

Das wissenschaftlich-religionspädagogische Lexikon im Internet

(WiReLex)

Jahrgang 2016

Medizinethik

Prof. Dr. Mirjam Zimmermann

erstellt: Februar 2017

Permanenter Link zum Artikel:
<http://www.bibelwissenschaft.de/stichwort/100287/>

Medizinethik

Prof. Dr. Mirjam Zimmermann

Universität Siegen Philosophische Fakultät Seminar für evangelische Theologie

1. Was ist Medizinethik?

Im Grunde ist die medizinische Ethik so alt wie die Medizin selbst, denn jedwede schriftlichen Tradierungen zu medizinischen Fragen haben sich häufig auch zu ethischen Aspekten ihrer Tätigkeit geäußert (Wiesing, 2012, 19). Während sich die traditionelle Medizinethik auf professionsinterne Regelungen im Sinne einer Standesethik beschränkte (z.B. Hippokratischer Eid), entwickelte sich erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine eigenständige akademische Disziplin (Marckmann/Bormuth/Wiesing, 2012, 31). Wie auch in der philosophischen und der theologischen → Ethik steht die Frage im Zentrum „Wie soll ich handeln?“. Eine Frage, die im Kontext medizinischer Probleme auch in religionspädagogischen Zusammenhängen von großem Interesse ist, weil schon Jugendliche (→ Schülerinnen und Schüler) im Kern ihres Menschseins, durch den Blick auf Geburt, Krankheit und Tod, davon berührt sind. Dabei wird individuell versucht, das Urteil, was moralisch richtig und geboten ist bzw. falsch und verboten oder gerecht/ungerecht ist, zu begründen. Idealtypischer Weise kann man drei Hauptmodelle ethischen Argumentierens unterscheiden, die auch in medizinethischen Zusammenhängen verwendet werden und jeweils auf unterschiedliche Aspekte einer Handlung Bezug nehmen.

Deontologische Ansätze (deon, griechisch Pflicht) beziehen sich auf oberste Moralprinzipien, die Handlungen bestimmen, da das moralische Sollen nicht aus dem empirisch zu erfassenden Sein der Wirklichkeit zu folgern sei (David Hume). Statt solche Maximen vorzugeben, nennt z.B. Kant den *kategorischen Imperativ* oder die *Selbstzweckformel* als formales Prüfverfahren für die Verlässlichkeit von Handlungsgrundsätzen: Personen dürfen nicht für irgendwelche Zwecke instrumentalisiert werden und jede handlungsleitende Maxime muss verallgemeinerbar sein.

Als *konsequenzialistische Ansätze* werden Theorien bezeichnet, bei denen die Handlungsfolgen entscheidend für die Bewertung von Handlungen sind. Der

Utilitarismus als ihre bekannteste Form wird durch vier Teilelemente näher bestimmt: 1. Folgenprinzip (Bewertung der Handlung ergibt sich aus den Folgen), 2. Nutzenprinzip (Folgen werden nach ihrem Nutzen beurteilt), 3. Hedonistisches Prinzip (gut ist die Vermehrung von Glück und die Vermeidung von Unglück), 4. Universalitätsprinzip (Ziel ist die Maximierung der Summe des Wohlergehens aller Betroffenen, nicht nur des Individuums). Hauptproblem dieses Ansatzes liegt in der Bestimmung von Nutzen und Glück.

Tugendethische Ansätze, die auf Platon und seinen Schüler Aristoteles zurückgehen, haben auch in der Medizinethik vor allem in jüngster Zeit Bedeutung gewonnen. Hier geht es im Sinne antiker Tugendlehre um den Ansatz, Charakterbildung durch Förderung gewisser Eigenschaften wie z.B. Klugheit, Gerechtigkeit, Liebe u.a. anzuleiten, welche im Hinblick auf die Professionsherausforderungen wichtig sind.

