 1986 in Aachen erstes dt. Hospiz → 2001 ca. 20 in Dtl.

2. Ziele

- menschenwürdiges Leben bis zuletzt
- Distanzierung von aktiver Sterbehilfe → Wunsch soll nicht aufkommen!
- Konzept:
 1. optimale med. Linderung körperl. Symptome
 2. menschl. ganzheitl. Betreuung (auch d. Angehörigen)
 3. Fürsorge durch interdisziplinäres Team
 4. Begleitung d. Trauernden
 5. Aufnahme kostenunabhängig
 6. Kooperation mit Institutionen statt Konkurrenzkampf

3. Einrichtungen

- ambulante Hospize
- stationäre / teilstationäre Hospize → von ansässigen Ärzten mitbetreut
- Palliativstationen → an Kliniken angeschlossen
- „Mit dem Sterben leben e.V.“ (Ω) u.a.

VI. Wann ist der Mensch tot?

- Veränderung d. Vitalzeichen
- genauer Zeitpunkt nicht feststellbar → Def. heute: Hirntod (ZNS-Ausfall)
- verschiedene Arten des Todes:
 1. Scheintod
 - o Atmung, Herzschlag nicht wahrnehmbar
 2. Klinischer Tod
 - o Stillstand von Atmung, Kreislauf
 - o „unsichere Todeszeichen“ (z.B. Schläffheit, Lichtstarre u.a.)
 - o mittels moderner Technik ist Reanimation möglich (nicht immer sinnvoll)
 3. Dissoziierter Hirntod
 - o Ausfall aller ZNS-Funktionen → Null-Linien-EEG über 30 Min.
 - o muß von 2 Ärzten bestätigt werden → Totenschein → Therapieabbruch, Organtransplantation
 4. Biologischer Tod
 - o Erlöschen aller Organfunktionen
 - o „sichere Todeszeichen“ (Leichenstarre, Totenflecken, Fäulnis u.a.)

VII. Umgang mit Angehörigen

- Gefühle tolerieren
- Schuldzuweisungen relativieren
- Zeit lassen (Abschiednehmen: Anschauen, Berühren d. Leiche, Reden...)

VIII. Versorgung d. Toten

- *Judentum*: auf Boden gelegt mit Füßen zur Tür; Leiche darf nicht alleine sein; „rituelle Heiligung“ als Vorbereitung f. Erdbestattung
- *Christentum*: Hände über Brust gefaltet; Begräbnis nicht vor 3. Todestag
- *Islam*: Füße mit Faden zusammengebunden; Kopf Richtung Mekka; Leichnam wird in Moschee oder zu Hause gewaschen, dann in Leinentuch gewickelt; Bestattung innerhalb von 24 Stunden; kein Sarg, kein Grabstein
- *Hinduismus/Buddhismus*: Seele darf nicht am Verlassen gehindert werden; nur Feuerbestattungen

- *Staatliches Bestattungsgesetz*:
 1. Bestattungszwang → Leiche = auch Totgeburt ab 500 g
 2. Friedhöfe → nur in Ausnahmefällen woanders
 3. Leichenschau → Totenschein nötig (s.o.)
 4. 96 Stunden → dann muß Leiche bestattet sein
 - o Grundanliegen d. Bestattungsrechts: Wahrung d. Würde d. Toten
 - o Bestattungsort wählt Totensorgeberechtigter (wenn nicht Testament)
 - o CIC von 1917 verbot Krematorien → im neuen CIC aufgehoben
 - o Art d. Bestattung ist abh. von:
 - Kultur
 - finanziellen Aspekten (Urnengrab ist billiger)
 - familiären Aspekten (Grabpflege)
 - o neu: Ausstreuen d. Asche → sinnvolle symbol. Deutung mögl. u. nötig

IX. Trauer

- Trauerarbeit / Trauerprozeß dauert 1-2 Jahre
- Trauer gilt weniger Schicksal d. Toten als verlorengegangener Beziehung
- rituelle Trauerreaktionen helfen bei Trauerarbeit (abh. von Kultur)
 - o Totenklage; Körpersprache; Trauergemeinschaften; bestimmte Kleidung; Ausschluß von best. Veranstaltungen

