

## Kinder in klinischen Studien – Grenzen medizinischer Machbarkeit?

Christoph Brochhausen, Hannsjörg W. Seiberth (Hrsg.)  
 Lit Verlag, Münster 2005  
 210 Seiten  
 ISBN 978-3-8258-6152-0

Kinder als Forschungsobjekte? Fürwahr eine provokante Frage, schon 1998 im Europäischen Parlament kontrovers diskutiert wurde und in einen Antrag mündete, der auf ein Verbot von klinischen Prüfungen an nicht-einwilligungsfähigen Personen abzielte, wenn diese nicht einen direkten Nutzen davon hätten. Dieser Antrag sei zurecht auf Kritik der in der Forschung tätigen Pädiater und anderer Mediziner aus ganz Europa gestoßen, berichtet P. Wiese in seinem Beitrag über die Initiative der EU für bessere Arzneimittel für Kinder.

Dieses – bei näherem Hinsehen äußerst komplexe – Problem wird in dieser gediegenen Zusammenstellung von einschlägigen Beiträgen nach allen Richtungen hin durchleuchtet – leider etwas verspätet (2005) nach einem interdisziplinären Symposium in Marburg (2001), zumal seither eingegangene Literatur und Entschließungen kaum berücksichtigt werden konnten.

Der Mitherausgeber C. Brochhausen (Pathologe, Mainz) ist aber sichtlich bemüht, zwischenzeitlich eingegangene Publikationen der Autoren noch bis 2003 einzuschließen. Gegenstand seines Beitrags ist die Lücke in der Arzneimittelsicherheit in der Kinderheilkunde, entstanden durch die entwicklungsbedingten Besonderheiten mit ihren pathophysiologischen Implikationen einerseits und den restriktiven gesetzlichen Regelungen andererseits, die unter anderem im Anschluss an die Contergan-Katastrophe verfügt worden sind. Naturgemäß kommen diese den damaligen Opfern nicht mehr zugute, paradoxerweise aber haben sie dazu geführt, dass Kinder weiterhin mit vielen nicht-geprüften (nicht prüfbar?) Medikamenten behandelt werden (müssen). Diesem Umstand werde beispielsweise durch Kurse zu begegnen sein, welche die pharmakologischen, physiologischen, rechtli-

chen und ethischen Rahmenbedingungen aufzeigen, die bei Planung und Durchführung klinischer Studien an Kindern zu berücksichtigen sind.

Der Marburger Pädiater Hannsjörg Seyberth (Mitherausgeber) nimmt in seinem Beitrag diesen Gedanken auf und spinnt ihn konsequent weiter, indem er die Besonderheiten aufzeigt, die in jeder kindlichen Entwicklungsphase den Umgang des Organismus mit Medikamenten bestimmen. Er beleuchtet auch den Effekt einer Reihe von Substanzen, mit denen der Fötus durch die Medikation der Mutter belastet wird (von Hormonen, Herz-, Schmerz-, Blutdruckmitteln über Antibiotika bis hin zu Psychopharmaka).

Die britische Kinderärztin Imti Choonara (Derby) berichtet über die Nebenwirkungen (Toxizität) von diversen für Kinder nicht ausreichend geprüften und daher nicht zugelassenen Medikamente (off-label bzw. unlicensed). Erst aufgrund einer gezielten Information konnte ein Anstieg der Meldungen relevanter Nebenwirkungen verzeichnet werden.

Der Pädiater Joachim Boos (Münster) zeigt die nur teilweise gelösten Fragen auf, deretwegen Studien an Kindern Probleme machen (onkologische Studien mit klarer Fallzahl, schlechte Finanzierbarkeit wegen des Desinteresses von Firmen) und durch Multizentrität und komplizierte Protokolle (unter voller Wahrung der Good Clinical Practice) seltener angegangen werden.

Der Theologieprofessor Diethmar Mieth (Tübingen) tritt vehement – und ethisch-philosophisch begründet – für eine Individualisierung der Medizin ein und sieht darin ihren eigentlich lohnenden Fortschritt. Dieses Prinzip sei ganz besonders auf kindliche Patienten anzuwenden, wobei er die Gefahr einer neuen Typologisierung als gegenläufigen Prozess und gefährlichen Auswuchs einer solchen Entwicklung ansieht. Allgemein könnte sich aber das Interesse für die kindliche Individualität Bahnend für einen Fortschritt in der molekularen Medizin an sich auswirken.

