



Akademie für Ethik
in der Medizin

Jahrestagung 2012

Ethik und Psyche

Abstracts

27. – 29. September 2012

Hamburg

in Zusammenarbeit mit:

dem Philosophischen Seminar
und dem Forschungsschwerpunkt Biotechnik,
Gesellschaft und Umwelt (FSP BIOGUM)
der Universität Hamburg

Abstracts Plenarsitzungen

P1 Theoretische und ethische Aspekte der Erforschung der Psyche

1a The Ethics of using Payment to Recruit Subjects for Psychiatric Research

*Alan Wertheimer,
National Institutes of Health, Bethesda*

I will argue that most concerns about paying research subjects are based on misconceptions about coercion and undue influence. I will argue that payment never coerces and payment constitutes undue influence only if subjects cannot make a reasonable judgment as to whether payment compensates them for the risks and burdens of participation. I will then consider whether there are reasons to be especially concerned about paying research subjects for psychiatric research in three categories: (1) paying healthy volunteers in phase 1 studies of psychoactive drugs (2), paying patients in psychiatric symptom-provoking studies; (3) paying patients in industry-sponsored drug trials. I will argue that – for the most part – there are no reasons to be especially concerned about payment in these cases.

1b Molekulare Psychiatrie und nicht-naturwissenschaftliche Aspekte der klinisch-psychiatrischen Arbeit

*Johannes Thome,
Rostock*

Die Molekulare Psychiatrie lässt sich als Projekt interpretieren, in dem es darum geht, seelische Gesundheit und psychische Störungen auf der fundamentalen Ebene von Genen, Molekülen und zellulären Strukturen zu erforschen und zu verstehen. Daraus können sich wichtige Erkenntnisse für die klinische Praxis ergeben, insbesondere in Hinblick auf Diagnose und Prognose (z.B. Biomarker) sowie Therapie (z.B. Entwicklung neuer Psychopharmaka mit besseren Wirkeigenschaften und verringertem Nebenwirkungsprofil, neue

Behandlungstechniken etc.).

Dabei ergibt sich dennoch die Problematik, dass viele Herausforderungen, vor die sich der Psychiater in seiner täglichen Arbeit gestellt sieht, keinen naturwissenschaftlichen, sondern eher geisteswissenschaftlichen Charakter haben. Hierzu gehören ethische Fragen auch im Zusammenhang mit forensisch-psychiatrischen "Fällen", erkenntnistheoretische Probleme (z.B. was ist eine psychiatrische Krankheit?) und eine Vielzahl von sozialen Faktoren, die in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Tätigkeit immer wieder eine wesentliche Rolle spielen.

Lösungsmöglichkeiten könnten in der Akzeptanz einer wissenschaftstheoretischen Dichotomie innerhalb der Psychiatrie bestehen, wobei Molekulare Psychiatrie für den strikt reduktionistisch-naturwissenschaftlichen Aspekt stünde, oder in einer nicht-reduktionistischen Uminterpretation dessen, was Molekulare Psychiatrie eigentlich sein soll.

1c Ethische Fragen in der Psychotherapieforschung. Zum Problem randomisierter Studien

*Marianne Leuzinger-Bohleber,
Frankfurt/M.*

Randomisierte Studien gelten in Zeiten der "evidence-based-medicine" als der "goldene Standard" der Forschung. Doch führen diese Standards z.B. im Bereich der vergleichenden Psychotherapieforschung zu komplexen Problemen, die auch ethische Dimensionen berühren. Dies versuchen wir in einer großen laufenden Psychotherapiestudie zum Vergleich der Ergebnisse psychoanalytischer und kognitiv-behavioraler Langzeittherapien bei chronisch Depressiven (LAC Studie) aufzuzeigen. Bekanntlich besteht bei depressiven Erkrankungen eine hohe Chronifizierungsgefahr. Zudem kommt es bei 75% der Patienten nach jeder Form von Kurztherapie zu Rückfällen. Viele dieser Patienten brauchen daher eine Langzeitbehandlung. Ob schon es eine wichtige Forschungsfrage ist, für welche Patienten mit welcher chronischen Depression welche Psychotherapie am ehesten eine nachhaltige Besserung verspricht und diese Frage, nach den Kriterien der evidence-based-medicine, nur in einem randomisierten Design beantwortet werden kann, erweist es sich als

ethisch oft kaum zumutbar, dass Patienten nach dem Zufallsprinzip dem einen oder anderen Verfahren zugewiesen werden. Oft haben diese Patienten schon mehrere negativ verlaufende Kurztherapien hinter sich und richten daher ihre Behandlungswünsche auf ein alternatives, therapeutisches Vorgehen. Wenn sie durch eine Randomisierung einem Therapieverfahren zugewiesen werden, das sie nicht wünschen, würden sie sich verständlicherweise weigern, in der Studie mitzuwirken.

Um diese grundlegende Problematik der Psychotherapieforschung zu erforschen, haben die chronisch depressiven Patienten in der LAC Studie die Wahl, ihrem präferiertes Therapieverfahren zugewiesen zu werden oder randomisiert zu werden.- Erste Ergebnisse und vertiefende Beobachtungen werden in dem Vortrag zur Diskussion gestellt und anhand exemplarischer Fallbeispiele erörtert.

P2 Paternalismus in der Psychiatrie

2a Paternalismus und Selbstachtung

*Jean-Claude Wolf,
Fribourg*

Paternalismus ist legitim, wenn Inkompetenz in Bezug auf die Lebensführung vorliegt. Wer entmündigt wen? Entmündigen sich Menschen durch ihre Inkompetenz selber? Enthält die Selbstentmündigung einen impliziten „Hilferuf“? Oder werden sie aufgrund der Attribuierung von Inkompetenz durch andere entmündigt? Wann hört Autonomie auf? Wie tut sich Inkompetenz kund?

Das Paternalismusverbot ist ein Bestandteil einer liberalen Sozial- und Rechtsphilosophie. Verpönt und verboten ist repressive Fremdbestimmung im Namen des Wohls einer Person. Das Verbot des Antipaternalismus lässt sich dann leicht begründen, wenn Menschen eine starke Präferenz für Freiheit haben, wann immer sie es vorziehen, selber zu entscheiden. Eigene Entscheidungen dürfen, lautet dann die klassische liberale Auffassung, nur dann eingeschränkt werden, wenn sie andere Menschen in ihren legitimen Ansprüchen

gefährden oder schädigen. Doch wie steht es, wenn Menschen (oder andere Lebewesen) diese starke Präferenz nicht bekunden oder nicht haben? Wenn sie es entweder gar nicht merken, dass andere für sie entscheiden, oder wenn es ihnen nichts ausmacht? Soll man auch jene Menschen vor paternalistischen Interventionen schützen, die den Paternalismus einiger anderer Personen als zwar unangenehme, aber wünschenswerte Haltung akzeptieren? Oder gilt das Paternalismusverbot nur dann, wenn Menschen gegen ihre Zustimmung zu ihrem angenommenen Vorteil gezwungen werden und Paternalismus generell ablehnen? Anders gesagt: Darf das Paternalismusverbot dann und nur dann gelockert werden, wenn jemand sich nicht dazu äußert, was er/sie will, wenn jemand unentschieden ist und schwankt, oder wenn jemand in ein paternalistisches Arrangement einwilligt?

2b "Sich kümmern" – eine Alternative zu Paternalismus und Dienstleistung in der psychiatrischen Behandlung

*Steffi Koch-Stoecker,
Bielefeld*

Zwischen den polaren Positionen paternalistischer Entscheidungen des Arztes für seine Patienten einerseits und dem Anbieten einer sachlichen Dienstleistung per Verfügbarmachung ärztlichen Wissens andererseits wird oft eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung mit dem Ziel gemeinsam verantworteter Entscheidungen als dritter, besserer Weg in der Behandlungskommunikation angesehen.

Zumindest für psychiatrische Patienten greift auch dieses Konzept zu kurz. Patienten kommen hier nicht nur mit medizinischen Fragen, sondern in emotionalen Ausnahmesituationen, manchmal mit schwer kommunizierbaren Anliegen, manchmal sogar unfreiwillig. Sie kommen weder mit dem Wunsch, dass ihr Behandler für sie, noch zusammen mit ihnen, noch überhaupt nichts entscheidet, immer jedoch mit der Hoffnung, dass sich ihr Gesprächspartner aufmerksam, teilnehmend, kompetent und verantwortungsvoll auf ihre Lebenssituation einlässt, dass er sich kümmert.

P3 **Ethische Probleme bei der Erforschung der Psyche**

3a Willensbildung und Selbstbestimmung unter der Bedingung schwerer Erkrankung

*Michael Wunder,
Hamburg*

Willensbildung und Selbstbestimmung von Patienten haben im Kontext gesundheitlicher Entscheidungssituationen eine zentrale Bedeutung. Willentliche und selbstbestimmte Entscheidungen von Patienten werden immer stärker zur alleinigen Legitimationsbasis medizinischen Handelns und zum Ersatz der ursprünglich im Nürnberger Kodex benannten Gleichgewichtung von Patienteneinwilligung und Verantwortung der Medizin und der Mediziner. Vor diesem Hintergrund kommt der Frage der Willensbildung und Selbstbestimmung des Patienten unter der Bedingung schwerer psychischer oder dementieller Erkrankung oder einer geistiger Behinderung, unter der diese eingeschränkt, verändert und/oder schwer erkennbar sein können, besondere Bedeutung zu. Zum einen erhebt sich die Frage, bis zu welcher Grenze man noch von einer Willensbildung im Sinne willentlicher Handlungskontrolle oder Selbstbestimmung im Sinne einer von Dritten unabhängigen Auswahl zwischen Alternativen sprechen kann. Zum anderen ist zu fragen, welche Bedeutung solche Willens- oder Selbstbestimmungsbekundungen für medizinische oder auch pflegerisch-betreuerische Entscheidungen haben, insbesondere, wenn sie einem früher verfügbaren Willen widersprechen. Wie können die Wahrnehmung des „natürlichen Willens“ und die Feststellung des „mutmaßlichen Willens“ durch die Kenntnis und Beachtung der jeweils noch möglichen Willensbildung und Selbstbestimmung unter der Bedingung schwerer Erkrankung verbessert werden?

3b Der Begriff der „Persönlichkeitsstörung“. Fluch, Segen und Pragmatismus

*Claas-Hinrich Lammers,
Hamburg*

Die diagnostische Entität der „Persönlichkeits-

störung“ ist mit Abstand die heikelste und umstrittenste Diagnose in der Psychiatrie. Der Versuch, eine valide diagnostische Entität mit dem Begriff einer Persönlichkeitsstörung und deren verschiedenen Typen zu bilden, muss als gescheitert angesehen werden. Patienten sind in der Regel keinem eindeutigen Typus einer Persönlichkeitsstörung zuzuordnen (z.B. narzisstisch, histrionisch, selbstunsicher), erfüllen häufig die Kriterien für mehrere Persönlichkeitsstörungen und zeigen keine lebenslange Stabilität der diagnostischen Kriterien. Somit suggeriert der Begriff einer Persönlichkeitsstörung eine Krankheitsvorstellung, die in der Realität nicht existiert. Darüber hinaus ist der Begriff potentiell stigmatisierend, da er einen bestimmten Blick des Therapeuten und der Gesellschaft auf einen sog. Persönlichkeitsgestörten prägt. Dennoch lässt sich durch die berechtigte Kritik an dem Begriff der Persönlichkeitsstörung das hiermit erfasste Problem eines Menschen, von Patienten, nicht verleugnen und der Begriff hat in der klinischen Praxis einen nicht unerheblichen heuristischen Wert. In diesem Vortrag werden die spannungsreichen Pole und Aspekte des Begriffs der Persönlichkeitsstörung in Theorie und klinischer Praxis thematisiert, ohne dass ein Lösungsvorschlag vermittelt werden kann.

3c "Wir wissen nichts" oder: Wirrwarr im Niemandsland. Theorien der Schizophrenie 1900-2000. Eine Skizze.

