

IMAGO HOMINIS

Band 9 - Heft 2 - 2002

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

PREIS: EUR 10,-

ISSN 1021-9803

Band 9 - Heft 2 - 2002



MEDIZIN
OHNE KURS?

2
2002

IMAGO HOMINIS

Herausgeber:

Johannes BONELLI

Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung:

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat:

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)

Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)

Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)

Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)

Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)

Elisabeth HASELAUER (Soziologie, Wien)

Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)

Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)

Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)

Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)

Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)

Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)

Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)

Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo.

INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL	77
-----------------	----

AUS AKTUELLEM ANLASS

J. KÖNIGSEDER <i>Klonen von Menschen stoppen, bevor es begonnen hat</i>	79
---	----

C. LAPKA <i>Das deutsche Stammzellenimportgesetz</i>	81
--	----

T. PISKERNIGG <i>Töten aus Mitleid oder Lebensschutz bis zum Ende? Der Fall PRETTY aus Großbritannien</i>	83
---	----

E.H. PRAT <i>Das belgische Euthanasiegesetz</i>	86
---	----

IMABE-INSTITUT <i>Erklärung: Bioethikkommission – eine Stellungnahme, aber zwei Empfehlungen</i>	88
--	----

SCHWERPUNKT: Medizin ohne Kurs?

S. EWIG <i>Welche Medizin? Es ist Zeit für eine umfassende Diskussion über die Ziele der Medizin</i>	91
--	----

H.W. EICHSTÄDT <i>Kritische Aufgaben medizinischer Ethikkommissionen</i>	101
--	-----

A. OERTL, D. JONAS, R. BICKEBÖLLER <i>Was meint Qualität im ärztlichen „Qualitäts“-management? Eine begriffsgeschichtliche Betrachtung zu ARISTOTELES</i>	115
---	-----

S.O.M.

Bewertung der Multicenterstudie: „ <i>Cardiovascular morbidity and mortality in Losartan® intervention for Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against Atenolol®</i> “	123
--	-----

DOKUMENTE

Schreiben von JOHANNES PAUL II. zum Thema „ <i>Der Interessenkonflikt und seine Bedeutung in Wissenschaft und Medizin</i> “	127
---	-----

NACHRICHTEN	130
-------------------	-----

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	133
----------------------------	-----

BUCHBESPRECHUNGEN	135
-------------------------	-----

Herausgeber: Prim. Prof. Dr. Johannes BONELLI, Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA
Medieninhaber und Verleger: IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien, Telefon: +43 1 715 35 92, Telefax: +43 1 715 35 92-4
E-Mail: postbox@imabe.org, <http://www.imabe.org>
DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Dr. Notburga AUNER, Dr. Johannes KÖNIGSEDER

Redaktion/Nachrichten: Dr. Johannes KÖNIGSEDER, Dr. Antoine SECUR-CABANAC, Claudia LAPKA

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: IMAGO HOMINIS ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der die aktuellen ethisch-relevanten Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout, Satz, Graphik und Produktion: Claudia LAPKA

Herstellung: Druckerei ROBITSCHER & Co, Schlossgasse 10-12, A-1050 Wien

Anzeigenkontakt: Claudia LAPKA

Einzelpreis: Inland EUR 10.-, Ausland EUR 12.-,

Jahresabonnement: Inland EUR 35.-, Ausland EUR 40.-, Studentenabo EUR 20.-, Fördererabo EUR 80.-

Abo-Service: Claudia LAPKA

Bankverbindung: CA AG, Kto. Nr. 0955-39888/00

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Verlagspostamt: 1033 Wien, Postgebühr bar bezahlt.

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

Das IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates begutachtet.

Das IMABE-Institut gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993. BGBl.Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Gedruckt mit Förderung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Wien.

Die biopolitische Aktualität war in den letzten Monaten sehr ereignisreich. In Deutschland, Österreich, in der EU, in Belgien und den USA stehen wichtige Entscheidungen ins Haus. Die Diskussion über schwierige politische und ethische Fragen, die die Spitzenforschung im Bereich der Biotechnologie aufgeworfen hat und die dringend einer Regelung bedürfen – Klonen, Forschung mit Embryonen, Stammzellenforschung, Genmanipulation, embryonenverbrauchende Diagnosetechniken u.dgl. – geht weiter. Aber auch die Euthanasiedebatte ist durch den belgischen Gesetzesentwurf neu entflammt. Dies erklärt, warum die Rubrik „Aus aktuellem Anlass“ in diesem Heft von IMAGO HOMINIS thematisch umfangreicher als sonst geworden ist.

Bei allen diesen aktuellen Fragen geht es im Grunde nur um eines: soll das Menschenrecht auf Lebensschutz – das nicht durch Satzung des Souveräns den Menschen zu- oder abgesprochen, sondern als gegeben anerkannt wird – in ein Satzungsrecht, das auch Ausnahmen und Abwägungen zulässt, umgewandelt werden? Zur Debatte steht wiederum die Aushöhlung der ca. 50 Jahre alten Menschenrechte auf demokratischem Wege.

Diesmal sind es die Forscher, die eine Auflockerung des Lebensschutzes von Ungeborenen einfordern, um embryonenverbrauchende Forschungsprojekte (z.B. Stammzellenforschung, Klonungsforschung) durchführen bzw. gewisse Technologien (z.B. Präimplantationsdiagnostik) anwenden zu können, die viel Heil für alle zukünftigen Generationen versprechen sollen. Hinter diesen Forderungen stehen natürlich beträchtliche Interessen des Kapitalmarktes, aber vor allem Teile der durch und durch pragmatisch orientierten öffentlichen Meinung, die vehement gegen ein „Aufhalten des Fortschrittes“ eintritt. Die Europäische Union ist gewillt, ethisch sehr umstrittene Forschungsprojekte zu fördern. In vielen Ländern Europas wurde dadurch die Debatte, ob die Forschung mit embryonalen Stammzellen zugelassen werden soll oder nicht, losgetreten. Deutschland hat sich entschieden, die embryonenverbrauchende Erzeugung von diesen Zellen zu verbieten, ihren aber Import zuzulassen. In Österreich wird darüber diskutiert, welche Position die Regierung bezüglich des 6. Rahmenprogramms für Forschung der EU vertreten soll. In den USA will Präsident BUSH jede Klonungsart gesetzlich verbieten, der Senat und das Repräsentantenhaus werden sich in den kommenden Wochen damit befassen: Stimmen dafür und dagegen dürften sich die Waage halten. Man kann auf den Ausgang der Debatte sehr gespannt sein.

In Belgien soll bald ein sehr liberales Euthanasiegesetz in Kraft treten. Die zunehmende Überalterung der Gesellschaft, gepaart mit einer Medizin, die es „geschafft“ hat, eine hohe Lebensqualität des Menschen bis ins Alter zu erhalten, aber auch ein Leben ohne Lebensqualität zu verlängern, wirft tatsächlich ein großes soziales Problem auf. Ist es nicht eine Frage von Mitleid und humanitärer Haltung, in manchen Situationen das Leben

aktiv zu beenden? Das Gesetz, das nun das Belgische Parlament verabschiedet, geht einen Schritt weiter als das niederländische Gesetz, denn es lässt Tötung auf Verlangen auch für Patienten zu, deren Sterbezeitpunkt nach medizinischem Ermessen in weiter Ferne liegt.

Eine große Sorge wird allgemein von der öffentlichen Meinung geteilt, nämlich, dass die Lösungen all dieser Problemfelder der Biopolitik demokratisch, aber ohne ausreichende Einbindung der Bioethik im Konsensfindungsprozess entschieden werden. Diese Sorge war ausschlaggebend für die Entstehung einer neuen Art von Ethikkommissionen. Ihre Funktion ist die ethische Beratung politischer Organe wie Regierung, Parlament, Ministerpräsident u.dgl. In allen Ländern Europas und auch in den USA gibt es mittlerweile mindestens eine solche politische Ethikkommission. Diese neuen Einrichtungen sind zu begrüßen, wenn sie effizient dazu beitragen, in der öffentlichen Debatte für eine fundierte partei- wirtschafts- und standespolitisch unabhängige ethische Reflexion über die anstehenden Probleme sorgen. Das muss aber gesichert sein, sonst werden diese Kommissionen für parteipolitische Zwecke unweigerlich instrumentalisiert; damit wird auch ihre Bezeichnung „Ethik“ im Titel pervertiert. Solch ein Etikettenschwindel ist nicht unvorstellbar. Man bedenke, dass in der Biopolitik, wie erwähnt, Entwicklungen beobachtet werden, die den Menschenrechten entgegenstehen. Man „wünscht“ sich diese Entwicklungen, aber nicht ohne sie „sauber“ zu rechtfertigen. Die Menschenrechte dürfen definitorisch nicht zur politischen Disposition stehen; über sie darf nicht verhandelt werden. Deshalb wäre es ungeschickt, eine Debatte über sie politisch zu benennen; es ist taktisch „klüger“ mit Unterstützung des Ethikprestiges diese Menschenrechte bis zur kompletten Aushöhlung nach und nach umzudefinieren. Ist dies einmal eingetreten, dann wird es auch mit dem Prestige der Ethik vorbei sein. Über die Frage der Sicherstellung der Unabhängigkeit und der ethischen Kompetenz einer Ethikkommission und ihrer Mitglieder wird man sicher noch viel nachdenken müssen. In erster Linie ist dies Aufgabe der Kommissionsmitglieder selbst. Wenn sie es versäumen, werden Institutionen ihrer Art bald unwirksam werden und das Ansehen der Ethik wird beschädigt.

In diesem Heft von IMAGO HOMINIS ist vor allem die Rede von jener anderen Art von Ethikkommissionen, die in den Krankenhäusern und Forschungseinrichtungen tätig sind. In einer Zeit, in der die Ziele der Medizin in der Krise zu sein scheinen, wie S. EWIG in seinem Aufsatz erläutert, soll der Arbeit der Ethikkommissionen eine besondere Bedeutung zukommen. Die von H.W. EICHSTÄDT dargelegte Reflexion über seine langjährige Erfahrung zeigt das deutlich. Wie kommt man aus der Krise? A. OERTL, D. JONAS und R. BICKEBÖLLER sehen in der Tugendlehre des ARISTOTELES einen Ansatz für einen Maßstab jener Qualität, die eine Orientierung für die Medizin und die medizinische Forschung darstellt.

Die Herausgeber

Klonen von Menschen stoppen, bevor es begonnen hat

Johannes KÖNIGSEDER

Die halbe Welt war entsetzt, die andere hörte nichts davon, als Anfang April ein italienischer Reproduktionsmediziner namens ANTINORI im Zusammenhang mit reproduktivem Klonen erklärte, eine von ihm behandelte Frau sei in der achten Woche schwanger. Reaktionen der Bestürzung folgten, Wissenschaftler betonten, es sei gegen jede Vernunft zu versuchen, einen Menschen zu klonen. Ian WILMUT, der „Vater von Dolly“ äußert sich in dem Sinne, dass Klonen von Menschen im heutigen Stadium der Forschung ein Verbrechen sei: Die Anzahl von 276 Fehlversuchen beim Klonen von Schafen ist seit Dolly bis heute nicht verringert worden, Missbildungen und rasches Altern seien zu häufig, um an eine Anwendung der Technik beim Menschen denken zu können.

Dann, einige Tage später dementiert der italienische Mediziner seine Klonschwangerschaft und kurz darauf, am 8. Mai 2002, zeigt er sich vor Journalisten überzeugt, es gäbe weltweit drei Klonschwangerschaften, die sich in der 7. bis 11. Woche befänden, an denen er selbst nicht beteiligt sei. ANTINORIS lautstarke Ankündigung (und leises Zurücknehmen) steht nicht allein; schon einige Monate zuvor versuchte eine bekannte amerikanische Firma der Biotechnologiebranche die Aufmerksamkeit der Welt mit Hilfe einer Medien-Finte zu erlangen. Advanced Cell Technologie (ACT), ein Biotech-Unternehmen aus Massachusetts – USA, hat die Ergebnisse eines Forschungsprojektes als Meilenstein in der Geschichte des Klonens angekündigt, worauf die meisten Medien die Nachricht durchgegeben haben: die ersten Menschen seien geklont worden. Kurze Zeit war die Weltspitze der Mikrobiologen überrascht und starrte gespannt auf die angekündigten Ergebnisse, die sich als reiner PR-Gag entpuppten.

Ankündigungen und Dementis: Herr ANTINORI und Co. spielen hier offensichtlich mit der Öffentlichkeit ein Verwirrspiel – soll die Wachsamkeit der Öffentlichkeit durch leere Behauptungen mürbe gemacht werden? Es drängt sich die Frage auf, ob durch eine derartige mediale Darstellung von fragwürdigen Klonerfolgen etwa eine Diskussion über die Zulassung solcher Methoden vorweggenommen oder unterlaufen werden soll?

In China, so lassen zumindest Andeutungen von Wissenschaftlern schließen, sollen klonierte Menschenembryos bis zu bestimmten Zellstadien in Kultur gehalten worden sein.

In Schweden wird laut Ankündigung vermehrt die Forschung im Hinblick auf therapeutisches Klonen forciert. Ziel ist dabei, einen Embryo zu erzeugen, um Gewebe für den zu behandelnden Patienten zu gewinnen; die Geburt eines geklonten Kindes wird beim therapeutischen Klonen jedoch nicht angestrebt.

Einmal mehr soll betont werden, dass die Bezeichnung „therapeutisches Klonen“ irreführend ist und den Sachverhalt verschleiert, indem sie vorgibt, zur Behandlung von Krankheit oder Leiden eingesetzt zu werden. Davon kann keine Rede sein! Nicht einmal im Ansatz ist eine Behandlungsmethode vorhanden, bei der embryonale Stammzellen benötigt werden. Auch zukünftige Anwendungen sind höchst spekulativ. Beim derzeitigen Stand der Wissenschaft kann es sich lediglich um Versuche handeln, Embryonenklone herzustellen, um an ihnen Forschung zu betreiben.

Man darf sich nichts vormachen: eine Option, die therapeutisches Klonen bejaht und dabei reproduktives Klonen verbieten will, ist eine Täuschung und Verkennung der Realität.

Man hat in der Biotechnologie und Biopolitik oft genug schon erlebt, dass eine anfangs

streng begrenzte Ausnahme zur Normalsituation mutiert. Was als Ausnahme genehmigt war, wurde zur Regel. ANTINORI zeigt, dass das, was möglich geworden ist, auch gemacht wird. Wer Klonen von Menschen in umschriebenen Fällen zulässt, läuft Gefahr, eine Tür zu öffnen, die nicht wieder zu schließen ist. Sollte einmal Klonen zu Therapie Zwecken verwirklicht sein, so sind Implantationsversuche zur Erzielung einer Schwangerschaft nicht zu vermeiden.

Das einzig richtige Vorgehen liegt in einem völligen Verbot jeder Art von Klonen beim Menschen. So hat es auch US-Präsident BUSH gesehen. In seiner Rede vom 10. April 2002 führt er penibel die zu erwartenden Folgen einer Zulassung von Klonen beim Menschen an und ruft den Senat zur Unterstützung eines generellen Verbots, Menschen zu klonen, auf.

„Würde man Klonen gestatten, ginge man den Weg einer Gesellschaft, in der man menschliche Wesen für Körperersatzteile heranwachsen lässt und Kinder maßgeschneidert kreiert werden; und das ist unakzeptabel.“ „Reproduktives Klonen“, so der Präsident weiter, „bedeutet das Erzeugen eines geklonten Embryos, der einer Frau implantiert wird, damit sie ein Kind bekommt. Glücklicherweise sind sich alle Amerikaner darin einig, dass diese Praxis verboten gehört. Forschungsklonen bedeutet dagegen das Erzeugen geklonter menschlicher Embryos, die dann zerstört werden, um Stammzellen zu entnehmen.“ Davon grenzt Präsident BUSH die ethisch einwandfreie Verwendung von Stammzellen aus Geborenen ab. „Vielmehr sollen in den USA nun Forschungen mit adulten Stammzellen von Menschen und Tieren gefördert werden. Diese adulten

Stammzellen, die nicht die Zerstörung von Embryonen erfordern und transplantierbares Gewebe ohne Abstoßungsrisiko liefern sind vielseitiger als ursprünglich gedacht. (...) Klonen von Menschen ist falsch und beide Arten von Klonen gehören verboten“ schließt der US-Präsident und begründet: „Forschungsklonen würde den fundamentalsten Grundsätzen der Ethik in der Medizin widersprechen, dass kein Menschenleben zum Vorteil eines anderen ausgebeutet oder ausgelöscht werden darf.“

Außerdem wäre alles andere als das totale Verbot menschlichen Klonens praktisch undurchsetzbar. Wenn geklonte Embryos einmal erhältlich sind, wären Implantationen unausweichlich und könnten von härtesten Vorschriften und striktesten Kontrollen nicht verhindert werden. Zudem sei der Nutzen von Klonen zu Forschungszwecken höchst spekulativ. Sollte aber therapeutisches Klonen medizinisch nutzbar sein, bräuchte jeder Nutznießer einen Klon von sich selbst. „Die Folge wäre das Entstehen eines riesigen Marktes für Eizellen, und damit eine Ausbeutung des weiblichen Körpers, die wir nicht dulden können und dürfen.“

Aus den zu beobachtenden Entwicklungen zeichnet sich ab, dass eine Bewertung des Klonens beim Menschen jedenfalls unter der Berücksichtigung eines Faktums stattzufinden hat: Entweder jede Art von Klonung wird verboten oder es kann *keine* Klonung verhindert werden.

Dr. Johannes KÖNIGSEDER, Imabe-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A - 1030 Wien
koenigseder@imabe.org

Das deutsche Stammzellenimportgesetz

Claudia LAPKA

Die letzte Entscheidung ist gefallen: Deutsche Mikrobiologen werden mit menschlichen embryonalen Stammzellen forschen dürfen. Das menschliche Material wird von einem Land, wo die Embryonen nicht gleichermaßen wie in Deutschland geschützt sind und vor dem 1. Jänner 2002 hergestellt wurden, importiert werden müssen.

Am 30. Jänner 2002 hatte der deutsche Bundestag mit 340 gegen 265 Stimmen einen Antrag zur Zulassung des Imports von embryonalen Stammzellen mit strengen Auflagen approbiert. Am 25. April hat nun der Bundestag mit 360 gegen 190 Stimmen das entsprechende „Gesetz zur Sicherung des Embryonenschutzes im Zusammenhang mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen“ beschlossen. Den Entwurf dazu hatten die Abgeordneten Dr. Maria BÖHMER, Margot VON RENESSE, Andrea FISCHER und andere vorgelegt. Er wurde im zuständigen Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung diskutiert und mit der Beschlussempfehlung versehen.

IMAGO HOMINIS hat im letzten Heft die bioethischen und -politischen Aspekte der Entscheidung vom 30. Jänner behandelt. Hier soll diese ethische Bewertung nicht wiederholt, sondern nur die nun vorliegende konkrete Regelung in knapper Form vorgestellt und dokumentiert werden.

Bekanntlich gewährt das deutsche Embryonenschutzgesetz von 1990 dem menschlichen Embryo einen Schutz, der seine Verwendung für nicht-reproduktive Zwecke ausschließt. Damit ist die Gewinnung von embryonalen Stammzellen, die für die Forschung notwendig wären, untersagt. Ein Importverbot kann allerdings nicht aus dem Gesetz entnommen werden. Das neue Gesetz will diese Materie

regeln und erklärt zunächst im § 1: *„Zweck dieses Gesetzes ist es, im Hinblick auf die staatliche Verpflichtung, die Menschenwürde und das Recht auf Leben zu achten und zu schützen und die Freiheit der Forschung zu gewährleisten, (1) die Einfuhr und die Verwendung embryonaler Stammzellen grundsätzlich zu verbieten und (2) zu vermeiden, dass von Deutschland aus eine Gewinnung embryonaler Stammzellen oder eine Erzeugung von Embryonen zur Gewinnung embryonaler Stammzellen veranlasst wird.“* Der eigentliche Zweck kommt aber im § 1 (3) zum Ausdruck. Das Gesetz bezweckt *„die Voraussetzungen zu bestimmen, unter denen die Einfuhr und die Verwendung embryonaler Stammzellen ausnahmsweise zu Forschungszwecken zugelassen sind.“*

Das neue Gesetz erweitert die Definition von Embryo des Embryonenschutzgesetzes auf jene Embryonen, die nicht durch Verschmelzung von Ei- und Samenzelle, sondern durch Zellkerntransfer (das sog. therapeutische Klonen) hergestellt werden. Das heißt, dass Stammzellen aus letzteren Embryonen vom Regelungsbereich des Gesetzes erfasst werden.

Jede Einfuhr von embryonalen Stammzellen ist durch eine im Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Behörde genehmigungspflichtig. Laut § 4 (1) muss zunächst die Behörde zur Überzeugung gelangen, *„dass,*

- a) die embryonalen Stammzellen in Übereinstimmung mit der Rechtslage im Herkunftsland dort vor dem 1. Januar 2002 gewonnen wurden und in Kultur gehalten werden oder im Anschluss daran kryo-konserviert gelagert werden (embryonale Stammzell-Linie),*
- b) die Embryonen, aus denen sie gewonnen*

wurden, im Wege der medizinisch unterstützten extrakorporalen Befruchtung zum Zwecke der Herbeiführung einer Schwangerschaft erzeugt worden sind und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sie aus Gründen endgültig nicht mehr für diesen Zweck verwendet wurden, die nicht an den Embryonen selbst liegen,

- c) für die Überlassung der Embryonen zur Stammzellgewinnung kein Entgelt oder sonstiger geldwerter Vorteil gewährt oder versprochen wurde.“

Weiteres muss die Behörde prüfen, ob der Einfuhr oder Verwendung der embryonalen Stammzellen sonstige gesetzliche Vorschriften, insbesondere solche des Embryonenschutzgesetzes, entgegenstehen.

Das Gesetz schreibt außerdem vor (§ 5), dass Forschungsarbeiten an embryonalen Stammzellen nur durchgeführt werden dürfen, „wenn wissenschaftlich begründet dargelegt ist, dass

1. sie hochrangigen Forschungszielen für den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn im Rahmen der Grundlagenforschung oder für die Erweiterung medizinischer Kenntnisse bei der Entwicklung diagnostischer, präventiver oder therapeutischer Verfahren zur Anwendung bei Menschen dienen und
2. nach dem anerkannten Stand von Wissenschaft und Technik
 - a) die im Forschungsvorhaben vorgesehenen Fragestellungen so weit wie möglich bereits in In-vitro-Modellen mit tierischen Zellen oder in Tierversuchen vorgeklärt worden sind und
 - b) der mit dem Forschungsvorhaben angestrebte wissenschaftliche Erkenntnisgewinn sich voraussichtlich nur mit embryonalen

Stammzellen erreichen lässt.“

Diese Voraussetzungen der Forschungsarbeiten werden von einer gesetzlich eingeforderter Zentralen Ethik-Kommission für Stammzellenforschung (§ 8) geprüft und bewertet. Der Kommission obliegt es auch, die ethische Vertretbarkeit des Vorhabens zu bescheinigen.

Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren oder Geldstrafen für Forscher, die embryonale Stammzellen ohne Genehmigung einführen oder verwenden, sind im Gesetz vorgesehen.

Der Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft Professor Ernst Ludwig WINNACKER kommentiert kurz die Entscheidung des Bundestages: „Wir können mit dieser Regelung leben.“ Dies scheint aber wenig glaubwürdig, wenn er unmittelbar daran die Forderung anschließt, die Strafandrohung zu überdenken, falls deutsche Wissenschaftler dadurch im internationalen Vergleich handlungsunfähig werden würden.

Positiv an der Regelung ist die Tatsache, dass für diese Forschung kein Embryo mehr getötet werden muss und dass eine Verwertung überzähliger Embryonen aus der IVF verhindert wird. Sie ist aber ein Schritt in die falsche Richtung, weil es – wie bei der obigen Aussage von WINNACKER, die vor einigen Monaten noch deutlicher war – bei dieser Regelung nicht bleiben kann. Der nächste Schritt ist vorprogrammiert. Im Großen und Ganzen ist es ein Rückschritt für den deutschen Lebensschutz.

Claudia LAPKA, Imabe-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A - 1030 Wien
lapka@imabe.org

Töten aus Mitleid oder Lebensschutz bis zum Ende? Der Fall PRETTY aus Großbritannien

Thomas PISKERNIGG

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat am 29. April 2002 in einer aufsehenerregenden Entscheidung (PRETTY v. United Kingdom, application no. 2346/02) zur Sterbehilfe Stellung bezogen. Im Folgenden wird das Urteil kurz dargestellt und kommentiert.

Sachverhalt

Die Britin Diane PRETTY, geboren 1958, Mutter zweier erwachsener Kinder, litt unter einer unheilbaren, in absehbarer bzw. relativ kurzer Zeit zum Tode führenden Nervenkrankheit und war bereits vom Hals abwärts gelähmt. Da sie ihrem qualvollen Leben ein Ende setzen wollte und nicht auf den womöglich noch qualvolleren natürlichen Tod zu warten bereit war, wünschte sie sich, von ihrem Gatten beim Selbstmord unterstützt zu werden; dies in erster Linie deshalb, weil sie aufgrund ihrer körperlichen Verfassung selbst dazu nicht mehr in der Lage war.

Da in Großbritannien zwar der Selbstmord, nicht jedoch die Beihilfe zum Selbstmord strafrei ist, wandte man sich an die britische Strafverfolgungsbehörde mit dem Wunsch nach einer Vorweggarantie der Straffreiheit für den beim Selbstmord „assistierenden“ Gatten, was jedoch vom Director of Public Prosecutions (DPP) abgelehnt wurde. Nach (erfolgloser) Ausschöpfung des innerstaatlichen Instanzenzuges kam der Fall schließlich vor den EGMR.

Die Entscheidung des EGMR

Der EGMR entschied einstimmig entgegen dem Vorbringen der Klägerin, dass durch die Vorgangsweise der britischen Behörden bzw. durch die Rechtslage in Großbritannien keine Verletzung der Artikel 2 (Recht auf Leben),

3 (Verbot der unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung), 8 (Recht auf Achtung der Privatsphäre), 9 (Glaubens- und Gewissensfreiheit) und 14 (Verbot der Diskriminierung) der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) erfolgt sei.

Dabei stellte der EGMR in rechtlicher Hinsicht im Wesentlichen fest, dass aus dem Recht auf Leben kein Recht auf Sterben folge und somit eine Verletzung des Rechts auf Leben nicht gegeben sei.

In Bezug auf Art. 3 EMRK hatte die Klägerin in etwa folgendermaßen argumentiert: Ihr krankheitsbedingter Zustand sei entwürdigend und Abhilfe nur durch die Unterstützung beim Selbstmord möglich. Da dem potentiellen Helfer jedoch vom Staat angesichts der Rechtslage und der Verweigerung der Vorwegzusicherung von Straffreiheit die Hilfe de facto unmöglich gemacht werde, sei der Staat für ihren menschenunwürdigen Zustand verantwortlich, was eine Verletzung des Art. 3 EMRK darstelle. Das Gericht betonte in diesem Zusammenhang zwar sein Verständnis für das Anliegen der Klägerin¹, konnte der Argumentation jedoch im Ergebnis nicht folgen, da eine positive Verpflichtung zur Ermöglichung der hier benötigten „Hilfe“ bedeute, dass der Staat Handlungen rechtfertigen müsse, welche die Beendigung des Lebens eines Menschen intendieren.

Das Verhalten des DPP stelle zwar einen Eingriff in die Privatsphäre dar, dieser sei jedoch angesichts der Natur der Tat, für welche Straffreiheit verlangt werde, in einer demokratischen Gesellschaft nötig zum Schutz der Rechte anderer. In seiner Argumentation hob das Gericht auch die Gestaltung der gesetzlichen Regelung positiv hervor, da sie eine große Flexibilität bei der Anwendung im Einzelfall ermögliche.

Das Vorliegen einer Verletzung der Glaubens- und Gewissensfreiheit verneinte das Gericht mit dem Argument, dass es im gegenständlichen Fall nicht um eine Form der Manifestation einer religiösen Überzeugung wie etwa durch Lobpreis, Predigt etc. gehe. Der Begriff der Religionsausübung gemäß Art. 9 Abs. 1 EMRK umfasse nämlich nicht jede Handlung, die durch eine religiöse Überzeugung motiviert oder beeinflusst sei.

Schließlich vermeinte die Klägerin, eine Diskriminierung in dem Umstand zu erblicken, dass das Gesetz und die Rechtsanwendung nicht unterscheiden zwischen Personen, die (physisch) in der Lage seien, Selbstmord zu begehen, und solchen, die es nicht seien (wie die Klägerin). Durch das Verbot der Beihilfe zum Selbstmord werde nämlich der Selbstmord der letztgenannten Personengruppe de facto unmöglich gemacht. Dem hielt das Gericht entgegen, dass es sehr wohl eine sachliche Rechtfertigung für den Verzicht auf eine Differenzierung zwischen den genannten Personengruppen gebe: Eine Ausnahme vom Verbot der Beihilfe zum Selbstmord für physisch Selbstmordunfähige brächte schwierige Abgrenzungsprobleme mit sich, welche den Lebensschutzzweck der Strafbarkeit der Beihilfe zum Selbstmord als solchen unterminieren würden.

Frau PRETTY ist übrigens wenige Tage nach der Urteilsveröffentlichung (soweit bekannt eines natürlichen Todes) gestorben.

Anmerkungen

Die ethischen und rechtlichen Probleme, die sich um den vorliegenden Sachverhalt ranken, sind Legion und können hier in ihrer Komplexität kaum angedeutet werden. Im Folgenden werden, um den Rahmen nicht zu sprengen, nur zwei Aspekte herausgegriffen.

a) Aus dem Blickwinkel des Lebensschutzes heraus gesehen ist die eben dargestellte Entscheidung des EGMR durchaus erfreulich, stellt sie doch klar, dass es einem Staat ohne Verlet-

zung der EMRK grundsätzlich möglich ist, die Beihilfe zum Selbstmord unter Strafe zu stellen. Daraus folgt, dass die Bestrafung der Tötung auf Verlangen grundsätzlich umso weniger als EMRK-widrig angesehen werden kann.

Die Abgrenzung zwischen der Mitwirkung am Selbstmord (§ 78 österreichisches Strafgesetzbuch – StGB) und der Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) kann im Einzelfall schwierig sein. Idealtypisch wird man sie danach anstellen können, ob das Opfer die Tötungshandlung selbst vornimmt (Mitwirkung am Selbstmord) oder der Täter sie auf Verlangen durchführt (Tötung auf Verlangen).² In Österreich ist der Strafrahmen für beide Delikte derselbe. Es gibt freilich auch Rechtsordnungen (z.B. in Deutschland), wo die Tötung auf Verlangen zwar strafbar, die Mitwirkung am Selbstmord hingegen straffrei ist.

Zur Illustration, wie fließend der Übergang zwischen diesen Tatbeständen sein kann, möge folgendes Beispiel dienen: Wenn jemand z.B. dem Patienten, der darum bittet, tödliches Gift einflößt, dann hängt es von detaillierten Abgrenzungen ab, ob das Einflößen als eine Fremdtötung oder das Schlucken als eine Selbsttötung angesehen werden muss. Dieselbe Frage stellt sich beim Aufdrehen eines Gashahns, wenn das „Opfer“ im Raum verbleibt, das Gas einatmet und nicht flieht.

Die wertungsmäßige Begründung dafür, dass manche Rechtsordnungen die strafrechtlichen Folgen dieser doch sehr ähnlich gelagerten Delikte differenzieren, dürfte nicht zuletzt in dem Umstand liegen, dass im Fall der Mitwirkung am Selbstmord die „Tatherrschaft“ tendenziell eher beim Opfer liegt, während dies bei der Tötung auf Verlangen wohl anders zu sehen und daher die Gefahr des Missbrauchs größer ist. Angesichts der physischen Handlungsunfähigkeit der Klägerin im gegenständlichen Fall muss man vor dem Hintergrund der Begrifflichkeit des österreichischen Strafrechts somit eher von Tötung auf Verlangen sprechen.

b) Von der Frage, ob ein Staat die Tötung

auf Verlangen bzw. die Mitwirkung am Selbstmord ohne Verletzung der EMRK unter Strafe stellen darf, ist nun die Problematik zu unterscheiden, welchen Schutz der Staat Personen am Ende ihres Lebens gewähren *muss*. Hier stellen sich ähnliche Fragen wie im Zusammenhang mit der Abtreibung. Klare Entscheidungen europäischer Gerichte dazu fehlen weitestgehend.³ Grundsätzlich wird man von einer Schutzpflicht des Staates auch am Lebensende ausgehen müssen. Die Bestimmung ihrer Konkretisierung wird jedoch sicher äußerst kontroverielle Diskussionen mit sich bringen, wie nicht zuletzt die Fälle von Holland und Belgien zeigen.

Eines muss denen, die hier für eine „Liberalisierung“ eintreten und dies mit dem Recht auf Selbstbestimmung begründen, jedenfalls entgegengehalten werden: Im Wertegefüge der österreichischen Rechtsordnung würde die Freigabe der Tötung auf Verlangen bzw. der Mitwirkung am Selbstmord – und zwar selbst dann, wenn dies nur unter strengen Rahmenbedingungen erfolgte – abgesehen von der gerade auch in dieser Schriftenreihe⁴ ausführlich behandelten ethischen Problematik geradezu einen Fremdkörper darstellen.

Es passte nämlich ganz und gar nicht ins Bild der österreichischen Rechtsordnung, die viele „Fürsorgebestimmungen“ zum Schutz vor übereilten, typischerweise unter Druck zustande gekommenen oder überhaupt lange bindenden Entscheidungen beinhaltet (z.B. Formgebote als Übereilungsschutz, Rücktrittsrechte nach Konsumentenschutzgesetz etc.). Das Recht traut dem Menschen offenbar kaum Entscheidungen zu, die sehr lange oder lebenslang binden. Das zeigt sich schon in Bezug auf die Ehe, das zeigt sich aber auch in sonsti-

gen zivilrechtlichen Materien, etwa im Rahmen der Problematik lang bindender Verträge, z.B. von Bierbezugsverträgen. Hier wurde den Gastwirten von den Brauereien oft eine lange Bindungsdauer vorgegeben (etwa 20 Jahre und mehr), was vom Obersten Gerichtshof als sittenwidrige Knebelung angesehen wurde. Um eine lange Bindung (d.h. einen entsprechend langen Ausschluss des Kündigungsrechts) zu rechtfertigen, müssen besondere Umstände vorliegen, wie z.B. die Bereitstellung der Zapfanlage oder die Gewährung günstigen Kredits, aber selbst diese Zugeständnisse rechtfertigen keine lebenslange Bindung.⁵

Auch wenn man manche der eben angeführten Regelungen unter dem Gesichtspunkt der Selbstbestimmung und -verantwortung als allzu paternalistisch klassifizieren wird müssen, so enthalten sie doch verfolgenswerte schutzorientierte Grundgedanken. Und diese sollten gerade bei Entscheidungen zwischen Leben und Tod nicht aus dem Blick geraten.

Referenzen

1. Vgl. den Presstext zu Art. 3: „[...] The Court could not but be sympathetic to the applicant's apprehension that without the possibility of ending her life she faced the prospect of a distressing death. [...]“
2. Vgl. z.B. BERTEL/SCHWAIGHOFER, *Österreichisches Strafrecht Besonderer Teil I* (1998) 4 f.
3. Vgl. dazu etwa die aktuelle Darstellung der Judikatur zu Art. 2 EMRK bei LAGODNY in: KARL (Hrsg.), *Internationaler Kommentar zur Europäischen Menschenrechtskonvention* (Loseblattausgabe – Lieferung Januar 2002).
4. Vgl. IMAGO HOMINIS 2,3 (1999) und 1(2001) bzw. E.H. PRAT, *Zur Frage der Selbstbestimmung*. In: J. BONELLI, E.H. PRAT, *Leben – Sterben – Euthanasie*, Springer Verlag, Wien (2000), S. 61-71
5. Zur Problematik vgl. etwa KREICI in RUMMEL, *Kommentar zum ABGB I* (2000), § 879 RZ 86.

Dr. Thomas PISKERNIGG
Währinger Straße 27
A - 1090 Wien

Das belgische Euthanasiegesetz

Enrique H. PRAT

Nach Holland bricht nun auch in Belgien als zweitem Land der EU ein Schutzdamm des Rechtes auf Leben. Am 16. Mai ging im belgischen Parlament ein Gesetz mit 86 Stimmen dafür, 51 dagegen und 10 Stimmenthaltungen durch, das Euthanasie in einigen Monaten legalisieren wird.

Keine zwei Wochen, nachdem der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte festgestellt hatte, dass das Recht auf Leben kein Recht auf eine Tötung auf Verlangen einschließt, wurde doch dieses inhumane Recht vom Belgischen Parlament verabschiedet. Politiker der Opposition kündigten allerdings an, das Gesetz vor dem Europäischen Menschenrechtsgerichtshof und der UN-Menschenrechtskommission zu klagen, um es noch zu Fall zu bringen.

Kurz zusammengefasst: Was sieht das Gesetz vor? Der Arzt, der die Euthanasie an einem volljährigen oder minderjährigen, aber emanzipierten Patienten praktiziert, wird keine gesetzeswidrige Handlung begehen, wenn a) der Patient bei vollem Bewusstsein die Tötung verlangt hat, b) das Verlangen freiwillig, bedacht und wiederholt geäußert wird und ohne jeden äußeren Druck zustande kommt und c) der Patient sich in einer medizinisch ausweglosen Situation mit dauerhaftem und unerträglichem physischen oder psychischen Leidensdruck befindet, was Folge eines Unfalls oder einer unheilbaren und schweren Krankheit ist (Art. 3 §1).

Die belgische Regelung reicht über die holländische hinaus. Zunächst sind in Holland die aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Freitod prinzipiell nach wie vor strafbar. Erfüllt man aber bestimmte Bedingungen, die Strafausschließungsgründe genannt werden, bleiben aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Freitod seit rund einem Jahr straffrei. Das belgische Ge-

setz dekretiert, dass, wenn die Tötung nach den Bedingungen des Gesetzes vollzogen ist, diese als ein natürlicher Tod statistisch ausgewiesen wird und in allen rechtlichen Belangen als ein solcher zu gelten hat (Art. 15).

Eine weitere schreckliche Besonderheit des belgischen Gesetzes ist die Zulassung von Sterbehilfe an physisch und psychisch schwer leidenden unheilbaren Patienten, deren Krankheit sich nicht im Endstadium befindet und deren voraussichtlicher Sterbezeitpunkt daher in weiterer Ferne liegt. Unerträglichkeit und Unzumutbarkeit von physischen Schmerzen sind trotz ihrer relativen Objektivierbarkeit weitgehend kulturell- und zeitbedingte Größen. Psychische Leiden und seelische Qualen sind außerdem kaum von außen zu beurteilen. Das Gesetz öffnet also Tür und Tor für ziemlich willkürliches Töten von kranken und alten Menschen. Hier wird nicht den Abgeordneten, die dafür abgestimmt haben, unterstellt, dass sie für die Willkür sind und ihnen jeder Verantwortungssinn fehlt. Schließlich ist nach den Meinungsumfragen die Mehrheit der Belgier für Euthanasie. Zumindest eine große Naivität haben sie aber allemal bewiesen, denn eine solche kann man dieser Regelung nicht absprechen, da sie sich an subjektiven Maßstäben orientiert. Wie neulich Georg Paul HEFFY in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung schrieb: „Die subjektive Lebensablehnung und Todessehnsucht wird nun zum ersten Mal in der modernen Rechtsgeschichte zum objektiven Rechtsanspruch auf staatlich sanktionierte Lebensverkürzung erhoben.“

Weiters sieht das Gesetz vor, dass das Tötungsverlangen vom Patienten oder seinem Vertreter schriftlich verfasst sein muss und jederzeit widerrufen werden kann (Art. 3, § 4).

Das Gesetz verlangt vom Arzt (Art. 3, §2), dass er den Patienten besonders ausführlich

über die therapeutischen und palliativen Möglichkeiten sowie über seine Lebenserwartung informiert, ihn berät und im Gespräch mit dem Patienten zur Überzeugung gelangt, dass es „in der Situation keine andere vernünftige Lösung gibt“. Ferner muss der Arzt eine zweite, unabhängige ärztliche Meinung einholen, mit dem Betreuungspersonal und den Verwandten den Fall ausgiebig besprechen.

Wenn sich der Patient nicht im Endstadium der Krankheit befindet, muss der Arzt noch einen zweiten Arzt konsultieren und einen Monat – ab dem schriftlichen Verlangen gerechnet – verstreichen lassen, um den Tötungswunsch zu erfüllen.

Das Gesetz (Art. 4) billigt einer schriftlichen Willenserklärung Wirksamkeit zu, wenn der Patient nicht mehr bei Bewusstsein ist. Auch die Bestellung eines Stellvertreters, der für den Patienten die Tötung verlangen kann, wird gesetzlich gebilligt. Jede Erklärung gilt fünf Jahre lang ab der Ausstellung oder ab der letzten Bestätigung durch den Unterzeichner.

Das belgische Gesetz hat einen bei jedem Regelungsversuch der Sterbehilfe immanenten Widerspruch nicht behandelt und daher auch nicht zu lösen versucht. Das Tötungsverlangen muss natürlich ganz freiwillig sein. Welches „dauerhafte und unerträgliche“ Leiden schränkt nicht die Rationalität des Patienten bis hin zur zeitweiligen Annullierung ein? Ist aber ein Willenausdruck frei, wenn er unter Einschränkung der eigenen Rationalität entstanden ist? Kann jemand damit einverstanden sein, dass der Staat verordnet, einen so entstandenen, möglicherweise irrationalen

Wunsch immer zu respektieren. Das Festhalten an der radikalen Autonomie des Menschen führt zu ausweglosen Widersprüchen. Dabei wird nicht behauptet, dass jegliches Tötungsverlangen unfrei entsteht.

Jeder Euthanasiefall wird bei einer dafür eingesetzten Kommission dokumentiert zu melden sein (Art. 6). Die Kommission wird prüfen, ob die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten wurden (Art. 7 und ff.).

Das Gewissen des Arztes und des Betreuungspersonals wird allerdings vom neuen Gesetz respektiert: „Kein Arzt ist verpflichtet, dem Tötungswunsch nachzukommen, und kein Mensch muss an einem Euthanasiefall teilnehmen“ (Art. 14).

Die ethische Diskussion läuft in Belgien seit Monaten auf Hochtouren. Alle „Für und Wider“ wurden in aller Öffentlichkeit durchgekauert. Am Ende hat sich, wie leider schon so oft in der Biopolitik, nicht die vernünftigere, sondern die bequemere Lösung, die eigentlich keine echte Lösung ist, durchgesetzt. Schwerkranke und schwache Menschen Monate und Jahre lang zu begleiten, ist eine humanitäre Aufgabe, kann aber zur schweren menschlichen und finanziellen Belastung werden. Und für solche Belastungen hat die durch und durch materialisierte Gesellschaft ebenso wenig übrig wie für selbstlose humanitäre Aufgaben.

Prof.Dr. Enrique H. PRAT, Imabe-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A - 1030 Wien
ehprat@imabe.org

Erklärung des IMABE-Instituts: Bioethikkommission – eine Stellungnahme, aber zwei Empfehlungen

Am 15. Mai stimmte das europäische Parlament in der zweiten Lesung über das „Sechste Rahmenprogramm 2002-2006 der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der Forschung, technologischen Entwicklung und Demonstration als Beitrag zur Verwirklichung des europäischen Forschungsraums“ ab. Vor mehreren Monaten hatte sich bereits das Parlament und der Ministerrat damit befasst. Nun wird der Rat der Forschungsminister, der über dem Parlament steht, die letzte Entscheidung treffen. Im Zuge der Beratungen haben sich einige Änderungen in den Richtlinien dieses Rahmenprogramms geändert. Nach dem letzten Stand der Dinge (vgl. Art. 3) wird ausgeschlossen, dass Forschungsaktivitäten, die sich auf das reproduktive Klonen von Menschen richten, gefordert werden. Ebenso werden die Herstellung von Embryonen zu Forschungszwecken und Forschungsaktivitäten, die zu einer vererbaren Veränderung des Erbmaterials führen, ausgeschlossen. Gefördert wird aber die Forschung an „überzähligen Embryonen“ und an Embryonen oder Föten aus spontanen oder medizinisch notwendigen Schwangerschaftsunterbrechungen. Forschung an embryonalen oder adulten Stammzellen wird ebenfalls gefördert.

Die österreichische Bundesministerin für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Elisabeth GEHRER hat die Bioethikkommission im Bundeskanzleramt um Rat gebeten. Ihre Stellungnahme ist am 8. Mai 2002 mit zwei alternativen Empfehlungen abgegeben worden: „Stellungnahme der Bioethikkommission zu Fragen der Stammzellenforschung im Kontext des 6. Rahmenprogramms der EU im Bereich der Forschung, technologischen Entwicklung und Demonstration als Beitrag zur Verwirklichung des europäischen Forschungsraums (2002-2006)“ (vgl. www.bka.gv.at/bka/bioethik/stellungnahme_stammz.pdf)

Das IMABE-Institut hatte bereits am 30. Jänner 2002 nach Aufforderung des Ministeriums einige Stellen des damals vorliegenden Entwurfs des Rahmenprogramms geprüft und einen Vorschlag für eine Argumentationslinie vorgelegt (vgl. www.imabe.org unter Dokumente).

In der Folge erscheint die IMABE-Erklärung vom 15. Mai 2002:

Die Bioethikkommission im Bundeskanzleramt hat eine Stellungnahme zu Fragen der Stammzellenforschung im Kontext des 6. Forschungsrahmenprogramms der EU veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission konnten sich allerdings nicht einigen und haben der Regierung zwei alternative Empfehlungen abgegeben. In der ersten plädieren elf Mitglieder der Kommission für eine eingeschränkte Förderungswürdigkeit von embryonaler Stammzellenforschung. Alternativ dazu lehnen acht Mitglieder diese Position ab und empfehlen ihrerseits der Bundesregierung, in der EU gegen eine Förderung

solcher Projekte einzutreten.