2. Prinzipienorientierte Medizinethik als Methode

Weil sich im Bereich der Medizinethik bisher keine der oben kurz skizzierten ethischen Konzepte durchsetzen konnte, fand der pragmatische Vorschlag von Tom L. Beauchamp und James F. Childress (2001) Anerkennung, sich aus unterschiedlichen Theorie- und Wertbegründungsansätzen heraus an konsensfähigen Prinzipien mittlerer Reichweite zu orientieren (*Prinzipienethik*). Für den biomedizinischen Bereich nennen sie:

1. *Prinzip des Respekts vor der Autonomie* bedeutet, sich gegen den Paternalismus dafür einzusetzen, Wünsche und Wertvorstellungen des Patienten zu berücksichtigen. Der Arzt muss in diesem Sinn nicht nur die Entscheidungen des Patienten akzeptieren, sondern er soll dessen Entscheidungsfähigkeit im Sinne des informierten Einverständnisses („informed consent“) positiv fördern.
2. Das *Prinzip des Nichtschadens*, das aus dem traditionellen Grundsatz „primum nil nocere“ bekannt ist und häufig mit dem
3. *Prinzip des Wohltuns/der Fürsorge* in Konflikt gerät (Maio, 2012, 151-153), weil viele Behandlungen zumindest im ersten Schritt auch schaden (z.B. Operationen). Das Wohl des Patienten ist also Prinzip, aber nach Beauchamp/Childress nicht oberstes ärztliches Gebot.
4. Das *Prinzip der Gerechtigkeit* spielt nun einen überindividuellen Aspekt mit in Entscheidungsprozesse ein, indem Gerechtigkeitserwägungen, z.B. bei Verteilung begrenzter Güter (Organe, teure Behandlungen u.a.), eine Rolle spielen sollen.

In konkreten Entscheidungssituationen bilden diese Prinzipien nun einen Orientierungsrahmen, der aber z.B. in *ethischen Fallbesprechungen* (Bannert, 2012) konkretisiert und fallbezogen interpretiert werden muss.

Eine innovative alternative Methode der Medizinethik ist die sogenannte *narrative Medizinethik*, die als Ziel und Methode die Interpretation der je individuellen (Krankheits-)Geschichte hat, aus der heraus, weg von abstrakten Theorien, eine Entscheidung als Resultat der Vergegenwärtigung der je persönlichen Patientenbiographie gefunden wird (Maio, 2012, 138).

Als weitere medizinethische Konzepte sind die *Fürsorgeethik* (englisch „care ethics“, mit Betonung der Empathie und der persönlichen Zuwendung zum Kranken) und die *kasuistische Medizinethik* bekannt, bei der der Einzelfall aus Kenntnis einer Vielzahl vergleichbarer paradigmatischer Fälle pragmatisch gelöst wird.

Entscheidend dafür, auf welchen Ansatz in der Medizinethik zurückgegriffen wird, ist die Wahl des Menschenbildes: Sieht man den Menschen als souveränen Kunden, als atomistisches Einzelwesen, als Mensch-Maschine oder als ein vulnerables, menschliches Gegenüber (ausgeführt bei Maio, 2012, 376-389) oder als Ebenbild Gottes, wird sich auch der ethische Zugang entsprechend anpassen.

3. Normative Leitlinien christlicher Medizinethik

In der Geistesgeschichte gehörten Krankheit und Heilung lange Zeit in den Verantwortungsbereich der Religion (Klein/Berth/Balck, 2011; Etzelmüller/Weissenrieder, 2010; Thomas/Karle, 2009). Religiöse Kategorien wie Sünde und Heil überschritten sich mit medizinischen wie Krankheit und Heilung, Christus war nicht nur „religiöser Heilsbringer, sondern gleichzeitig Arzt“ (Kreß, 2009, 29). In der eigenen Krankheit und damit verbundenen Entscheidungen finden Menschen heute aber nicht mehr in gleicher Art und Weise wie früher Halt, Trost und Orientierung durch religiöse Wertvorgaben. Der Wunsch nach Lebensverlängerung bestimmt auch das christlich-abendländische Wertesystem. Ebenso hat sich die Medizin weitgehend von der Religion abgelöst. Weil Krankheiten aber auch in christlicher Überzeugung weder Strafe, noch Prüfung oder Erziehungsinstrument sind (Schaede, 2014, 5), sondern ein grundsätzliches Übel, hat die christliche Perspektive von ihren Ursprüngen an ein konstruktiv aufgeschlossenes Verhältnis zur Medizin. Dennoch gibt es hinsichtlich der Bewertung medizinethischer Fragen spezifische Aspekte und

Prinzipien, wie z.B. das der Gottesebenbildlichkeit, das keine graduelle Abstufung des Menschseins ermöglicht, und die damit eine eigene christliche Perspektive in den Diskurs einbringen. „Christliche Glaubensperspektiven haben die Deutung von Krankheit revolutioniert“, so wird die Medizin nicht mehr länger nur als „Heilkunst (iatrike techne), sondern als Liebeskunst (ars caritativa) begriffen“ (Schipperges, 1999, 41).