1. Phasen d. Trauer [nach Bowlby]

1. Betäubung
 - o Schock → sachl. Probleme lösen (Ablenkung)
2. Sehnsucht
 - o Erinnerungen, Fotos → Tod tritt ins Bewußtsein
3. Linderung durch Vermeidung
 - o weiter Gespräche, Tischdecken → Verdrängung
4. Desorganisation u. Verzweiflung
 - o Sinnlosigkeit des weiteren Lebens → geschwächtes Immunsystem
5. Reorganisation u. Bewältigung
 - o Schmerz läßt nach → Sinn in Neuanfang

2. Traueraufgaben [nach Worden]

1. Verlust als Realität akzeptieren
 2. Trauerschmerz zulassen u. erleben
 3. sich in veränderte Umwelt einfügen
 4. emotionale Energien statt für den Toten für neue Beziehungen o.ä. nutzen
- Aufgaben sollen bei Trauerarbeit helfen
 - medikamentöse Behandlung wäre kontraproduktiv → verschleiert Gefühle
 - Trauerprozeß mißlingt → pathologische Trauer / Trauerkrise (psychol. Hilfe)

3. Hilfe für Trauernde

- erster Schritt: gute Sterbehilfe → antizipatorische Trauer
- ermutigen, den Toten zu berühren (Abschied nehmen)
- Gefühle ausdrücken lassen (nicht auffordern)
- Zuhören
- „negative“ Gefühle zulassen

- Bewußtmachung der Realität
- auch trauernden Kindern nichts vormachen

4. Trauer nach frühem Verlust eines Kindes

- auch hier 1-2-jähriger Trauerprozeß
- Abtreibung: oft Abschied schon abgeschlossen, aber Schuldgefühle
- Fehlgeburt: Abschied jetzt möglich (Sehen, Berühren) → Begräbnisliturgie
- Selbsthilfegruppen

5. Trauer nach Suizid

- quälende Frage nach Ursache d. Todes → Verunsicherung
- Kränkung
- Schuldfrage → oft Isolation der Trauernden
- Bewältigung d. Trauer schwer, aber wichtig

X. Patientenverfügung

- = Äußerung eines (möglichen) Patienten, die in Hinsicht auf die Lebenssituation getroffen wird, in der sich der Betroffene selbst nicht mehr äußern kann
 - o prospektiv und vorsorglich
 - o rühre Bez.: „Patiententestament“
- in USA seit 1977
- Bundesärztekammer 1998: Aufwertung der Patientenverfügung
 - o Hilfe für Arzt
 - o Sicherheit für Patient
- auch in Bevölkerung positive Aufnahme (70%)
- Vordrucke beinhalten (erleichtert Kommunikation zw. Arzt u. Patient):
 - o Erläuterungen zu Formen d. Therapie
 - o Berücksichtigung d. Wertvorstellungen
- andere Möglichkeit: Vorsorgevollmacht → Bevollmächtigter kann entscheiden
- Grundlage: Recht auf Selbstbestimmung
 - o wird höher eingeschätzt als Wohl des Patienten!
- Diskrepanzen:
 1. zeitl. Abstand zwischen Abfassen u. Sterben
 - Unterschrift regelmäßig erneuern
 2. vorgestellte vs. reale Sterbesituation
 - es geht um grundlegende Kriterien, nicht konkr. Situation
 3. Gesagtes vs. Gemeintes
 - Unterstellung → Hilfe durch Vordrucke
 4. Gemeintes vs. Verstandenes
 - Vordrucke; außerdem: hermeneutische Probleme gibt es immer
- Kriterien für Formulare:
 - o volle Zurechnungsfähigkeit d. Unterzeichners
 - o Unterzeichner muß wohl informiert, wohlüberlegt u. frei von Zwängen handeln
 - o Mindestmaß innerer Konsistenz
 - o Aktualisierungen
- 1999 Broschüre von EKD und DBK: „Christl. Patientenverfügung“
 - o innere Beweggründe sollen deutlich werden
 - o passive Sterbehilfe von christl. Seite verantwortbar (auch indirekte)
 - o ohne theologische Konnotation → auch für Andersgläubige

[§ 14 Umwelt → entfällt]

[§ 15 Tierethik → entfällt]

§ 16 Klonen

- 1996 Schottland: Dolly
- Aufsehen; ethische, juristische u. wissenschaftliche Prüfung