Eine Ethikkommission ist kein repräsentativ-politisches Gremium, das in erster Linie einen Konsens der verschiedenen Positionen suchen soll, sondern eine Instanz zur Wahrheitsfindung in konkreten und aktuellen ethischen Fragen. Aber diese Wahrheit lässt sich nicht durch Abstimmungen ermitteln. Wenn bei den Beratungen keine Einigkeit erreicht wird, dürfen die Positionen nicht nach dem Stimmenverhältnis bewertet werden. Es war dahersieherichtig, beide Positionen der Bioethikkommission als gleichwertige Empfehlung zu veröffentlichen. Dass einige Mitglieder der

Ethikkommission, Medien und Politiker so tun, als ob nur die erste Empfehlung abgegeben worden wäre, und die ethisch gehaltvollere Alternative verschweigen, ist allerdings befremdend und irreführend.

Die erste Empfehlung ist ziemlich blauäugig. Sie möchte die Förderungswürdigkeit der embryonalen Stammzellenforschung an sechs Bedingungen knüpfen, die – wie die Argumentation der Alternativposition klarstellt – unhaltbar sind. Die Stellungnahme geht an den wahren ethischen Problemen des Rahmenprogramms vorbei, das in dieser Woche das Europaparlament behandelt und in wenigen Wochen vom Rat der Forschungsminister endgültig approbiert werden soll. Im vorliegenden überarbeiteten Artikel 3 der Abstimmungsvorlage werden Forschungsprojekte zum therapeutischen Klonen ebenso wie Forschung mit überzähligen Embryonen aus der In-vitro-Fertilisation von der Förderung nicht eindeutig ausgeschlossen. Hier liegt die wahre Hürde. Damit befasst sich die Stellungnahme nur am Rande. So lange diese Forschungen von der Förderungswürdigkeit nicht effektiv ausgeschlossen werden, hat es wenig Sinn, mehr

oder weniger formale Bedingungen für die Unterstützung der Forschung mit embryonalen Stammzellen zu verlangen.

Die politischen Gremien müssen nun zwischen den beiden Empfehlungen abstimmen. Sie dürfen dabei nicht übersehen, dass von den 4 Ethikern der Ethikkommission – also den Experten der Moral – drei gegen die embryonale Stammzellenforschung abgestimmt haben. Dieses Stimmenverhältnis 3 zu 1 spricht die Sprache der Ethik. Die Bundesregierung wäre gut beraten, in Brüssel weiterhin gegen die Förderung von Forschungsprojekten zum therapeutischen Klonen sowie gegen die Förderung von Forschungen mit überzähligen Embryonen und embryonalen Stammzellen einzutreten. Alles andere wäre ein Rückschlag für den Lebensschutz dieses Landes. Noch im Dezember hat die zuständige Ministerin Mut bewiesen, indem sie bei der zuständigen Ministerkommission für Österreich eine Position vertreten hat, die die ethisch bedenklichen Stellen des 6. EU-Rahmenprogramms ablehnt. Dabei sollte sie bleiben.

Wien, am 15. Mai 2002

SCHWERPUNKT

Welche Medizin?

Es ist Zeit für eine umfassende Diskussion über die Ziele der Medizin

Santiago Ewig

Zusammenfassung

Die jüngsten bioethischen Kontroversen deuten im Kern auf eine sich verschärfende Zielkrise der Medizin hin. So berühren die zentralen Fragen in der Auseinandersetzung um die Zulässigkeit der Forschung an humanen embryonalen Stammzellen die Sicht des Lebensanfangs und -endes ebenso wie den Umfang des ärztlichen Heilauftrages. Diese neuen Herausforderungen müssen jedoch im Kontext mit länger bestehenden, ungelöst gebliebenen Zielbestimmungskonflikten der Medizin gesehen werden. Der geringe Stellenwert der Prävention zugunsten der Kuration, die Konzentration der Kostenlast in den letzten beiden Lebensjahren sowie das vorläufige Scheitern der integrierten Konzepte der psychosomatischen Medizin scheinen in dieser Perspektive als Ausdruck einer Medizin, die ihre Ziele nicht mehr konsensfähig definieren kann. Auf dem Weg zu einer neuen Zielbestimmung der Medizin müssen zuerst die zugrunde liegenden biologistischen Positionen mit ihrem mechanistischen Menschenbild in einem umfassenden Diskurs in Gesellschaft und Wissenschaft überwunden werden.

Schlüsselwörter: Stammzellen, Menschenbild, Heilung, Prävention

Abstract

The recent bioethical controversies show us an increasingly sharper crisis in defining the real goals of Medicine. The heated discussions concerning the authorization of research on human embryo stem cells have also touched on very central points of the views concerning the beginning and end of life as well as the extent of the mandate of the medical doctor to heal. This new challenge must be viewed in context with many long term unsolved conflicts regarding the legitimate aims and goals of medical practice. The low value shown preventative medicine compared to therapy and healing medicine as well as the concentration of the cost of same to later life and present break down of integrating the concepts of psychosomatic medicine seem to show the picture of medicine as no longer being able to arrive at a consensus as to what it has as goals. On the way to a new definition of the goals of modern medicine the present biological, mechanical view of the human person must be thoroughly discussed in society and on scientific level and overcome.

Keywords: Stem cells, human nature, healing, prevention

Anschrift des Autors: Priv.-Doz. Dr.med. Santiago Ewig,
Oberarzt der Medizinischen Poliklinik der Universität Bonn
Wilhelmstraße 35, D - 53111 Bonn

1. Symptome einer Krise

Die intensiv und ernsthaft geführte bioethische Diskussion um die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen und die Präimplantationsdiagnostik, die wir in den letzten zwei Jahren erlebt haben, hat eines nicht hervorgebracht: einen Konsens. Die jüngst erfolgte gesetzgeberische Entscheidung wird die Diskussion nicht abschließen, sondern einen prinzipiellen Dissens noch vertiefen. Es scheint vielmehr, als eröffneten sich durch die Diskussion neue Sichtweisen auch gegenüber Praktiken, die zuletzt nur noch wenig Widerspruch aus der Gesellschaft erfahren haben: der in-vitro-Fertilisation, der Pränataldiagnostik sowie der Abtreibung. Schließlich zeichnen sich darüber hinaus mit der Genkartierung und Sterbehilfe zusätzliche neue Konfliktthemen ab.

Gleichzeitig mit dieser Diskussion erlebt das medizinische Versorgungssystem in Deutschland eine Zuspitzung seiner strukturellen Dauerkrise: die Kosten für das Gesundheitswesen steigen trotz aller Reformbemühungen unverändert an. Dies hat zur Folge, dass das Solidarprinzip der medizinischen Versorgung zunehmend unhaltbarer erscheint, und dass eine Rationalisierung der Versorgungsstrukturen in einem Ausmaß erfolgt, das den letzten Reservaten der ärztlichen Tätigkeit, der Kommunikation mit dem Kranken, den Boden entzieht. Es scheint, als sei die Zeit nicht mehr weit entfernt, in der das Arzt-Patienten-Verhältnis vollständig durch das Medium der Technik neutralisiert sein wird.

Wie sind diese Krisen zu deuten, und inwiefern haben sie miteinander zu tun? Auf den ersten Blick könnte man geneigt sein, diese Konflikte für spezielle Probleme bestimmter Subsysteme zu halten, im ersten Fall für solche der bioethischen Innovation, in letzterem für solche der politischen Steuerung eines Sozialsystems. Sollte dies zutreffen, wären die entsprechenden Diskussionen eine Sache der jeweiligen Expertenkulturen, die in einer for-

malen demokratischen Entscheidung schließlich ihre wie auch immer vorläufige Lösung finden. Schaut man aber genauer hin, so wird deutlich, dass fundamentale Aspekte unseres Verständnisses der Medizin und ihrer Ziele in Frage stehen. Da Gesundheit und Krankheit zentrale Aspekte des menschlichen Lebens betreffen, steht gleichzeitig unser Menschenbild in Frage.

2. Der bioethische Dissens als Krise der Ziele der Medizin

Da die Diskussion um die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen zuletzt den größten Raum in der öffentlichen bioethischen Diskussion eingenommen hat, soll unsere These, dass der bioethische Dissens eine Krise der Ziele der Medizin darstellt, von dieser ausgehend entwickelt werden.

Im Wesentlichen haben sich in dieser Diskussion drei Grundpositionen zu erkennen gegeben: die religiöse, die zivilreligiöse und die biologistische.

Für die religiös inspirierte Position ist das Leben unvordenklich in Gott gegründet. Von daher kommt dem menschlichen Leben in allen seinen Stadien eine Würde zu, die unantastbar ist. Jegliche Funktionalisierung verbietet sich. Diese ontologischen Sichtweisen korrespondieren ohne argumentative Widersprüche mit der naturwissenschaftlichen Sichtweise des Lebensbeginns von der Verschmelzung der Ei- und Samenzelle an. Diese rationale Argumentation expliziert eine Erfahrung des Glaubens, wie sie unverlierbar etwa in Paul GERHARDTS Weihnachtslied ausgedrückt ist: „Da ich noch nicht geboren war / da bist du mir geboren / und hast mich dir zu eigen gar, / eh ich dich kannt, erkoren. / Eh ich durch deine Hand gemacht, / da hast du schon bei dir bedacht, / wie du mein wolltest werden.“¹

Die zivilreligiöse Position gründet zumindest in Deutschland sicher überwiegend in KANTS Philosophie. „Innerhalb der Grenzen der

bloßen Vernunft“ expliziert KANT die Selbstzwecklichkeit des Subjekts als kategorischen Imperativ. Diese Selbstzwecklichkeit ist der Kern der Menschenwürde, die eine Gesellschaft der Freien und Gleichen begründet, und diese kann widerspruchsfrei nur gedacht werden, wenn sie jedem Mitglied der menschlichen Gemeinschaft ohne weitere Bedingungen vom Ursprung seiner Existenz an zukommt. Somit besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Menschenwürde und Tötungsverbot. Aufgrund des damaligen Standes der Embryologie bleibt der moralische Status speziell der frühen Stadien des Embryos natürlich unangesprochen, doch spricht Kant explizit davon, dass sich die Menschenwürde des neuen Lebens mit dem „Akt der Zeugung“ konstituiert.² Dennoch bietet diese historisch begründete Lücke eine Möglichkeit, durch spezielle naturwissenschaftliche Sichtweisen der Embryonalentwicklung (z.B. Definition des Lebensbeginns mit der Nidation) frühe Stadien aus der Konstitution der unbedingten Menschenwürde im Sinne eines abgestuften Lebensschutzes auszunehmen, ohne die Kantische zivilreligiöse Argumentation aufzugeben.

Die biologische Position unterscheidet sich radikal von den beiden vorgenannten dadurch, dass sie den Erscheinungen des Leibes ontologisch keinen geistigen Status zukommen lässt, sondern diese als solche für Objekte von Wertzuschreibungen betrachtet, auf die sich die Gesellschaft einigen, die sie also auch je nach Interessenlage verändern kann. Die Menschenwürde ist demnach eine Übereinkunft, die in Interessen, nicht in transzendenten bzw. transzendentalen Fundamenten ruht, eine Zuschreibung, die auch gekündigt werden kann.³ Naturwissenschaftliche Kriterien des Lebensbeginns spielen hier nur eine nachgeordnete Rolle; wem Menschenwürde zukommt, entscheiden ohnehin die Interessen. Diese im Kern atheistische Position findet sich zwanglos zusammen mit utilitaristischen Konzepten von Ethik, die in der Folgenabschätzung, z.B. im größtmöglichen

Glück der größten Zahl, das entscheidende ethische Unterscheidungskriterium angeben zu können meinen.⁴

In der konkreten Auseinandersetzung lassen sich nun, wie bereits angedeutet, die erste und die zweite Position, aber auch die zweite und die dritte zusammenbringen; lediglich die erste und die dritte schließen sich kategorisch aus. Glaubt die zivilreligiöse Position nun, durch Einräumung von temporären Ausnahmetatbeständen wie der Beschränkung der Forschung auf importierte, bereits vorhandene Zelllinien den Notwendigkeiten des Fortschritts im Sinne einer Güterabwägung Rechnung tragen zu müssen, oder beharrt sie auf einer unbedingten Geltung der Menschenwürde? Handelt es sich im Kompromissfall um einen zu öffnenden Türspalt oder um einen irreversiblen Dambruch?

An diesem Punkt verlässt die Kontroverse um die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen den Rahmen einer ethischen Spezialfrage und offenbart ihren Charakter als Konflikt um Ziele der Medizin. Denn in der Güterabwägung, die hier zu treffen ist, treten an die Seite der behaupteten Notwendigkeit der Forschung an humanen embryonalen Stammzellen höchste Güter: „Forschungsfreiheit“, „hochrangige Forschungsziele“, gar eine „Ethik des Heilens“. Welchen Stellenwert hat nun aber die Forschungsfreiheit in einer Güterabwägung mit der Menschenwürde, was sind hochrangige medizinische Forschungsziele, und welche Opfer sind zugunsten der Heilungsaussicht zu bringen? Da mit der Stammzellforschung die Möglichkeit eines Zellersatzes auf den Plan getreten ist, könnte dieser prinzipiell auch einer Vielzahl medizinischer Spezialitäten zugute kommen. Spätestens hier berührt die Kontroverse, die ursprünglich ein Konflikt um den moralischen und rechtlichen Status des Embryos war, das Selbstverständnis jedes Arztes, aber auch jedes Patienten im Kern.⁵

In dieser Perspektive erscheinen nun auch ursprüngliche Spezialgebiete der Gynäko-

gie wie die in vitro Fertilisation (IVF) in neuem Licht. Erschien diese zunächst als Technik zur Therapie der Infertilität, wird nun deutlich, dass sie die Grundlage einer umfassenden Embryonenforschung darstellt, so wie einer ihrer Pioniere es auch ursprünglich intendierte.⁶ Die Tatsache, dass es weltweit bereits eine unbekannte große Zahl eingefrorener „überzähliger“ Embryonen gibt, die „zum Tode verurteilt sind“, dass ständig zusätzliche solche „überzähligen“ Embryonen anfallen, und dass somit ein Reservoir entstanden ist und nachgebildet wird, das die Forderung einer Produktion von Embryonen zu Forschungszwecken tatsächlich entbehrlich werden lässt, wird erst jetzt deutlich. Offensichtlicher kann ein Zielkonflikt der Medizin nicht werden: eine Technik, die ursprünglich der Therapie der Infertilität dienen sollte, wird unter der Hand zu einer Technik, die den Embryonenverbrauch ermöglicht.

Ähnliche Perspektiven ergeben sich hinsichtlich der Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik. Beide Verfahren erscheinen als Methode, Gesundheit zu mehren, indem eine Frühdiagnostik betrieben wird, im ersten Fall in utero, in letzterem bereits in vitro. Tatsächlich jedoch stellen beide Verfahren heute im Falle einer nachweisbaren Erkrankung nicht die Grundlage einer Therapie des genetisch defekten Embryos, sondern einer Tötung desselben dar. Im Falle der Präimplantationsdiagnostik kommt die Gefahr hinzu, dass nicht nur genetisch defektes, sondern auch bei intakter genetischer Ausstattung qualitativ unerwünschtes Leben getötet wird. Wenn die Konsequenz des Tötens akzeptiert wird, erscheint es in der Tat unabweisbar, diese Tötung auch so früh wie möglich, also in vitro vorzunehmen, um spätere Abtreibungen zu vermeiden. Aber ist Tötung ein medizinisch adäquater Therapieersatz? Ist Selektion gesunden Lebens eine angemessene Methode, die Gesundheit zu befördern? Welche Konsequenzen kann dieses Vorgehen für die Medizin insgesamt haben?

Tötung als Therapieersatz scheint bereits auch in der sogenannten aktiven Sterbehilfe unheilbar Kranker durch. In manchen Fällen ist die aktive Beschleunigung eines irreversiblen Sterbeprozesses, in manchen aber auch die Tötung eines noch nicht im Sterbeprozess befindlichen, unheilbar chronisch Kranken gemeint. Obwohl beide Fälle qualitativ unterschieden sind, geschieht in beiden Fällen eine Tötung auf dem Hintergrund, dass eine Therapie nicht mehr erfolgversprechend erscheint, d.h. dass nicht mehr zu erwarten steht, dass eine Therapie zu einem Rückgang der Krankheit führt. Die jeweils für die Feststellung der Zulässigkeit einer solchen Tötung notwendigen Voraussetzungen (Wille des Patienten, Zahl und Unabhängigkeit der ärztlichen Gutachten etc.) ändern nichts an der grundsätzlichen Tatsache, dass die Tötung an die Stelle einer ärztlichen (und menschlichen) Zuwendung getreten ist, und zwar mit der Begründung eines Werturteils über das Leben der unheilbar erkrankten bzw. sterbenden Person.

Diese Tötungshandlungen als Ausdruck einer medizinischen Kapitulation kontrastieren eigentümlich und scheinbar widersprüchlich mit einer Tendenz, die intensivmedizinische Therapie auch auf Schwerstkranke und Hilfällige auszuweiten. Eine Therapielimitation erscheint immer schwerer zu rechtfertigen, da eine prinzipielle Irreversibilität einer akuten Komplikation im Einzelfall kaum zu belegen ist. Hier geben die Möglichkeiten der Intensivmedizin (nicht selten im Verein mit forensischen Befürchtungen) den Ausschlag für eine Maximaltherapie. Kann es jedoch das Ziel der Medizin sein, in jedem Fall jede Komplikation unabhängig von bestehenden Grunderkrankungen und ihren prognostischen Implikationen mit einer Maximaltherapie zu beantworten, ein Sterben also buchstäblich nur im Falle eines offensichtlich progredienten Sterbeprozesses zuzulassen? In der Konsequenz dieses Vorgehens liegt die weitgehende Entgeignung des persönlichen Todes: die Wahl des

Sterbezeitpunkts, die zutiefst mit einem inneren Einverständnis zu sterben verbunden ist, wird dem Patienten zunehmend entzogen. Schließlich sterben viele Patienten entweder einen bewussten Tod an der Beatmungsmaschine oder einen Abnutzungstod am äußersten Ende einer chronischen Erkrankung. An diesem Punkt wird die Komplementarität von Maximaltherapie und aktiver Sterbehilfe deutlich: um der Maximaltherapie zu entkommen, wird die aktive Sterbehilfe gefordert. Um nicht einen Tod an der Beatmungsmaschine oder einen Abnutzungstod sterben zu müssen, soll das Leiden durch aktive Tötung abgekürzt werden. Medizinischer Maximalismus und aktive Sterbehilfe stellen zwei Seiten einer Medaille dar.⁷ In beiden Fällen wird ein unerbittlicher Kampf gegen das Leiden und den Tod geführt, aber paradoxerweise resultiert daraus mehr Leiden bzw. die Tötung. Hier sind die Ziele der Medizin offensichtlich verfehlt. Was sind die Gründe dafür? Es drängt sich die Sicht auf, dass die Medizin vielfach kein reflektiertes Verhältnis mehr zu Leiden und Tod hat. Die Frage stellt sich, welches Leiden die Medizin eigentlich mit welchen Mitteln zu lindern, welchen Tod sie zu ermöglichen und wie sie ihn zu begleiten sucht.

Wenn wir diese hier nur kurz angesprochenen Konfliktlinien zusammenschauen, so wird deutlich, dass alle wesentlichen Kategorien des Verständnisses von Medizin in Frage stehen: die Fragen nach dem Beginn des Lebens, nach der Gesundheit, die wir suchen, nach hochrangigen medizinischen Forschungszielen, nach Heilungsperspektiven und -pflichten, nach dem Stellenwert der Palliation, nach dem Verhältnis zu Leid und Tod. Alle diese Fragen berühren zutiefst unser Verständnis von Menschenwürde. Es wird somit weiter deutlich, dass alle bioethischen Kontroversen untrennbar zusammenhängen. Man kann eine befriedigende Antwort etwa auf das Problem der Forschung an humanen embryonalen Stammzellen nur im Kontext einer schlüssigen Vorstellung von den Zielen der Medizin

insgesamt formulieren. Dies zu erkennen bedeutet schließlich zu realisieren, dass sich in den bioethischen Konflikten nichts weniger als eine Krise der Medizin selbst reflektiert; offensichtlich steht sie an einem Scheideweg.

3. Die Krise der medizinischen Versorgungssysteme als Krise der Ziele der Medizin

Die Gründe für die Krise der medizinischen Versorgungssysteme sind sicherlich komplex und in mancher Hinsicht Teil einer Krise unserer Sozialsysteme insgesamt. In unserem Zusammenhang interessieren diejenigen Ursachen, die mit der Selbstdefinition der Medizin in Zusammenhang stehen. Wieviel die Medizin kosten darf, hängt wesentlich damit zusammen, was sie zu leisten beansprucht und ob sie die in Aussicht gestellten Leistungen auch erbringt. Ungeachtet aller z.T. imponierenden Leistungen, die hier ausdrücklich als Fortschritt anerkannt werden, ist die aktuelle Medizin durch die folgenden drei Grundtatsachen gekennzeichnet:

1) die Prävention spielt gegenüber der kurativen Medizin unverändert eine stark untergeordnete Rolle. Dies reflektiert sich etwa (aber nicht nur) in dem geringen Anteil, den die Prävention innerhalb der Gesundheitsausgaben ausmacht. Die Gesundheitsausgabenberechnung von 1998 weist aus, dass nur 4,2% der Gesundheitsausgaben in die Prävention bzw. den Gesundheitsschutz geflossen sind.⁸ Die aktuelle Medizin ist in ihrem Selbstverständnis weitgehend eine kurative Medizin.

2) Die kurative Medizin verausgabt einen großen Teil ihrer Gesundheitsausgaben für die beiden letzten Lebensjahre der Patienten. Die Abhängigkeit der Ausgaben von der Nähe des Lebensendes lässt sich sogar bis in die letzten Monate nachweisen. So wurde beispielsweise in amerikanischen Studien gezeigt, dass 8% der Kosten im drittletzten Lebensmonat, 12% im vorletzten und 40% im letzten Monat anfallen.⁹

3) Die kurative Medizin hat sich weiterhin zu einer zunehmend technisch orientierten Medizin entwickelt; alle zwischenzeitlichen Versuche einer sogenannten „integrierten Psychosomatik“, die somatische und psychische Aspekte der Krankheit zusammendenken und gemeinsam in das Behandlungskonzept einzubeziehen strebten, sind nicht über erste Ansätze hinausgekommen.¹⁰ Das Fach Psychosomatik ist heute eine Spezialdisziplin unter anderen geworden.