*Kai Sammet,
Hamburg*

Im Prozess gegen den antiislamistischen Vielfachmörder Anders Breivik kamen zwei psychiatrische Gutachten zu entgegengesetzten Einschätzungen. Im ersten wurde eine Schizophrenie diagnostiziert, Breivik folglich als unzurechnungsfähig angesehen. Im zweiten fand sich keine Schizophrenie-Diagnose, Breivik sei schuldfähig. Die Diagnose einer floriden Schizophrenie gilt als nicht sehr schwierig - wie können solche Divergenzen entstehen? Die Diagnose einer Schizophrenie ist eine Bleistift-Papierdiagnose, weder Laborwerte noch cerebrale Bildgebung spielen eine Rolle. Es verwundert so nicht, dass je schon, was eine Schizophrenie sei, unterschiedlich aufgefasst wurde. Mehr noch: Öffentlichkeit und

Angehörige der Opfer wären enttäuscht, wäre Breivik "krank", mithin als nicht verantwortlich eingestuft. Ist es ins Belieben gestellt, ob man eine Diagnose vergibt oder nicht, je nach Leid und Moral? Interessanterweise wehrt sich auch Breivik gegen seine Psychiatrisierung. Das würde bedeuten, so darf man spekulieren, dass sein politisches Anliegen nicht als solches, sondern lediglich als Ausgeburt eines kranken Gehirns angesehen wird - was sein Anliegen dementieren würde.

Weder die expertokratische Diagnose einer Schizophrenie noch ihre gesellschaftlich-moralische Einschätzung sind also Diskussionen entzogen – was bei Diagnose einer Blinddarmentzündung absurd erschiene. Psychiatrische Diagnosen scheinen besonders zu sein.

Seit den ersten Konzepten, die sich mit dem später "Schizophrenie" genannten Syndrom- oder Krankheitsbild in Verbindung bringen lassen, stellt, was Schizophrenie heißt, was ihr "Wesen" ist (das Gesamt aus Ätiologie, Symptomatologie, Verlauf, Ausgang und Prognose, Hirnbefund, gar die Frage, ob es sich überhaupt um eine Erkrankung handelt), ein permanent fluktuierendes Netz verschiedenster Ansichten dar. Der Vortrag stellt beispielhaft einige Konzepte der Schizophrenie seit ihrem ersten Auftauchen um ca. 1890 dar, um die Problematik psychiatrischer Diagnosen an einem der wichtigsten Störungsbilder der Psychiatriegeschichte zu verdeutlichen: angefangen mit der klinische Konzeption Emil Kraepelins über die Namengebung um 1908 und Psychodynamisierung durch Eugen Bleuler, die syndromatische Auffassung Hoches, das Endogenitätskonzept der Heidelberger Schule um 1932, daseinsanalytische wie psychoanalytische Auffassungen ebenso wie kommunikations- und familientheoretische Überlegungen.

Abstracts

Freie Vorträge

1 Ethische Fragen der forensischen Psychiatrie

1a „Legal, illegal, scheißegal“: Ethische Dilemmata und (in)formelle Praktiken Forensisch Pflegender aufgrund gesetzlich eingeschränktem, fürsorglichen Zwang. Ergebnisse einer Grounded Theory

H. Haynert

Fachbereich Praxis und Theorie der Psychiatrie, Private Universität Witten/ Herdecke

Unter Ethik als Handlungsweise und Reflexion kann man alle Arten und Weisen rechnen, in denen Menschen einander Achtung, Würde und Schutz gewähren. Damit ist eine allgemeine Grundhaltung benannt, die speziellen Ethiken zugrunde liegt.

Die Frage nach Ethik stellt sich im Rahmen pflegerischen Handelns in der Forensischen Psychiatrie immer dann, wenn in Konfliktsituationen schwerwiegende Entscheidungen zu treffen sind. Pflegende als Entscheidungsträger sind dabei mit unterschiedlichen Fragen gleichzeitig konfrontiert:

- Worin liegt in einer konkreten Situation Ihre Verantwortung?
- Welche Selbstbestimmungsrechte hat ein Patient, welche Sie selber?
- In welcher Weise sind Sie den Angehörigen, Ihren Kollegen und der Institution verpflichtet?

Alle diese Fragen münden in der einen, Ethik begründenden Frage: Was soll ich tun?

Eine solche Konfliktsituation stellt die Reflexion und potentielle Anwendung fürsorglichen Zwangs dar.

Mit seiner Entscheidung vom 23.03.2011 hat das Bundesverfassungsgericht den Korridor für eine rechtlich zulässige medikamentöse Zwangsbehandlung in der strafrechtlichen Unterbringung nach § 63 StGB sehr verengt. Eine zwangsweise Behandlung der Anlass-Erkrankung darf nur noch unter sehr präzise zu normierenden Vorausset-

zungen vorgenommen werden und einzig nur dem Ziel dienen, eine krankheitsbedingt ein-sichts-unfähige Person aus diesem Zustand herauszuhelfen, damit sie dann ihr Selbstbestimmungsrecht zur Einwilligung in eine Behandlung wahrnehmen oder eine Behandlung weiterhin rechtswirksam verweigern kann. Deutlicher als in den bisher bestehenden Gesetzen gilt es künftig zwischen der staatlichen Pflicht zur Gefahrenabwehr und der Beachtung des Rechts auf Nicht-Behandlung zu unterscheiden, auch um den "Preis" eines für die betroffene Person dann möglicherweise länger dauernden strafrechtlichen Freiheitsentzugs.

Die Gefahrenabwehr kann, von extremen Krisensituationen abgesehen, weitgehend durch den Freiheitsentzug bzw. durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen (z.B. durch mechanische Fixierungen) gewährleistet werden, ohne dass es darüber hinaus einer zwangsweisen medikamentösen Behandlung als eines zusätzlichen Eingriffs in das Grundrecht auf körperliche Integrität und damit zugleich in das Selbstbestimmungsrecht bedürfte. Unberücksichtigt bleibt dabei allerdings, dass das Erleben und Aushalten des Leidens einer z.B. akut psychotischen Person, die nach Recht und Gesetz nicht behandelt werden darf, durch die Mitarbeiter einer Klinik für diese eine besondere ethische Herausforderung und Leistung darstellt. Auch wenn ihr Untätig-bleiben-müssen gesetzlich gefordert und rechtlich gedeckt wird, sind damit die praktischen Probleme angesichts dieses ethischen Dilemmas zwischen Helfen-wollen und Nicht-helfen-dürfen nicht gelöst.

Um diese Probleme zu rekonstruieren und für die zukünftige Diskussion empirisch zugänglich zu machen, wurde das Erleben von Gefährdungssituationen und die Gestaltung der Gefahrenabwehr im Rahmen gesetzlich eingeschränktem, fürsorglichen Zwang aus Sicht Pflegender in Anlehnung an die Grounded Theory (GT) erforscht. Die GT steht sowohl für ein kodifiziertes Datenerhebungs- und Analyseverfahren, als auch für das Forschungsergebnis an sich – eine empirisch fundierte Theorie sozialer Interaktionen. Diese ermöglicht durch theoretische Stichprobenauswahl, fallvergleichende Analysen sowie ein Kodierparadigma zu erklären, was wie warum geschieht, indem folgende Aussagen getroffen werden können: Ursächliche Bedingungen, Kon-

text, intervenierende Bedingungen, Handlungen und Konsequenzen.

Mit der zentralen Ergebniskategorie „Legal, illegal, scheißegal“ der 18 Narrativen Interviews wird das professionelle Selbstverständnis forensisch-psychiatrisch Pflegender ausgedrückt, das verfassungsrechtliche Hoffungsprinzip des hoheitlichen Auftrags zur Wahrung der Menschenwürde im Vollzug auch im Rahmen rechtlich eingeschränktem fürsorglichen Zwangs realisieren zu wollen, wobei deutlich wird, dass durch die gesetzlichen Veränderungen neben den legalen zunehmend auch als illegal anerkannte Handlungsweisen in der Praxis Anwendung finden.

1b Zwischen Gefahrenabwehr und Recht auf Krankheit: Zur Patientenautonomie in der forensischen Psychiatrie – Normative Herausforderungen an die Landesgesetzgeber

H. Kammeier

Universität Witten/Herdecke

Mit seiner Entscheidung vom 23.03.2011 hat das Bundesverfassungsgericht den Korridor für eine rechtlich zulässige medikamentöse Zwangsbehandlung in der strafrechtlichen Unterbringung nach § 63 StGB sehr verengt. So darf, kurz gefasst, eine zwangsweise Behandlung der *Anlass-Erkrankung* nur noch unter sehr präzise zu normierenden materiellen und verfahrensrechtlichen Voraussetzungen vorgenommen werden. Und sie darf einzig nur dem Ziel dienen, eine krankheitsbedingt einsichtsunfähige Person aus diesem Zustand herauszuhelfen, damit sie dann ihr Selbstbestimmungsrecht zur Einwilligung in eine Behandlung wahrnehmen oder eine Behandlung weiterhin rechtswirksam verweigern kann. Gleichsam komplementär ergänzend hierzu haben die Oberlandesgerichte Celle, München und Zweibrücken in den Jahren 2009 bis 2011 Entscheidungen zur Beachtung der Patientenautonomie, von Patientenverfügungen und zur Stellung der gesetzlichen Vertretung (Betreuer) bei der Behandlung von *sonstigen Krankheiten* strafgerichtlich untergebrachter Personen getroffen, die nicht mit der der Unterbringung zugrundeliegenden Anlass-Erkrankung im Zusammenhang stehen. Auch in diesen Fällen erfordern die obergerichtlichen Entscheidungen neue gesetzliche

Normierungen durch die zuständigen Landesgesetzgeber.

Diese obergerichtlichen Entscheidungen fordern die Landesgesetzgeber dazu auf, einen schon lange diskutierten und weithin anerkannte Paradigmenwechsel im Recht der staatlichen zwangsweisen Freiheitsentziehungen nun endlich normativ umzusetzen: Dabei ist auf die Zulässigkeit der Anwendung von "fürsorglichem Zwang" zur "zwangsweisen Besserung" einer psychisch erkrankten Person insbesondere deshalb zu verzichten, weil die psychische Erkrankung inklusiver Teil der grundrechtlich geschützten körperlichen Integrität der Person ist und damit ihr Selbstbestimmungsrecht nicht suspendiert. De lege ferenda sind deshalb bei den insoweit geforderten Neuregelungen sowohl hinsichtlich der Behandlung der Anlass-Erkrankung als auch der sonstigen Krankheiten nunmehr insbesondere der bundesrechtlich vorgegebenen Normierung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht des BGB, der UN-BRK wie auch der Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 25.06.2010 zur Neubestimmung eines "normativ-wertenden Oberbegriffs des Behandlungsabbruchs" besondere Beachtung zu schenken.

Zudem ist deutlicher als in den bisher bestehenden Gesetzen zur strafrechtlichen wie zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung künftig zwischen der staatlichen Pflicht zur Gefahrenabwehr und der Beachtung des Rechts, gerade auch einer psychisch erkrankten Person, auf Nicht-Behandlung zu unterscheiden, auch um den "Preis" eines für die betroffene Person dann möglicherweise länger dauernden strafrechtlichen Freiheitsentzugs. Entsprechend der UN-BRK kann die Gefahrenabwehr, von extremen Krisensituationen abgesehen, weitgehend durch den Freiheitsentzug bzw. durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen (z.B. durch mechanische Fixierungen) gewährleistet werden, ohne dass es darüber hinaus einer zwangsweisen medikamentösen Behandlung als eines zusätzlichen Eingriffs in das Grundrecht auf körperliche Integrität und damit zugleich in das Selbstbestimmungsrecht bedürfte. Dabei kann allerdings in der Praxis nicht unberücksichtigt bleiben, dass das Erleben und Aushalten des Leidens einer akut psychotischen Person, die nach Recht und Gesetz nicht behandelt werden darf, durch die Mitarbeiter einer Klinik für diese eine besondere ethische Herausforderung darstellt. Auch wenn ihr Untätig-bleiben-müssen

gesetzlich gefordert und rechtlich gedeckt wird, sind damit die Probleme der eigenen Befindlichkeit angesichts diesen ethischen Dilemmas zwischen Helfen-wollen und Nicht-helfen-dürfen nicht gelöst.

Im Vortrag werden die Rechtsentwicklung, die vorgegeben normativen Maßstäbe und Beispiele landesgesetzlicher Regelungswege dargestellt.

1c Ausschluss von Patienten der forensischen Psychiatrie von medizinischer Forschung – berechtigt aus Sicht der Betroffenen?

F. Mosbach (✉), D. Hesse, J. Müller, C. Wiesemann

Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Universität Göttingen

An der Schnittstelle von Strafvollzug, Rechtsprechung und Psychiatrie konstituiert sich die forensische Psychiatrie. In dieser Einrichtung, in der verschiedene Funktionen aus medizinischer Versorgung und Strafvollzug miteinander verwoben werden, entstehen spezifische ethische Dilemmata (Zwangsbehandlung, Freiheitsentzug, fehlende Einwilligungsfähigkeit u.a.).