Außerdem unterziehen christliche Deutungsperspektiven medizinische Erlösungsversprechungen einer klaren Kritik und propagieren, dass ärztliche Kunst nicht an die Stelle göttlicher Heilszusagen treten kann. Gesundheit bedeutet unter dem Postulat der Endlichkeit des Lebens „nicht die Abwesenheit von Störungen“, sondern „die Kraft mit ihnen zu leben“ (Rössler, 1977, 53). Auch deshalb besagt die christliche Glaubensperspektive, dass die Pflege der Kranken als Glieder Jesu Christi eine entscheidende Form des christlichen Glaubens ist.

4. Ethische Wertekonflikte heutiger Medizin

4.1. Umgang mit dem Lebensbeginn

„Kaum eine andere Frage der Medizinethik hat eine solche Kontroverse hervorgerufen wie die Frage nach dem Status des Embryos“ (Maio, 2012, 202). In der Diskussion um den Umgang mit dem Embryo werden verschiedene Grenzlinien vorgebracht, anhand derer indirekt gefragt wird, ob der Mensch durch seine Gattungszugehörigkeit per se ein Mensch ist oder sich kontinuierlich zum Menschen entwickelt, also erst mit Erreichen eines Grades von Selbstbewusstsein, Rationalität und Interesse am Leben wie bei Peter Singer, mit der Geburt mit Einsetzen der Wehen im juristischen Sinn nach §§ 211 und 223, mit der Lebensfähigkeit außerhalb des Mutterleibes, mit dem vierten Monat, nach der 12 Wochenfrist nach § 218, durch die Beseelung (Islam), die Entstehung von Gehirnleben, die Anlage von Rückenmark, die Einnistung, die Konzeption u.a. ein „wirklicher“ und „voll-wertiger“ Mensch ist (Zimmermann, 1997, 198-201; Maio, 2012, 202-213).

4.1.1. Forschung mit Embryonen

Befürworter der Position, die den Embryo erst ab einem späteren Zeitpunkt als dem der Fertilisation als Menschen sehen, argumentieren, dass der praenidative Embryo noch zur Zwillingsbildung fähig ist, dass die Natur sowieso verschwenderisch mit Embryonen im Präimplantationsstadium umgehe, dass in dem Embryo Formen des Menschseins nur phänomenologisch hineingelesen

würden und dass der Embryo nur durch seine Beziehung zur Mutter lebensfähig sei (Maio, 2012, 210-213). Wird der Embryo dann als „(Nicht-)Nicht-Mensch“ definiert, rechtfertigen einerseits die Existenz überzähliger Embryonen aus den In vitro-Fertilisationsbehandlungen und die Hilfspflicht gegenüber zukünftigen Patienten die Forschungen.

Bei der Forschung mit embryonalen Stammzellen stellt darüber hinaus nicht nur der Umgang damit, sondern auch deren Gewinnung ein ethisches Problem dar.

4.1.2. Präimplantationsdiagnostik

Bei der Präimplantationsdiagnostik werden Embryonen auf Probe im Reagenzglas gezeugt und danach einer Qualitätsprüfung unterzogen, das ist im Kern das ethische Grundproblem (Zimmermann/Zimmermann, 2000b). Nur die als gesund selektierten werden eingepflanzt, potentiell kranke/behinderte verworfen, um einen durch Pränataldiagnostik indizierten Schwangerschaftsabbruch und damit ein krankes/behindertes Kind zu vermeiden. Ebenso wie bei der Pränataldiagnostik zeigt sich hier die Abkehr von der bedingungslosen Annahme jeden Lebens (Körtner, 2005), was auch die Gefahr der Entsolidarisierung mit Eltern behinderter Kinder in sich trägt.

4.1.3. Reproduktionsmedizin

Es gibt aktuell unterschiedliche Methoden, wie auf ungewollte Kinderlosigkeit reagiert werden kann, welche aber alle ethische Probleme implizieren: Die Belastung durch die Behandlung übersteigt oftmals die Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch (Spiewak, 2005): Die Behandlung ist psychisch, physisch und sozial belastend (häufige Aborte, Extrauterinschwangerschaften, Belastung durch die Hormone) und eine Vielzahl der behandelten Paare bleibt auch nach vielen Versuchen kinderlos. Ethisch problematisch ist im Prozess der Behandlung die Herstellung von befruchteten Eizellen auf Vorrat, die Embryonenauswahl, die z.B. als „Single-embryo-transfer“ im Ausland durchgeführt wird, und der selektive Fetozid, ein Tötungseingriff, um bei Mehrlingsschwangerschaften das Überleben einer Auswahl der vorgeburtlichen Kinder zu gewährleisten.