Inwieweit aus einer verstärkten und erfolgreichen Prävention Einsparungen der Gesundheitsausgaben resultieren könnten, lässt sich nur schwer prognostizieren. So könnte beispielsweise die Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen zwar zu einer Einsparung erheblicher Mittel führen; diese könnten aber andererseits durch höhere Kosten durch Erkrankungen im höheren Alter zum Teil wieder zunichte gemacht werden. Die ökonomische Bedeutung einer stärker präventiv orientierten Medizin liegt demnach nicht primär in direkten Einspareffekten durch Zurückdrängung von Volkskrankheiten, sondern mehr in den indirekten Effekten einer solchen Medizin auf ihren Gebrauch. Die Medizin, die stärker darauf konzentriert ist, menschliches Leben in seiner Qualität und Lebenserwartung besser zu bewahren, eröffnet die Möglichkeit, den Menschen ihre eigene Vorstellung von Gesundheit und ihren Grenzen wieder zurückzugeben, da sie ein reflektiertes Verhältnis zum eigenen leib-seelischen Dasein und seiner Hinfälligkeit bzw. Endlichkeit fördert. Die einseitig kurativ orientierte Medizin aber nährt die Vorstellung, der Mensch sei eine Maschine, die prinzipiell reparierbar ist. Im Ergebnis wird einerseits der Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit der Boden entzogen, andererseits kommt es zu einer hohen Erwartungshaltung an die Möglichkeiten der Medizin. Es zeigen sich besorgniserregende Hinweise für eine regelrechte Anspruchsinflation. Letztere schlägt bis auf die Rechtsprechung durch, die mitunter in der

Konsequenz gefährlich nahe an die Vorstellung von Gesundheit als einklagbarem Zustand kommt und damit (wenn auch ungewollt) einer sinnlosen und teuren Defensivmedizin Vorschub leistet.

Die mit steigendem Lebensalter zunehmenden Gesundheitsausgaben ergeben sich nicht in erster Linie aus der Zunahme der chronischen Krankheiten mit steigender Lebenserwartung, sondern weitgehend unabhängig vom Lebensalter aus der Nähe des Todeszeitpunktes. Lediglich bei sehr hohem Sterbealter (> 90 Jahre) schwächt sich diese Assoziation ab. Aus diesen Zusammenhängen muss man folgern, dass ein nicht unerheblicher Teil der Gesundheitsausgaben einem Abwehrkampf gegen den Tod gewidmet wird, der offensichtlich vergeblich bleiben muss. Das bereits angesprochene unreflektierte Verhältnis zum Tod erweist hier seine tendentiell auch ökonomisch ruinösen Folgen: nicht das Älterwerden an sich scheint das ökonomische Problem zu begründen, sondern die Verdrängung und orientierungslose Bekämpfung des Todes.

Ohne Zweifel können für das vorläufige Scheitern der integrierten psychosomatischen Konzepte auch immanente Probleme der psychosomatischen Theoriebildung namhaft gemacht werden. Es scheint, dass eine zu große Abhängigkeit von psychoanalytischen Grundannahmen (z.T. auch von marxistischer Gesellschaftstheorie) die Schwierigkeiten der methodischen Integration von psychisch-seelischen und somatischen Ebenen eher potenziert denn einer befriedigenden Lösung zugeführt hat.¹¹ Dies mag seinen tiefsten Grund darin haben, dass die ursprüngliche psychoanalytische Theorie selbst unverkennbar mechanistische Züge trägt und somit von einem Paradigma abhängig bleibt, das hier überwunden werden sollte. In der Zwischenzeit haben sich jedoch sowohl die Reliabilität der psychiatrischen und psychoanalytischen Diagnosen verbessert als auch die psychologischen Theorien weiterentwickelt. Innerhalb der Philosophie und Theologie sind viele ehe-

malige Hemmnisse einer interdisziplinären Theoriebildung entfallen.¹² Dennoch ist es kaum zu neuen Ansätzen einer integrierten Psychosomatik gekommen. Die zunehmende Ausschaltung der psychischen und geistigen Grundlagen von Krankheit und Krankheitsverarbeitung aus dem Gesichtsfeld der Medizin führt jedoch zu einer parallel zunehmenden Unfähigkeit, mit Krankheit zu leben, geistige Antworten auf Krankheiten zu entwickeln und Begrenzungen zu akzeptieren. Dies wiederum wirkt sich in vielfacher Weise ökonomisch nachteilig aus, nicht zuletzt dadurch, dass ohne eine solche Orientierung eine wenig erfolgreiche und teure Maximaltherapie gerade im Verlauf der Endstrecke einer chronischen Erkrankung gefördert wird.¹³

Die ökonomische Krise der Medizin hat also nicht nur mit dem wachsenden Fortschritt zu tun, der selbstverständlich die medizinische Versorgung verteuert, sondern ganz wesentlich und vordringlich auch mit ihrer Selbstdefinition. Die Medizin hat es zugelassen, dass das mechanistische Krankheitsmodell praktisch zu ihrem alleinigen Paradigma geworden ist. Diesem entspricht ein rationalistisches Menschenbild. Dieses Paradigma, das durch die Kritik des Szientismus und Materialismus in den 60er Jahren überwunden schien, hat seine Vorherrschaft in den letzten Jahren wieder hergestellt, ja im Zuge der rasanten Fortschritte der Biotechniken sogar noch vertieft. Hört man heute manchen herausragenden Vertretern der Biowissenschaften zu, so meint man Ernst Haeckels kruden Materialismus in zeitgemäßer Aktualisierung wiederzuerkennen.¹⁴

Auch Mediziner, die selbst einem anderen Menschenbild anhängen (und man mag mutmaßen, dass diese unverändert die Mehrheit darstellen), können sich diesem Alleinvertretungsanspruch des mechanistischen Krankheitsmodells nur schwer entziehen. Dies hängt damit zusammen, dass einerseits mögliche alternative Modelle des Medizinverständnisses bisher keine allgemein anerkannte Formu-

lierung bzw. auch strukturelle Vertretung in Wissenschaft und Praxis gefunden haben, andererseits in zunehmender Radikalität auch alle Versorgungsstrukturen bis in die kleinsten Kapillaren dem mechanistischen Modell angepasst werden. Durch Strukturen dieser Art wird der Patient in der Tendenz zum Kunden, dessen Anamnese lediglich die diagnostischen und therapeutischen Algorithmen füttert, die für eine standardisierte technische Behandlungsplanung erforderlich sind. Die nichtdirektive Kommunikation verschwindet somit zunehmend aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis. Die Knappheit der Mittel verdrängt paradoxerweise weniger die Technik, sondern alles, was die reibungslose Anwendung der Technik zu behindern scheint, vor allem also die so wertvollen, Zeit konsumierenden ärztlichen Grundaufgaben des Gesprächs und der Zuwendung.

Schließlich gibt es keinen Ausweg aus der Erkenntnis, dass die zunehmend intensiveren gentechnischen Innovationsschübe notwendigerweise einer Kostensteigerung Vorschub leisten, die die Möglichkeit einer Bewahrung eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems in Zukunft immer unwahrscheinlicher erscheinen lassen. Es bleibt vor allem zu fragen, wie die Finanzierung von Mitteln gesichert werden soll, die zur Behandlung seltenerer Erkrankungen eingesetzt werden, die keine „Volkskrankheiten“ sind und somit keinen großen Markt darstellen. Und es bleibt die beunruhigende Frage, welche Mittel denn noch für die Patienten übrig bleiben sollen, die schließlich doch hilflos sind und dauerhaft der Zuwendung und Pflege bedürfen. Steht dann die „aktive Sterbehilfe“ als Antwort bereit? Solche Fragen führen zum Kern der Sache, um die es hier geht: ist die Utopie der Kuration, die durch die gentechnologische Entwicklung einen ungeahnten Aufschwung genommen hat, ist das Stürmen elementarer Elemente der *conditio humana* durch permanente und forcierte Expansion der Technik eine adäquate medizinische Zielvorstellung?

Die ökonomische Krise trägt ihrerseits noch einmal zur Verschärfung der Zielkrise der Medizin bei. Die Krise der medizinischen Versorgungsstrukturen ist im Kern eine Krise der Selbstdefinition der Medizin. Sie wird keineswegs nur mit immer neuen Auflagen einer „Gesundheitsreform“ zu lösen sein. Vielmehr stellt sich zunehmend unausweichlich die Frage, ob eine solche Medizin nicht nur unbezahlbar, sondern auch kontraproduktiv, ja sogar in mancher Konsequenz inhuman ist. Führt man sich aber die Fragen vor Augen, die hier zu diskutieren sind, tauchen erneut alle wesentlichen Fragen des Selbstverständnisses der Medizin auf: welche Gesundheit streben wir an, welches Leiden ist vermeidbar, welches Leiden müssen wir in welcher Form hinnehmen? Wann sollen wir den Sterbeprozess akzeptieren und begleiten? Wie wollen wir Krankheit verstehen? Welchem Menschenbild folgen wir, wenn wir Kranke behandeln? Wieviel sind wir bereit, für unsere selbstgesetzten Ziele zu bezahlen?

4. Ausblick

Es hat sich gezeigt, dass zwei scheinbar ohne Zusammenhang bestehende Konflikte, die Diskussion um bioethische Spezialfragen sowie die Dauerkrise der medizinischen Versorgungssysteme in Wahrheit Schauplätze des Ringens der Medizin um ihr Selbstverständnis sind, und dass beide Konflikte in Wahrheit dieselben fundamentalen Fragen berühren. Diese Fragen wurden innerhalb der Medizin immer wieder gestellt, ohne befriedigende Antworten hervorgerufen zu haben.¹⁵ Die rasante Entwicklung der Biomedizin hat nun die Zielkrise in einem ungeahnten Ausmaß beschleunigt. Die Diskussion muss daher mit einem entsprechenden Bewusstsein nicht nur in Expertenräumen geführt, sondern muss von Medizinerinnen und Patienten, in der Konsequenz von der ganzen Gesellschaft geführt werden. Sie muss aber vor allem auf die Tagesordnung

des medizinischen Wissenschaftsbetriebs kommen: denn hier werden Entscheidungen über Forschungsschwerpunkte getroffen, die ihrerseits die medizinische Praxis zutiefst beeinflussen. Hier gilt es insbesondere philosophisch die Vorherrschaft des mechanistischen Paradigmas in Frage zu stellen. Es muss deutlich gemacht werden, dass dieses Paradigma die Selbstabschaffung des Menschen als geistiges Wesen impliziert. Kein noch so großer naturwissenschaftlicher Fortschritt kann jedoch eine Antwort auf die Fragen geben, die die eigentlich menschlichen sind, die in Bezug auf die Medizin lauten: welches Verhältnis haben wir zu Krankheit und Tod, welcher Krankheitsbegriff leitet uns, welche Gesundheit wollen wir erstreben?

Selbstverständlich gibt es für keine dieser Fragen eine einfache Lösung. Dies gilt insbesondere für Fragen der Limitierung medizinischer Interventionen bei zum Tode führenden Erkrankungen. Nicht wenige derartige medizinische Entscheidungen bleiben gerade in dieser kritischen Perspektive nicht standardisierbar und müssen der Einzelfallentscheidung überlassen bleiben. Dessen ungeachtet muss aber eine ernsthafte Diskussion über grundsätzliche Zielorientierungen der Medizin geführt werden, die im Ergebnis medizinisch und juristisch solide Grundlagen ergibt, an denen sich die Entscheidungen in der medizinischen Praxis orientieren können. Die jüngst neu formulierten „Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung“ haben diesbezüglich viele wichtige ethische Grundsätze expliziert, an denen sich ärztliches Handeln orientieren kann.¹⁶ Sie weisen jedoch die entscheidende Schwäche auf, dass sie keine angemessenen Kriterien angeben, was unter einer „infausten Prognose“ zu verstehen ist. Aus diesem Grunde bleibt unklar, auf welche Situationen diese Grundsätze eigentlich anzuwenden sind. Sich auf solche Kriterien zu verständigen ist jedoch eines der vordringlichsten Ziele, denen sich die Medizin in Zukunft widmen muss.

Führt man sich in diesem Zusammenhang noch einmal die Diskussion um die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen vor Augen, so bleibt die beunruhigende Frage, ob über Menschenbilder, die offensichtlich verschiedenen Optionen des Verständnisses von Medizin zugrunde liegen, überhaupt rational gestritten werden kann. In diesem Zusammenhang wird oft behauptet, religiöse Positionen repräsentierten eine Sondernorm, die einer säkulären Gesellschaft nicht mehr vermittelbar seien, und die insofern in einem rationalen Diskurs keinen Platz mehr hätten. HABERMAS hat solchen Positionen jüngst entgegengehalten, das Ausgrenzen religiöser Positionen schließe wichtige Intuitionen aus rationalen Diskursen aus. Diese Aussage traf HABERMAS, obwohl er sich selbst als „religiös un-musikalisch“ qualifizierte.¹⁷ Diese Position ist innerhalb der Kritischen Theorie nicht neu; bereits HORKHEIMER betonte, dass das religiöse Erbe nicht umstandslos in den produktiven Schatz des geschichtlichen Fortschritts eingehen könne, ohne selbst zerstört zu werden.¹⁸ Obwohl sie eine wichtige Erkenntnis ausdrückt, nämlich dass religiöse Einsichten nicht ohne ihre Selbstaufhebung in rein diskursive Argumente transformiert werden können, geht sie doch in einem entscheidenden Punkte fehl: zumindest die christliche Religion beansprucht für sich, dass die Offenbarungswahrheiten rational als einsehbare Wahrheiten vermittelbar sind. Religion ist demnach nicht in Rationalität überführbar, aber die Rationalität kann zur religiösen Wahrheit hinführen. Dies bedeutet in unserem Zusammenhang, dass auch in einer säkulären Gesellschaft religiös begründete Positionen des Begriffs von Menschenwürde widerspruchsfrei und allgemein anerkennungs-fähig formulierbar bleiben. Wenn also der Glaube in einer säkulären Gesellschaft minoritär wird, findet er seinen Partner in einer Zivilreligion, die ihrerseits die allgemein zustimmungsfähigen Grundlagen des Zusammenlebens ausschließlich rational formuliert. In der jetzt dringend zu fordernden Diskussi-

on um die Ziele der Medizin wird es daher von religiöser Seite keine Fundamentalismen geben. Man muss nicht den Glauben des Weihnachtsliedes Paul GERHARDTS in sich tragen, um doch ermessen zu können, welche Konsequenzen verschiedene Interpretationen der Menschenwürde für die Gesellschaft bzw. Zieldefinition der Medizin haben.¹⁹ Die Berliner Rede des Bundespräsidenten Johannes RAU zeigt in exemplarischer Gültigkeit, wie religiös inspirierte Positionen im Verständnis der Menschenwürde allgemein anerkennungs-fähig formuliert werden können.²⁰ Es werden also im Gegenteil biologistische Positionen zu zeigen haben, ob ihr mechanistisches Menschenbild sich nicht als ideologische Verkürzung erweist, die einer humanen Medizin keine allgemein anerkennungs-fähige Orientierung zu geben vermag.

Referenzen

1. GERHARDT, P., „Ich steh´ an deiner Krippe hier ...“, Gotteslob, S. 215, Lied 144
2. KANT, I., *Metaphysik der Sitten*, § 28 (AB 112f)
3. MARKL, H., Rede auf der Jahresversammlung der Max-Planck-Gesellschaft, 26.6.2001: „Mensch ist nämlich kein Etikett der Natur, sondern eine selbstbezügliche Redeweise von Menschen, deren Bedeutung nicht die Natur festlegt.“ „Mensch ist ein kulturbezogener Zuschreibungsbegriff von Menschen und keine rein biologische Tatsache.“ Zur philosophischen Kritik dieser Rede: HOFFMANN, T.S., *Wer will unter die Piraten?* Frankfurter Allgemeine Zeitung 23.8.2001; Nr. 195, S.42
4. SINGER, P., *Praktische Ethik*, Reclam Verlag, 2. Auflage (1994); HOERSTER, N., *Hat der Embryo wirklich ein Interesse am Leben?* Frankfurter Allgemeine Zeitung, 23.7.2001, Nr. 168, S.44
5. EWIG, S., *Heilungsversprechen versus Menschenwürde. Elemente einer Kritik neuer Biotechnologien*, Zeitschrift für Medizinische Ethik (2001); 47: 407-420; EWIG, S., *Ethik des Heilens und ärztliches Ethos*. In: *Biomedizin und Menschenwürde*, Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Integrationsforschung (ZEI) (2001) S.17-26
6. EDWARDS, R.G., *Introduction and development of IVF and its ethical regulation*. In: HILDT, E., MIETH, D. (Hrsg.), *In vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social, and ethical evaluation*, Alderhot (1998) S.3-18
7. EIBACH, U., *Sterbehilfe – Tötung auf Verlangen?* Brockhaus Verlag (1988)
8. Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gesundheitsbericht für Deutschland 1998*, www.gbe.bund.de
9. ebd.
10. UEXKÜLL, TH.V., *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*, Schattauer Verlag, 3. Auflage (1994); ADLER, R., *Psychosomatik als Wissenschaft. Integrierte Medizin gedacht*

und gelebt, SchattauerVerlag (2000). Auch wenn dieses Buch und das Bestehen einer „Akademie für Integrierte Medizin“, innerhalb deren Schriftenreihe dieses Werk erscheint, die potentielle Vitalität dieser Ansätze erneut belegt, bleibt festzuhalten, dass Ansätze dieser Art zumindest in Deutschland keine nennenswerte Entwicklungsbasis finden.

11. WESIACK, W., *Psychoanalyse und praktische Medizin. Grundzüge der Neurosenlehre, Psychotherapie und psychosomatischen Therapie*, Klett-Cotta (1980). Diese Referenz soll nur als Beispiel dienen; viele andere könnten aufgezählt werden. Sie weist jedoch den Vorteil auf, die Grenzen dieses Ansatzes gerade dort deutlich werden zu lassen, wo er praktisch werden will.
12. BECK, M., *Hippokrates am Scheideweg. Medizin zwischen naturwissenschaftlichem Materialismus und ethischer Verantwortung*, Schöningh-Verlag (2001) S.45-62; BECK, M., *Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie*, Schöningh Verlag, 2. Auflage (2001)
13. Statistisches Bundesamt/Robert Koch-Institut: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gesundheitsbericht für Deutschland 1998*, www.gbe.bund.de
14. MARKL, H., Rede auf der Jahresversammlung der Max-Planck-Gesellschaft, 26.6.2001: „Mensch ist nämlich kein Etikett der Natur, sondern eine selbstbezügliche Redeweise von Menschen, deren Bedeutung nicht die Natur festlegt.“ „Mensch ist ein kulturbezogener Zuschreibungsbegriff von Menschen und keine rein biologische Tatsache.“ Zur philosophischen Kritik dieser Rede: HOFFMANN, T.S., *Wer will unter die Piraten?* Frankfurter Allgemeine Zeitung 23.8.2001; Nr. 195, S.42; VARMUS, H., *Ich sehe eine moralische Pflicht zum Embryonenverbrauch*. Frankfurter Allgemeine Zeitung 25.8.2001; Nr 197; S.43: „Die Fragen zur Ethik, die von der Arbeit an menschlichen Embryonen aufgeworfen wurden, sind beantwortet. Sehr wenige Amerikaner zerbrechen sich darüber noch den Kopf. Der Trend geht zu mehr Akzeptanz. Wenn die Leute das kleine Pünktchen sehen, das aus wenigen, bei der künstlichen Befruchtung übriggebliebenen Zellen besteht, und wie Tausende von Embryonen jährlich, für den Abfalleimer bestimmt ist, werden sie die Problematik vergessen.“ VARMUS ist Nobelpreisträger für Medizin 1989, war sechs Jahre Chef des NIH und ist heute Chef des Memorial Sloan-Kettering Cancer Centers in New York. Ähnlich hemdsärmelige Äußerungen in bioethischen Grundpositionen sind bekannt von R. WATSON, dem Entdecker der DNA, aber auch etwa von C. NÜSSLEIN-VOLHARD, Entwicklungsbiologin und Direktorin am Max-Planck-Institut in Tübingen.
15. „Als eigentliche Herausforderung innerhalb der Medizin und der Gesundheitspolitik stellt sich daher nicht nur die Frage, ob die Medizin tun darf, was sie kann, schon gar nicht, ob sie tun muss, was sie kann, sondern ob es möglich ist, dem Sog der Technologie hin zu einer Technokratie ein Menschenbild entgegenzustellen, welches uns die Errungenschaften moderner Medizintechnologie dankbar gebrauchen lässt, das vor allem aber auch wissenschaftliches und ärztliches Handeln an die Frage nach der Verantwortbarkeit der Mittel und Verfahren zu binden vermag.“ RICHTER, G., *Welches Menschenbild formt zukünftige Ärztinnen und Ärzte an der Universität?* Dtsch Med Wschr (1994) 119: 1131-1134. Diese nahezu prophetisch anmutenden Sätze machen deutlich, wie sehr die aktuelle Zielkrise lediglich eine Verschärfung einer schon lange schwelenden Zielkrise ist.
16. *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*, Deutsches Ärzteblatt (1998) 95: A-2365-2367
17. HABERMAS, J., *Glauben und Wissen*. Frankfurter Allgemeine Zeitung 15.10.2001
18. HORCKHEIMER, M., *Gedanke zur Religion*. In: SCHMIDT, A. (Hrsg.), *Kritische Theorie I und II*, Studienausgabe, S. Fischer (1977) S.374-376
19. SCHOCKENHOFF, E., *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss*, Grünewald Verlag (1993); vor allem S.167-212 und S.428-450; SCHOCKENHOFF, E., *Naturrecht und Menschenwürde. Universale Ethik in einer geschichtlichen Welt*, Grünewald Verlag (1996); SPAEMANN, R., *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“*, Klett-Cotta Verlag, 2. Auflage (1998)
20. RAU, J., *Wird alles gut? Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß*, 18.5.2001

Kritische Aufgaben medizinischer Ethikkommissionen

*Hermann W. EICHSTÄDT**

Zusammenfassung

Nach dem zweiten Weltkrieg fand in allen Ländern der sogenannten zivilisierten Welt eine zunehmende Formalisierung der medizinischen Forschung am Menschen statt. Der Weltärztebund hat in seinen Generalversammlungen hierzu Normen geschaffen; die Grundlagen hierzu sind bereits in der Hippokrates zugeschriebenen Richtlinie ärztlichen Handelns um 400 vor Christus enthalten. Da gerade industrielle Forschung unter Einbindung der Medizin sich aber immer wieder die oft notwendigen, oft aber auch zu großzügig definierten Freiräume zu schaffen versteht, haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten Ethik-Kommissionen als fester Bestandteil der Selbstkontrolle klinischer Forschung etabliert. Anschließend wurden sie sogleich durch gesetzliche Vorschriften zum Zulassungs- und Begleitinstrument aller Fragestellungen gemacht, die im Rahmen der Untersuchung neuer Medikamente und Medizinprodukte entstehen. Die Autoren haben hier den aktuellen Stand der wesentlichen Entscheidungsprobleme der Ethikkommissionen zusammengestellt, reklamieren aber kritisch die Freiwilligkeit und Selbstverständlichkeit Medizinischer Ethik aus sich heraus.