Medizinethische Fragen der Forschung mit Patienten der forensischen Psychiatrie sind bisher nur selten aufgegriffen worden. Dabei besteht aus Sicht von forensischen Psychiatern ein großer Bedarf an Forschung zur Entwicklung neuer Diagnostik-, Therapie- und Prognosemethoden. Medizinethiker befürchten jedoch, dass diese Patienten aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen und der speziellen Situation der Unterbringung nicht in Lage sind, einen vollgültigen *Informed Consent* zu geben. Dies führt auch zu Unsicherheit, wenn Studien in diesem Bereich durch Ethikkommissionen begutachtet werden sollen. Auf der anderen Seite ist ein kategorischer Ausschluss von forensischen Patienten aus der Forschung, wie im Arzneimittelgesetz verfügt, ebenfalls problematisch, weil Betroffenen der Nachweis der Wirksamkeit von Verfahren vorenthalten wird.

Bisher fehlt es an Untersuchungen, welche die spezifische Interessenslage der Unterbrachten selbst evaluieren. Die Einschätzung der Patienten ist wichtig, um Entscheidungen für oder gegen Forschungsaktivitäten nicht paternalistisch über die Interessen der Betroffenen hinweg zu treffen. Daher haben wir – unseres Wissens weltweit zum ersten Mal – zu diesem Thema eine quantitativ-

empirische Erhebung durchgeführt. Wir haben die Patienten zweier niedersächsischer Maßregelvollzugseinrichtungen (N=62) mittels Fragebogen zur ihrer Einschätzung von eigen-, gruppen- und fremdnütziger Forschung sowie zu den Bedingungen einer freien und informierten Einwilligung befragt.

Im Vortrag sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen und die ethischen Konflikte im Rahmen der Forschung in der forensischen Psychiatrie dargestellt werden. Wir werden dabei insbesondere auf die spezielle Lage der forensischen Patienten eingehen und die Ergebnisse unserer empirischen Untersuchung als Spiegel ihrer Interessenslage vorstellen. Es zeigt sich, dass forensische Patienten differenziert urteilen und einem benevolenten Paternalismus eher skeptisch gegenüber stehen. Die Konsequenzen dieser empirischen Daten für die ethische Debatte sollen anschließend kritisch diskutiert werden.

2 Konfliktfelder gesellschaftlich „unerwünschten“ Verhaltens

2a Kinderwunsch und Elternschaft bei psychisch Kranken – eine Topographie ethischer Konfliktlagen

G. Badura-Lotter (✉), S. Krumm

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universität Ulm

Einleitung und Fragestellung: Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden bis weit in das 20. Jahrhundert hinein durch Institutionalisierung und Sterilisierung systematisch daran gehindert, Kinder zu bekommen. Heute sehen sich die in der Psychiatrie Beschäftigten im Umgang mit reproduktiven Aspekten, wie etwa Verhütung, Kinderwunsch oder Elternschaft mit komplexen Konfliktlagen konfrontiert. Diese stellen nicht nur praktische und ethische Herausforderungen dar, sondern zielen auch ins Zentrum jener grundlegenden Debatten zur „Kultur der Normalität“, die die Diskussion in und zur Psychiatrie spätestens seit den 1960er Jahren prägen.

Im anvisierten Beitrag wird der Frage nachgegangen, wie die Thematik in der psychiatrischen Ausbildung und Praxis heute behandelt wird. Ziel ist

es, eine praxisnahe Systematik zu skizzieren, welche die zugrunde liegenden ethischen Prinzipien und Spannungsfelder transparent macht und eine Topographie der konkreten Problemlagen liefert.

Methoden: Im Rahmen des DFG-Projekts „Der psychiatrische Fachdiskurs zu Kinderwunsch und Elternschaft bei psychisch kranken Menschen“ wurde eine Analyse aktueller deutschsprachiger Lehrbücher verschiedener psychiatrischer Disziplinen und Praxisleitlinien sowie internationaler Fachartikel durchgeführt. Untersucht wurde die jeweilige Thematisierung von Kinderwunsch und Elternschaft im Kontext der medizinisch-ethischen Argumentationszusammenhänge. Diese Daten werden im Vortrag mit Ergebnissen aus Gruppendiskussionen mit VertreterInnen der verschiedenen klinisch tätigen psychiatrischen Berufe zusammengeführt.

Ergebnisse: Der Kinderwunsch wird in Lehrbüchern und Leitlinien äußerst selten thematisiert. Reproduktive Aspekte werden vor allem im Zusammenhang mit den Risiken einer medikamentösen Therapie für Schwangere und Kind diskutiert. Eltern und Familie sind jedoch von vielfältiger Bedeutung, wenn es um die Ätiologie und Pathologie psychischer Störungen geht, woraus sich Rückschlüsse über die Einschätzung von Elternschaft bei Vorliegen einer entsprechenden psychischen Krankheit ableiten lassen. In den Gruppendiskussionen stellt sich die Berücksichtigung der reproduktiven, bzw. Patientenautonomie als ein zentrales Prinzip der psychiatrischen Berufskultur dar, während aber auch vielfach normative Erwartungen an eine „gute Elternschaft“ geäußert werden. Die Professionellen entwickeln spezifische Strategien zum Umgang mit diesen ethischen Konfliktsituationen.

2b Neurobiologie, Psychiatrie und die Frühprävention antisozialen Verhaltens, eine vergleichende ethische Analyse

D. Horstkötter (✉), R. Berghmans, G. de Wert

Universität Maastricht, Niederlande, CAPHRI School of Public Health and Primary Care, Abteilung Health, Ethics and Society

Fragestellung: Neurobiologische und andere lebenswissenschaftliche Erkenntnisse spielen in zunehmendem Maße eine Rolle für die Erklärung der Genese und des Verlaufes antisozialen Ver-

haltens und damit verbundener psychiatrischer Störungen. Dabei rufen sie oft weitreichende Hoffnungen und Erwartungen für neue und effektivere Formen der Frühidentifikation von Risikokindern und der Frühprävention bereits im Kleinkind- und Vorschulalter hervor. Dieser Beitrag setzt sich pro-aktiv mit den ethischen Implikationen dieser Entwicklung auseinander: Unter welchen Umständen können lebenswissenschaftliche Erkenntnisse in diesem Bereich den Interessen von betroffenen Kindern (und ihren Familien) zu Gute kommen? Hierzu werden Themen wie Destigmatisierung, bessere und individualisierte Hilfe/Unterstützung und ‚empowerment‘ besprochen. Zugleich werden aber auch Bedenken analysiert/diskutiert, die unter anderem auf die Gefahren zunehmender Überwachung und Ausgrenzung, frühe Etikettierung noch nicht straffällig gewordener Kinder, Datenschutzaspekte, negative Effekte auf die (Selbst)Wahrnehmung dieser Kinder und die kindliche Identitätsentwicklung und die Abweisung von Verantwortung für das gezeigte (eigene) Fehlverhalten – da biologisch vorbestimmt – hinweisen.

Methodik: Zukünftige lebenswissenschaftlich begründete Methoden der Frühprävention stehen im Fokus dieses Beitrages. Die Analyse verfolgt dabei einen vergleichenden Ansatz, bei dem die besprochenen ethischen Implikationen verglichen werden sollen mit den ethischen Aspekten, die sich aus bereits bestehenden sozialen und psychologischen Herangehensweisen ergeben.

Ergebnisse: Die ethische Bewertung von Methoden der Früherkennung und -prävention antisozialen Verhaltens hängt vor allem von den Eigenschaften, der Beschaffenheit und den konkreten Inhalten und Vorgehensweisen der jeweiligen Methode ab. Ethisch gesehen ist es daher von nachrangiger Bedeutung, ob irgendeine Maßnahme biologisch und/oder sozial und psychologisch begründet ist. Sinnvoller ist es dagegen, zwischen verschiedenen Zielgruppen zu unterscheiden. Ethisch gesehen kann es einen großen Unterschied machen, ob man sich an noch asymptomatische und oftmals sehr junge Kinder, an Kinder mit ersten und möglicherweise relevanten Verhaltensproblemen oder an bereits verhaltensgestörte Kinder, deren Eltern besorgt einen Kinderpsychiater um Rat und Hilfe bitten, richtet.

2c Pharmakologische Aversivbehandlung rückfälliger Patienten mit Alkoholabhängigkeit aus medizinethischer Sicht

E. Händel (✉), T. Reuster

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät an der TU Dresden

Fragestellung: Alkoholkranke Patienten können bei gegebener Indikation und Einwilligung mit Disulfiram (Antabus®) behandelt werden. In Deutschland ist der sehr verhaltene Einsatz des Medikamentes möglicherweise auch auf die oft unverstandene ethische Konfliktlage zurückzuführen, welche die Situation bestimmt: Mittels der alkoholaversiven Wirkung von Disulfiram verkehrt sich für den Suchtkranken der Genuss des Suchtstoffes in ein leiblich empfundenes Elend, das seinen Abstinenzwunsch effektiv verstärkt – solange die Substanz eingenommen wird. Dafür wiederum reicht die eigene Willenskraft meist nicht aus, wie sie zur Abstinenz auch zuvor nicht ausreichte. Kontrollierte und an stabile soziale Strukturen gebundene Einnahmerituale verbessern zwar den Therapieerfolg. Sie üben aber gezielt einen sozialen Druck auf den natürlichen, wenngleich im Rahmen der Sucht pathologisch vereinseitigten Willen des Patienten aus und unterlaufen partiell die Patientenautonomie. Doch je stärker dieser soziale Druck, desto sicherer wird die Abstinenz. Diskutiert wird die ethische Rechtfertigung der Verordnung und Verabreichung dieses Medikaments im Rahmen der bestehenden Werte-Konflikte. Dabei wird u.a. deutlich, dass die Unterscheidung von Wünschen erster und zweiter Ordnung für den Arzt gleichermaßen therapeutische wie ethische Relevanz besitzt. Ohne Klarheit im ethischen Feld wird auch das therapeutische Handeln unsicher.

Methodik: Es wurde eine Medline-Literaturrecherche durchgeführt. Die für Deutschland gefundenen Fallberichte, Studien und Statistiken wurden mit vorhandenen Daten internationaler Autoren verglichen und im Zusammenhang mit bestehenden Wertennormen interpretiert.

Ergebnisse: Bei der erfolgreichen Behandlung alkoholabhängiger Patienten mit Disulfiram sollte der Arzt eine bedingte und selbstkritische paternalistische Rolle einnehmen. Dadurch erhöhen sich für den Alkoholkranken die Chancen, in Abstinenz zu leben. Das Ziel, einen gesunden, freien Willen wiederzuerlangen, rechtfertigt die relative

Verschiebung der ärztlichen Handlungsmaximen hin zur (paternalistischen) Fürsorge.

3 Konzepte und Konzeptionen in Medizin und Psychiatrie

3a Fordern psychische Störungen zum Heilen auf?

E. Romfeld

Fachgebiet Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Bereits der allgemeine Begriff der „Krankheit“ ist problematisch; so ist man beispielsweise in der Medizintheorie weiterhin auf der Suche nach adäquaten Krankheitskriterien. Speziell jedoch im Zusammenhang mit der Diagnose einer „psychischen Störung“ werden diese Probleme besonders offensichtlich. Zwei Fragen scheinen mir vordringlich: 1.) Was bedeutet es, eine psychische Störung „festzustellen“? 2.) Was folgt daraus auf der Handlungsebene? Beide Fragen sollen in dem Vortrag ausdifferenziert, ihr Zusammenhang näher beleuchtet sowie denkbare Konsequenzen verschiedener Positionen umrissen werden.

Was genau wird eigentlich im Fall einer „psychischen Störung“ diagnostiziert? Eine (phänomenale, psychische, soziale, physiologische) Abweichung von der „Norm“ (eine Ver-Rücktheit) oder ein Zurück-Bleiben hinter dem eigenen Potential bzw. dem gesellschaftlichen Optimum? Ein bloßes Anders-Sein oder ein defizitärer Zustand? Konstatieren (bzw. konstruieren) wir eine individuelle Persönlichkeitsausprägung jenes Menschen oder einen Defekt?