Auch die Samen- bzw. Eizellenspende mit den Auswahlmöglichkeiten des Spenders bzw. der Spenderin, die Verantwortung des biologischen Vaters und die Problematik einer fremden Identität mit dem Bedürfnis und dem Recht des Kindes, seine biologischen Erzeuger kennenzulernen, sind Schwierigkeiten

dieser medizinischen Verfahren (Hofheinz, 2008).

4.1.4. Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch

Bei Gynäkologen findet man den Satz: „Der Embryo wird so lange im Reagenzglas geschützt, bis er im Bauch der Mutter abgetrieben werden kann.“ Das bringt die Problematik und die Widersprüchlichkeit zwischen den ethischen Entscheidungen am Lebensbeginn deutlich zu Tage. Pränataldiagnostik dient eigentlich dazu, mögliche Entwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen und möglicherweise zu behandeln und oft vor allem dazu, die Schwangeren zu beruhigen. Nun führen aber schon kleine diagnostische Unsicherheiten zur Beendigung einer Schwangerschaft (Hepp, 2002). Meist wird eine solche Schädigung nach der 12. Woche erkannt, bis zu der nach § 218 ein Schwangerschaftsabbruch noch zulässig ist. Danach muss bei einem sogenannten Spätabbruch im Sinne der medizinischen Indikation mit „Gefahr für das Leben oder Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren, die nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“ (§ 218 Strafgesetzbuch), argumentiert werden. Das stellte aber in der Praxis die Ausnahme dar, sondern ersetzt die bis 1995 gültige embryopathische Indikation widerrechtlich, auch wenn hier mit psycho-sozialen Gründen argumentiert wird (Zimmermann, 1997, 187-192). Rechtmäßig ist ein Abbruch im Rahmen der 12 Wochen Frist nach einer Schwangerschaftskonfliktberatung mit dreitägiger Bedenkzeit auch bei einer kriminologischen Indikation nach Vergewaltigung oder aber nach dem Gesetz von 2009 bei Spätabbrüchen bis an die Geburtsgrenze nach medizinischer Indikation ebenfalls nach ärztlicher Beratung mit der Drei-Tage-Frist zwischen Diagnose und Abbruch.

4.2. Transplantationsmedizin und Hirntod-Kriterium

Nur wer den Hirntod als Tod des ganzen Menschen und nicht nur als Tod des Menschen als Ganzem ansieht (kritisch: Jonas, 2012, 363-366) wird die Organentnahme bei erfolgter oder mutmaßlicher Einwilligung des Spenders für unproblematisch halten. Im Transplantationsgesetz von 1997 wurde der Gesamthirntod statt des Herztods als Tod des Menschen festgeschrieben, was bis heute scharf kritisiert wird. Denn damit ist zwar der Sterbeprozess irreversibel durch den Verlust lebenswichtiger Funktionen in Gang gesetzt, rein phänomenologisch erscheint der „tote Mensch“ beatmet aber nicht als toter Körper. Es scheint, man entnehme so quasi einem Sterbenden Organe (Hoff/in der Schmitt, 1995; Maio, 2012, 281-289).

Hinsichtlich der Frage nach der Einwilligung wird zwischen einer *Widerspruchslösung*, wie sie z.B. in Österreich gültig ist, bei der jeder als Spender in Frage kommt, der seiner Organentnahme nicht ausdrücklich widersprochen hat, einer *engen* (nur der Spender selbst muss zugestimmt haben) oder einer *erweiterten Zustimmungslösung* (eigene Zustimmung oder mutmaßlicher Wille) unterschieden.

Als Kriterien der Organverteilung, die die Stiftung Eurotransplant in den Niederlanden verantwortet, werden nach § 16 TPG (Transplantationsgesetz von 2009) *Erfolgsaussicht* in Bezug auf den Gesundheitszustand, langfristige Transplantatfunktion, Besserung der Lebensqualität, *Dringlichkeit* und *Chancengleichheit* (Unabhängigkeit von Sozialstatus, Wohnort, finanzieller Situation u.a.) genannt.