Die Ethiker Matthias Dahl und Claudia Wiese-

mann (Göttingen) setzen sich noch detaillierter mit Aspekten der Forschung an Kindern und Jugendlichen auseinander, die als Nicht-einwilligungsfähige das besondere Augenmerk der Öffentlichkeit verdienen, zumal nur 20% aller in Deutschland verfügbarer Medikamente für eine pädiatrische Indikation zugelassen sind. Die Autoren zitieren die Richtlinien der British Pediatric Association, die bereits 1992 einige plausible Prinzipien formulierte. Doch ging die Diskussion danach erst richtig los: Die Deklaration von Helsinki trat für eine strikte Trennung von therapeutischer vs. nicht-therapeutischer Forschung bei Kindern ein, während die World Medical Association (WMA, 2000, Edinburgh) diese wieder fallen ließ. Dahl und Wiesemann formulieren schließlich selbst Empfehlungen, die Nutzen und Risiko, die Definition von minimaler Belästigung, tolerablen Risiken (nach Altersgruppen), elterliche (und auch kindliche!) Zustimmung, Definition des Ablehnungsspielraums für die Kinder selbst, Beteiligung von Selbsthilfegruppen und das kritische Monitoring (Begleituntersuchungen) betreffen.

Der Rechtsprofessor Gerfried Fischer (Universität Halle-Wittenberg) diskutiert die Nachteile, die aus einer gesetzlichen Regelung und damit einer Sozialpflicht erwachsen würden, wenn einwilligungsunfähige Personen zu nicht-therapeutischer Forschung herangezogen werden können.

Nach einer sehr praxisbezogenen Darstellung der kindgerechten Aufklärung in der Anästhesie (Prof. Hartmut Hagemann, Hannover) widmet sich Prof. Jörg Michael Fegert (Psychiatrie, Ulm) zusammen mit den 2 Strafrechtlerinnen Sonja Rothärmel und Prof. Gabriele Wolfslast (Universität Gießen) den Grundlagen für die Teilnahme von Kindern und Jugendlichen bei psychiatrischen Behandlungsentscheidungen. Dabei sei jeweils zu beachten, dass mit dem Zuwachs an Wissen und Verständnis das Urteil Minderjähriger durchaus ernst zu nehmen sei. Die Autoren gehen speziell auf die kognitive Entwicklungstheorie nach Piaget (1970, 1972) ein. Grundsätzlich könne aber von einer

kindlichen Kompetenz bei der Einwilligung nicht ausgegangen werden. Aufgrund der komplexen Einflüsse, denen sich ein in Entwicklung befindlicher Mensch ausgesetzt sieht, kann die Kompetenz zur Einwilligung auch nicht an Altersstufen festgemacht werden.

Dazu legt der Psychologe Arnold Lohaus (Marburg) – Co-Autoren: 2 Kinderärzte – die Ergebnisse einer empirischen Studie vor, bei der unter anderem ein markanter Leistungszuwachs zwischen der 3. und 4. Schulstufe (gegenüber den dann folgenden) auffällt. Ab hier werden die Stadien nach Piaget und ihre Bezüge zu Konzeptbildungen bzgl. Gesundheit und Krankheit herangezogen (Lohaus, 1996).

Ronald M. Nelson, Kinderanästhesist (Philadelphia), steuert den ethischen „American Point of View“ bei, wenn Kinder zu klinischen Studien herangezogen werden sollen. Wieder geht es hier um die Zusammensetzung und Kompetenz einer örtlichen Ethikkommission (Internal Review Board, IRB), welche auf die Minimierung des Risikos und dessen Verhältnismäßigkeit, die Studienplanung (Design) und die Probandenauswahl zu achten hat.

Der Europaparlamentarier Peter Liese (Brüssel) berichtet über eine Initiative der EU zur Optimierung der Arzneimittel für Kinder. Das Parlament hat mittlerweile einen auf 9 Punkten basierenden Kriterienkatalog verabschiedet, welcher für Kinder, Eltern, Ethikkommissionen und Pharmafirmen gleichermaßen relevant ist. Der Kriterienkatalog präzisiert, aber übersteigt auch die vorexistente Aufforderung der biomedizinischen Kondition des Europarates.