Schlüsselwörter: Medizinische Ethik, Ethik-Recht, Ethik-Kommission, klinische Forschung, Medizinrecht, Gesundheitswissenschaften

Abstract

Over the past years ethical committees have become an integral component of clinical research. Legislation has been passed and made them an established element that accompanies approval procedures and other developments in the context of clinical studies into new drugs and medicinal products. This is the first account of the current formal framework and decision problems of the year 2001, in both national and international law by which the work of Ethics Commissions is governed today.

Keywords: medical ethics, ethics laws, clinical research, medical law, ethics committees, health sciences

Anschrift des Autors: Prof.Dr.med. Hermann W. EICHSTÄDT, Vorsitzender der Ethik-Kommission, Medizinische Klinik m.S. Kardiologie der Charité, Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1, D - 13353 Berlin

* unter Mitarbeit von:

Sybille M. MEIER, Fachanwältin für Sozial- und Arbeitsrecht, Tätigkeitsschwerpunkt Betreuungsrecht, Berlin;

Udo von LANGSDORFF, Rechtsanwalt, Tätigkeitsschwerpunkt Arzt- und Pharmarecht, Berlin;

Dr.theol.Dr.med. Alfred SONNENFELD, Lehrbeauftragter für medizinische Ethik an der Charité, Berlin.

Einführung

Noch in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts war klinische Forschung überwiegend von den Eingebungen und Interessen des einzelnen Forschers und seiner Arbeitsgruppe geprägt, der sich als Bittsteller an bürgerliche Mäzene wandte, um seine Vorhaben finanzieren zu können. Nach dem zweiten Weltkrieg wurden vermehrt von außen, vorwiegend von der wieder aufgebauten Industrie, Projekte zur Vermarktung industrieller Entwicklungen in die Kliniken getragen. Bei den Entwicklern waren zwar Werkstoffe und Rohstoffe vorhanden, die von industriellen Technikern, Physikern und Chemikern zur Anwendungsreife gebracht wurden, man verfügte aber nicht über die letzte Hypostasis, den kranken Menschen, der alleine aus den a priori angestellten Wirksamkeitsvermutungen und den oft nur bedingt zulässigen Analogieschlüssen aus Tierversuchen schließlich den a posteriori-Beweis der Anwendbarkeit, wenn auch nicht immer der Wirksamkeit am Menschen erbringen konnte. Über das notwendige „Patientengut“ verfügt nämlich nur der Arzt, der also durch den Forscher in der Industrie zum obligaten Zulieferer von Patienten gemacht wird, wobei er selbst nur noch selten als Forscher agieren kann. Im Zuge dieser Entwicklungen erstaunt es nicht, dass der in den jüngeren Gesetzeswerken zur klinischen Forschung inzwischen fest verankerte Begriff des industriellen „Auftraggebers“ von den Ärzten (analog also von den „Auftragnehmern“) widerspruchslos hingenommen wurde.¹ Die zunehmende Globalisierung der Großkonzerne in den letzten zwanzig Jahren führte schließlich dazu, dass die Prüfmodalitäten für Arzneimittel und Medizinprodukte ohne jegliche Rücksicht auf nationale Rechtsunterschiede, auf religiöse und moralisch differente Betrachtungen und auf die tiefenpsychologisch extrem unterschiedliche Perzeption dessen, was verschiedene Kulturen überhaupt als Krankheit definieren, für alle Länder gleichgeschaltet wurden und dass Tamilen, Zulus oder Kanadier nur aufgrund der Resulta-

te z.B. einer mit dem Akronym „CHAOS“ recht sinnträchtig bezeichneten randomisierten Studie gefälligst zu akzeptieren haben, dass a-Tocopherol zu einer signifikanten Reduktion des Risikos für kardiovaskulären Tod führe.

Sogenannte multizentrische und multinationale Studien werden kompromisslos zu den Bedingungen des Herstellerlandes weltweit durchgeführt. Die dadurch blitzartig gewonnenen großen Untersuchungszahlen sind aufgrund der beschleunigten Markteinführung gegenüber den früher Jahre dauernden monozentrischen Studien Milliarden wert. Einen Teil dieses Zeitgewinnes kann die Industrie dann leicht in geldwerter Unterstützung an die teilnehmenden Kliniken weitergeben. Auch als Reglementierungsversuch gegenüber diesem zunehmenden Auftragsdiktat erfolgte in unserem Land in den vergangenen Jahren eine Reihe von gesetzgeberischen Schritten auf unterschiedlichen Ebenen, die vom Bundesrecht über diversifiziertes Landesrecht und Kammerrecht bis hin zu einzelnen satzungs- und dienstrechtlichen Auflagen der unterschiedlichen Klinikverwaltungen reichen.² Neben der direkten Erwähnung der Ethik-Kommissionen in einzelnen Gesetzeswerken gibt es zudem auch eine Reihe von Gesetzen, die durch das Tätigwerden von Ethik-Kommissionen indirekt berührt werden, wie z. B. das Urheberrechtsgesetz (UrhG) oder auch das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG). Die augenblickliche Einbindung medizinischer Ethikkommissionen in verschiedene Rechtsnormen findet später noch Erwähnung. Zunächst soll auf die gesellschaftliche Forderung nach medizinischer Forschung und deren Anspruch eingegangen werden.

Dieser untersteht zumindest in seinem theoretischen Ansatz der dezidierten ethischen Zielsetzung, die Qualität menschlichen Lebens zu steigern und somit dem Wohl des Menschen zu dienen. Die Parameter „quality of life“ und „lifestyle“ wurden zu Modetermini und werden derzeit geradezu in den Adelsstand primärer Endpunkte beziehungsweise zu Zielparametern klinischer Forschung erhoben.

Im Übrigen haben die primären Endpunkte einer klinischen Studie inzwischen eine erstaunliche Verflachung erfahren, zieht man doch das Eintreten des bloßen Todes eines Patienten unter der einen oder der anderen Medikation als primäres Erfolgskriterium heran. In anderen Fällen wird ein Medikament bereits gefeiert, wenn es einem anderen bezüglich solcher Kriterien wenigstens nicht unterlegen ist (non-inferior), die Überlegenheit einer neuen Entwicklung wird in solchen Fällen schon gar nicht mehr verlangt.

Sittliche Gesinnung ärztlicher Wissenschaft

Dass medizinischer Forscherdrang quasi durch sich selbst auf das Wohl des Menschen ausgerichtet ist und praktisch automatisch zur Steigerung seiner Lebensqualität führt, ist eine nur sehr bedingt richtige Annahme. Denn von den beiden miteinander verbundenen Komponenten des modernen Wissenschaftsideals, der sachlichen und verfassungsmäßig verankerten Verpflichtung zum jeweils erreichbaren Erkenntnisfortschritt und ihrer moralischen Orientierung am umfassenden Wohl des Menschen, ist de facto nur der erste Anteil von der Wissenschaft selbst erbringbar. Die zweite übersteigt die einzelwissenschaftliche Fachkompetenz, ohne dass die im System der Einzeldisziplinen tätigen Mediziner dafür aus der Verantwortung entlassen wären.

Nicht nur, dass medizinische Forschung gegenüber der ganz überwiegenden Grundlagenforschung des neunzehnten Jahrhunderts heute in zahlenmäßig immer stärkerem Maße praxisorientiert, also im Blick auf die industrielle und markttechnische Verwertbarkeit ihrer Ergebnisse geschieht; die Verantwortung für das medizinisch Machbare übersteigt auch prinzipiell die Grenze eines einzelnen klinischen „Forschers“ und seines speziellen Forschungsgebietes.

Da medizinische Forschung in ihren Auswirkungen das Leben aller berührt, bedarf sie

nach unserer festen Überzeugung der öffentlichen Legitimation durch die Rechtsgemeinschaft, wie sie durch das prinzipielle Bekenntnis der Verfassung zur Freiheit von Forschung und Wissenschaft ja auch erfolgt.³ Dem Grundrecht der Forschungsfreiheit steht an vorderster Stelle das wesentlichere Grundrecht gegenüber, dass die Würde des Menschen unantastbar ist. Hiernach kann keinesfalls der Anspruch so mancher Kliniker erfüllt werden, dass sich Recht und Moral dem jeweiligen Stand der Wissenschaft anzupassen hätten, da ansonsten die Freiheit der Wissenschaft ungebührlich eingengt werde.⁴ Für die Arbeit unserer Ethik-Kommissionen gilt, wenn wir die ethische Einbeziehung in das neuzeitliche Wissenschaftsideal verfolgen und sie als normativen Hintergrund der verfassungsrechtlichen Gewährleistung der Forschungs- und Wissenschaftsfreiheit verstehen, der umgekehrte Grundsatz, nämlich dass die Freiheit der Forschung ihre Grenze an der Würde des Menschen hat.⁵ Aus ethischer Sicht geht es bei der Rechtfertigung konkreter Forschungsvorhaben immer darum, die beiden Pole des neuzeitlichen Wissenschaftsverständnisses – die Forschungsfreiheit als Eigenwert und ihre Ausrichtung am umfassenden Wohl des Menschen – zur Deckung zu bringen. Dies gilt gerade für die Forschung am Menschen, der als Träger individueller Würde ein gänzlich eigenverantwortliches Handlungssubjekt ist, auf Klinikstationen aber rasch zu einem Verfügungsgegenstand marketingorientierter Industriebegehrlichkeiten werden kann.⁶

Zwiespalt zwischen Versorgungsarzt und klinischem Wissenschaftler oder Konflikt zwischen gesellschaftlicher Erwartung und persönlichem Gewissen

In dem theoretischen Ziel eines umfassenden Fortschritts, der allen Menschen gleichermaßen zugute kommt und künftigen Generationen ebenso wie der heute lebenden die-

nen soll, stimmt die klinische Forschung am Menschen mit der experimentellen Naturforschung noch überein. Zwischen den beiden Zielsetzungen, nämlich dem konkreten Nutzen für den unmittelbar betroffenen Patienten und dem zu erwartenden Kollektivnutzen für die Menschheit als künftiger Gesamtgröße ergibt sich im Fall der klinischen Forschung am Menschen jedoch ein Konflikt, der bei Experimenten in der außermenschlichen Natur so nicht besteht.

Der Arzt bleibt nach seiner berufsethischen Bestimmung immer dem individuellen Wohl des Patienten verpflichtet. Ist er nun zugleich Prüfartz in einer klinischen Studie, tritt er demselben Patienten in einer anderen Rolle gegenüber, die ihn zur Abstraktion von dessen individuellen Besonderheiten und charakteristischen Eigenschaften zwingt. Der in dieser Doppelrolle angelegte Konflikt verschärft sich noch, wenn der Arzt nicht selbst Versuchsleiter ist, sondern im Rahmen einer multizentrischen Studie Teilfunktionen für das von ihm betreute Patientenkollektiv übernimmt. Er ist über das Versuchsprotokoll zwar mit dem Forschungsdesign und im Idealfall auch mit den Hauptzielsetzungen über die industriellen „Auftraggeber“ vertraut gemacht worden, hat aber im weiteren Studienverlauf keinen Einfluss auf den weiteren Ablauf, der oftmals und geschickt nach Erlangung eines Ethikvotums durch sog. „Amendments“ bezüglich verschiedener Einzelparameter im Sinne eines gewünschten Resultates abgeändert wird. Bei einer Doppelblindstudie hat der örtliche Prüfartz nicht einmal Kenntnis davon, welcher Vergleichsgruppe sein Patient als Studienteilnehmer zugeschlagen wird. Der kontrollierte klinische Versuch ist in der Regel nämlich dadurch geprägt, dass alle Versuchsteilnehmer zugleich Patienten und nicht nur freiwillige Probanden sind. Bei solchen erfolgt der Einschluss ja aus bloßen wissenschaftlichen Erkenntnisgründen und nicht aufgrund einer bestehenden Behandlungsnotwendigkeit.⁷

Sowohl aus der Sicht des Patienten wie aus

der des Arztes, ob bei einer Klinikstudie oder Hausarztstudie, sind durch die geplante Teilnahme einer Versuchsperson am medizinischen, meist von der Industrie initiierten Experiment ja extrem unterschiedliche, im äußersten Fall sogar einander ausschließende Einstellungen gefordert. Als Patient erwartet der Kranke die ihm als Individuum geltende, an nichts anderem als seinem persönlichen Wohl orientierte Fürsorge des Arztes. Dessen therapeutisches Handeln hat dabei seinerseits ein individuell bestimmtes Ziel, das mit den Zielsetzungen des Versuchsprotokolls durchaus kollidieren kann. Das moralische Grundprinzip wissenschaftlicher Rationalität, dem er als klinischer Forscher untersteht, verlangt aber genau das Gegenteil von ihm: In dieser Rolle muss er die von der Industrie vorformulierte Ergebnishypothese der Studie im Auge haben, die im positivsten Falle meist erst in der Zukunft anderen Patienten mit gleichem Krankheitsbild zugute kommt. So schnell sich aber medikamentöse Konzepte mit einer Halbwertszeit ihrer Gültigkeit von nur wenigen Jahren oder gar nur Monaten derzeit ablösen, kann mit Fug und Recht davon ausgegangen werden, dass Patienten erst dann einen belegten Nutzen von einer therapeutischen Maßnahme haben, wenn sich das bei ihnen angewendete Therapieprinzip trotz des turbulenten industriellen Marktes über mehrere Jahre gehalten hat.

Das ethische Dilemma des kontrollierten klinischen Experiments hängt direkt mit der gewählten Versuchsanordnung zusammen: Idealerweise sollen Versuchs- und Kontrollgruppe in möglichst allen relevanten Merkmalen, außer der jeweils gewählten Therapie, übereinstimmen, damit eventuell unterschiedliche Behandlungsergebnisse auf keine andere Weise erklärbar sind als durch die versuchsbedingte Anordnung, wonach die eine Gruppe Therapie 1, die andere dagegen Therapie 2, oder – falls es eine anerkannte wirksame Standardbehandlung noch nicht gibt – eine Scheintherapie (Placebo) erhält. Aus der Perspektive der Patienten heißt dies jedoch, dass

sie nicht als individuell Kranke am Experiment teilnehmen, sondern nur als anonyme Träger einer Krankheit zum Gegenstand klinischer Forschung mit offenem Ausgang werden. Das Dilemma ist noch größer: In solchen „Forschungsansätzen“ wird von der beauftragenden Industrie, oft genug erkennbar, von vornherein eine Vergleichstherapie ausgesucht, die bezüglich des gewählten Zielparameters unterlegen ist bzw. die Studie wird in ihrem Verlauf durch nachgereichte Veränderungen, den vorher erwähnten sog. „Amendments“ so lange verändert, bis die angestrebte Hypothese erreichbar erscheint.

Was in Diagnose und Therapie sonst als Charakteristikum einer spezifisch ärztlichen Einstellung zum kranken Menschen gilt, dass man in ihm nämlich den individuellen Menschen in seiner konkreten biographischen Gesamtsituation betrachtet, muss unter Versuchsbedingungen aus methodischen Gründen eliminiert werden. Er und seine Therapie werden selbst für den Arzt bis zur Unkenntlichkeit „anonymisiert“ oder „pseudonymisiert“, so dass gerade das typisch ärztliche Eingehen auf sein individuelles Krankheitsgeschehen unmöglich gemacht wird. Zur ethischen Legitimation medizinischer Forschung ist es deshalb unerlässlich, dem Versuchsteilnehmer zumindest diesen unumgänglichen Sachverhalt bewusst zu machen: Er muss darum wissen und in diesem Wissen darin einwilligen, dass er unter genau gekennzeichneten Bedingungen an einem Verfahren teilnimmt, in dem er als anonymer Proband und nicht als Patient einem Partner gegenübersteht, für den er zumindest in dem augenblicklichen Zusammenhang nicht Individuum, sondern Anonymus oder Pseudonymus in Form einer randomisierten Prüfnummer mit unbekanntem therapeutischen Hintergrund und Ausgang ist.⁸

Im Konfliktfall sollte die fürsorgliche ärztliche Einstellung gegenüber der wissenschaftlichen Rationalität stets den Vorrang erhalten, für welche die Rücksichtnahme auf das individuelle Befinden der Versuchspersonen nur

zu einer bedauerlichen Abweichung von den objektivierten Versuchsbedingungen führt, die den Aussagewert ihrer Ergebnisse gefährdet. Konkret müssen also ethische Erwägungen immer über der Biomathematik rangieren. Behandlungsbedürftige Patienten dürfen nicht einer Placebogruppe zugeordnet werden, nur weil damit die mathematische Trennschärfe zur Verumgruppe größer wird.

Der Umstand, dass klinische Versuche von der Logik wissenschaftlicher Rationalität beherrscht werden sollen, welche erst in dem unerwünschten Fall des drohenden Mislingens der Studie oder in extremen Gefahrensituationen (auch für den Auftraggeber) durch die dem kranken Menschen geltende ärztliche Fürsorge verdrängt wird, kann noch nicht per se als moralisches Defizit oder als grundsätzlicher Ausfall ethischer Verantwortlichkeit betrachtet werden. Nicht der Mangel, sondern ein anderer Aspekt von Humanität ist hier vorherrschend geworden. Ärztlich individuelle Zuwendung erfolgt bei klinischen Studien nicht primär aus dem Interesse am persönlichen Schicksal des einzelnen Kranken, sondern aus der Absicht, Krankheiten oder Einzeleffekte diagnostisch oder therapeutisch zu beforschen.⁹

Auch wenn dem Wohl des einzelnen Menschen, wie im Nürnberger Ärzte-Kodex von 1947, in der Deklaration von Helsinki und allen Folgekonferenzen des Weltärztebundes bis zum Oktober 2000 in Edinburgh und nun auch in der Europäischen Bioethikkonvention eindeutig festgelegt, Vorrang vor den Interessen von Wissenschaft und Gesellschaft zukommt, berechtigt diese Konfliktregel doch noch nicht dazu, diesen kollektiven Interessen jedwede moralische Anspruchsqualität pauschal abzusprechen.¹⁰

Das Forschungsinteresse des Arztes und die Bereitschaft zum therapeutischen Wagnis können als moralisch bestimmte Komponenten seines berufsethischen Gesamtauftrages betrachtet werden. Das Instrumentalisierungsverbot verpflichtet ihn, dabei stets das individu-

elle Wohl jedes einzelnen Menschen zu beachten und dieses nicht durch eigene Verfügung den Gesamtinteressen anderer Patienten zu opfern. Die Respektierung dieser Grenze verwehrt es ihm jedoch keineswegs, auf die Bereitschaft zur freiwilligen Teilnahme am medizinischen Experiment zu setzen und unter den heutigen Nutznießern der Solidarität früherer Generationen um Verständnis für die Notwendigkeit weiterer Forschung zu werben. Andererseits ist der heutige individuelle Patient zweifellos der Nutznießer früherer Forschung und Entwicklung, wenn sich auch das Zustandekommen vergangener Forschungsergebnisse zumindest bezüglich der zugrunde liegenden ethisch-moralischen Regelungen und auch der statistischen Berechnungen nicht immer überprüfen lässt.¹¹

Wann liegt ein Heilversuch vor, wann ein Humanexperiment?

Das Universitätsverständnis, welches vom Mediziner ja erwartet, sowohl Verantwortung für die regionale Krankenversorgung und das individuelle Patientenwohl zu übernehmen, als auch nach besseren Diagnostik- und Therapiemethoden zur Bekämpfung von Krankheiten zu suchen, führt zu einer grundlegenden Unterscheidung zwischen Heilversuch und klinischem Experiment. Auch wenn sich im ärztlichen Alltag durch die Verbindung von Behandlung und Forschung oftmals Überschneidungen ergeben, weil die erhofften Ergebnisse einer kontrollierten Studie neben ihrem wissenschaftlichen Erkenntniszweck auch von potentielltem Nutzen für die Versuchsperson selbst sein könnten, lassen sich beide Grundtypen medizinischer Forschung mit charakteristischen Definitionen klar unterscheiden: Der Heilversuch ist ganz durch die therapeutische Absicht in einem konkreten Behandlungsfall bestimmt. Auch wenn er einen Schritt in medizinisches Neuland oder eine wissenschaftliche Pioniertat darstellt, dient er

der Erprobung oder erstmaligen Anwendung einer therapeutischen Methode zugunsten des erkrankten Patienten, deren Wirksamkeit aufgrund bisheriger Erfahrung nur vermutet, aber nicht sicher abgeschätzt werden kann. Der Unterschied zur anerkannten Standardtherapie muss jedoch nicht notwendigerweise in einer größeren Unsicherheit des Therapieerfolges liegen. Dass ein therapeutisches Verfahren als Standardmethode akzeptiert ist, garantiert noch keinesfalls seinen zufriedenstellenden Erfolg; in zahlreichen Fällen bedeutet dies nicht mehr, als dass es zurzeit keine bessere Alternative gibt. Es wird versucht, gegen einen bisher schlechten Standard einen vielleicht besseren Versuch zu setzen, das ist jedenfalls die Idealvorstellung des Heilversuches.

Im Unterschied zum Heilversuch steht beim klinischen Humanexperiment nicht der eventuelle therapeutische Nutzen für den einzelnen Patienten, sondern das wissenschaftliche Interesse an der Erforschung von Krankheitsursachen und dem Vergleich konkurrierender Behandlungsmethoden im Vordergrund. Hier handelt es sich um sogenannte fremdnützige Forschung, deren Ergebnisse allenfalls künftigen Patienten, nicht jedoch der Versuchsperson selbst zugute kommen werden. Vor allem bei randomisierten Doppelblindstudien, bei denen die Zuteilung der Versuchspersonen zu den unterschiedlichen Therapiearmen, z.B. neue Therapie gegen etablierte Therapie oder gar gegen Placebo durch Losentscheid erfolgt und weder der Versuchsperson selbst noch ihrem Prüfarzt bekannt ist, überwiegt das allgemeine medizinische Erkenntnisinteresse eindeutig die therapeutische Absicht, die auf einen potentiellen Nutzen für den einzelnen Patienten gerichtet sein könnte.¹² Ethisch zu rechtfertigen ist ein doppelblinder Therapieansatz deshalb nur unter der Voraussetzung, dass sich die Chancen und Risiken für die Patienten beider Therapiearme nach dem derzeitigen Kenntnisstand annähernd die Waage halten, mag dies nun den Wunschvorstellungen der Statistiker und der Industrie entsprechen oder nicht.¹³ Meist sind ohnehin in jahrelangen stra-

tegischen Voruntersuchungen der industriellen Auftraggeber die Messparameter bis in Subkriterien hinein so subtil ausgewählt worden, dass sich gegenüber einem ebenso handverlesen ausgewählten Vergleichspräparat bezüglich dieser Spezialkriterien geradezu zwingend ein Vorteil des Prüfpräparates ergibt. Andere Parameter, die für Patient und Krankheitsbild ebenso wichtig sein könnten, sind von vornherein im Prüfdesign ausdrücklich nicht enthalten. Dieses ohnehin feststehende Studienergebnis erfährt dann durch ein sich besonders kompliziert anhörendes Prüfdesign die höheren Weihen klinischer Prüfkultur, wie multinationale, multizentrische, doppelblinde, placebokontrollierte, randomisierte Studie. Den teilnehmenden Prüfärzten, handverlesen ausgesuchten sog. „Meinungsbildnern“, ist Mehrfachbelobigung per Automatismus gesichert, denn von der Industrie werden Personalstellen und apparative Ausstattung in Millionenhöhe in die Abteilungen getragen, die Klinikverwaltungen erfahren dadurch erhebliche Entlastungen, die Drittmittelwerbung wird von den Fakultäten als erstrangiges Kriterium wissenschaftlicher Aktivität belobigt und gar mit honorigen Preisen und Laudationes versehen, an der Drittmittelwerbung wird die Haushaltszuteilung für die Abteilung bemessen, und schließlich sichert die Industrie die Publikation der Ergebnisse in erstrangigen Zeitschriften ab. Deren Existenz und Verbreitungsgrad ist wiederum von der Häufigkeit der Veröffentlichung solcher multinationaler Studien und der damit zusammenhängenden üppigen Finanzierung der Zeitschrift abhängig und damit wird schließlich, wenn auch indirekt, der zum Maß aller Wissenschaftlichkeit erhobene „Impact“-Faktor der Zeitschrift erzeugt und aufrechterhalten. Sinnigerweise heißt diese Größe in der deutschen Übertragung der „Einfluss“-Faktor.