Die Beantwortung dieser Frage stellt die Weichen dafür, was angesichts derartiger „Anomalien“ zu tun ist. Je nachdem, wie man „psychische Störung“ *konzipiert* (wobei „Störung“ bereits einen „Defekt“ suggeriert), wird der Aufforderungscharakter ein anderer: Interpretierte man das Vorliegen einer psychischen Störung als (im weiteren Sinne) „Notlage“/Leiden eines Menschen (oder der Gesellschaft), bestünde – so könnte man jedenfalls argumentieren – schon nach dem Fürsorgeprinzip grundsätzlich die Pflicht, Hilfe zu leisten, den Schaden zu beheben, das heißt den

Betroffenen zu heilen (bzw. gar die Pflicht des Betroffenen, sich heilen zu lassen). Wenn es indessen lediglich eine (mehr oder weniger ungewöhnliche) Variation der Psyche bezeichnete, ließe das ein neutraleres oder gar positives Verständnis zu, das zu Akzeptanz und Respekt ermunterte. – „Das Seelenleben als Ganzes variiert bis zum Reichtum der Entwicklung großer Menschen“.

Varianz also als Option auf Wohl-Stand oder als Gefährdung durch einen Missstand? Es bräuchte vielleicht weder Jaspers noch Nietzsche, sondern nur einen Blick auf unsere Vergangenheit oder auf „Star Trek“, um die Tragweite dieser Entscheidung zu erkennen. Der Vortrag möchte diesbezüglich sensibilisieren und zur Diskussion anregen.

3b Das Dispositiv der Autonomie und das psychiatrische Feld

A. Pillen

Alexianer GmbH, Institut für Fort- und Weiterbildung, Berlin

Bereich: Grenzen der Patientenautonomie in der Psychiatrie

In der Psychiatrie und in der psychotherapeutischen Praxis ist in den letzten Dekaden ein Wandel des Krankheitsspektrums zu beobachten. Die alte Psychiatrie war vorwiegend von psychotischen Patienten bevölkert, die psychotherapeutische Praxis wurde vor allem von Neurotikern in Anspruch genommen. Demgegenüber nehmen in den letzten Jahrzehnten in beiden Versorgungsbereichen die Fälle von Depressionen und schweren Persönlichkeitsstörungen, vor allem vom Typus der Borderline-Störung, spürbar zu.

Das vermehrte Auftreten dieser Störungsbilder kann auf plausible Weise mit Veränderungen im normativen Gefüge der westlichen Gesellschaften in Zusammenhang gebracht werden (vgl. Alain Ehrenberg). Das vormals vorherrschende Dispositiv der Disziplin wurde in den letzten Dekaden vom Dispositiv der Autonomie abgelöst. Bei den genannten Störungen handelt es sich, jeweils auf andere Weise, um ein Scheitern an den mit der Autonomie verknüpften normativen Erwartungen. So wird die Autonomie, im Lichte der Depression betrachtet, nicht als erstrebenswerter Zustand, sondern als überfordernder Zwang wahrgenommen. Dabei wird deutlich, dass die

Autonomie sich unter bestimmten Umständen und in einigen Lebenssituationen in das Gegenteil von dem umkehren kann, was sie ihrem Selbstverständnis nach sein will.

Das psychiatrische Feld ist in besonderem Maße dazu geeignet, als Ausgangspunkt für eine kritische Reflexion des Autonomiebegriffs zu dienen, denn nach wie vor ist die Psychiatrie nicht nur eine Einrichtung gesundheitlicher Versorgung bei psychischen Problemen, sondern auch eine Institution der Grenzziehung unserer Gesellschaft gegenüber dem, was sie als Bedrohung für ihr normatives Gefüge wahrnimmt (vgl. Michel Foucault).

Das Ziel dieser Reflexion besteht darin, die Grenzen und die Gefahren einer unkritischen Verabsolutierung des Begriffs der Autonomie aufzuzeigen. Das massenhafte Auftreten der Phänomene der Depression und der Borderline-Störung in den westlichen Gesellschaften verweist auf eine dem Konzept der Autonomie innewohnenden Tragik, die nicht ausgeblendet werden darf, wenn der ethische Diskurs diesen Begriff als zentralen Orientierungspunkt erhalten will.

3c Ethik und Psychotechnik

Die psychophysiologische Einheit als medizinethische Leitkategorie in der Sowjetunion und DDR

I. Polianski

Universität Ulm

Das Verhältnis von Ethik und Psyche im Problemhorizont der Medizin gilt gemeinhin als eine Domäne der Ethik der Psychiatrie und ihrer Nachdisziplinen. Welcher systematische Ort und Stellenwert kommt der Konzeptualisierung der menschlichen Psyche aber im Rahmen der allgemeinen Medizinethik zu? Aus medizinhistorischer Sicht weist diese Konzeptualisierung jedenfalls über die Sonderprobleme einzelner Fächer hinaus. Mit der Einbeziehung psychischer Vorgänge ins Paradigma der Biomedizin avancierten diese – so die Ausgangsthese dieses Vortrages – auch bei der Herausbildung der ärztlichen Standesethik insgesamt zu einer wichtigen Referenzgröße. Konnte die asymmetrische Arzt-Patient-Beziehung im 19. Jahrhundert über eine Dichotomie von Laien und Experten legitimiert werden, wurde sie im frühen 20. Jahrhundert mithilfe von „psychosomati-

schen“ Modellen weiter verfestigt: Der in seiner Autonomie *per se* beeinträchtigte Kranke galt demnach als ein zu bevormundendes Mangelwesen. Spielte diese Denkfigur in der späteren Bundesrepublik jedoch keine erstrangige Rolle mehr, rückte sie im medizinethischen Diskurs der Sowjetunion und DDR in den Mittelpunkt. Der Vortrag rekonstruiert diese Entwicklung. Unmittelbar nach der Oktoberrevolution 1917 wurde in Sowjetrußland die Arztethik als ein adelig-bürgerliches Benimmkodex gebrandmarkt, welches lediglich den korporativen Gruppenegoismus der autarken „Äskulapenkaste“ verschleiern würde. Während die bolschewistischen Machthaber versuchten, die professionelle Souveränität der Ärzte abzuschaffen, kam in egalitärer Atmosphäre der frühen Räterepublik eine gegen den ärztlichen Paternalismus gerichtete Laienkritik auf, die Mitte der 1920er Jahre sogar in massenhaften Ausschreitungen gegen die Ärzte mündete. Unter diesen schwierigen Ausgangsbedingungen war es der russischen Ärzteschaft dennoch gelungen, ihren Sonderstatus der „Halbgötter in Weiß“ beizubehalten und sogar auszubauen. Wesentlich dazu beigetragen hat das medizinethische Konzept der „sowjetischen Deontologie“, welches auf der Psychotechnik und neurophysiologischen Lehren Pavlovs gründete. Unter dem Label des „therapeutischen Heilenschutzregimes“ rückte damit in den 1950er Jahren die Patientenpsyche ins Zentrum medizinethischer Regularien der Sowjetunion und DDR.

4 Person und Persönlichkeit angesichts der tiefen Hirnstimulation – Philosophische und ethische Aspekte von Charakterveränderungen durch medizinische Interventionen im Gehirn (Workshop)

K. Brukamp, A. Manzeschke, K. Witt, H. Krug

Die tiefe Hirnstimulation (THS) ist ein Therapieverfahren, bei dem stereotaktisch Elektroden in das zentrale Nervensystem eingebracht werden, über die eine gezielte elektrische Stimulation neuronaler Aktivität bestimmter Kerngebiete vorgenommen wird. Die Elektroden sind über ein Kabel mit einem subkutan implantierten Impuls- und Batteriegerät verbunden, deren Aufbau ei-

nem Herzschrittmacher ähnelt, so dass sich informell auch die Bezeichnung Hirnschrittmacher durchgesetzt hat.

Zu den etablierten neurologischen Indikationen zählen das idiopathische Parkinson-Syndrom, der essentielle Tremor und die generalisierte Dystonie. Zusätzlich werden zunehmend weitere neurologische und psychiatrische Krankheiten wie Tremor bei multipler Sklerose, Zwangsstörungen und Depressionen behandelt. Die Therapie ist seit mehr als 20 Jahren im klinischen Einsatz und wurde weltweit bereits bei über 70.000 Patienten verwandt. Neben sogenannten somatischen Nebenwirkungen wie Blutungen, Infektionen, Dyslokationen und Batteriefehlfunktionen können, insbesondere bei der Stimulation des Nucleus subthalamicus (STN), bereits innerhalb von Sekunden und Minuten, aber auch über Jahre hinweg, psychische Wirkungen auftreten, die oftmals als psychopathologisch eingeschätzt werden und unerwünscht sind. Hierzu gehören Suizidalität, manische Symptome, Depressivität, kognitive Störungen, Kauf- und Spielsucht, die mit einem Verlust der Einwilligungsfähigkeit verbunden sein können.

Die Charakterveränderungen infolge der THS als Therapie ziehen eine Reihe von ethischen Fragestellungen nach sich:

1. Nach welchen *Kriterien* können die Veränderungen des persönlichen Verhaltens und Erlebens infolge einer Therapie mit Implantation von Technik grundsätzlich beurteilt werden?
2. Im Rahmen des medizinethischen Prinzips des Respekts vor der Patientenautonomie soll der Patient *Therapieentscheidungen* treffen. Zu welchem Zeitpunkt, also vor der Therapie oder nach möglichen Charakterveränderungen infolge der Stimulation, ist der Patient in der Lage, welche Entscheidungen treffen?
3. Daraus ergibt sich die Frage, ob und mit welcher Reichweite *Patienten-Voraussetzungen* im Sinne von sogenannten Odysseus-Testamenten, in Analogie zu Patientenverfügungen, als wirksam betrachtet werden sollten, die bereits vor der Stimulation verfasst wurden, aber nach Charakterveränderungen durch THS vom Patienten abgelehnt werden.
4. Welches sind angemessene Formen der *Aufklärung* angesichts der Probleme, dass keine gesicherten Voraussagen über das Auftreten von Charakterveränderungen gemacht werden kön-

nen und solche Charakterveränderungen für Patienten schwer vorstellbar sind?

5. Welche Kriterien garantieren aus philosophischer Perspektive die *personale Identität* des Patienten oder eben nicht?

6. Anthropologisch und psychologisch ist zu fragen, inwiefern die Implantation von Technologie Patienten aufgrund der Mensch-Technik-Kopplung in ihrem Selbstverhältnis verändert und dadurch ihr *Selbstbild* so in Frage stellen kann, dass eine Krankheits- und Therapieverarbeitung erschwert wird oder sie in ihrem Erleben gar zu Mensch-Maschine-Hybriden, Cyborgs oder Zombies werden.

Der Workshop hat die Zielsetzung, die medizinischen Grundlagen und die ethisch-anthropologischen Problemstellungen der THS innerhalb der Fachöffentlichkeit bekannt zu machen und zu diskutieren. Die Charakterveränderungen nach THS stellen paradigmatische Fälle für Veränderungen der personalen Identität von Patienten dar, anhand derer medizinethische Aspekte von Autonomie, Aufklärung, Entscheidungsfreiheit, Einwilligungsfähigkeit und Patienten-Voraussetzungen in der Medizin im Allgemeinen und in der Psychiatrie im Besonderen exemplarisch thematisiert werden können.

Beiträge:

1. Medizinische Grundlagen der tiefen Hirnstimulation: Wirkungen, Risiken und ihre Bedeutung für den einzelnen Patienten
H. Krug
2. Anthropologische Implikationen der Debatte und ihre ethischen Konsequenzen
A. Manzeschke
3. Empfehlungen zu Patientenevaluation und Aufklärung für die klinische Praxis: Konsequenzen aus den theoretischen Begriffen Person, Persönlichkeit und Identität
K. Brukamp
4. Ich will so bleiben, wie ich bin! – Tiefe Hirnstimulation und Odysseus-Patientenverträge
K. Witt

5 Ethische Dimensionen der therapeutischen Versorgung

5a Akutpsychiatrie mit offenen Türen? Eine ethische Analyse

R. J. Jox

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Fragestellung: Die Behandlung auf einer akutpsychiatrischen Station ist oft mit einem Freiheitsentzug verbunden, da die Türen und Fenster verriegelt sind und ggf. auch körperliche Fixierungen durchgeführt werden. Diese kustodiale Praxis wird mit der Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung begründet. Ist diese Praxis ethisch gerechtfertigt und welche empirische Evidenz gibt es dafür?