Der Kinderarzt Martin Hulpke-Wette (Göttingen) sieht in klinischen Studien mit Kindern eine gesellschaftliche Herausforderung. Er sieht einerseits die hohe Notwendigkeit, den Kindern das Recht auf die Nutzung des ständigen medizinischen Fortschritts zu gewährleisten und mahnt zur Finanzierung der Forschungsförderung die Einrichtung einer Bundesstiftung nach dem Vorbild der USA (National Institute of Health, NIH) ein.

Der Pädiater Gerard Pons stellt gemeinsam mit

Mitherausgeber Christoph Brochhausen heraus, wie gerade die Schutzbedürftigkeit der Kinder zu deren Ausschluss aus wissenschaftlichen Studien geführt habe. Diesem Umstand sollte jetzt durch einen europaweit gültigen Gesetzestext Rechnung getragen werden (siehe auch eingangs P. Liese).

Zusammenfassend liegt hier ein längst fälliges Schriftstück vor, welches den Finger in eine offene Wunde der modernen Medizin legt, deren Existenz keineswegs im Bewusstsein der modernen Medizin verankert zu sein scheint. Die Lektüre der einzelnen Beiträge ist daher spannend, zukunftsweisend und als Pflichtlektüre für klinische Forscher – nicht nur auf dem Gebiet der Pädiatrie – zu empfehlen.

F. Kummer

### **Aufbringung und Verteilung von Mitteln für das Gesundheitswesen. Regelungen in Deutschland, Großbritannien und den USA**

Kurt Fleischhauer

Karl Alber Verlag, Freiburg 2007

133 Seiten

ISBN 978-3-495-48248-3

Der Autor, Professor am Institut für Wissenschaft und Ethik in Bonn, hat sich – gestützt auf L. Honnefelder und D. Lanzerath vom Deutschen Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften – der verdienstvollen Mühe unterzogen, die vielgestaltigen Probleme der Gesundheitsfinanzierung in jenen 3 großen westlichen Staaten zu vergleichen, die auf ihre sozialen Errungenschaften und ihre hochrangig demokratische Gesinnung stolz sind – und das in authentischen Zahlen, die viele der Gerüchte und Verdachtsmomente über insuffiziente Regelungen leider nur allzu sehr bestätigen.

Selbstverständlich kommt Deutschland am besten weg – und das zu Recht, vor allem im Vergleich zu den beiden anderen Nationen. Deutschland stützt sich auf derzeit nahezu 200 Krankenkassen (1996 waren es sogar 450!), bei denen immerhin 88% der Bürger gesetzlich versichert sind. Eine Besonderheit: Die Einführung der sozialen Pflege-

versicherung (1994) als gesetzliche Teilversicherung für jedermann, also auch für die relativ (zu Österreich) große Zahl der ausschließlich Privatversicherten. Die gesetzliche Krankenversicherung versteht sich als zuständig für eine Solidargemeinschaft und wird – auf der Ebene der Makroallokation – nach Kostenblöcken zugeteilt: Prävention (zu welcher zwar auch Empfängnisverhütung und Abtreibung zählt!), Früherkennung, Therapie und Rehabilitation.

Es besteht freie Wahl für Arzt und Krankenhaus. Probleme gibt es durch die veränderte Alterspyramide (höhere Morbidität) und die hohen Erwartungen der Bevölkerung. Das Sozialrecht wird durch einen Sachverständigenrat bezüglich bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Aspekte unterstützt. Seit einigen Jahren wird intensiv über die Einführung einer Bürgerversicherung oder aber einer pauschalen Gesundheitsprämie mit steuerlicher Begünstigung debattiert. Derzeit favorisiert der Sachverständigenrat mit Nachdruck einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt mit der Kombination aus Mindestversicherungspflicht und zusätzlichen Pauschalbeträgen (Rürup- und Herzog-Kommission).

Immerhin betragen die Gesundheitsausgaben 2004 in Deutschland stolze 10,6% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) bzw. 234 Mrd. Euro, das System ist überschaubar und die Diskussionen über Verbesserungen laufen transparent ab.