Spezielle ethische Probleme der möglichen Einwilligung bei Lebendspenden paariger Organe (Beckmann, 2007) stellen sich in Bezug auf die Freiwilligkeit (moralische und familiäre Abhängigkeit u.a.), sodass hier in jedem Einzelfall Beratungen der Landeskommissionen erfolgen.

4.3. Psychiatrie

Die Autonomie ist eine Grundverfasstheit des Menschen, die jeder Mensch besitzt und die er nie verlieren kann (Beckmann, 2009). Menschen ohne oder mit eingeschränktem Bewusstsein unterscheidet deshalb von Urteilsfähigen nur die Fähigkeit, ihre Autonomie auszuüben. Deshalb liegt die Problematik der Relevanz von Freiheit in der Psychiatrie darin, dass man die notwendige Einwilligung in adäquater Form bekommen oder ersetzen muss. Dabei reichen weder das Vorliegen einer psychischen Krankheit noch die fehlende Krankheitseinsicht aus. Die Frage muss immer sein, ob die Willensäußerungen der Persönlichkeit des Kranken entsprechen oder ob sie vielleicht nur eine Folge der psychischen Krankheit darstellen, was durch Rationalitätskriterien (Denken in Alternativen, Fähigkeit zum Rollenwechsel u.a.) überprüft werden kann. Ziel einer Zwangsbehandlung darf deshalb immer nur die Wiederherstellung eines höheren Grades an Freiheit und die Verhinderung von Schaden für den Kranken selbst sein. Der Gefahr des Missbrauchs im Sinne des sozial Wünschenswerten liegt aber auf der Hand (Maio, 2012, 185-198; Rössler/Hoff, 2004).

4.4. Sterbehilfe

Man unterscheidet zwischen aktiver, passiver, indirekter Sterbehilfe und

assistiertem Suizid im Rahmen der Sterbehilfedebatte. Unter *passiver Sterbehilfe* wird der Verzicht auf medizinische Maßnahmen, deren Reduktion oder Abbruch bei schwerkranken Patienten mit der Intention, das Sterben zuzulassen, verstanden. Ein etwaiger Sterbeprozess wird hier nicht aufgehalten (Intention als Kriterium), der Patient stirbt durch den Therapieverzicht an den Folgen seiner Krankheit (Kausalität) – als Grundhaltung wird hierbei das Sterben akzeptiert.

Aktive Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen ist dagegen das bewusste und intentionale Herbeiführen des Todes auf (potentiellen) Wunsch des Patienten – Intention und Kausalität sind hier klar unterschiedlich.

Unter einer *indirekten Sterbehilfe* wird die Inkaufnahme einer Verkürzung des Lebens durch eine medizinische Behandlung z.B. zur Schmerzbekämpfung verstanden. Die Intention ist hier, Leiden zu mindern, nicht die Initiierung eines früheren Todes, der nur als Folge in Kauf genommen wird.

Beim *assistierten Suizid* wird dem Menschen bei der Selbsttötung geholfen, was rein rechtlich gesehen ebenso wenig wie eine versuchte Selbsttötung strafbar ist. In den Richtlinien der Bundesärztekammer von 2011 ist dies zwar nicht mehr mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar, ist aber nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit.

In der ethischen Diskussion ist hier das Prinzip der Autonomie zentral, wobei aber diskutiert wird, ob die Selbsttötung die Grenze der Freiheit nicht grundsätzlich überschreitet. Dazu ist entscheidend, ob das Leben als Option, als eigener Besitz oder als (von Gott) gegeben und damit als unverfügbar angesehen wird. Das Tötungsverbot ist zumindest kulturell und theologisch grundlegend verankert.

Als zweites Argument für aktive Sterbehilfe bzw. assistierten Suizid wird die Verhinderung unerträglichen Leids angesehen. Hilfe könnte hier einerseits in einer guten Schmerztherapie, andererseits in der Unterstützung bei der Integration der Krankheit in das eigene Lebenskonzept liegen. Auch die Angst vor menschenunwürdigen Zuständen im Sterben kann z.B. durch Hospizangebote zumindest abgeschwächt werden.