I. Das Neue an Dolly

- ausdifferenzierte Zelle wurde durch Manipulation wieder fähig, embryonale Eigenschaften anzunehmen
- Euterzelle eines Schafes wurde in entkernte, unbefruchtete Eizelle eingesetzt
 - o Resultat: Exakte Kopie des Schafes, von dem Euterzelle stammte
- Klonen an sich nichts Neues
 - o Tierzucht (z.B. Mäuse f. Tierversuche)
 - o Natur (Bakterien; eineiige Zwillinge)
- 1993 Jerry Hall: experimentiert mit menschl. Embryonen

II. Warum?

- Tierzüchter: Optimierung d. Zucht → Hochleistungsrasse
- Studieren von menschl. Krankheiten
- „Genfarming“ → Tiere als Bioreaktoren f. pharmazeutische Substanzen
- Tiere als Ersatzteillager für Organtransplantationen

III. Schöpfung?

- Schöpfungsberichte: Mensch ist Mitgeschöpf → Verantwortung, Grenzen
- Konkupiszenz: Geneigtheit des Menschen zum Bösen (Sünde)
- menschl. Eingreifen in Natur oft lebensnotwendig (z.B. Naturkatastrophen)
 - o zur Minderung des Zerstörerischen
- Theologie: wahre Freiheit → Anerkennung von Grenzen; Ehrfurcht vor Schöpfung u. dem Schöpfer

IV. Eigenwert der Mitgeschöpfe

- moralischer Status von Tieren lange ausgeklammert
- gegenwärtige Tierethik → „Mitgeschöpflichkeit“ (auch dt. Tierschutzgesetz)
- Tiere gehören in moral. Ordnung → um ihrer selbst willen zu berücksichtigen

V. Genetische Vielfalt

- Mensch darf in Natur eingreifen, solange er Ziele rechtfertigen und Konsequenzen seines Tuns verantworten kann
- unverantwortbar: Verlust des genetischen Reichtums u. der Artenvielfalt
 - o Einschränkung des evolutionären Prozesses!

VI. Geklonte Menschen?

- Replizieren von Vortrefflichkeit ist ethisch nicht zulässig
 - o Verstoß gegen Menschenwürde
 - Mensch als Produkt, Objekt
 - Individualität ist maßgeblich genetisch bestimmt
 - o kantisches Instrumentalisierungsverbot
 - Mensch existiert als Zweck an sich selbst, darf nicht als Mittel zum Zweck gebrauch werden!
- 1987 Instructio „Donum Vitae“ → verbietet Klonen
- Hans Jonas: Recht auf Unwissenheit bzgl. d. genetischen Ausstattung
 - o => Recht auf Ungeplantheit (gemäß elterlicher Wünsche)

- Identitätsbildung des Klons erschwert (Kopie seines Archetypen)

VII. Werte, Kriterien

- noch ist Klonen umstritten → kann sich schnell ändern (wie bei IVF)
- aber: welches Recht erlaubt, einen Menschen genetisch zu bestimmen?
 - o gäbe es Recht, nach welchen Maßstäben wäre es gesetzt?
- „Optimierung der Zucht“ → Vorzüglichkeiten erleiden raschen Werteverlust
- Klonen als med. Eingriff?
 - o med. Eingriff: legitimiert durch Zustimmung des Patienten
 - o Klonen: Klon wird nicht gefragt
- Vortrefflichkeit als Maßstab ist ethisch höchst bedenklich

VIII. Grenzen in Gefahr

- Gesetzgeber kann Grenzen zeigen, aber nicht Weg
- in Dtl. verbietet ESG seit 1991 Klonen
- 1996: Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarats → Klonverbot in Zusatzprotokoll
- 1996 dt. Bundestag: fordert weltweites Klonverbot
- Sanktionen für ehrgeizige Wissenschaftler oft geringe Barriere
 - o Scientific community (wissenschaftsinterne moralische Standards)
- anderen Kulturen sind Klonvorstellungen nicht so fremd (indianische Völker; Religionen mit Reinkarnationsvorstellungen)

IX. Wissenschaft u. Verantwortung

- rationale, sachliche Diskussion notwendig
- minimale Grenzen:
 - o Beachtung des Eigenwerts der Tiere
 - o Erhaltung der genetischen Vielfalt
 - o kein Klonen von Menschen

[§ 17 Ernährung → entfällt]