Warum ist es jenseits des Ärmelkanals so ganz anders? In Großbritannien wurde erst 1946 ein National Health Service (NHS) gegründet, 1948 gingen Krankenhäuser samt Spitalspersonal und Ambulanzen in die staatliche Verwaltung über. Die niedergelassenen praktischen Ärzte blieben zunächst noch selbständig, die Fachärzte (Consultants) wurden an die Spitäler gebunden, kämpften aber erfolgreich um die Erlaubnis einer kleinen Privatpraxis (max. 1/11 der Tätigkeit). Die Mittel für das Gesundheitssystem kommen aus der Steuer (88%) und einer „National Insurance“ (9%), die auch einer Steuer ähnelt. Durch Rationalisierung (die mehr ei-

ner Rationierung gleichkommt) konnten noch vor 25 Jahren die Kosten mit 5,3% des BIP beziffert werden, jedoch durch Inkaufnahme von monate- bis jahrelangen Wartezeiten für elektive Operationen. Die Zulassung von Privatbetten (pay-beds) war mit 1% außerordentlich gering. Eine Aufweichung des strikten staatlichen Monopols bedeutete 1997 die Einführung des Public Private Partnership (PPP), welches symptomatisch für eine zunehmende Dezentralisierung, ja sogar praktischer Reprivatisierung steht (Private Finance Initiative, Local Improvement Finance Trusts). Damit konnten überlange Wartezeiten auf Operationen (Orthopädie, Ophthalmologie) deutlich gesenkt werden. Mittlerweile hat sich aber klar gezeigt, dass das britische Gesundheitssystem (NHS) auch in naher Zukunft nicht in der Lage sein wird, den von den Bürgern gestellten Ansprüchen mit den derzeit verfügbaren rein staatlichen Mitteln gerecht zu werden.

Und wie sieht es jenseits des Atlantiks aus? Der Spruch vom „Land der unbegrenzten Möglichkeiten“ wird jedenfalls dem Gesundheitssystem am wenigsten gerecht. Die USA haben sich seit ihrer Gründung auf das Prinzip des „selfmade-man“ berufen, das aber in einer demokratisch geprägten Solidargesellschaft nicht mehr haltbar ist: 45 Millionen US-Bürger, jünger als 60 Jahre, haben keinerlei Krankenversicherung (ein Sechstel der Einwohner)! Aber auch für die Glücklicheren ist der Zugang zu einer Krankenversicherung dornenvoll, kompliziert und teuer, dazu nicht einmal voll wirksam, weil eine umfassende Rahmengesetzgebung bis heute fehlt und das bestehende System aus europäischer Sicht schlichtweg als Chaos imponiert. So erfolgt die Finanzierung der Kosten etwa zu einem Drittel aus MEDICARE und MEDICAID (bundesstaatlich, für ältere Menschen und Kinder), ein Drittel aus privaten Gruppenversicherungen (betrieblich), doch müssen fast 20% aus eigener Tasche oder von privaten Trägern beigesteuert werden. Dafür sind aber Angehörige des Militärs und der Indianer (ca. 8%) bezüglich des staatlichen Kostenträgers viel besser abgesichert. Das

föderalistische Prinzip ist für weitere Unklarheiten gut, wenn es um MEDICAID geht, das je nach Staat zwischen 50% und 77% an Bundeszuschüssen erhält. Nach wie vor werden die Probleme für die Aufbringung von Mitteln auf die Arbeitsfähigen abgewälzt, deren Existenz im Krankheitsfall bedroht ist: Über 20% der Berufstätigen sind dadurch verschuldet, die Hälfte davon mit über \$ 2.000 (Untersuchung von 2006). Vielfach wird ein Mangel an Verteilungsgerechtigkeit durch die Bevorzugung der Über-65-Jährigen geortet, der von den Berufstätigen getragen werden muss. Was die allgemeine demografische Entwicklung des Fortschritts der Medizin und der (teuren) Technik mit sich bringt, kann nur grob abgeschätzt werden. Das komplizierte Verwaltungssystem und dessen Insuffizienzen bilden ihrerseits einen erheblichen Kostenfaktor. Etwas pointiert ausgedrückt muss man in den USA ein Senior, Soldat, Kind oder Indianer sein, um halbwegs sorgenlos krank werden zu dürfen.

Leider wird kaum etwas über das Konstrukt der Health Maintenance Organisations (HMOs) berichtet, die (privat und im Kleinen) unserer österreichischen Gebietskrankenkassen mitsamt deren Chefärzten, Deckelungen, Arztverträgen und Selbstherrlichkeiten nachempfunden sind.