Methodik: Zunächst wird mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und PsychInfo nach empirischen Studien gesucht, welche die Effekte der „Closed-door“- bzw. „Open-door“-Psychiatrie untersuchten. Auf dieser Basis werden normative Argumente für und gegen die bisherige Praxis identifiziert und abgewogen. In einem dritten Schritt werden alternative Modelle vorgestellt.

Ergebnisse: Methodisch hochwertige Studien, insbesondere randomisiert-kontrollierte Studien, gibt es nur wenige. Insgesamt zeigen ländervergleichende Prävalenzstudien enorme Unterschiede in der Häufigkeit des Freiheitsentzugs. Die vorhandenen Studien zur Wirkung des Freiheitsentzugs lassen keine positiven Effekte auf das Wohlergehen des Patienten oder den Schutz Anderer erkennen. Im Gegenteil deuten manche Untersuchungen darauf hin, dass eine „Open-door“-Praxis mit entsprechender Kompensation durch kommunikative und therapeutische Maßnahmen sogar mit weniger Aggression und Gewalt, weniger Stigmatisierung und besseren Therapieergebnissen verbunden ist. Unter ethischer Betrachtung muss ein kategorialer Unterschied zwischen dem paternalistisch motivierten Freiheitsentzug bei Selbstgefährdung und dem sozial-ethisch begründeten bei Fremdgefährdung gemacht werden. Zudem muss differenziert werden zwischen einem Freiheitsentzug nach erfolg-

ter Selbst- oder Fremdschädigung und einem rein präemptiven Vorgehen. Alternative Modelle sind zu bevorzugen, wenn sie statt der Abriegelung einer ganzen Station oder Klinik am individuellen Patienten ansetzen, z.B. in Form einer individuellen Pharmakotherapie (in begründeten Einzelfällen auch gegen den natürlichen Willen) oder individueller Überwachungsmaßnahmen. Vor dem Freiheitsentzug als ultima ratio sollte eine Eskalationsleiter weniger eingreifender Maßnahmen stehen, etwa Shared decision making, schriftliche Absprachen oder Begleitungen.

Schlussfolgerung: Es gibt gute ethische Argumente, die Praxis der geschlossenen psychiatrischen Akutstation zu überdenken, gerade im Kontext einer aktuell im Fluss befindlichen Rechtslage.

5b Grenzen der Patientenautonomie in der Psychiatrie am Beispiel der Behandlung therapieresistenter Depression mittels der Tiefenhirnstimulation

F. Krause

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, WWU Münster

Fragestellung: Gegenwärtiges Ziel medizinischer Forschung ist es, die Tiefenhirnstimulation als Behandlungsmethode gegen therapieresistente Depression in der Psychiatrie zu etablieren. Dabei stellt sich die Frage nach der Autonomie der erkrankten Personen, denn sie müssen mit dem Organ eine autonome Entscheidung fällen, in dem technisch eingegriffen wird. Zugleich kann die Autonomie bereits durch die depressive Erkrankung begrenzt sein. Es stellt sich also die Frage, ob eine Selbstbestimmung in diesem Fall möglich ist.

Methodik: Zuerst ist die Tiefenhirnstimulation als neue Methode für die Behandlung therapieresistenter Depression kurz zu erklären und ihre Konnotation zum Problem der Autonomie herzustellen. Die ethischen Probleme sollen anschließend erläutert werden:

- (1) Ist die Spannung zwischen der Notwendigkeit, die THS-Behandlung als letzte Möglichkeit der Heilung annehmen zu müssen, und dem autonomen Wunsch, wieder gesund werden zu wollen, zu lösen?
- (2) Reichen die klassischen Kriterien einer selbstbestimmten Entscheidung – (1) Ent-

scheidungsfähigkeit / -kompetenz, (2) ausreichende Informiertheit, (3) Entscheidung ohne äußere Zwänge – aus, um eine der Sachlage angemessenen Antwort zu geben?

- (3) Inwieweit sind paternalistische Eingriffe des behandelnden Personals zu befürchten bzw. wünschenswert, um die Autonomie der Patientinnen / Patienten zu stärken?
- (4) Welches Autonomie-Modell wäre als Grundlage hilfreich: „actual autonomy“ oder „relational autonomy“?

Abschließend werden Orientierungen für den zukünftigen Umgang hinsichtlich der Fragestellung dieses Beitrags vorgetragen.

Ergebnis: Die Spannung zwischen autonomer Entscheidung und Notwendigkeit der Behandlung lässt sich derzeit nicht aufheben, da die gegenwärtigen Autonomie-Kriterien nicht ausreichen, um eine angemessene Antwort zu finden. Das Konzept der „relational autonomy“ erscheint sinnvoll, da die erkrankten Personen aufgrund ihrer Erkrankung in ihrer Autonomie eingeschränkt und somit auf die Unterstützung der interagierenden Personen angewiesen sind, um den eigenen Willen größtmöglichen Ausdruck zu verschaffen. Da das typische Arzt-Patienten-Verhältnis auf ein Dreier-Verhältnis (Patient-Neurochirurg-Psychiater) erweitert wird, ist dieses ebenso neu zu überdenken, um die Autonomie der Patientinnen und Patienten zu stärken und um zu paternalistische Eingriffe zu vermeiden.

5c Gedächtnis-Manipulation durch Medikamente: Evidenz, ethische und gesellschaftliche Aspekte

K. Kühlmeyer

Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Das gezielte Löschen von belastenden Erinnerungen ist ebenso wenig möglich wie das Einpflanzen von Erinnerungen. Es wurde jedoch eine Abschwächung des emotionalen Gehalts von Erinnerungen durch die Verabreichung von Medikamenten (z.B. Propanolol oder Hydrocortison) festgestellt. Propanolol wurde in einer Pilotstudie zur Sekundärprävention der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) eingesetzt. Die

Symptombelastung war nach einem Monat geringer, wenn die Substanz zeitnah (innerhalb von 6 Stunden) auf das potentiell traumatischen Ereignis verabreicht wurde. Es wurden Bedenken laut, dass ein Abschwächen des emotionalen Gehalts einer Erinnerung auch das Vergessen der Erfahrung erleichtert, was Konsequenzen für (1) die Identität des Patienten, (2) den Therapeutischen Prozess und (3) den gesellschaftlichen Umgang mit Gewaltverbrechen hat. Damit stellt sich die Frage, inwiefern es ethisch vertretbar ist, Medikamente einzusetzen, um den emotionalen Gehalt von Erinnerungen zu verringern.

Zuerst werden verschiedene Anwendungsmöglichkeiten der Gedächtnis-Manipulation anhand von Szenarien vorgestellt: 1a) Prävention einer PTBS im klinischen Alltag, 1b) Prävention einer PTBS im militärischen Kontext; 2) Prävention intrusiver Erinnerungen an belastende Ereignisse, die nicht das Vollbild einer PTBS erfüllen z.B. komplexe Trauerreaktionen, 3) Abschwächen der Erinnerung an unangenehme Ereignisse, z.B. Versagen oder Blamage. Dann wird in einem systematischen Review analysiert, welche Evidenz für die Wirksamkeit des Einsatzes von Substanzen zur Verringerung des emotionalen Gehalts von Erinnerungen vorliegt, welchen Nutzen und welche Schadenspotentiale ein Medikamenten zum „emotionalen Betäuben“ von Erinnerungen für den Patienten haben könnte. Dabei wird nicht nur auf die unmittelbare Schädigung durch potentielle Nebenwirkungen, sondern auch auf die Bedeutung des Eingriffs für die menschliche Identität und die gesellschaftlichen Konsequenzen eingegangen.

Dann werden Möglichkeiten und Barrieren zur Berücksichtigung der Patientenautonomie, beispielsweise durch Einschränkungen der Durchführbarkeit des informed consent in akuten Belastungssituationen, diskutiert. Zuletzt wird auf Ansprüche Dritter eingegangen, wie etwa das vom President's Council on Bioethics vorgebrachte Argument, Menschen, die Opfer von Gewaltverbrechen, Diktaturen oder Kriege waren, hätten eine gesellschaftlichen Verpflichtung zur Erinnerung.

6 Lebensvollzug und Lebensende

6a Psychische Gesundheit vor dem Hintergrund einer kritischen Metaphysik menschlicher Lebensvollzüge

B. Sydow

DFG-Graduiertenkolleg „Bioethik“

Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) Eberhard Karls Universität Tübingen

Im Rahmen einer Ethik der Psyche spielt das Verständnis menschlicher Lebensvollzüge eine grundlegende Rolle, weil im Gelingen dieser Vollzüge psychische Gesundheit zum Ausdruck kommt. In meinem Beitrag möchte ich ein philosophisches Vorgehen zur Entwicklung dieses Verständnisses, das ich in Anlehnung an Strawson als kritische Metaphysik bezeichne, darstellen und verteidigen.

Die gängige Methode der philosophischen Untersuchung menschlicher Lebensvollzüge zielt darauf, diese als Zusammenwirken einer Vielheit von Komponenten zu konzipieren. Die Psyche und ihre Teile sind danach eigenständige (funktionale) Bestandteile im Zusammenspiel des menschlichen Vollzugs. Im Unterschied dazu fragt die kritische Metaphysik, der Autoren wie John McDowell oder Michael Thompson folgen, danach, wie menschliche Lebensvollzüge als Wendung im Bereich der lebendigen Vollzüge zu verstehen sind, die selbst nur als eine besondere Möglichkeit körperlichen Verhaltens erläutert werden dürfen. Nach dieser Methode ist es nicht zulässig, ein neues Element wie beispielsweise die Fähigkeit des Denkens einfach einzuführen, um zum Begriff des menschlichen Handelns zu gelangen. Vielmehr muss gezeigt werden, wie man von einem körperlichen Wesen überhaupt sagen kann, dass es denkt und dass sein Verhalten sich nach seinem Denken richtet. Für den üblichen Weg spricht, dass er unserer zergliedernden wissenschaftlichen Grundhaltung entspricht, nach der ein Phänomen erklärt ist, wenn wir das Zusammenwirken seiner Bestandteile durchschaut haben. Dabei müssen wir aber von gegebenen und als gelingend

angesehenen menschlichen Lebensvollzügen ausgehen, um zu erforschen, welche geistigen und körperlichen Vermögen daran beteiligt sind, also einen Maßstab bereits voraussetzen, auf dessen Grundlage sich gelingende von misslingenden menschlichen Lebensvollzügen abgrenzen lassen. Dagegen lässt sich die Methode der kritischen Metaphysik so verstehen, dass nach dem richtigen Verständnis dieses Gelingens erst gefragt wird, weil menschliches Leben als eigenständige Möglichkeit der körperlichen und lebendigen Wirklichkeit erst noch zu rekonstruieren ist; sie eröffnet damit die Chance, Konzeptionen psychischer Gesundheit intersubjektiver Überprüfung zugänglich zu machen.

6b Elemente einer Ethik der Psychotherapie unheilbar Kranker

*F. Schulz-Kindermann(✉), K. Woellert
Institut und Poliklinik für Medizinische
Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf*

Im Fokus des Beitrags steht die psychotherapeutische Beziehung zu Todkranken und Sterbenden. Besonders im Feld der Psychoonkologie ergeben sich therapeutische Begegnungen, die besondere Anforderungen an diese Beziehung stellen: Derjenige, der dem Tod tatsächlich ins Auge blickt, begegnet demjenigen, der ihm dabei professionell zur Seite stehen will. Elemente dieser Situation sind nur rudimentär mit Begriffen aus der empirischen Psychotherapieforschung zu beschreiben. Eine Methodik zur ethischen Reflektion dieser Grenzsituation fehlt weitgehend.

Wenn wir mit Menschen an der Schwelle ihres Todes stehen, verlässt sich der Andere unbedingt auf unser Beziehungsangebot und weiß gleichzeitig, dass diese Beziehung existenziell infrage gestellt ist. Drohender Hoffnungs- und Sinnlosigkeit angesichts von Endlichkeit können beide im gemeinsamen Narrativ begegnen, aus dem Sinn-Geschichten, Sinnfindung entstehen kann.

Gaetano Benedetti fordert „Begegnung mit dem Kranken als existenzielle Herausforderung der gesamten Person“. Diese Forderung könnte aber vom Gegenüber und dessen Anspruch ablenken. Klaus Dörner verweist auf Emanuel Levinas und erkennt die Verwirklichung von Würde in der „Unendlichkeit des Abstands“ zwischen mir und

dem anderen. Für Levinas ergibt sich gerade angesichts des Skandalons des Todes der Anspruch des Sterbenden so radikal, dass er das Denken transzendiert. Diese Erfahrung gibt der Idee des Unendlichen Raums, die als Gespür (Eugen Baer) oder als Pathos (Bernhard Waldenfels) ins Denken einfällt. In seiner Radikalität suspendiert dieser Anspruch das Wollen des Therapeuten, der sich in seiner Verantwortlichkeit dem Patienten gegenüber ent-eignet.