Damit wir nicht missverstanden werden: Selbstverständlich gibt es höchstrangige Forschung, die, in unabhängigen Zeitschriften publiziert, auch einen höchstgradigen Impact auf die wissenschaftliche Welt oder neudeutsch die „scientific community“ hat. Dies

trifft aber nicht vorrangig auf klinische Studien zu, deren hauptsächlichster Witz oft nur im witzigen Akronym besteht.

Es ist unter Medizinethikern und Juristen in Deutschland unbestritten, dass zur Legitimation klinischer Versuchsstudien höchste Anforderungen an die Patienteninformation zu stellen sind. Ausnahmen vom Prinzip der freiwilligen Teilnahme informierter und einwilligungsfähiger Versuchspersonen können daher, wenn überhaupt, nur unter strengsten Bedingungen, die jedem weiteren Risiko-Nutzen-Kalkül entzogen sind, in Frage kommen.¹⁴

Legitimation des Heilversuches

Schon beim Heilversuch zum Wohl des individuellen Patienten spielt die Aufklärung über mögliche Risiken eine entscheidende Rolle. Weil sich die medizinische Indikation einer experimentellen Behandlungsmethode naturgemäß nicht wie bei den therapeutischen Standardvarianten aus der ärztlichen Erfahrung begründen lässt, kommt der informierten Einwilligung des Patienten und seiner umfassenden Aufklärung gegenüber der ohnehin schon vorhandenen Aufklärungspflicht bei eingeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen eine nochmals erhöhte Bedeutung zu. Hier muss das Prinzip gelten: Je neuer und unerprobter eine Maßnahme ist, desto akribischer muss der Arzt zu Werke gehen und desto eindringlicher und umfassender hat er den Patienten aufzuklären.¹⁵ Er muss dem Patienten auch Mut machen, in einen noch nicht abschließend erprobten oder sogar erstmals unternommenen Heilversuch einzuwilligen.

Der Arzt soll dem Patienten dabei erläutern, auf welches Abwägungsurteil sich seine eigene Empfehlung stützt und aufgrund welcher Vorerprobungen er glaubt, dem Patienten für den Fall eines Behandlungsversuches mit der neuen Maßnahme Hoffnungen machen zu dürfen. Hierbei wird zu Recht gefordert, dass der behandelnde Arzt dabei auch

darüber aufklären muss, welchen Erfahrungsstand er selbst oder das ärztliche Team mit der vorgeschlagenen neuen Maßnahme bereits gesammelt hat. Experimentelle Eingriffe dürfen auch nur so lange fortgeführt werden, als keine unvorhergesehenen schweren Schädigungen auftreten und positive Anfangsergebnisse den erhofften Nutzen bestätigen.¹⁶

Die Erprobung neuer diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen fällt oft unter das Arzneimittelgesetz, die Röntgenverordnung oder z.B. die Strahlenschutzverordnung. Die zur Rechtfertigung solcher Heilversuche entwickelten Regeln dürfen allerdings nicht ungeprüft auf andere medizinische Behandlungsfelder übertragen werden. Beispielsweise kann für die Erprobung neuer Operationsverfahren am Menschen, sofern sie bei vergleichbaren anatomischen Strukturen im Tierversuch bereits erfolgreich getestet wurden, ein größerer Spielraum zur Einzelfallbeurteilung gegeben sein. Die Legitimationsregeln zur ethischen und juristischen Rechtfertigung medizinischer Heilversuche dürfen nicht so engmaschig ausgelegt werden, dass sie den weiteren medizinischen Behandlungsfortschritt behindern, weil das juristische Risiko für den Arzt un kalkulierbar hoch wird. Denn viele der heute als Standardverfahren praktizierten Methoden waren zum Zeitpunkt ihrer Erstanwendung sehr umstrittene, oft gar angefeindete Maßnahmen. Sie hängen jedoch heute nicht allein von den erfinderischen Vorstellungen einzelner Ärzte, sondern ebenso von der Bereitschaft aufgeklärter Patienten ab, in einer für sie vielleicht manchmal ausweglosen therapeutischen Ausgangslage ein hohes, unter Umständen auch tödliches Risiko bewusst auf sich zu nehmen.

Mögliche Legitimation eines nichttherapeutischen Humanexperiments

Wissenschaftliche Untersuchungen zu Studienzwecken, bei denen die fremdnützigen Anteile den potentiellen Nutzen für die Ver-

suchsperson überwiegen, sind zweifelsohne von unverzichtbarer Bedeutung für die Weiterentwicklung medizinischer Heilverfahren oder die Minimierung der mit ihnen verbundenen Nebenfolgen. Auch zu ihrer Rechtfertigung bedarf es daher selbstverständlich einer Risiko-Nutzen-Abwägung nach den Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit. Steht der zu erwartende Erkenntnisgewinn in keinem vernünftigen Verhältnis zu den Belastungen für die Versuchspersonen, so wäre die Durchführung einer solchen Studie auch dann nicht vertretbar, wenn sich genügend Freiwillige dafür fänden. Für die Abwägung, ob die auferlegten Risiken und Belastungen durch hochrangige Forschungsinteressen aufgewogen werden, trägt der örtliche Prüfarzt die persönliche Verantwortung. Auch bei multizentrischen Studien kann er diese nicht an eine überörtliche zentrale Koordinierungsinstanz delegieren. So möchten wir auch in Zukunft nicht die industriellen Beschleunigungstechniken akzeptieren, die auf eine einzige überörtliche Ethikvorlage bei multizentrischen Studien drängen und damit eventuell gravierende örtliche Unterschiede in der Prüfarztaufqualifizierung oder in der Klinikausstattung nivellierend in Kauf nehmen, nur, um eventuell einen früheren Marktstart des eigenen Präparates gegenüber der Konkurrenz zu erreichen. Risikobilanzierung und Schadensabwägung stellen jedoch noch keine hinreichende Rechtfertigung nichttherapeutischer Versuche am Menschen dar. Da die Interessen der Wissenschaft und der gesellschaftliche Gesamtnutzen nach den Grundsätzen der Deklaration von Helsinki, den das Menschenrechtsabkommen des Europarats zur Biomedizin in Art. 2 fast wörtlich übernommen hat, niemals Vorrang vor dem Wohlbefinden des Individuums haben dürfen, können die Hochrangigkeit des wissenschaftlichen Erkenntnisinteresses oder das dringende Angewiesensein anderer Patienten auf die Durchführung solcher Experimente zu deren Legitimation allein noch nicht ausreichen.¹⁷ Diese ist vielmehr erst durch die

informierte Einwilligung der Versuchspersonen gegeben, die sich aus eigenem Entschluss und freiwillig für das Experiment zur Verfügung stellen. Idealerweise ist die Bedingung der Freiwilligkeit bei gesunden Menschen erfüllt, da ihre Teilnahmebereitschaft in keinem Zusammenhang mit einer möglichen Erkrankung oder Behandlungsbedürftigkeit steht.

Wenn die Einbeziehung bereits erkrankter Versuchspersonen aus Versuchsgründen notwendig ist oder aus anderen, vorwiegend pragmatischen Gründen nahe liegt, muss deren Freiwilligkeit durch die Einhaltung besonderer Vorschriften und ausdrücklicher Zusicherungen, wie zum Beispiel keinerlei Behandlungsnachteile im Fall der Nichtteilnahme, jederzeitige Möglichkeit, den Versuch abbrechen u.a. gewährleistet sein. Der Nürnberger Ärztekodex aus dem Jahr 1947 beschreibt die hohen Anforderungen, die an die freiwillige Einwilligung der Versuchsperson zu stellen sind:

Jeder einzelne Proband muss zweifelsfrei in der Lage sein, eine freie Entscheidung zu treffen, unbeeinflusst durch Druck, List, Vortäuschung oder irgendeine andere Form der Beeinflussung oder des Zwanges. Er muss genügend Kenntnis von den und Einsicht in die wesentlichen Fakten des betreffenden Versuchs haben, um eine verstehende und aufgeklärte Entscheidung treffen zu können. Diese letzte Bedingung macht es notwendig, dass der Versuchsperson vor der Annahme ihrer zustimmenden Entscheidung das Wesen, die Dauer und der Zweck des Versuchs klargemacht werden sowie die Methode und die Mittel, welche angewendet werden sollen, um alle Unannehmlichkeiten und Gefahren, welche mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind, und die Folgen für ihre Gesundheit oder ihre Person, welche sich aus der Teilnahme ergeben mögen, zu minimieren.

In der juristischen Literatur und in der Rechtsprechung wurden diese Grundsätze inzwischen noch weiter präzisiert. Anders als beim Heilversuch bedarf die Einwilligung der

Versuchsperson im Fall des klinischen Humanexperiments der Schriftform; ebenso muss für die Probanden auch bei nur geringfügigen Risiken eine Versicherung abgeschlossen werden. Schließlich muss jeder klinische Versuch der Prüfung durch eine zuständige Ethikkommission unterworfen werden, deren Urteil im Fall der Ablehnung bindend ist, bei Zustimmung jedoch nur empfehlenden Charakter trägt und den Prüfarzt nicht von seiner eigenen ärztlichen Verantwortung entbindet. Dieser ist insbesondere dafür verantwortlich, dass jeder Versuch unverzüglich abgebrochen wird, sobald eine einzelne Versuchsperson Schaden zu nehmen droht. Das ist eine zwingende Konsequenz aus dem Prinzip, wonach den Interessen von Wissenschaft und Forschung niemals Vorrang vor dem Wohlergehen der Einzelperson und ihrem Interesse, nicht geschädigt zu werden, zukommt.¹⁸

Der nicht-einwilligungsfähige Patient

Die Diskussion um eventuelle Ausnahmen vom Verbot der Einbeziehung nicht zustimmungsfähiger Personen in medizinische Studien ist im Zusammenhang mit der Europäischen Bioethikkonvention erneut aufgekommen. Von Lebensschutzgruppen und gerade auch hiesigen Behindertenverbänden wurde dabei bisweilen der Eindruck erweckt, die vorgesehenen Ausnahmeregelungen könnten die Gefahr in sich bergen, behinderte Menschen erneut zu Versuchspersonen zu machen, wie dies durch eine menschenverachtende Medizin während des Dritten Reiches praktiziert wurde. Aufgrund der unleugbaren Wahrheit dieser historischen Vorkommnisse müssen solche Befürchtungen ohne Zweifel ernst genommen werden. Der Nürnberger Kodex '97, der aus Anlass des 50. Jahrestags der Urteilsverkündung im Nürnberger Ärzteprozess von über 100 Medizinern, Juristen, Philosophen und Theologen unterzeichnet wurde, wiederholt deshalb nachdrücklich: medi-

zinische Versuche in Gefängnissen, Heimen oder psychiatrischen Einrichtungen sind ethisch unzulässig – und zwar selbst dann, wenn die Betroffenen im Einzelfall voll zustimmungsfähig sein sollten.

Der umstrittene Art. 17 des zur Verabschiedung anstehenden Europäischen Abkommens zur Biomedizin stellt die prinzipielle Schranke des Forschungsverbots an Abhängigen oder in Verwahrung befindlichen Personen nicht in Frage.¹⁹ Er präzisiert vielmehr das wichtigste Zusatzkriterium in der Erfordernis einer informierten Einwilligung eines gesetzlichen Vertreters, der diese bei fremdnütziger Forschung jedoch nur unter der Voraussetzung eines minimalen Risikos und minimaler Belastung für die Versuchsperson erteilen darf. Weiter muss gewährleistet sein, dass der natürliche Wille des Betroffenen der Teilnahme am Versuch nicht entgegensteht oder dieser nicht in erkennbarer Weise widerspricht. Zudem kommen solche Forschungen überhaupt nur in Betracht, wenn sie an einwilligungsfähigen Versuchsteilnehmern aus zwingenden Gründen nicht durchgeführt werden können.

Mit unserer obigen Darstellung der diskutierten Richtlinie ist mit der zusätzlichen Einschränkung, dass die erwarteten Forschungsergebnisse derselben Gruppe zugute kommen müssen, der die Versuchsperson aufgrund ihres Alters und ihrer Erkrankung angehört, vor allem an Kinder und an unter Altersdemenz leidende Menschen gedacht. Wenn ihre Einbeziehung in kontrollierte medizinische Studien ausnahmslos verboten sein sollte, könnte medizinische Forschung auf dem Feld der Kinderheilkunde oder z.B. der Alzheimer-Therapie bzw. -Diagnostik in Zukunft nicht mehr oder nur noch unter äußerst eingeschränkten Bedingungen stattfinden, die keine wissenschaftlichen, aussagekräftigen Ergebnisse mehr erwarten lassen. Der hier innewohnende Konflikt kann nur durch besonders gewissenhafte Handhabung der gesetzlichen Vertretung entschärft werden. Völlig unkontrollierte Forschung an Nichteinwilligungsfähigen

erscheint aber auch in Zukunft ausgeschlossen, mag die Notwendigkeit durch Intensivmediziner, Neurochirurgen oder Anästhesiologen auch noch so intensiv vorgetragen werden. Sehr viele dieser Projekte lassen sich bei gründlicherer Diskussion eben doch auch an Einwilligungsfähigen oder in geschickten Analoguntersuchungen durchführen. Versuche, an denen nichteinwilligungsfähige Erwachsene teilnehmen sollen, sind über die Bedingung der eigenen Gruppennützlichkeits hinaus an die absolute Grenze des minimalen Risikos und der minimalen Belastung zu binden. Anders als ein niedriges oder mittleres Risiko, das bei potentielltem Nutzen für die Versuchsperson selbst gegen die erhofften Behandlungsvorteile abgewogen werden kann, muss die Obergrenze des minimalen Risikos der Abwägung selbst gegen höchstrangige Fremdinteressen entzogen bleiben.²⁰

Was als geringfügige Belastung gilt, kann nicht der Prüfarzt allein festlegen, sondern muss aus der Sicht der betroffenen Versuchsperson über gesetzliche Vertreter entschieden werden. Dass ein solches Vorgehen im Versuchsplan vorgesehen ist, muss die zuständige Ethikkommission vor ihrer Zustimmung überprüfen. Ob der Prüfarzt sich dann allerdings auch wirklich an den gesetzlichen Vertreter wendet oder ob tatsächlich eine gesetzliche Betreuung über das Vormundschaftsgericht zum Zwecke der klinischen Studie eingerichtet wird, hat der Prüfarzt zu verantworten, denn Ethikkommissionen haben nach aktueller Gesetzeslage keine weiteren Überwachungsbefugnisse.²¹ Studien mit folgenden Inhalten erscheinen unter Beachtung der oben genannten Regelungen auch bei nichteinwilligungsfähigen Personen durchführbar: Einsichtnahme in die Patientenunterlagen, die Mitnutzung von Urin- und Speichelproben (passive Absonderungen), einfache äußere Untersuchungen oder auch eine Blutentnahme (bereits aktiver Eingriff). Jedenfalls übersteigen Liquorpunktionen, Herzkatheterisierungen oder z.B. gastroenterologische Endo-

skopien eindeutig die Grenze von Risikofreiheit und minimaler Belastung; sie müssen daher an nichteinwilligungsfähigen Personen zu fremdnützigen Zwecken unterbleiben. Wenn eine Maßnahme nach Erläuterung auch von einem neutralen Dritten (Vertreter) nach vernünftiger Abwägung als nur minimal belastend angesehen wird, erscheint sie auch an nichteinwilligungsfähigen Menschen ethisch vertretbar, da sie einerseits keine Instrumentalisierung der Person in ihrem Kernbereich darstellen und andererseits das Maß der üblichen Solidaritätspflichten nicht übersteigen, die im alltäglichen Zusammenleben der Menschen von jedermann erwartet werden dürfen. Jenseits einer minimalen Risiko- und Belastungsgrenze, die in Analogie zur selbstverständlichen gegenseitigen Inanspruchnahme in anderen Lebensbereichen verstanden werden kann, lässt sich die Einbeziehung nichteinwilligungsfähiger Versuchspersonen in klinische Studien jedoch schon nicht mehr legitimieren.²² Die einzige Konsequenz, die aus einem risikobehafteten Studienvorhaben an nichteinwilligungsfähigen Patienten gezogen werden darf, ist also diejenige des Forschungsverzichts, und zwar auch dann, wenn man als neutraler Beobachter oder als (gesetzlicher) Vertreter persönlich diese Risiken auf sich nehmen würde. Das Unterstellungsprinzip, dass man annehmen kann, z.B. ein bewusstloser Patient hätte bei Bewusstsein vernünftigerweise in eine zustimmungspflichtige Maßnahme eingewilligt, wenn sie ihm das Leben rettet oder vor großen gesundheitlichen Schäden bewahrt, gilt juristisch zwar für etablierte Maßnahmen der ärztlichen Kunst, nicht aber für rein wissenschaftliche Studien, bei denen ja schon per definitionem das Resultat unbekannt ist. Hieraus lässt sich auch die Haltung vieler Vormundschaftsrichter erklären, dass sie bei nichteinwilligungsfähigen Patienten grundsätzlich dann keine gesetzliche Betreuung einrichten, wenn dies zum Zweck einer klinischen Studie erfolgen soll. Dem liegt der nachvollziehbare Gedanke zugrunde, ein nicht-

einwilligungsfähiger Patient habe grundsätzlich Anspruch darauf, dass ihm unverzüglich und ausschließlich gesicherte Maßnahmen zugutekommen. Nichteinwilligungsfähigkeit und klinische Studien seien quasi eine *Contradictio per se*. Aus medizinischer Sicht möchten wir diese Haltung etwas diversifizieren: Eine Nichteinwilligungsfähigkeit aufgrund eines akuten Unfallschocks oder einer anderen Akutsituation lässt wenig Raum, überhaupt den Gedanken an nicht etablierte medizinische Maßnahmen aufkommen zu lassen. Handelt es sich aber um einen Patienten, der an einem Hirntumor mit progredient sich einstellender Bewusstseinstörung leidet, bzw. dem keinerlei etablierte Therapieoptionen mehr zur Verfügung stehen, dann muss eine Abwägung darüber gestattet sein, ob ein aus den Vorergebnissen viel versprechendes Medikament trotz des letztlich noch ausstehenden Wirksamkeitsbeweises hier im Rahmen einer klinischen Studie nicht doch zum Einsatz kommen könnte.

Zudem gibt es auch sehr häufig den Zustand, den wir quasi in Ergänzung der bestehenden juristischen Terminologie neu als „beschränkte Einwilligungsfähigkeit“ bezeichnen möchten: In dieser Verfassung befindet sich ein Patient, der völlig bewusstseinsklar und auch in erwachsenem Alter ist, also formaljuristisch voll geschäftsfähig, aber z.B. durch fast unerträgliche Schmerzen eines akuten Herzinfarktes oder eines anderen Ereignisses alles unterschreibt, was ihm vorgelegt wird, nur in der vom Prüfarzt vorgetragenen Hoffnung, durch ein neues Medikament oder eine neue Maßnahme die Schmerzen rasch loszuwerden.

Genmanipulation und Embryonenforschung

Mitte November 2001 ist einem privaten amerikanischen gentechnischen Labor erstmals das Klonen menschlicher Embryonalzellen gelungen. Die technischen Voraussetzun-

gen hierzu existieren inzwischen weltweit. Bis heute unterliegen aber Grundlagenexperimente an Embryonen oder im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik oder unter anderen therapeutischen Zielsetzungen hierzulande noch den oben genannten ethischen Beurteilungskriterien. Der Begriff Stammzellenforschung bedarf einer differenzierten Definition.²³ Dem hat inzwischen die deutsche Regierung durch Sonderregelungen zum Import Rechnung getragen. Wenn z.B. die Herstellung von Embryonen mit der Absicht verbrauchender Experimente erfolgt, dann stellt dies nach unseren jetzt noch heftig verteidigten ethischen Grundsätzen eine Instrumentalisierung menschlichen Lebens dar, die auch um hochrangiger Ziele willen nach unseren heutigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und auch nach unseren moralischen Vorstellungen nicht statthaft sein kann. Eine Aufweichung dieser moralischen Richtwerte zeichnet sich zu Beginn unseres neuen Jahrhunderts aber doch ab. Wenn man zusätzlich differenzieren und unterschiedliche Verwerflichkeitsgrade unterscheiden wollte, könnte man jedenfalls konstatieren: Da bei der gezielten Herstellung menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken die Vernichtungsabsicht von Anfang an leitend ist, handelt es sich hierbei um die denkbar höchste Form der Instrumentalisierung: Der Entschluss, sie ins Leben zu führen, erfolgt ausschließlich um der vorgefassten Tötungsabsicht willen. Die Erzeugung menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken ist deshalb nach Art. 18, 2 der Bioethikkonvention generell verboten, wobei einzelnen Unterzeichnerstaaten (wie etwa Großbritannien) allerdings die Möglichkeit eingeräumt wird, bei der Unterzeichnung Vorbehalte gegen diese Bestimmung zu formulieren.

Der gesetzliche Schutz bereits erzeugter Embryonen, die möglicherweise im Rahmen einer geplanten In-vitro-Fertilisation überzählig wurden, wird in Art. 18, 1 der Bioethikkonvention mit der dehnbaren Formel eines „angemessenen Schutzes“ innerhalb der je-

weiligen Gesetzesvorschriften des betreffenden Landes auch trotz der jetzt gelockerten Importbedingungen gesichert. Dies ist angesichts der Schwierigkeit, die unterschiedlichen Rechtsauffassungen der Unterzeichnerstaaten und eine völlig uneinheitliche Forschungspraxis zu vereinbaren, auf der Ebene des prozeduralen Vorgehens zwar verständlich. Aus ethischer Sicht stellen die unzureichenden Regelungen zur Embryonenforschung jedoch die empfindlichste Schwachstelle der Europäisierungsvorhaben einer gemeinsamen Bioethik dar. Das wichtige Grundlagenwerk der Bioethikkonvention versucht jedenfalls für die Forschung am Menschen international gültige Standards im Rang menschenrechtlicher Grundforderungen zu schaffen, wenn es auch mit teilweise lückenhaften Bestimmungen nicht nur hinter den Vorschriften des deutschen Embryonenschutzgesetzes zurückbleibt und auch die selbst formulierten Ziele in Art. 1 und 2 nicht vollständig erfüllt.