Das Büchlein ist – trotz der vielen Daten – gut lesbar und übersichtlich. Am Schluss des Buches wäre es nur ein geringer Mehraufwand gewesen, die Eckdaten im Vergleich der 3 Länder tabellarisch gegenüber zu stellen. So ist der Anteil der Kosten für das Gesundheitssystem am BIP für Deutschland mit 10,6% angegeben (siehe oben), in UK bei unrealistischen 5,3%, wobei der EU-Durchschnitt – welcher übrigens für Österreich zutrifft – bei 7,5% liegt. Den Spitzenplatz der Welt behauptet die USA unangefochten mit respektablen 14,6%, wobei diese enormen Mittel nur zu einem geringen Teil vom Staat getragen werden.

Alles in allem eine angenehme Lektüre, wenn man als Österreicher Bedarf an gesundheitspolitischer Selbstgefälligkeit hat...

F. Kummer

## Der preisgegebene Mensch. Überlegungen zum biotechnischen Umgang mit Embryonen

Adrienne Weigl

Resch Verlag, Gräfeling 2007

320 Seiten

ISBN 978-3-935197-53-3

Das Thema der embryonalen Stammzellforschung ist spätestens seit den jüngsten Debatten in Deutschland um die Verschiebung des Stichtags für den Import humaner embryonaler Stammzellen (hESZ) auch einem breiteren Publikum zu einem Begriff geworden. Viel wurde im Vorfeld der Bundestagsabstimmung Mitte April 2008 geschrieben und debattiert. Die Argumente der Stammzellforscher und ihrer Unterstützer betonten die Forschungsfreiheit; jene ihrer Gegner die ethische Bedenklichkeit, menschliche Embryonen zu verzwecken.

Für den unbeteiligten Beobachter war es in diesem Gewirr des Für und Wider oft nicht einfach, Klarheit zu finden. Wer hatte Recht? Wessen Argumente wogen stärker? Was hatten die jeweiligen Gedanken überhaupt für eine biologische und wissenschaftliche Basis?

Die notwendige Orientierung in diesem Dschungel der bioethischen Debatte liefert die deutsche Philosophin Adrienne Weigl mit ihrem Buch *Der preisgegebene Mensch. Überlegungen zum biotechnischen Umgang mit menschlichen Embryonen*, zu dem Robert Spaemann das Geleitwort verfasst hat.

Der Band, im Grunde ein bioethisches Handbuch, bietet eine detaillierte Systematik aller Aspekte des Umgangs mit menschlichen Embryonen. Besonders wohltuend und erhellend ist dabei Weigls klare Methodik und Unterscheidungsfähigkeit. Sie geht zunächst immer von den biologischen und biotechnischen Tatsachen aus, die sie dann in weiterer Folge naturphilosophisch deutet und schließlich die ethischen Konsequenzen daraus zieht. So werden die einzelnen Denk- und Interpretationsschritte auch für jene Leser nachvollziehbar, die selbst nicht auf der Basis der christlichen Ethik und Anthropologie stehen, wie Weigl es – wenn auch implizit – tut.

Die größte Stärke des Buches besteht in dem Umstand, dass die Autorin ihre Argumentation zunächst immer auf den biologischen Grundlagen basieren lässt. Sie stellt daher keine *a priori*-Postulate etwa über das Menschsein der Zygote auf, sondern versucht im Gegenteil, durch die Betrachtung biologischer Fakten und ihre anschließende naturphilosophische Deutung eine stichhaltige Argumentationskette aufzubauen.

Daher beschäftigt sie sich zunächst – nach einer einleitenden Darstellung des Befruchtungsvorganges und des frühen Embryonalstadiums – mit der ethischen Deutung der Embryonalentwicklung, bis sie im eigentlichen Kernkapitel des Buches Argumente für die unveräußerliche Menschenwürde des Embryos darlegt. Anschließend wendet sie die in den vorigen Kapiteln gewonnenen Erkenntnisse auf konkrete biotechnologische Verfahren wie das Klonen, die Chimärenherstellung oder auch die Präimplantationsdiagnostik an. Das Buch schließt mit Überlegungen über die deutsche Rechtslage zum Status des Embryos, die natürlich auch den heiklen Hintergrund der Abtreibungsgesetzgebung nicht außer Acht lassen kann.

Weigls transparente, induktive Denk- und Argumentationsmethode füllt eine wichtige Lücke in der medialen Bioethikdebatte. Sie macht einerseits klar, dass biologische Tatsachen immer der Interpretation bedürfen, um aus ihnen ethische Schlüsse ziehen zu können; andererseits stellt sie aber auch unmissverständlich fest, dass diese Schlüsse in der sorgfältigen Betrachtung der biologischen Vorgänge verankert sein müssen, damit sie nicht in Voluntarismus ausarten.