Problematisch bei einer Freigabe der aktiven Sterbehilfe wie etwa in Holland beziehungsweise dem assistierten Suizid wie etwa in der Schweiz sind die sozialen Folgen wie z.B. der mögliche Druck auf Pflegebedürftige, ihre Pfleger und/oder ihre Angehörigen zu entlasten, oder die Angst, dass der Arzt die

Option des Tötens in seine Handlungsoptionen aufnimmt und damit seine gesellschaftliche Rolle neu definiert wird. Inwiefern Patientenverfügungen bzw. Vorsorgevollmachten bei Entscheidungen (Frage nach Autonomie und Fürsorge) helfen können, wird auch in theologischer und ethischer Hinsicht diskutiert (Kohlberger, 2016).

4.5. Mittelverteilung im Gesundheitswesen

Eine notwendige Untersuchung oder eine sinnvolle Behandlung nicht von der Krankenkasse bezahlt, bzw. nicht von der Klinik ermöglicht zu bekommen, macht auf die Schwierigkeit aufmerksam, dass begrenzte Mittel im Gesundheitswesen nach bestimmten Kriterien verteilt werden müssen. Dafür muss z.B. definiert werden, wann eine Behandlung *notwendig, nützlich, zweckmäßig und effektiv* ist (Maio, 2012, 309-313). Dabei ist immer auch das Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Kosten (Effizienz und Effektivität) zentral, was durch das Ziel der Behandlung mitbestimmt werden muss. Solche Ziele lassen sich allerdings „nicht statisch, sondern nur evaluativ, letztlich sogar nur moralisch bestimmen“ (Maio, 2012, 313), sodass ethische Grenzen der Ökonomisierung beachtet und diskutiert werden (Kosten am Lebensende, Kosten für die Reproduktionsmedizin, Diktat der Gewinnmaximierung in Praxen und Kliniken u.a.) (Gethmann-Siefert/Thiele, 2011).

4.6. Enhancement

In den letzten Jahren ist festzustellen, dass sich auch die Medizin als Dienstleistungssektor entwickelt, der versucht, Wünsche von Patienten hinsichtlich der Optimierung von Körper und Geist (Leistungsfähigkeit) zu erfüllen. Nicht nur die Zahnmedizin, auch chirurgische Bereiche orientieren sich zunehmend an ästhetisch optimierenden Ansätzen, die die Erscheinungsform des Menschen zu verbessern versuchen. Aus dem Bereich des Dopings bekannt, wird zudem versucht, die Leistungsfähigkeit zu steigern, aber auch eine dauerhafte positive Stimmung zu fördern oder einzelne Lebensphasen zu verlängern beziehungsweise zu optimieren (z.B. „egg freezing“ als Optimierung der Reproduktionsphase). In allen den genannten Bereichen stellt sich die Frage nach der Rolle der Medizin, in der es zu allen Zeiten neben der Bekämpfung von Krankheit auch um andere Erwartungen ging. Problematisch bei vielen der in diesem Zusammenhang angebotenen Verbesserungsmethoden ist der Druck, der durch die Normierungstendenz auf den Einzelnen lastet

(Konformitätsdruck), schlank, durchschnittlich groß, jugendlich, erfolgreich, belastbar und gut gelaunt zu sein. Studien zeigen, dass z.B. ästhetische Eingriffe nicht aus freiem Willen gemacht werden, sondern dem „Diktat internalisierter Schönheitsstandards“ (Herrmann, 2006) folgen. Hier muss die Medizin sich hinsichtlich ihrer Identität fragen lassen, welche Ziele und Motive sie verfolgen möchte.

5. Medizinethik in der praktischen Theologie

5.1. (Klinik-)Seelsorge

Schwer erkrankte Menschen jeden Alters fragen nach Ursachen und Mitschuld und danach, ob ihnen die Krankheit etwas signalisiert. Aber auch die Perspektive der mittelbaren Betroffenheit von Angehörigen bewirkt existentielle und ethische Fragen, z.B. nach der Beendigung und Neuaufnahme einer Behandlung, für die die Klinikseelsorge Gesprächspartner bereitstellt. Auch ethische Fragen nach Sterbehilfe, Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Ähnlichem sind Bestandteil klinischer Beratung. Teilweise sind die Klinikseelsorger der Kliniken auch in die Ethikberatung/Ethikkommissionen integriert und bringen christlich-ethische Positionen in die Falldiskussionen ein.