Referenzen

1. Achstes Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes v. 07.09.1998. BGBl 1998 Teil I Nr. 61 v. 10.9.1998. S. 2649 f.; BAR, FISCHER, *Haftung bei der Planung und Förderung medizinischer Forschungsvorhaben*, NJW 80: 2734; DEUTSCH, E., *Der Beitrag des Rechts zur klinischen Forschung in der Medizin*, NJW (1995) 48: 3019-3024; DEUTSCH, E., *Die rechtlichen Grundlagen und die Funktionen der Ethik-Kommissionen*, VersR 89: 429; EICHSTÄDT, H., SCHRÖDER, R., *Stand der juristischen Etablierung klinischer Ethik-Kommissionen*, Perfusion, 10 (1997) 170-175; EICHSTÄDT, H., v. DEWITZ, C., SEELAND, R., *Juristische Grundlagen für die Tätigkeit Medizinischer Ethik-Kommissionen im Jahr 2001*, Perfusion, 14 (2001) 364-368; FISCHER, *Medizinische Versuche am Menschen*, (1979) S. 100; GLEITER, C.H., *Wachsende Bedeutung internationaler Regeln*, DÄB (1997): 94: B 366-B 367; KOLLHOSSER, *Juristische Fragen in Ethik-Kommissionen*. In: *Medizinische Ethik-Kommissionen. Aspekte und Aufgaben*. Symposiumsbericht. Schriften der Vereinigung der Freunde der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster, Nr. 4/80, 37; LIPPERT, H.-D., *Regelungen für klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten - Ein Geniestreich des Gesetzgebers*, Dtsch Med Schr (1995) 120: 1296-1298; REHMANN, W.A., *Arzneimittelgesetz mit Erläuterungen*, München (1999); SAMSON, *Typische Rechtsprobleme bei Planung und Durchführung kontrollierter Therapiestudien*. In: *Therapiestudien* 133; STAAK, WEISER, *Klinische Prüfung von Arzneimitteln*, (1978).
2. Beschluss der Abteilung ArztRV 8, 52 DJT (1978) (JZ 1978).

- 827 f.); BEECHER, H.K., *Ethics and Clinical Research*, N.Engl. J. Med. (1966) 274: 1354; BOLDT, H., *Die Feuerversicherung*, Verlag Versicherungswirtschaft 6. Aufl. (1993), S.98 u. 205; DEUTSCH, E *Ethik-Kommissionen für die medizinische Forschung am Menschen*, MedR 86: 308 f.; ESER, A. In: Festschr f. Horst Schröder, (1978)S.191; ESSER-SCHMIDT, SchuldR 1. 7. Aufl. § 25 111; FINCKE, *Arzneimittelprüfung, Strafbare Versuchsmethoden*, (1977) S.142; FISCHER, MedR. (1987) S.77; HELDRICH, *Freiheit der Wissenschaft. Freiheit zum Irrtum – Haftung für Fehlleistungen in der Forschung*, (1987) S.20; HIRSCH in: LK. 10. Aufl.. § 226a. Rn. 47; KOLLHOSSER, aaO (Fn. 2) § 69 Anm. 3 b, vor § 51 Anm. 7 A b dd: OLG Hamburg VersR, 78, 1138; LARENZ: SchuldR I. 14. Aufl. S.457 ff.; LAUFS, A., *ArztR*, 5 Aufl. Rn. 19 ff; LOI, No. 88-1138 Art. L. 207-9; SCHEWE, in: *Therapiestudien* 150 f.
3. LAUFS, A., *ArztR*, 5. Aufl. Rn. 497 f.; LAUFS, A., *Der ärztliche Heilauftrag aus juristischer Sicht*, (1989) Rn. 19 ff.; LOSCH, *Wissenschaftsfreiheit, Wissenschaftsschranken, Wissenschaftsverantwortung* (1993) S.46 ff.; MARTIN, VersR. 74.821 (825); MAUNZ, DÜRIG, HERZOG. SCHOLZ, GG. Art. 5, Abs 111, Rn. 99; SCHMIDT-BLEIBTREU, KLEIN, GG. 7. Aufl. (1990), Art. , Rn. 16.
 4. LOSCH, *Wissenschaftsfreiheit, Wissenschaftsschranken, Wissenschaftsverantwortung* (1993) S.46 ff.
 5. BORK, R., *Das Verfahren vor den Ethik-Kommissionen der Medizinischen Fachbereiche*, Duncker & Humblot Verlag (1984), S.101 ff.; BORK, R., *Die organisationsrechtliche Stellung von Fachbereichskommissionen*, Zeitschrift für Recht und Verwaltung 85: 216; CZWALINNA, *Ethik-Kommissionen – Forschungslegitimation durch Verfahren*, (1987); CZWALINNA, *Ethik-Kommissionen für die medizinische Forschung am Menschen*, MedR 86: 305; ETHIK-KOMMISSION, *Verfahrensgrundsätze beschlossen vom Arbeitskreis medizinischer Ethik-Kommissionen*, DÄB 1994: 91: A-2656; GAUS, W., *Anforderungen an klinische Studien aus der Sicht eines Mitglieds einer Ethikkommission*, Klinikarzt (1996): 31-35; KREß, *Die Ethik-Kommission im System der Haftung*, (1990).
 6. DEUTSCH, E., *Ethik-Kommissionen: Probandenschutz in der medizinischen Forschung*. In: *Medizinrecht*. 4. Aufl. (1999) Rn. 588 f.; GIESEN, *Medical Malpractice Law*. (1989), §2; NÜßGENS, In: RGRK. 12. Aufl. § 823. Anh 11, Rn. 1 Cf.
 7. KIRCHHOFF, U., *Rechtsqualität der „Good Clinical Practice“*, DÄB (1992) 89: B 1469-B 1470; KOCH, H.-J., KLUG, B., *Ethische Grundsätze und deren praktische Bedeutung in klinisch-pharmakologischen Prüfungen*, Dtsch Med Wschr (1997) 122: 205-209; ROTHMAN, D.J., *Ethics and Human Experimentation*. Henry Beecher revisited in: N Engl J Med (1987): 1195; SPITZER, S., KIESEWETTER, H., BACH, R., GÜTENSOHN, J., JUNG, F., SCHIEFER, H., KLEINSORGE, H., *Gute klinische Praxis (Good Clinical Practice)*, Dtsch Med Wschr (1993), 118: 838-843.
 8. SOERGE, HUBER, BGB. 12. Aufl. (1991) vor § 446 Rn. 53 und 58 unter Verknennung der Bedeutungslosigkeit des Versicherungsscheins; VAN DEN DAELE, W., MÜLLER-SALOMON, H., *Die Kontrolle der Forschung am Menschen durch Ethik-Kommissionen*, Enke Verlag, Stuttgart (1989); WELTÄRZTEBUND, *Deklaration von Helsinki: „Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen“*, Stand vom Oktober 2000.
 9. WINTER, S., *Menschenrechtskonvention zur Biomedizin*, Medizinprodukte Journal (1996) 3, S.9-11.
 10. HERDEGEN, M., *Europarecht*, 2. Aufl., München (1999) S.127, Rn. 179; Richtlinie 2001/20/EG v. 4.4.2001 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln. Amtsblatt Nr. L 121 v. 1.5.2001, S. 34-44; WELTÄRZTEBUND, *Deklaration von Helsinki: „Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen“*, Stand vom Oktober 2000; WINTER, S., *Menschenrechtskonvention zur Biomedizin*, Medizinprodukte Journal (1996) 3, S.9-11.
 11. LOSSE, in: SCHLAUDRAFF (Hrsg.), *Ethik in der Medizin* (1987) S.5ff.
 12. BEECHER, H.K., *Ethics and Clinical Research*, N.Engl. J. Med. (1966) 274: 1354; ETHIK-KOMMISSION, *Verfahrensgrundsätze beschlossen vom Arbeitskreis medizinischer Ethik-Kommissionen*, DÄB 1994: 91: A-2656; FISCHER, *Medizinische Versuche am Menschen*, (1979) S.100.
 13. ROTHMAN, D.J., *Ethics and Human Experimentation*. Henry Beecher revisited in: N Engl J Med (1987): 1195.
 14. BAR, FISCHER, *Haftung bei der Planung und Förderung medizinischer Forschungsvorhaben*, NJW 80: 2734; CZWALINNA, *Ethik-Kommissionen für die medizinische Forschung am Menschen*, MedR 86: 305; DEUTSCH, E., *Die Bildung von Ethik-Kommissionen nach § 40 AMG, VersR* (1995) 46: 121-156; FINCKE, *Arzneimittelprüfung, Strafbare Versuchsmethoden*, (1977) S.142; FISCHER, *Medizinische Versuche am Menschen*, (1979) S.100; ROTHMAN, D.J., *Ethics and Human Experimentation*. Henry Beecher revisited in: N Engl J Med (1987): 1195.
 15. FISCHER, *Medizinische Versuche am Menschen*, (1979) S.100; GLEITER, C.H., *Wachsende Bedeutung internationaler Regeln*, DÄB (1997): 94: B 366-B 367; LOSCH, *Wissenschaftsfreiheit, Wissenschaftsschranken, Wissenschaftsverantwortung* (1993) S.46 ff.
 16. FINCKE, *Arzneimittelprüfung, Strafbare Versuchsmethoden*, (1977) S.142; LOSCH, *Wissenschaftsfreiheit, Wissenschaftsschranken, Wissenschaftsverantwortung* (1993) S.46 ff.
 17. HERDEGEN, M., *Europarecht*, 2. Aufl., München (1999) S.127. Rn. 179; WINTER, S., *Menschenrechtskonvention zur Biomedizin*, Medizinprodukte Journal (1996) 3, 9-11.
 18. LOSCH, *Wissenschaftsfreiheit, Wissenschaftsschranken, Wissenschaftsverantwortung* (1993) S.46 ff.
 19. WELTÄRZTEBUND, *Deklaration von Helsinki: „Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen“*, Stand vom Oktober 2000; WINTER, S., *Menschenrechtskonvention zur Biomedizin*, Medizinprodukte Journal (1996) 3, 9-11.
 20. GLEITER, C.H., *Wachsende Bedeutung internationaler Regeln*, DÄB (1997): 94: B 366-B 367; HELDRICH, *Freiheit der Wissenschaft. Freiheit zum Irrtum – Haftung für Fehlleistungen in der Forschung*, (1987) S.20; HERDEGEN, M., *Europarecht*, 2. Aufl., München (1999) S.127. Rn. 179.
 21. ETHIK-KOMMISSION, *Verfahrensgrundsätze beschlossen vom Arbeitskreis medizinischer Ethik-Kommissionen*, DÄB 1994: 91: A-2656; KOLLHOSSER, *Juristische Fragen in Ethik-Kommissionen*. In: *Medizinische Ethik-Kommissionen. Aspekte und Aufgaben*. Symposiumsbericht. Schriften der Vereinigung der Freunde der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster, Nr. 4/80, 37; LIPPERT, H.-D., *Müssen Universitäten Ethik-Kommissionen einrichten? Mitteilungen des Hochschulverbandes* 91, 240.
 22. TOELLNER, R. (Hrsg.), *Die Ethik-Kommission in der Medizin*, Fischer Verlag, Stuttgart (1990).
 23. PASSARGE, E., *Positionspapier der Gesellschaft für Humangenetik e.V., Med Genetik* (1996) 1: 125-1-31; SCHRÖDER, M., *Kommissionskontrolle in Reproduktionsmedizin und Gentechnologie*, Heymann Verlag, Köln (1992) S.130 ff.

Was meint Qualität im ärztlichen „Qualität“smangement? Eine begriffsgeschichtliche Betrachtung zu ARISTOTELES

Anton OERTL, Dietger JONAS, Ralf BICKEBÖLLER

Zusammenfassung

Ärztliches Qualitätsmanagement befindet sich im Spannungsfeld von technischem Können, personaler Beziehung und sozialem Umfeld. Daraus resultiert die Frage nach einer differenzierten Klärung des Begriffes der Qualität. Qualitätsmanagement sollte nicht nur die reine Beschreibung der „Wie Beschaffenheit“ von Strukturen und Prozessen beinhalten, sondern auch nach der unter ihrer Ägide tätigen Person fragen. Die habituelle Eigenschaft (Tugend) der Person verhilft dem Qualitätsmanagement zum Erfolg oder lässt es scheitern. Qualitätsmanagement fordert mit seinem Leitbild zu einer inhaltlichen Stellungnahme auf, die den Konsens innerhalb der Institution sichert. Eine Autopoiesis des Qualitätsmanagements würde zu einer depersonalisierenden Tendenz führen, die Tugend jedoch birgt für die Person die Chance sich nicht der Personalität berauben zu lassen.

Schlüsselwörter: Qualität, Tugend, Qualitätsmanagement, Gehorsam, Quantität

Abstract

Medical quality management is always in tension between technical skills, personal relationships and the social environment. Therefore, the question must be answered as to what "Quality" in this case really means. Quality management should not be just a listing of the nature of the structures and processes contained, but also the question of the person involved in management. The habitual character (virtue) of this person will allow the quality management to succeed or to fail. The example given by quality management will challenge exchange of opinions and ensure consensus in the institution. Structural quality management alone would lead to a depersonalization of same; however, when virtue is involved the person has a chance of not losing his personality.

Keywords: Quality, virtue, quality management, obedience

Anschrift der Autoren: OA Dr. Anton OERTL, Prof. Dr. Dietger JONAS, PD Dr. Ralf BICKEBÖLLER
Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universität Frankfurt am Main
Theodor Stern Kai 7, D-60590 Frankfurt am Main

1. Einleitung und Fragestellung

Eine dem jeweiligen Erkenntnis- und Wissenstand entsprechende qualitativ hochwertige medizinische Versorgung dem individuellen Patienten zu sichern, war und ist seit jeher die originäre Aufgabe des Arztes. Dieser Sicherstellungsanspruch bezieht sich auf die Felder

- des technischen Könnens im Sinne aktueller, wissenschaftlich fundierter Behandlungskonzepte,
- des Arzt-Patient-Verhältnisses im Sinne einer vertrauensvollen Beziehung und
- eines dem Patienten und seiner Situation angepaßten Umfeldes.

Ärztliche Qualitätssicherung befindet sich also im Spannungsfeld von technischem Können, personaler Beziehung und sozialem Umfeld, was für die „Qualität“ ärztlichen Handelns inhaltlich einen unmittelbaren Bezug auf die Grundlegung ärztlichen Handelns überhaupt bedeutet. Damit stellt sich die Frage, welche Bedeutung der Qualitäts-Begriff jenseits aller berechtigten Versuche seiner Operationalisierung besitzt.

Der Begriff Qualität wird derzeit häufig nur als Instrument zur Umwerbung eines Produktes oder einer Dienstleistung benutzt. Welche anderen Intentionen jedoch eröffnen sich bei der näheren begriffsgeschichtlichen Beschäftigung mit der „Qualität“?

Würden wir nur an die gute Beschaffenheit einer Sache oder Dienstleistung mit entsprechend hoher Güteklasse denken, meinen wir damit ausschließlich die Echtheit eines Produktes? Ist das, was wir heute als Qualität bezeichnen, ein historisch/philosophisch gewachsener Begriff oder handelt es sich um eine moderne Neuschöpfung wie es Qualitätsmanager zu gerne behaupten? Woher stammt Qualität, was impliziert sie, und in welcher Relation steht sie zur Quantität, die in der Medizin mit ihrem Changieren zwischen struktureller Über- und Unterversorgung im Zusammenhang mit Fragen der Versor-

gungsqualität eine so große Rolle spielt? Wir möchten uns also begriffsgeschichtlich dem mit Qualität bezeichneten Phänomen im modernen Qualitätsmanagement annähern und auch fragen, ob unter Qualität tatsächlich nur die „Wie Beschaffenheit“ von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen zu verstehen ist, wie es auf der Homepage zum Thema Qualitätssicherung der „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ behauptet wird.¹

2. Der antike Qualitätsbegriff

Bereits PLATON erwähnt den Begriff Qualität. Er veranschaulicht ihn mit der von einem erwärmten Körper ausgehenden Wärmestrahlung.² Zudem weist er in einem anderen Dialog ausdrücklich darauf hin, dass man, um zu wissen was „qualitative“ Beschaffenheit (quality) sei, zunächst wissen müsse, was sie sei, und stellt sich dabei die Frage, ob Tugend gelehrt werden könne, wenn man nicht wisse, was Tugend darstelle: „(...) und tadle mich genug darüber, dass ich gar nichts von der Tugend weiß. Wovon ich aber gar nicht weiß, was es ist, wie soll ich davon irgendeine Beschaffenheit wissen?“³

Bereits in den Anfängen der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur finden sich bei HIPPOKRATES praktische Hinweise, was unter Qualität im ärztlichen Kontext zu verstehen ist.⁴ Der Corpus Hippocraticum zeigt die ersten Parallelen zu der für uns heute gültigen rational-empirischen Medizin. So ist die hippokratische Medizin – im Gegensatz zu dem auf einem magisch-dämonischen Hintergrund basierenden archaischen Medizinverständnis der Vorzeit – durch eine systematische Symptombeobachtung als Behandlungsstrategie für ein Krankheitsbild gekennzeichnet. Zum ersten Mal findet sich im Rahmen der Naturphilosophie eine Befreiung des medizinischen Denkens von überwiegend magischen Welt-erklärungen. Die hippokratische Heilkunde

beinhaltet als wesentliche Komponenten die Anamnese sowie die Lebensumstände und den Beruf des Patienten. Aus eben dieser konsequenten und systematischen Sammlung von Fakten entwickelten sich die Behandlungsstrategien als Antwort auf die Abweichung vom Gleichgewicht, für HIPPOKRATES und später auch für Galen als Resultat der Abweichung vom Gleichgewicht der Körpersäfte. Die hippokratische Medizin stellt somit einen hohen Anspruch an die Klärung der Ätiologie einer Erkrankung und deren Prävention. Sie formuliert Ansätze des Qualitätsanspruchs heutiger wissenschaftlicher Medizin.

Durch ARISTOTELES erhält der Begriff Qualität, nach der Aufnahme in den Katalog der zehn Kategorien (Substanz, Quantität, Qualität, Relation, Wo, Wann, Lage, Haben, Wirken, Leiden) eine konkretisierende Definition: „Unter Qualität (Beschaffenheit) verstehe ich das, vermöge dessen man so oder so beschaffen heißt.“⁵ Demnach definiert Aristoteles Qualität als vieldeutigen Begriff, der dem qualitativ bestimmten Konkreten zukommt. Es werden darunter vier Arten (Gattungen) von Qualitäten im Rahmen der kategorialen Grundbestimmungen definiert:

Habitus (Eigenschaft) und Disposition (Zustand)

Der Habitus unterscheidet sich für ARISTOTELES in der Weise von der Disposition, dass Habitus von längerer Dauer ist. Disposition bedeute das, was einer schnellen Veränderung unterliege oder schnell aufgehoben werden könne (z.B. Wärme und Kälte). Die Wissenschaften wie die Tugenden seien, da sie von längerer Dauer sind, dem Habitus zuzuordnen. Also bezeichnet man Eigenschaften, die nur schwer beweglich und von längerem Bestand sind, als Habitus. Als Beispiel seien, wie bereits erwähnt, die Tugenden oder auch Neigungen genannt. Diese in einem Menschen angelegten Eigenschaften scheinen etwas Bleibendes zu sein, sie sind schwerer beweglich

als die Disposition. Ein schneller Phasenübergang oder auch die rasche Veränderung ist das Kennzeichen des Zustandes, der Disposition, wie z.B. der Übergang von Gesundheit zu Krankheit. Disposition kann jedoch auch den Rang des Habitus erlangen, und zwar dann, wenn sich z.B. eine Krankheit chronifiziert.

Veranlagung, Talent

Natürliches Vermögen, eine bestimmte Tätigkeit mit Geschick ausführen zu können, stellt die zweite Art der Qualität dar. Grundsätzlich zählt hierzu, was man unter Vermögen und Unvermögen versteht. So hat ein Mensch von gesunder, unanfälliger Natur das Vermögen, nicht leicht zu erkranken. Umgekehrt hat der für Krankheit Anfällige ein Unvermögen, welches ebenfalls eine, wenn auch negative, Qualität darstellt.

Passive Qualitäten

Ein Subjekt wird dann „qualitativ“ genannt, wenn es durch etwas Anderes eine bestimmte, bleibende Eigenschaft erfahren hat: „So heißt der Honig süß, weil er Süßigkeit aufgenommen hat (...).“⁶ Also hat der Honig, im aristotelischen Sinn, eine passive Qualität, da er süß ist und eine immer wiederkehrende Affektion des Geschmackssinns auszulösen vermag. Veränderungen eines Subjekts durch Leid werden nicht als passive Qualitäten beschrieben. So werden Reaktionen eines Individuums, die durch Leiden oder vegetative Reize induziert werden, nicht als Qualitäten, sondern als Affektionen von ihnen unterscheidend bezeichnet (z.B. Schamesröte, Schreckensblässe).

Äußere Form (Geometrie)

Die Beschaffenheit der Dinge (lat. ens, Wesen, Seiendes) wird auch durch die sie umkleidende Form bestimmt. Ausgenommen hiervon werden Oberflächenbeschaffenheiten

(Rauheit, Glätte) oder Lockersein und Dichtigkeit, da es sich hierbei um Lagebeziehungen der Dinge in sich handelt. Kritisch betrachtet könnte man hier anmerken, dass die Qualität z. B. einer Feile jedoch darin besteht, dass auf Grund ihrer Rauheit ihr eigentlicher Zweck erfüllbar wird, wobei die Güte ihrer Rauheit ein Maß der Qualität darstellt.⁷

Die für das heutige Qualitätsmanagement bestimmende Vermengung von Qualität und ihrer Messbarkeit, ihrer Quantifizierung, ist jetzt noch nicht erreicht. Wie nun definiert Aristoteles die Quantität? Er greift auf die kategorialen Bestimmungen zurück und beschreibt sie als teils diskret und teils kontinuierlich. Diskrete Quantität stellt solches dar, welches keine gemeinsame Grenze besitzt, wie z. B. die Zahlen: „Wenn (...) die Fünf ein Teil der Zehn sind, so stoßen die Fünf mit den (anderen) Fünf an keiner gemeinsamen Grenze zusammen, sondern sind diskret.“⁸

Kontinuierliche Quantität hingegen findet sich in der Linie, der Fläche, der Körper sowie bei Zeit und Ort. Es liegt auf der Hand, eine kontinuierliche Quantität in der Linie, der Fläche oder einem Körper festzustellen, denn eine Linie kann so oder so lang sein, ebenso wie eine Fläche unterschiedlich groß sein kann oder ein Körper eine unterschiedliche Oberflächengröße oder Gewicht aufweisen kann.

Neben Diskretion (als Takt bzw. Trennung) und Kontinuität stellen Lagebeziehungen eine andere Eigenschaft der Quantität dar. So kann von Teilen einer Linie, eines Körpers, des Ortes oder einer Fläche ausgesagt werden, an welcher Stelle sie liegen.