An diesem Punkt ist nämlich wohl der eigentliche Kern der gesamten bioethischen Problematik zu finden: Die Tatsache, dass eine auf voluntaristischen oder gar utilitaristischen Prinzipien basierende Bioethik sich selbst den Boden entzieht. Die derzeitige Debatte scheint oftmals von einem seltsamen Nebeneinander hehrer philosophischer, ethischer und moralischer Prinzipien einerseits und teils offenem, teils moralisierend oder gar sen-

timental begründetem Voluntarismus andererseits gekennzeichnet zu sein.

Gerade durch ihre genaue und wohl überlegte Betrachtung biologischer Abläufe bietet Weigl dem Voluntarismus in ihrem Buch überzeugend die Stirn: etwa jenen Argumenten, die das Lebensrecht des menschlichen Embryos willkürlich an bestimmte Entwicklungsstadien koppeln wollen. Sachlich und ohne jegliche Polemik deckt die Autorin dabei die ideologischen oder philosophischen Grundlagen solcher Forderungen auf. Sie selbst argumentiert strikt und stringent auf der Basis der Menschenwürde: Ein Mensch hat automatisch eine unveräußerliche Würde, unabhängig von Alter, Krankheit, Lebenserwartung.

Dennoch scheint heute das Vorschreiten des Voluntarismus und Utilitarismus gerade im Bioethik- und Lebensschutzbereich – wenigstens derzeit – fast unaufhaltsam zu sein. Und darin liegt sowohl die Stärke als auch der Schwachpunkt von Weigls Buch.

Sie verweigert nämlich konsequent, die Logik des Utilitarismus zu übernehmen, indem sie immer aus der Menschenwürde und nicht aus der Nützlichkeit einer bestimmten Forschungsrichtung heraus argumentiert. Gleichzeitig scheint sie damit die Gefahr einzugehen, dass ihre Argumente bald nicht mehr gehört werden.

In der Debatte um die Stichtagsverschiebung in Deutschland hat man bereits gesehen, dass mittlerweile auch von Embryonenschützern utilitaristische Argumente – etwa: „Embryonale Stammzellforschung wird in absehbarer Zeit keine Therapien hervorbringen, ist also unnötig“ – eingesetzt werden, und das durchaus systematisch. Dies scheint ein klares Anzeichen dafür zu sein, dass im allgemeinen Bewusstsein der Utilitarismus bereits derart stark verbreitet ist, dass auch ihre eigentlichen Gegner glauben, sich dieser Logik bedienen zu müssen, um überhaupt einen Platz im Diskurs zu finden.

Heute sind wir an einem Punkt angelangt, wo das Menschsein von vielen nur mehr rein gefühlsmäßig oder nach Nützlichkeit an- oder auch ab-

erkannt und nicht mehr als universelles Prinzip angesehen wird. Man denke nur an die instinktive Abneigung vieler prinzipieller Abtreibungsbefürworter gegen Spätabtreibungen, mit dem Ausruf: „Das ist ja doch schon ein richtiges Baby!“ – während man gleichzeitig im Fötus des dritten Monats noch kein „richtiges Baby“ zu erkennen bereit ist. Ähnliches ist bei der landläufigen Beurteilung von komatösen oder dementen Patienten zu beobachten, die „nur mehr vegetieren“ und „kein richtiges Leben“ mehr hätten. So eine rein sentimental begründete und wenig reflektierte Moral öffnet natürlich sowohl der emotionalen Manipulation als auch scheinbar vernünftigen, aber letztlich voluntaristischen Begriffen wie „Güterabwägung“ und „abgestufter Schutzwürdigkeit“ Tür und Tor. Wo es keine klare, vernünftig begründete Grenze, wo es keine eindeutigen Prinzipien gibt, haben Manipulation und Ideologie leichtes Spiel.

Die Frage ist daher – und hier liegt, wenn man so will, die Gefahr für Weigls Buch –, wie lange das Prinzip der absoluten Schutzwürdigkeit des Menschen und der unveräußerlichen Menschenwürde im öffentlichen Diskurs überhaupt noch einen Platz haben wird. Freilich: In Verfassungen, Grundgesetzen und Menschenrechtserklärungen aller Art sind diese festgeschrieben; doch die weltanschaulichen Grundlagen dafür wackeln bereits.

P. Mihály