Anhand klinischer Fallbeispiele aus der psychoonkologischen Spezialambulanz für Patienten und ihre Angehörigen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wollen wir dieser Spur in Form einer interdisziplinären dialogischen Reflektion folgen mit dem Ziel, Ansatzpunkte für eine Ethik der Psychotherapie unheilbar Kranker zu identifizieren.

6c Über aktuelle Kontroversen um das Hirntod-Kriterium zu einer Ethik des Tötungsverbots

*Julia Engels
Universität Potsdam*

Ausgangspunkt meines Vortrags ist die Wiederaufnahme der Hirntod-Debatte, die seit dem Bericht „Controversies in the Determination of Death“ des President’s Council on Bioethics auch in Deutschland erneut angestoßen wurde. Ich möchte die Überlegungen meines Vortrags unter das Konditional stellen, was es für die Praxis der Transplantation bedeutet, wenn die Zweifel am Hirntodkriterium berechtigt sind. Das philosophische Problem besteht m.E. darin, dass die Entnahme lebenswichtiger Organe bei hirntoten, aber noch nicht toten Patienten bedeutet, diese zu töten. Die Tötung von Menschen ist jedoch (mit wenigen Ausnahmen) moralisch verboten. Um dieser Herausforderung zu begegnen, untersuche ich zunächst verschiedene Begründungsansätze für ein grundsätzliches Tötungsverbot. Diese kritische Analyse zeigt, dass diverse Begründungskonzepte des Tötungsverbots den Handlungsakt „Töten“ auf so unterschiedliche Weise verwenden, dass deutlich wird, dass sie im Grunde ganz unterschiedliche Handlungen meinen und beurteilen. Gemeinsam ist all diesen Handlungen zwar, dass sie zum Tod eines Menschen führen; der moralische Gehalt dieser Handlungen jedoch ist nicht immer gleich, auch wenn durch die Verwendung des gleichen sprachlichen Be-

griffs dies suggeriert wird. Eine differenzierte Analyse des Begriffs „Töten“ erfordert demnach die Einbeziehung des jeweiligen Handlungskontexts. Es zeigt sich, dass die moralische Beurteilung eines Tötungsakts abhängig ist von dem Zustand, in dem sich eine Person befindet. Zentrale Kriterien, so meine These, für die Bewertung eines Zustands einer Person sind nicht ihr am Leben sein, sondern vielmehr die Frage, welcher Umgang ihre Würde missachtet oder respektiert. Übertragen auf die Situation hirntoter Menschen lautet dann meine These, dass diese sich in einem Zustand befinden, in dem eine Organentnahme unter bestimmten Bedingungen zwar deskriptiv bedeutet, ihr Leben zu beenden, moralisch aber deswegen nicht verboten ist, da sie ihnen weder schadet, noch ihre Würde verletzt oder missachtet. Auf diese Weise kann die Praxis der Transplantation unabhängig vom Hirntodkriterium als Todeskriterium des Menschen moralisch gerechtfertigt sein.

7 Ethik, Psychiatrie und Krankenhausseelsorge (Workshop)

R. Albrecht, F.-S. Ehlert, H. Emmermann, C. Schoberth

Einführung

R. Albrecht

In 28 Hamburger Krankenhäusern arbeiten evangelische Pastorinnen und Pastoren als Krankenhausseelsorger. Seit 1998 gibt es dafür die organisatorische Struktur des Kirchenkreisverbandes Hamburg (KKVHH). Neben der beruflichen Qualifizierung für seelsorgerliche Kompetenz nimmt die Beschäftigung mit ethischen Fragestellungen einen zunehmenden Raum ein. Für eine Integration ethischer Kenntnisse in das seelsorgerliche Berufsbild wurde im Januar 2012 im Rahmen des KKVHH die Arbeitsstelle Ethik im Gesundheitswesen eingerichtet.

Krankhausseelsorger sind in unterschiedlichen Strukturfeldern mit psychiatrisch erkrankten Patienten befasst, deren Ausübung ihrer Autonomie krankheitsbedingten Beschränkungen unterliegt. Ethische Fragestellungen sind in allen seelsorgerlichen Interventionen zu berücksichtigen. In diesem Beitrag geht es darum, das Dreieck Ethik, Psychiatrie und Krankenhausseelsorge anhand

unterschiedlicher Arbeitsfelder und seelsorgerlicher Ausrichtungen auszuleuchten. Das bisher wenig beschriebene und methodisch untersuchte Gebiet der Ethik in der Psychiatrieseelsorge soll anhand von Fallbeispielen in den Ethik-Diskurs einbezogen werden. (Vgl. Gwendolin Wanderer, Ethik in der Psychiatrieseelsorge, 2009). Das von Giovanni Maio (Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin, 2012) hinsichtlich der nötigen Unterstützungen zur Wahrung der Autonomie psychisch kranker Menschen formulierte Postulat, dass die gesamte Gesellschaft dafür verantwortlich sei, wird aus der Perspektive der Krankenhausseelsorge reflektiert. Wo liegen deren spezifische Möglichkeiten, gemeinsam mit den anderen Professionellen, das Recht von Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung unter Einschränkungen leiden, auf Beachtung ihrer Selbstbestimmung zu fördern? Welchen Beitrag kann Krankenhausseelsorge zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Ethik und Psychiatrie leisten?

Ethik und die Realität des Lebens: Ein pastoralpsychologischer Beitrag zur Ethikberatung

F.S. Ehlert

Der Umgang mit der Realität ist Teil der Ethikberatung. Man kann die Realität auch als die Wahrheit bezeichnen. Wie können die Beteiligten sich ihr angemessen annähern? In diesem Beitrag soll ein Prozess zwischen zwei Polen beschrieben werden: Einerseits ist die nackte Realität ebenso wie die nackte Wahrheit kaum zu ertragen. Deshalb wird Realität immer wieder abgewehrt. Das stabilisiert zwar die seelischen Kräfte, kann sich aber als Illusion erweisen. Andererseits verlangt die Wahrheit ihr eigenes Recht. Eine Behandlungsentscheidung, in der alle Beteiligten in (unausgesprochener) Übereinkunft die Realität nicht wahrhaben wollen, wird in der Praxis nicht bestehen können. In dem diesen Ausführungen zugrunde liegenden pastoralpsychologischen Ansatz wird ein psychoanalytisches Verständnis von Realität, Wahrheit und Abwehr auf die Ethikberatung angewandt, das in jüngerer Zeit durch Psychoanalytiker wie Carl Nedelmann, Leon Wurmser, Ilse Gubrich-Simitis u.a. formuliert worden ist.

Dieser Ansatz wird für die Rolle von Seelsorgenden in der Ethikberatung nutzbar gemacht. Deren Aufgabe wird darin gesehen, die Annäherungs-

prozesse an die Realität zwischen Abwehr und Geltendmachen der Realität bzw. der Wahrheit zu moderieren und diesen angemessenen Raum und Verständnis zur Verfügung zu stellen. Die theoretischen Überlegungen werden anhand von Fallvignetten illustriert.

Selbstbestimmung in der Sozialpsychiatrie

H. Emmermann

Dieser Beitrag reflektiert anhand eines exemplarischen Falls aus dem Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie die ethischen Aspekte hinsichtlich der Selbstbestimmung von psychisch langzeiterkrankten Menschen. Die hier vorzustellenden Erwägungen ergeben sich aus meiner Tätigkeit als Seelsorgerin in einer Hamburger Stiftung, in der Menschen mit psychiatrischer Diagnose stationär oder ambulant in unterschiedlichem Umfang betreut werden.

Fall: Herr M. hat seit mehreren Jahren wiederholt Psychosen, teilweise auch mit aggressiven Anteilen inklusive tätlicher Übergriffe. Es wird daher überlegt, entgegen seinem dezidiert geäußerten Willen, eine gesetzliche Betreuung einzurichten. In den regelmäßig stattfindenden Seelsorgegesprächen artikuliert Herr M., dass er in seinem Glauben eine große Ressource und einen Ruhepol sieht. In der Bewältigung seines Alltags gelingt es ihm allerdings nicht, sicher auf diese Ressource zurückzugreifen.

Folgende ethische Problemstellungen sollen erörtert werden: Wie kann die Gratwanderung zwischen dem nötigen Schutz der Klienten vor sich selbst und dem Recht auf Eigenbestimmtheit aussehen? Verabredete Kontrakte unterliegen zugleich der Einschränkung durch die jeweilige Erkrankung. Haben psychisch langzeiterkrankte Klienten in ihrer Wahrnehmung Einfluss auf die Wahl ihres Betreuers und auf die Betreuungsform? Kann der christliche Glaube Selbstbestimmung behindern oder zu deren Wahrung beitragen? Welche Komponenten impliziert eine seelsorgerliche Begleitung dieses Mannes?

Bilder von Himmel und Hölle, Gott und Teufel – Wahn oder religiöse Botschaft?

C. Schoberth

Seelsorgern, die in psychiatrischen Abteilungen tätig sind, begegnet nicht selten die therapeutisch begründete Skepsis und Befürchtung, dass bei Patienten durch das Eingehen auf ihre beson-

deren Bild- oder Stimmenwahrnehmungen, die oft religiöse Inhalte haben, deren Psychose verstärkt werden könnte. Von den behandelnden Ärzten und Therapeuten werden üblicherweise Wahrnehmungen religiösen Erlebens als wahnhaftige Inhalte eingeschätzt und behandelt. Patienten berichten, dass sie von der Dichte bzw. Fülle solcher Seelenerlebnisse belastet werden und ihnen verordnete Medikation Erleichterung verschafft.

Als Seelsorger mache ich in der Begegnung mit solchen Patienten die Erfahrung, dass mein Eingehen auf ihre Erlebnisebene, ergänzend zu ihrer medikamentösen, gesprächstherapeutischen und psychoedukativen Behandlung, von ihnen als entlastend und das Blickfeld erweiternd erlebt wird und nicht – wie gelegentlich befürchtet – ihre Psychose dadurch verstärkt wird. Die religiösen Vorstellungen sind als ihre innere Wirklichkeit und als ihr besonderes Erleben zu achten, die ein Ausdruck ihrer persönlichen Autonomie sind. Der Maßstab zur Beurteilung dürfen nicht allein Vernunft und Wirklichkeitsbeurteilung der Behandler sein. Seelsorge kann den Patienten dabei behilflich sein, die emotionalen Botschaften ihrer Wahrnehmungen zu ergründen. In der Wertschätzung ihres religiösen Empfindens, das als innere Ressource betrachtet werden sollte, können Patienten zusätzlich in ihrer Würde gestärkt und mit ihrem je besonderen Erleben ernst genommen werden. Die Achtung dieses besonderen Erlebens erscheint mir als ethische Haltung und als Ergänzung zum Behandlungsprozess wichtig.

Ethische Fragen der Gerontopsychiatrie

8a Autonomie und Fürsorge in der Gerontopsychiatrie

T. Reuster

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, TU Dresden; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Städt. Klinikum Görlitz

Die Alterspsychiatrie konfrontiert durch ihr spezielles Problemprofil mit einer besonderen Konstellation und Dichte – keinesfalls mit Besonderheiten – ethischer Fragen.

Im Zentrum des Referates steht zum einen das medizinethische Prinzip des Respektes vor der Autonomie des Patienten. Bei fortschreitender kognitiver Einschränkung geraten die normative und naturalistische Gültigkeit dieses Prinzips in einen zunehmenden Widerspruch. Forderungen der Care-Ethik nach restitutiven und kompensatorischen Strategien von Medizin und Pflege, um Defizite der Aktualisierung von Autonomie auszugleichen, werden angesprochen. Auf Gefahren, die sich durch eine Verengung des Personbegriffes für die humane Würde des gerontopsychiatrischen Patienten ergeben können, wird ebenso hingewiesen wie auf solche, die sich durch eine Vernachlässigung von Tugenden der Betreuenden wie Sorge oder Selbstlosigkeit ergeben.