5.2. Religionsunterricht

Im Religionsunterricht stoßen vor allem in der Sekundarstufe II und in den Berufsschulklassen besonders der sozialen Ausbildungsberufe medizinethische Inhalte auf reges Interesse von Seiten der Schülerinnen und Schüler. Unterrichtliche Zugänge finden sich über Falldiskussionen (Zimmermann, 2001) bzw. Dilemmata (Zimmermann/Zimmermann, 2000a), Jugendbücher (Zimmermann, 2002; Zimmermann, 2013; Merkel, 2014), Filme (Weissphal, 2014) zu allen hier aufgeführten Themen der Medizinethik. Auch Fragen des Enhancements werden über Aspekte wie Schönheitsoperationen, Körperkult und Fitnesswahn angesprochen (Heidemann, 2014). Im Sinne der Kompetenzorientierung wird im Umgang mit ethischen Fragen die Wahrnehmungs- und Deutungsfähigkeit solcher Probleme im Leben der Schülerinnen und Schüler und deren Dialog- und Urteilsfähigkeit (Fuchs, 2010) gefördert.

Literaturverzeichnis

- Bannert, Regina, Ethische Fallbesprechung und Supervision. Vergleich – Abgrenzung – Perspektiven, in: Frewer, Andreas/Bruns, Florian/May, Arndt T. (Hg.), Ethikberatung in der Medizin, Heidelberg 2012, 45-63.
- Beauchamp, Tom L./Childress, James F., Principles of Biomedical Ethics, Oxford 2001.
- Beckmann, Jan P., Ethische Herausforderungen der modernen Medizin, Freiburg 2009.
- Beckmann, Jan P., Zur Lebendspende menschlicher Organe aus ethischer Sicht, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 53 (2007) 1, 3-16.
- Etzelmüller, Gregor/Weissenrieder, Annette (Hg.), Religion und Krankheit, Darmstadt 2010.
- Flake, Saskia/Zimmermann, Mirjam, Aspekte der Behandlung des Themas Krankheit im Religionsunterricht – eine Lehrplananalyse, in: Zimmermann, Mirjam/Klein, Constantin/Büttner, Gerhard (Hg.), Kind – Krankheit – Religion, Neukirchen-Vluyn 2013, 231-256.
- Frewer, Andreas/Bruns, Florian/May, Arndt T. (Hg.), Ethikberatung in der Medizin, Heidelberg 2012.
- **Fuchs, Monika, Bioethische Urteilsbildung im Religionsunterricht. Theoretische Reflexion – Empirische Rekonstruktion, Göttingen 2010.**
- Gethmann-Siefert, Annemarie/Thiele, Felix (Hg.), Ökonomie und Medizin, München 2011.
- Heidemann, Imke, Hauptsache Körper? Die neue Sorge um den Körper wahrnehmen, deuten und mit christlichen Wertvorstellungen in Beziehung setzen, in: Religion 5-10 14 (2014) 2, 20-22.
- Hepp, Hermann, Aporie der Pränatalmedizin, in: Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau 42 (2002) 2, 67-74.
- Herrmann, Beate, Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation. Invasive Selbstgestaltung als Ausdruck autonomer Entscheidung oder „sozialer Unterwerfung“?, in: Ethik in der Medizin 18 (2006) 1, 71-80.
- Hoff, Johannes/in der Schmitt, Jürgen (Hg.), Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntod-Kriterium, Reinbek 1995.
- Hofheinz, Marco, Gezeugt, nicht gemacht. In-vitro-Fertilisation in theologischer Perspektive, Münster 2008.
- Husmann, Bärbel/Zimmermann, Mirjam (Hg.), Themenheft

Hauptsache gesund? Zeitschrift Religion 5-10 14 (2014) 2.

- Jonas, Hans, Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, in: Wiesing, Urban (Hg.), Ethik in der Medizin, Stuttgart 2012, 363-366.
- Klein, Constantin/Berth, Hendrik/Balck, Friedrich, Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze, Weinheim/München 2011.
- Kohlberger, Helena, Vorsorgevollmacht in theologischer Perspektive. Eine evangelisch-ethische Untersuchung zu Autonomie und Fürsorge, Neukirchen-Vluyn 2016.
- Körtner, Ulrich H. J., „Lasst uns Menschen machen“. Christliche Anthropologie im biotechnischen Zeitalter, München 2005.
- Kreß, Hartmut, Medizinische Ethik, Stuttgart 2009.
- Marckmann, Georg/Bormuth, Matthias/Wiesing, Urban, Allgemeine Einführung in die medizinische Ethik, in: Wiesing, Urban (Hg.), Ethik in der Medizin, Stuttgart 2012, 23-37.
- **Maio, Giovanni, Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, Stuttgart 2012.**
- Merkel, Rainer, Was heilt? Begegnungen mit afrikanischer Heilung im Jugendbuch „Auf dem Strom“, in: Religion 5-10 14 (2014) 2, 16f.
- Rössler, Dietrich, Der Arzt zwischen Technik und Humanität, München 1977.
- Rössler, Wulf/Hoff, Paul (Hg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, Berlin/Heidelberg 2004.
- Schaede, Stephan, Hauptsache gesund? Anmerkung zur Deutung von Krankheit in theologisch-religionspädagogischer Perspektive, in: Religion 5-10 14 (2014) 2, 4-6.
- Schipperges, Heinrich, Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte, Heidelberg 1999.
- Schmid, Bruno/Manz, Ulrike (Hg.), Bioethik in der Schule. Grundlagen und Gestaltungsformen, Münster 2009.
- Spiewak, Martin, Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin, Frankfurt 2005.
- Thomas, Günter/Karle, Isolde (Hg.), Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Stuttgart 2009.
- Weissphal, Friderike, Beim Leben meiner Schwester. Geplant oder nicht: „Ich bin hier“, in: Religion 5-10 14 (2014) 2, 18-19.

- Wiesing, Urban (Hg.), Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch unter Mitarbeit von Johann S. Ach, Matthias Bormuth, Jens Clausen, Hans-Jörg Ehni, Georg Marckmann, L. Geza Rothenberger und Henning Tümmers, Stuttgart 2012.
- Zimmermann, Mirjam, Ist es normal, verschieden zu sein? Vom Umgang mit Krankheit und Behinderung im Schulalltag anhand des Jugendbuches „Wunder“ von R. J. Palacio, in: Religion 5-10 14 (2014) 2, 10-12 (inklusive Materialheft, 9-14).
- Zimmermann, Mirjam, „Hauptsache gesund?!“ Ist Krankheit (k)ein Thema im (Religions-) unterricht?, in: Zimmermann, Mirjam/Klein, Constantin/Büttner, Gerhard (Hg.), Kind – Krankheit – Religion, Neukirchen-Vluyn 2013, 257-278.
- Zimmermann, Mirjam, Charlotte Kerner. „Blueprint Blaupause“. Ein Buch zum Thema „Klonen“, in: Deutsch betrifft uns 3 (2002), 1-32.
- Zimmermann, Mirjam, Euthanasie, Sterbehilfe, Tötung auf Verlangen. Orientierung in der Sterbehilfe-Debatte – Eine Unterrichtsidee, in: entwurf 31 (2001) 1, 81-84.
- Zimmermann, Mirjam, Geburtshilfe als Sterbehilfe? Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen. Medizinisch-empirische, juristische, sozialpsychologische und philosophische Grundlagen, ethische Beurteilung und Folgerungen, unter besonderer Berücksichtigung der Infantizidthesen von P. Singer und H. Kuhse, Münster/Hamburg/London 1997.
- **Zimmermann, Mirjam/Klein, Constantin/Büttner, Gerhard (Hg.), Kind – Krankheit – Religion, Neukirchen-Vluyn 2013.**
- Zimmermann, Mirjam/Zimmermann, Ruben, Ethisches Urteilen in Entscheidungskonflikten. Ein Unterrichtsentwurf am Beispiel des Umgangs mit schwerstgeschädigten Neugeborenen (GY 11.2 WP), in: entwurf (2000a) 3, 15-20.
- Zimmermann, Mirjam/Zimmermann, Ruben, Gibt es das Recht auf ein gesundes Kind? Eine ethische Anfrage zum „Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik“ der Bundesärztekammer, in: Deutsches Ärzteblatt 97 (2000b) 51/52, A 3487-3489.
- Zimmermann, Mirjam/Zimmermann, Ruben, Muss dieses Kind am Leben bleiben? Ethisches Fragen am Anfang des Lebens, in: Frewer, Andreas/Winau, Rolf (Hg.), Ethische Fragen zu Beginn des

menschlichen Lebens, Grundkurs Ethik in der Medizin 2, Erlangen
1999, 78-118.

Impressum

Hauptherausgeberinnen:

Prof. Dr. Mirjam Zimmermann (Universität Siegen)

Prof. Dr. Heike Lindner (Universität Köln)

„WiReLex“ ist ein Projekt der Deutschen Bibelgesellschaft

Deutsche Bibelgesellschaft

Balinger Straße 31 A

70567 Stuttgart

Deutschland

www.bibelwissenschaft.de