Zum ändern greift gerade in der Gerontopsychiatrie das klassische Fürsorge-Prinzip. Es ist im Rahmen eines schwachen Paternalismus medizinethisch geboten, doch muss die Gefahr seiner impliziten Auswirkungen auf Einschränkungen der Privatheit und die Erosion der Selbstbestimmung kontrolliert werden. Hilflosigkeit und Abhängigkeit haben die Fähigkeit zu selbstbestimmten Handlungen bereits eingeschränkt. Nicht selten ermöglicht erst eine fürsorglich und relational gestützte Autonomie, dass Patienten ihre Selbstbestimmung wieder in höherem Maße wahrnehmen können.

Die Gerontopsychiatrie als medizinische Disziplin muss diese Aspekte in ihre Praxis und ihr Selbstverständnis stärker integrieren. Andererseits sind Kernpunkte autonomer Entscheidungen am Lebensende bzw. deren Substitute (z.B. Patientenverfügung) in die ärztliche Behandlung einzubeziehen. Dies gilt auch für Empfehlungen an die Weiterbehandler oder Pflegeheime. Hier sind sogenannte medizinethische Überleitbögen eine interessante Neuerung.

8b Ärztlich assistierter Suizid bei beginnender Demenz. Eine medizinethische Analyse des Problemfelds Patientenselbstbestimmung

J. Gather (✉), J. Vollmann

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum Bochum

Der ärztlich assistierte Suizid wird in Deutschland seit vielen Jahren sowohl in Fachkreisen als auch

innerhalb der Bevölkerung kontrovers diskutiert. Die Praxis der Suizidbeihilfe in Nachbarländern wie den Niederlanden oder der Schweiz zeigt, dass in der Mehrzahl der Fälle Patienten mit unheilbaren und weit fortgeschrittenen somatischen Erkrankungen um Hilfe bei der Selbsttötung bitten. Suizidbeihilfe wird jedoch auch bei Personen mit psychiatrischen Erkrankungen geleistet.

Wir diskutieren ethische Argumente für und gegen den ärztlich assistierten Suizid bei Patienten mit beginnender Demenz im Hinblick auf das Problemfeld Patientenselbstbestimmung. Die Selbstbestimmungsfähigkeit rückt dabei in den Mittelpunkt, weil sie aus ethischer Sicht eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung einer assistierten Selbsttötung darstellt, im Rahmen der Demenzentwicklung jedoch unweigerlich verloren geht.

Zunächst werden relevante psychiatrische Aspekte dargestellt, wobei insbesondere der Zusammenhang von Demenz und Depressivität aufgezeigt und in seiner Auswirkung auf die Selbstbestimmungsfähigkeit untersucht wird. Danach wird als zentrales Argument für die ärztliche Suizidbeihilfe bei beginnender Demenz der Wunsch des Betroffenen, einer tiefgreifenden Veränderung der Persönlichkeit und einem als würdelos empfundenen Zustand zu entgehen, erörtert und im Kontext der Patientenselbstbestimmung problematisiert. Thematisiert wird dabei u.a. die Gefahr der externen Manipulation des vom Patienten zum Ausdruck gebrachten Willens. Angesichts der mit dem demographischen Wandel verbundenen Zunahme von Demenzkranken könnten sich Betroffene einem sozialen Druck ausgesetzt fühlen, zur Entlastung der Angehörigen oder der Gesellschaft um ärztliche Unterstützung bei der Selbsttötung zu bitten.

Nach einer abschließenden Bewertung der vorgelegten Argumente wird dafür argumentiert, dass die ärztliche Suizidbeihilfe bei noch selbstbestimmungsfähigen Demenzkranken ethisch gerechtfertigt sein kann, sofern bestimmte Voraussetzungen gegeben sind. Neben einer konsequenten Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken wird dabei insbesondere die konzeptuell fundierte, transparente und dokumentierte ärztliche Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit der um Suizidbegleitung bittenden Person eine zentrale Forderung bilden.

8c Das Spektrum ethischer Aspekte in der Demenzversorgung und dessen Berücksichtigung in klinischen Leitlinien

D. Strech (✉), H. Knüppel, G. Neitzke, M. Schmidhuber, M. Mertz

Medizinische Hochschule Hannover, CELLS – Centre für Ethics and Law in the Life Sciences, Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin

Hintergrund: Klinische Leitlinien zur Demenzversorgung bestimmen klinische Standards und professionelles Handeln. Sie zielen damit auf eine Sicherung bzw. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung. Eine explizite und systematische Berücksichtigung von krankheitsspezifischen klinisch-ethischen Aspekte (KETA) ist in den gängigen Methodenmanualen zur Entwicklung von Leitlinien nicht vorgesehen. Offen ist, ob aktuelle nationale Demenzleitlinien dennoch Hilfestellungen für den adäquaten Umgang mit KETA geben.

Methoden: Es wurde eine systematische Literaturrecherche zu KETA in der Demenzversorgung in Medline und Google Books durchgeführt. Durch eine qualitative Themenanalyse der eingeschlossenen Literatur wurde das Spektrum dieser KETA dargestellt. In einer weiteren Literatursuche wurden nationale Demenzleitlinien in Medline und fünf Leitliniendatenbanken recherchiert. Das KETA-Spektrum in der Demenzversorgung wurde als Rahmengerüst verwendet, um deren Berücksichtigung in Demenzleitlinien zu evaluieren.

Ergebnisse: Die systematische Literaturrecherche identifizierte 92 Beiträge. In der qualitativen Auswertung dieser Beiträge wurden insgesamt 57 KETA für die Demenzversorgung ermittelt. Diese wurden sieben Hauptkategorien und verschiedenen Subkategorien zugeordnet. Die Auswertung der 10 identifizierten nationalen Demenzleitlinien ergab eine sehr heterogene Repräsentation von KETA. Wurden KETA explizit berücksichtigt, geschah dies meist in eher allgemeiner Form mit wenigen Praxisempfehlungen. Im Vortrag werden einige der 57 KETA und deren Berücksichtigung in Leitlinien ausschnittsweise vorgestellt. Dabei wird auch das Verfahren zur Erstellung des KETA-Spektrums illustriert.

Diskussion: Auf Grund der großen Bedeutung eines adäquaten Umgangs mit KETA liegt deren Integration in klinischen Leitlinien nahe. Bisher fehlen jedoch evaluierte Methoden, um dies

möglichst systematisch und transparent zu gestalten. Die hier vorgestellten Ergebnisse bilden einen Grundstein für die systematische und transparente Integration von KETA in zukünftige Demenzleitlinien wie die Nationale Versorgungsleitlinie Demenz. Die hier verwendete Methode zur Erstellung eines KETA-Spektrums wird als Ansatz auch für andere Leitlinienprozesse zur Diskussion gestellt. Die Frage, wie ein einzelner KETA in eine Leitlinie systematisch integriert werden kann, wird in einem zweiten eingereichten Vortrag aus der gleichen DFG Projektgruppe behandelt.

9 Selbstbestimmung in der Psychiatrie

9a „Auf schmalen Grat zwischen Autonomie und Bevormundung in der Psychiatrie“ - Anwaltschaftliche Ethik als Baustein einer Psychiatrieethik

G. Wanderer

FB Katholische Theologie, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Psychiatrien als *Orte institutionellen Krankseins* sind, wie andere Gesundheitseinrichtungen auch, von Asymmetrie geprägt. Sind Patienten aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage, Entscheidungen über die eigene Heilbehandlung zu treffen, oder basiert ihr stationärer Aufenthalt auf richterlichem Beschluss, ist diese Asymmetrie umso prekärer. Auch wenn asymmetrische Beziehungskonstellationen unsere Identität immer prägen, so die Kernaussage schwacher im Gegensatz zu starken Autonomiekonzepten, bergen diese insbesondere im Umgang mit besonders vulnerablen Patienten wie psychisch Kranken die Gefahr, dass die Übermacht des anderen dem Schwächeren nicht zum Wohle gereicht, und es zu Ungerechtigkeiten kommt.

Eine zentrale These dieses Beitrags ist, dass eine *moralische Verletzlichkeit* im Hinblick auf die Erfahrung von Ungerechtigkeit von der *Verletzlichkeit* als *conditio humana* abzugrenzen ist. Diese fordert eine andere Form von Unterstützung, als

die durch Schicksal widerfahrene Verletzlichkeit, die beispielsweise auf einer Behinderung basiert. Die Konfrontation mit besonders verletzlichen psychisch kranken Patienten führt – so die These – zu einer expliziten oder impliziten Mandatierung – der Beauftragung des jeweiligen Gegenübers zu fürsprechendem, stellvertretendem oder *anwaltschaftlichem* Handeln. Neben der dabei oft schwierigen Entscheidung, wessen Mandatsübernahme in der jeweiligen Situation tatsächlich moralisch geboten ist, stellen sich weitere Fragen wie jene nach den Kompetenzen des anwaltlich Handelnden im Sinne tugendethisch zu reflektierender Grundhaltungen.

Eine *anwaltschaftliche Ethik*, die als zwischen Anerkennung der Autonomie und Würde und Gerechtigkeit verortete Solidarität zu verstehen ist, vermag sowohl individualethische als auch sozialetische Problemlagen zu reflektieren und so Orientierung für das stellvertretende Handeln zu geben.

Die *anwaltschaftliche Ethik*, die verschiedene ethische Ansätze aus unterschiedlichen Perspektiven – der Erziehungswissenschaften, der Anwaltsethik, der Pflegeethik, der Medizinethik und einer Ethik der Sozialen Arbeit – aufgreift, wird als zentraler Baustein einer auf den multiprofessionellen Raum der Psychiatrie bezogenen *Psychiatrieethik* vorgestellt.

9b Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland

K. Radenbach (✉), A. Simon

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsmedizin Göttingen

Einleitung: Patientenverfügungen sind Dokumente, die zum Ziel haben, medizinische Akutsituationen im Voraus zu regeln, indem schriftlich Modalitäten für Procedere und Behandlung festgelegt werden für Krisenzeiten, in denen die Fähigkeit von Patienten, ihren Willen frei zu äußern, eingeschränkt sein kann. Mit Inkrafttreten des 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetzes ("Patientenverfügungsgesetz") im September 2009 erhielten Patientenverfügungen ein größeres Gewicht. Der Gesetzgeber unterschied hier nicht zwischen Verfügungen von Patienten in Palliativsituationen und solchen von Patienten, die an einer ggf. gut behandelbaren psychischen Erkrankung leiden.

Im Spannungsfeld von rechtlichen Rahmenbedingungen, Patientenautonomie und ärztlicher Fürsorge müssen vor diesem Hintergrund neue Lösungen für psychiatrische Akutsituationen gefunden werden. Es stellt sich die Frage, ob es in diesem Zusammenhang sinnvoll sein kann, s.g. Behandlungsvereinbarungen als Instrument der Willensbekundung im Krisenfall einzusetzen. Bisher gibt es wenige Erkenntnisse zur Anwendungspraxis von Vorausverfügungen in Deutschland. Ziel eines Kooperationsprojekts der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen und der Akademie für Ethik in der Medizin ist es, empirische Grundlagen zur Anwendung von Vorausverfügungen für psychiatrische Akutsituationen zu gewinnen.

Methode: In einem ersten Schritt befragten wir per Fragebogen die ärztlichen Leitungen aller deutschen psychiatrischen Kliniken zur Häufigkeit psychiatrischer Vorausverfügungen und zu ihren Einstellungen und Erfahrungen mit unterschiedlichen Instrumenten der Willensbekundung im Krisenfall. Die Auswertung erfolgte mittels Häufigkeitsauszählung und Kategorienbildung.

Ergebnisse/Diskussion: Diese Bestandsaufnahme ergab u.a., dass Vorausverfügungen im klinischen Alltag wenig verbreitet sind. Die Einstellung der Befragten zu Behandlungsvereinbarungen ist insg. positiv, während spezifisch für psychiatrische Situationen formulierte Patientenverfügungen heterogener beurteilt werden. Im Umgang mit solchen Vorausverfügungen gibt es eine große Unsicherheit. Die Ergebnisse dieser Umfrage werden im Rahmen des Vortrags detailliert vorgestellt und diskutiert. Eine intensiviertere Debatte über psychiatrische Vorausverfügungen ist dringend notwendig. Als Basis dafür sind weitere empirische Daten von essentieller Bedeutung.

9c Selbstbestimmung bei psychischen Störungen und Suizid-Beihilfe-Wunsch

J. F. Spittler

Ruhr-Universität Bochum

Nach Anfrage und Erwerb der Mitgliedschaft in einem Verein mit dem Angebot der Suizid-Beihilfe wurden (derzeit) 156 ärztlich-psychiatrische Gutachten zur Frage der selbstbestimmten Willensbildung und der überzeugenden Nachvollziehbarkeit erstellt. Die 105 Frauen und 51 Männer waren zwischen 25 und 97 Jahre alt

(Mittel: 67±16,8 Jahre). Die Gutachten wurden in 28% nach Kontaktabstimmung von Seiten Dignitas (Schweiz, Deutschland – ausschließlich bei psychischen Störungen) und in 69% in Zusammenarbeit mit Sterbehilfe Deutschland erstellt. An maßgeblichen (Haupt-) Diagnosen fanden sich 33% psychische Störungen, 19% neurologische und 31% allgemein körperliche Erkrankungen; in 12% wurde als maßgeblicher diagnostischer Befund eine uneingeschränkte psychische Gesundheit und Normalität, in 4% eine nicht krankheitswertige traurige Gemüthsstimmung (z.B. bei hohem Alter und wenig bedeutsamen Altersbeschwerden) festgestellt. Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit wurde aus psychiatrischer Sicht in 4% als krankhaft, in 4% als maßgeblich krankhaft aber zugleich auch realistisch, in 26% als sowohl krankhaft beeinflusst als auch rational bestimmt und in 66% als abgewogen rational eingeschätzt.

Die Problematik dieser Einschätzungen wird mit 3 Fallgeschichten krankheitswertiger psychischer Störungen illustriert. Im einen Fall erfolgte eine Suizid-Beihilfe, im zweiten Fall wurde eine Therapieaufgabe in der Folgezeit nicht wahrgenommen und der Leidenszustand perpetuiert, im dritten Fall wurde eine Beihilfe abgelehnt und folgte ein eigenständiger einsamer Suizid.

Die ethische Beurteilung ist bei eigener deontologischer Positionierung eher einfach: Entweder wird der Lebensschutz oder aber die Selbstbestimmung als maßgeblich gesetzt und eine Suizid-Beihilfe grundsätzlich abgelehnt oder gefordert. Bei konsequentialistischer Betrachtung steht man nach den in jedem Fall eigeninitiativen Anfragen vor einem Trilemma: Therapeutische Alternativen sind nahezu immer nicht realistisch, die Beihilfe endet ein menschliches Leben, die Ablehnung verurteilt zu weiterem Leiden mit dem Risiko eines eigenständigen einsamen Suizids.

10 Ethikberatung in der Psychiatrie

10a „Ethik-Fallbesprechungen in der Psychiatrie“ Welche Werte und fachspezifischen Aspekte beeinflussen den Beratungsprozess?

K. Kobert (✉), T. Löbbing, B. Hahn,
R.U. Burdinski

Abteilung für Klinische Ethik, Ev. Krankenhaus
Bielefeld

Einleitung und Fragestellung: Die psychiatrische Behandlung weist Charakteristika auf, die sie von der somatischen Medizin unterscheiden. Exemplarisch sind die ausgeprägte Chronizität der Erkrankungen und die damit verbundene, lange therapeutische Beziehung und die rechtliche Dimension der Behandlung, die häufig ihren Ausdruck in gesetzlicher Betreuung oder Gerichtsbeschlüssen findet, zu nennen. Daraus ergibt sich die Frage, welche Spezifika Ethik-Fallbesprechungen in diesem Rahmen aufweisen.

Methodik: In den Jahren 2006-2011 wurden von unserem Ethikkomitee 17 prospektive Fallbesprechungen in der Psychiatrischen Klinik unseres Hauses geführt. Die semistrukturierten Gesprächsprotokolle wurden bezüglich zuvor festgelegter Charakteristika ausgewertet.

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass in den Abteilungen „Abhängigkeitserkrankungen“ und „Allgemeinpsychiatrie“ der Wertekonflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten und der Fürsorgepflicht der Behandler in der Regel die zugrunde liegende Problematik bestimmte. In der Diskussion wurden bei der Werteabwägung häufig das Selbst- und Fremdgefährdungspotential, die therapeutische Beziehung, die Frage der Einwilligungsfähigkeit des Patienten und eine scheinbar bezüglich der Grunderkrankung, teilweise aber auch bezüglich des Überlebens aussichtslose Behandlungssituation genannt.

Zusammenfassung und Ausblick: Literaturgestützt und auf der Basis der eigenen Erfahrung werden die Ergebnisse zu den Aspekten der Selbst- und Fremdgefährdung, des Wertes der therapeutischen Beziehung, der Frage nach der Einwilligungsfähigkeit des Patienten, der fehlenden therapeutischen Option, der rechtlichen Dimension und der artikulierten Belastungen für das Behandlungsteam zueinander in Beziehung gesetzt. Dabei zeigte sich, dass Ethik-Fallgespräche in der

Psychiatrie in mehrfacher Hinsicht einer eigenen Dynamik zu unterliegen scheinen. Aufgrund der geringen Fallzahl ist die Auswertung allenfalls als Hinweis auf mögliche Strukturen und Prozesselemente zu werten, ihre Validität sollte in größeren Untersuchungen überprüft werden.

Der Vortrag kann zur Diskussion der bisher in Deutschland wenig thematisierten Ethik-Fallbesprechungen in der Psychiatrie beitragen.

10b „Klinische Ethikberatung in der Psychiatrie aus dem Blickwinkel der Mitarbeitenden“ Herausforderungen und Besonderheiten unter medizinischen, rechtlichen und ethischen Gesichtspunkten

T. Löbbing (✉), A. T. May, F. Steger,

K. Kobert

Abteilung für Klinische Ethik, Ev. Krankenhaus Bielefeld

Einleitung: Klinische Ethikberatung hat sich zunehmend in Krankenhäusern etabliert. Dabei werden auch Ethische Fallberatungen in Psychiatrischen Abteilungen durchgeführt. Im Kontext der Psychiatrie finden diese jedoch oft unter anderen Voraussetzungen und Bedingungen statt. Bei den Fragestellungen geht es in erster Linie um Patientenautonomie und Fürsorge. Oft sind die Patienten bei den Gesprächen selbst anwesend. Themen sind häufig die Frage nach Zwangsbehandlung und -medikation. Die Beziehung zwischen dem Patienten und den Mitgliedern des Behandlungsteams besteht - anders als in anderen Bereichen des Krankenhauses - oft über Jahre hinweg.

Fragestellung: Es war Ziel der Untersuchung zu klären, welchen Unterschieden sich Klinische Ethikberatung im Setting der Psychiatrie zu stellen hat. Hierbei wurde der Schwerpunkt auf der Eruiierung der Einstellungen der Mitarbeitenden gegenüber und ihren Erfahrungen mit Klinischer Ethikberatung gelegt. Können Ethik Fallbesprechungen der therapeutischen Beziehung zu Gute kommen? Wird der Umgang mit der Autonomie des Patienten durch die Durchführung Ethischer Fallberatungen erleichtert? Dient Klinische Ethikberatung auch der Absicherung der Entscheidungsfindung?

Methodik: Dazu wurden die semistrukturierten Protokolle der Fallgespräche unserer Abteilung aus den Jahren 2006-2011 nach vorher definier-

ten Kriterien ausgewertet. Die Ergebnisse bilden den bisherigen Stand der Durchführung Klinischer Ethik Fallbesprechungen in der Psychiatrischen Klinik des Ev. Krankenhauses Bielefeld ab.

Mittels eines Fragebogens wurden alle Mitarbeitenden von zwei Stationen befragt, wobei auf der einen Station viel Erfahrung im Hinblick auf Ethik Fallbesprechungen und auf der anderen Station wenig Erfahrung vorliegt. Hierbei wurde erfragt, ob und aus welcher Intention heraus Ethische Fallbesprechungen durchgeführt werden. Dabei wurden Hindernisse und Informationsdefizite identifiziert.

In einem dritten qualitativen Untersuchungsschritt wurden strukturierte Interviews mit Mitarbeitern, die bereits an Ethischen Fallgesprächen beteiligt waren, durchgeführt, um vertiefend Erkenntnisse zur Einstellung gegenüber und zum Umgang mit Ethik Fallbesprechungen in Psychiatrischen Abteilungen zu erhalten.

Ausblick: Herausforderungen und Besonderheiten hinsichtlich Motivation und Teilnahme der Mitarbeitenden an Ethischer Fallberatung sowie die Bedeutung von Ethik Fallgesprächen im Hinblick auf die therapeutischen Beziehungen werden herausgearbeitet. Die Ergebnisse der Untersuchung dienen dazu, Implikationen für die Praxis zu liefern. Der Beitrag wird die Ergebnisse des Projekts darstellen.

10c Personenzentrierte Entscheidungsfindung bei Demenzkranken auf der Akutgeriatrischen Universitätsklinik Basel

A. Ulrich-Hermann (✉), M. Hafner, B. Meyer-Zender, S. Reiter-Theil, R.W. Kressig

Akutgeriatrische Universitätsklinik und Bereich Medizin, Universitätsspital, Basel

Bis zu 25% der über 80-jährigen Menschen erleben jährlich mindestens einen Spitalaufenthalt. Neben dem akuten Einlieferungsgrund leiden sie zusätzlich an chronischen Erkrankungen, die gleichzeitig exazerbieren. Jeder fünfte Patient leidet gleichzeitig an einer Demenz. Diese hoch komplexen, fragilen Patienten und ihre Angehörigen sind im Akutspital mit verschiedensten therapeutischen Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen konfrontiert, bei denen sie in unterschiedlicher Form mitentscheiden können, sollten, müssten. Gleichzeitig ist das professionelle Betreuungs- und Behandlungsteam gefordert,

therapeutische Entscheidungen zu treffen, die für den Patienten personenzentriert, das heißt auf sich und sein Umfeld bezogen, und ethisch angemessen sind. Besonders schwierig wird es dann, wenn der Patient, wie beispielsweise bei einer Demenz, seinen Willen, seine Wünsche nicht mehr äußern kann. Auch ökonomische Faktoren beeinflussen im Kontext Akutspital die immer kürzere Hospitalisationsdauer und die Behandlungsentscheide, so dass therapeutische Entscheide immer schneller gefällt werden müssen. Wie ist es unter diesen Umständen möglich, dem Patienten eine seinem Lebensentwurf und Willen entsprechende, bestmögliche Betreuung und Behandlung zu kommen zu lassen?

Auf der Akutgeriatrischen Universitätsklinik wurde eine Leitlinie samt Instrumentarium zur ethisch therapeutischen Entscheidungsfindung (METAP) in der Praxis getestet und verankert, das in einem Kooperationsprojekt mit der Klinischen Ethik und der Operativen Intensivbehandlung entwickelt wurde (1). Es verhilft dazu, dass medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungen gerecht und personenzentriert zugeteilt werden. Die vulnerablen demenzkranken Menschen und ihre Angehörigen erleben dank diesem Instrumentarium und dem daraus resultierenden standardisierten Ablauf der Entscheidungsfindung eine ihnen angemessene, kontinuierliche Versorgung, die eine Vertrauensbasis schafft zwischen Betroffenen und Professionellen, die aufreibende Konflikte vermeidet, Zeit und unnötige Betreuungs- und Behandlungspfade vermeidet, und entsprechend auch Komplikationen und Kosten spart.

Die Autorinnen zeigen mit konkreten Beispielen aus der Praxis, wie schwierige Entscheide anhand dieser wissenschaftlich gestützten Leitlinie interdisziplinär gefällt werden, und wie sich der Benefit einer ethisch angemessenen Betreuung und Behandlung in der Klinik für Patienten und Angehörige auswirkt.

(1) Reiter-Theil S, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Albisser Schleger H, Kressig RW, Pargger H (2011) Klinische Ethik als Partnerschaft – oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann. Ethik Med 23,2: 93-105

Veranstalter:

Akademie für Ethik in der Medizin e.V.

Universität Hamburg, Philosophisches Seminar

Forschungsschwerpunkt Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt (FSP BIOGUM)

Tagungsleitung:

Prof. Dr. Thomas Schramme

Tagungsort:

Universität Hamburg, Von-Melle-Park 6 (Philosophenturm)

Kontaktadresse:

Akademie für Ethik in der Medizin e. V.

Humboldtallee 36, D-37073 Göttingen

Tel.: +49 (0) 551 / 39 -9680, Fax: +49 (0) 551 / 39 -3996

E-Mail: info@aem-online.de, Internet: www.aem-online.de