Im Gegensatz zur Qualität hat das Quantitative häufig kein Kontrarium, dies ist augenscheinlich z.B. bei den Größen. Stellt man zwei Quantitäten, z.B. zwei verschieden große Gegenstände, miteinander in Bezug, so findet man nichts Konträres sondern eine Relation: „So wird ein Berg klein und ein Hirsenkorn groß genannt, sofern dieses größer und jener kleiner ist als anderes, was zu derselben

Gattung gehört.“⁹

Im Rahmen der kategorialen Grundbestimmungen definiert Aristoteles Habitus und Disposition als Qualitäten. Der Habitus, als Eigenschaft von langem Bestand, zeichnet sich durch ein hohes Quantum der ihm innewohnenden Zeit aus. Umgekehrt findet sich bei der Disposition, als Eigenschaft von kurzem Bestand, ein geringes Quantum der Zeit. Die Quantität einer Qualität steht hierbei in einer Relation des zeitlichen Mehr oder Minder.

Passive Eigenschaften (wie Süße, Bitternis usw.) unterscheiden sich nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ, da kohärente Eigenschaften quantitativ unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Ein eine passive Qualität aufnehmendes Subjekt (z. B. Süße, Bitternis, Weiße, Schwärze) wird dabei hinsichtlich dieser erfahrenen Eigenschaft als qualitativ bezeichnet. Die Ausprägung dieser Qualität ist quantifizierbar.

Da das Qualitative steigerungsfähig ist, ändert sich auch dessen Quantität. So kann in der aristotelischen Begriffsdefinition der paronymischen Qualität ein Mensch, der sich durch die Eigenschaft der Gerechtigkeit auszeichnet, gerechter als ein anderer Gerechter sein. Die Quantität der Eigenschaft Gerechtigkeit nimmt dabei zu.

Falls Qualität dem Guten dienen soll und durch die Angabe des Verfahrens präzisiert werden kann, so ist der Umgang mit ihr auch als Wissenschaft anzusehen. Bereits in der Antike stellt ARISTOTELES die folgende These auf: „(...) Wenn die Weisheit Wissenschaft ist und die Weisheit auf das Gute geht, so lautet der Schlußsatz: es gibt Wissenschaft, die auf das Gute geht.“¹⁰ Das Gute wird hierbei als qualitativ und dem Schlechten als konträr interpretiert. Somit existiert eine Wissenschaft des Guten, wobei die Wissenschaft nicht das an sich Gute, Qualitative und Konträre darstellt, sondern allein das Gute bzw. der Wille zu einer tugendhaften Wissenschaft erfüllt diese Anforderungen.

Weisheit implementiert in dieser These das

Gute, dies kann von der Wissenschaft nicht ohne weiteres ausgesagt werden, denn Wissenschaft könnte demnach auch das Schlechte verkörpern. Weisheit soll jedoch die Wissenschaft zur Erfüllung des Guten führen, statt zum Schlechten. Wenn die Wissenschaft aus Weisheit entsteht, dann kann und soll sie auch zum Guten führen. Das Gute und das Schlechte stellen dabei Qualitative dar, und die wissenschaftliche Realisierung dieser Eigenschaften bedeutet die Operationalisierung einer Qualität. Im eigentlichen Sinn stellt diese These den ersten Ansatz der Operationalisierung des Qualitätsbegriffs dar, denn es wird die Forderung nach einer von Tugend geprägten Wissenschaft erhoben.

3. Tugend

Die Beschäftigung mit der Qualität, heute auch als Qualitätsmanagement bezeichnet, bedeutet das Bestreben, technisch-professionelles Können fortwährend in Institutionen zu verbessern. Hierbei kommt den Tugenden eine zentrale Rolle zu. Im Zusammenhang mit der Philosophie des Operationalismus in der Antike klang der Begriff der Tugend als der zum Guten führenden Wissenschaft bereits an. Wie Aristoteles ausführt, ist die Tugend als Gattung dem Habitus zuzurechnen.¹¹ Der Mensch wird durch Affektionen bewegt, die Tugenden jedoch verleihen ihm einen bestimmten Habitus, und diese habituelle Eigenschaft bestimmt wesentlich die Qualität des menschlichen Handelns. Schlechte Qualitätsresultate sind dabei nicht ausgenommen.

„Es ist mithin die Tugend ein Habitus des Wählens, der die nach uns bemessene Mitte hält und durch die Vernunft bestimmt wird, und zwar so, wie ein kluger Mann ihn zu bestimmen pflegt.“¹² Versteht sich Tugend demnach nur als Mittelmaß? Soll unser Bestreben nicht als Handeln in Richtung fortwährender Qualitätsverbesserung, Vollkommenheit oder wie immer man es nennen möchte, interpre-

tiert werden? Tugendhaftes Handeln bedeutet, das rechte Maß aus Eigenschaften polarisierender Extreme zu finden. Was das rechte Maß ist, wird in der Regel individuell entschieden, es sei denn, man unterliegt dem Druck gesellschaftlicher/institutioneller Normen. Institutionalisierte Normen, so auch die Normen, die innerhalb von Institutionen als Leitbild im Qualitätsmanagement formuliert werden, stellen aufgrund ihrer lange ausgereiften Erfahrung den Regelfall eines tugendhaften Verhaltens dar. Hierfür ist ein fortwährender Lernprozess notwendig – der Mensch wägt Polarität ab, um seine *Verstandestugend* zu vervollkommen. Die *sittliche Tugend* wägt dabei den individuellen Anspruch ab. Auch sie kann nur durch Erfahrung, durch das Erleben des menschlichen Miteinanders und durch unsere sittliche Erziehung erworben werden. Sittliche Deprivation lässt den Sinn für tugendhaftes Handeln verkümmern.

Die Tugenden bedeuten dann Dispositionen, die die Person im Gelingen der Praxis unterstützen¹³, was endlich, da die gelungene Praxis jenseits der technisch vollkommenen Ausführung die Person zur Darstellung bringt, Selbstverwirklichung bedeutet. Die Selbstverwirklichung der Person vollzieht sich im Kontext des Personalen, was nicht nur den Insichstand bedeutet, sondern wesentlich einen dialogischen oder trinitarischen Charakter beinhaltet. Die Tugenden als Disposition – im Unterschied zum faktischen Wissen – liefern deshalb auch Fähigkeiten, die zur Aufrechterhaltung von Beziehungen zu anderen Menschen notwendig sind und in der Praxis das vermitteln, was in personalen Beziehungen das ist, was personale Beziehungen ausmacht. Sie besitzen neben dem funktionellen Teil noch einen Imperativ, der das Projekt der gelungenen Praxis meint, schließlich die Selbstverwirklichung der Person im Überschritt hinaus aus dem Kokon des Selbst. Der Charakter des Ziels von Tugenden unterscheidet sich daher fundamental von den Zielen technischer Art. Was zu häufig und gerade im

heutigen politischen Kontext missbräuchlich als Tugend bezeichnet wird, stellen keine Tugenden, sondern technisch-professionelles Können dar, weil das Ziel des Vorganges, der nur eine atomisierte Episode bleibt, nicht die Person in der Praxis verwirklicht, sondern auf die Herbeiführung des Ergebnisses reduziert, mag die Technik der Herbeiführung so psychologisch geschickt wie auch immer gewesen sein. Die Person verschwand und war nie gefragt. Gerade in der depersonalisierenden Tendenz von Institutionen stellen Tugenden eine Möglichkeit dar, sich trotz der Instrumentalisierung durch die Institution nicht der Personalität berauben zu lassen, auch in Hinblick auf die auszuübende Funktion, deren Sinn innerhalb der Institution vielleicht gar nicht mehr bekannt, vielleicht gar nicht mehr gewusst werden soll, zu deren Einschätzung der Funktionsträger als Person aber verpflichtet ist und aus den Tugenden eben diese Einschätzung vollzieht und zu einer Entscheidung trotz seiner Instrumentalisierung gelangt. Gehorsam verlangt nämlich Tugenden und der Person steht nur der Gehorsam innerhalb von Institutionen an, der von der Einsicht in die Notwendigkeit genau dieser Instrumentalisierung getragen ist, sei es auch nur die Einsicht, dass die Person sich einer anderen um der besseren Einsicht der anderen Person willen anvertrauen muss. Die Verantwortung für jede Handlung verbleibt, auch wenn sie und gerade wenn sie aus Gehorsam geschah.¹⁴ Innerhalb von Institutionen muss menschliches Handeln um des gewünschten Ergebnisses willen instrumentalisiert werden. Diese Instrumentalisierung erfolgt im Gehorsam, gleichwohl durch den Gehorsam die Person zur Verantwortung dieser instrumentalisierten Handlung zwingend. Damit sei am Rande auch gesagt, dass „die Korruption von Institutionen immer auch zumindest teilweise eine Folge von Untugend ist.“¹⁵ Um gehorsamsfähig zu sein, bedarf die Person der Tugenden, um ihre Lebensgeschichte als Geschichte bei-

halten zu können, um gerne das zu tun, was dem Ziel der Lebensgeschichte entspricht und ungerne, was diese Geschichte zu zerstören droht, wozu es nicht immer der letzten Einsicht, sondern oft eines ästhetischen Empfindens bedarf, was die wissenschaftliche Medizin und die Kunst im Beruf des Arztes in der Betrachtung der Qualität ärztlichen Handelns wieder zusammenführt.

4. Qualitätsmanagement

Die Komplexität der im Gesundheitswesen zusammenarbeitenden Berufs-, Personen- und Funktionsgruppen lässt sich nicht allein unter organisationstheoretischen Aspekten fassen. Insbesondere bleiben die verschiedenen zwischenmenschlichen Beziehungen von einem Wissens-, Könnens- und Machtgefälle geprägt, nicht nur zwischen Arzt und Patient, auch in allen anderen Konstellationen wie zwischen Arzthelferin und Arzt, zwischen Chefarzt und Assistenzarzt, zwischen Krankenpflegeschüler und Stationsleitung etc. Organisationstheoretische Ansätze im Qualitätsmanagement müssen für eine Struktur sorgen, die es auf Grund der verschiedenen Kompetenzen der Beteiligten der Institution erlauben, technisch eine gute Patientenversorgung anzubieten. Doch sind die Anforderungen an eine gute Patientenversorgung weitreichender als eine bloße Versorgung, die sich allein an der fachlichen Kompetenz orientiert. Die fachliche Kompetenz der in einer Institution Beschäftigten muss vorausgesetzt werden. Doch schon die Pflege der jeweiligen Kompetenz unter den Bedingungen der sich wandelnden Voraussetzungen verlangt mehr, nämlich die Bereitschaft zum fortwährenden Lernen, zur Weiterbildung, um für den Patienten die eigene Kompetenz weiter zu steigern oder auch nur zu bewahren. Dahinein setzt der Patient sein Vertrauen, das er der Institution und den in ihr Tätigen entgegen bringt. Vertrauen seitens des Patienten bedeutet allerdings, dass die in der jeweiligen In-

stitution arbeitenden Personen zuvor durch ihre Tätigkeit im Rahmen der Institution bereits versprochen haben, den Patienten in einer tragenden, professionellen Beziehung zu behandeln. Nichts anderes ist mit dem Leitbild innerhalb eines Qualitätsmanagements gemeint. Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystemes stellt ein Versprechen als Handlungsabsicht dar und die Begründung eben dieser Handlungsabsicht ist eine ethische, die sich technisch nicht begründen lässt. Neben ihrer technischen Perspektive besitzen Handlungen Bedeutungen, die sie in den Kontext eines gelebten und noch zu lebenden Lebens einbinden. Erst wenn Handlungen sich in die Lebensgeschichte einfügen, können sie als gelungen oder misslungen beurteilt werden. Mittels Fortbildungsmaßnahmen, kommunikationsunterstützender Schulungen, über das aktive Vorleben der leitenden Personen einer Institution etc. soll das im Leitbild dargestellte Versprechen allen Mitarbeitern zu einer sekundären Natur werden, was klassisch Tugend genannt wird. Damit Handlungen für den Patienten, aber auch für die Mitarbeiter im Gesundheitswesen gelungen sein können, müssen sie in die jeweiligen Lebensgeschichten stimmig eingefügt werden, was selbstverständlich nicht konfliktfrei sein kann. Aber erst in ihrer ethischen Dimension lassen sich auch scheinbar rein technische Handlungen hinsichtlich ihrer Sinnhaftigkeit begreifen, was die Beteiligten zu einer Stellungnahme auffordert, sie nicht in der Sterilität des angeblich rein Faktischen verbleiben lässt. Qualitätsmanagement fordert mit seinem Leitbild, soll es nicht eine leere Phrase bleiben, zu einer inhaltlichen Stellungnahme auf, die den Konsens innerhalb der Institution sichert und nur innerhalb des grundsätzlichen Konsenses sinnvoll für den Patienten und auch für die Beschäftigten arbeiten kann. Institutionen bedürfen des Konsenses, der im Qualitätsmanagement strukturiert und ausgedrückt werden soll, des Konsenses nicht nur innerhalb des Technischen, sondern vor allem hinsichtlich ihrer Grundlegung, so dass Niklas LUHMANN schreiben kann: „Institutionalisierung

dient dazu, Konsens erfolgreich zu überschätzen.“¹⁶ Der Grund der Überschätzung ist die Notwendigkeit, in einer angemessenen Zeit innerhalb der Zusammenarbeit einen tragfähigen Konsens zu anstehenden Entscheidungen zu erzielen. Mit dem institutionellen Vollzug kann zumindest ein inhaltlicher Konsens unterstellt werden, so dass die soziale Gemeinschaft zielorientiert handlungsfähig wird. Die Institutionen des Gesundheitswesens finden ihre Zielsetzung im Patientenwohl und im gelingenden Auskommen ihrer Mitarbeiter. Dieser Sinn, der ihre Existenzberechtigung ausmacht, findet auch seinen Ausdruck im Leitbild innerhalb von Qualitätsmanagementsystemen, das als Versprechen hinsichtlich der Handlungsabsichten der Institution zu interpretieren ist. Die Institutionen des Gesundheitswesens sind von den in ihnen tätigen Personen geprägt, deren gelingende Praxis den Institutionszweck verwirklichen. Wenn im aristotelischen Sinn Qualität dem Guten dient, nämlich in unserem Zusammenhang dem Zweck der Institutionen des Gesundheitswesens, so bedarf es eines Qualitätsmanagements, das sich an der Entwicklung und Formung der Dispositionen der in ihnen tätigen Personen für eine gelingende Praxis engagiert, eben den Tugenden. Uns zurückbesinnend an die Definition von Qualität der „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ vorne in der Einleitung, die unter Qualität nur die „Wie Beschaffenheit“ von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen verstand¹⁷, müssen wir jetzt das Warum (Sinn, Zweck, Leitbild), das Wer (Personen, Tugenden, Kompetenzen) und das Wie (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse) als wesentliche Komponenten von Qualität im Gesundheitswesen verstehen.

Referenzen

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: AWMF online. Qualitätssicherung; <http://www.rz.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/awmfqs.htm>
2. PLATON, *Theaitetos* 182 a. In: PLATON, *Sämtliche Werke* 4, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg (1981), S. 148
3. PLATON, *Menon* 71 b. In: PLATON, *Sämtliche Werke* 2, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg (1980), S. 10
4. HIPPOKRATES, *De habitu decenti*. In: CARMICHAEL A.G., RATZAN

- R.M. (Hrsg.), *Medizin in Literatur und Kunst*, Könnemann Verlagsgesellschaft, Köln (1994), S. 36 ff.
5. ARISTOTELES, *Organon I 8b*. In: ARISTOTELES, *Philosophische Schriften 1*, Meiner Verlag, Hamburg (1995), S. 21
 6. a.a.O.: 9a, S. 22
 7. a.a.O.: 10a, S. 24
 8. ARISTOTELES, *Organon I 4b*, S. 10
 9. a.a.O.: 5b, S. 12
 10. ARISTOTELES, *Erste Analytik. Erstes Buch, Kapitel 36, 48b*. In: ARISTOTELES, *Philosophische Schriften 1*, Meiner Verlag, Hamburg (1995), S. 77
 11. ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik. Zweites Buch, Kapitel 5, 1106a*. In: ARISTOTELES, *Philosophische Schriften 3*, Meiner Verlag, Hamburg (1995), S. 34
 12. a.a.O.: 1107a, S. 36
 13. vgl. MACINTYRE A., *Der Verlust der Tugend*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (1995), S. 293
 14. vgl. SPLETT J., *Der Mensch ist Person*, Knecht, Frankfurt am Main (1986), S. 166: „Gehorsam soll ein Handeln (oder Unterlassen) heißen, zu dem zwar der eigene freie Wille sich bestimmt, so aber, dass den unmittelbaren Bestimmungsgrund nicht eigenes Erkennen und Vorstellen bieten, sondern dass er „auf das Wort eines anderen hin“ handelt, sich von Einsicht und Willensstellungnahme eines anderen bestimmen lässt. (...) Insofern im Gehorsam der freie Wille einer Person sich verwirklicht, muss sie ihr Handeln verantworten können.“
 15. MACINTYRE A., *Der Verlust der Tugend*, S. 261
 16. LUHMANN N., *Institutionalisierung – Funktion und Mechanismus in sozialen Systemen der Gesellschaft*. In: SCHELSKY H. (Hrsg.), *Zur Theorie der Institution*, DKV, Düsseldorf (1970), S. 30
 17. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: AWMF online. Qualitätssicherung: <http://www.rz.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/awmfqs.htm>

Bewertung der Multicenterstudie: „Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan® intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol®“

[Björn DAHLÖF et al., *The Lancet* (2002) 359: 995-1003]

Fragestellung

Eine Blutdrucksenkung mit Beta-Rezeptorenblockern und Diuretica ist die am besten dokumentierte Prävention kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität bei Hypertonikern. Eine linksventrikuläre Hypertrophie (LVH) ist ein starker zusätzlicher und unabhängiger Risikofaktor. Das Ziel der Studie war es, zu untersuchen, ob eine selektive Angiotensin II (AT II)-Blockade über den Effekt einer Blutdrucksenkung hinaus, durch eine Reduktion der linksventrikulären Hypertrophie zusätzlich die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität positiv beeinflusst.

Methode

Es handelt sich um eine doppelblinde, kontrollierte, randomisierte Studie bei 9.193 Patienten im Alter von 55 bis 80 Jahren (Durchschnitt: 66,9 Jahre) mit essentieller Hypertonie (Blutdruck im Sitzen 160-200 mm Hg systolisch und 95-115 mm Hg diastolisch) und einer im EKG gesicherten LVH. Die Patienten erhielten 4 Jahre lang eine antihypertensive Kombinationstherapie, die als Basistherapeutikum entweder einmal täglich Atenolol® oder einmal täglich den AT II-Blocker Losartan® enthielt. Primärer Endpunkt war die Kombination von Tod, Myokardinfarkt oder Schlaganfall.

Die Studie wurde von der Herstellerfirma gesponsert.

Ergebnisse

Der Blutdruck wurde in beiden Gruppen gleich stark auf Normalwerte gesenkt (Mittelwert 144/81).

Der primäre kombinierte Endpunkt trat in der Losartan®-Gruppe in 2,4% pro Jahr und in der Atenolol®-Gruppe in 2,8% der Fälle auf (relatives Risiko 0,87; $p = 0,021$).

Dieser Effekt war auf eine signifikante Reduktion der Schlaganfälle von 1,4 auf 1,1% pro Jahr (relatives Risiko 0,75) zurückzuführen, während die übrigen Einzelendpunkte (kardiovaskuläre Mortalität, Myokardinfarkt) nicht signifikant beeinflusst wurden. Auch bei der gesamten Mortalität fand sich kein signifikanter Unterschied.

Die Zeichen der LVH im EKG wurden unter Losartan® signifikant stärker gesenkt als unter Atenolol®. Weiters verweisen die Autoren auf eine bessere Verträglichkeit unter Losartan® sowie auf eine signifikant niedrigere Rate von Diabetesneuerkrankungen (1,3% versus 1,7%).

Schlussfolgerungen der Autoren

In der Diskussion weisen die Autoren vor allem darauf hin, dass Losartan® das Schlaganfallrisiko in Vergleich zu Atenolol® um 25% gesenkt hat, was sie als substantiell und wesentlich ansehen, da der Schlaganfall die Haupttodesursache in den meisten Studien der

* In dieser Rubrik werden Studienergebnisse, die im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsprojektes des IMABE-Instituts und der Gesellschaft für sinnorientierte Medizin unter der Leitung von Prof.Dr. Johannes BONELLI erarbeitet werden, publiziert. Dieses Projekt wird vom Fonds Gesundes Österreich mitfinanziert.

letzten Jahre ausmacht. Als Schlussfolgerung meinen die Autoren, dass AT II-Rezeptor Blocker eine breitere Anwendung auch in der klinischen Praxis und bei der Erstellung von Richtlinien zur Blutdrucktherapie finden sollten. In einem Kommentar zur Studie an die Ärzteschaft meinen die Autoren weiter, dass es sich bei den „beeindruckenden Resultaten“ der Studie um eine „aufregende Neuigkeit, weil überlegenen Erfolg von Losartan® über andere Antihypertensiva handelt, die einen Paradigmenwechsel zur Folge haben, der sich in der täglichen klinischen Praxis niederschlagen sollte und einen neuen Standard in der Therapie der Hypertonie eingeführt hat.“ In einem Bericht über die 51. Wissenschaftliche Jahrestagung des American College of Cardiology (ACC) am 20. März 2002, bei der die Ergebnisse der Studie erstmals präsentiert wurden, ist sogar von einer „Revolution und von neuen Maßstäben in der Hochdrucktherapie“ die Rede.¹

S.O.M.-Analyse

Stufe I: Wirkungsnachweis

An sich handelt es sich um eine randomisierte, kontrollierte Doppelblindstudie (Morbidität und Mortalität), der normalerweise ein hoher Evidenzgrad zugesprochen wird. Allerdings muss angemerkt werden, dass die Effektivität der doppelblinden Anordnung insofern eine gewisse Einschränkung erfährt als bei Patienten, die mit Beta-Rezeptoren-Blockern behandelt werden, im Gegensatz zu AT II-Rezeptor-Antagonisten eine registrierbare Herzfrequenzsenkung zu erwarten ist, die indirekt den doppelblinden Ansatz relativiert.

Stufe II: Quantitativer Nutzen (Relevanz)

Der quantitative Nutzen der Studie wird von den Autoren in erster Linie anhand der

relativen Risikoreduktion diskutiert. Eine relative Reduktion der Inzidenz von Schlaganfällen um 25%, wie dies von den Autoren immer wieder betont wird, klingt sicherlich beeindruckend. Betrachtet man allerdings die absoluten Zahlen, so zeigt sich, dass die Effekte eher bescheiden sind: es kommt zu einer Reduktion der Inzidenz von Schlaganfällen von 1,4% (Atenolol®) auf 1,1% (Losartan®) also um 0,3%, d.h. 3‰.

Dieses Ergebnis wird weiter relativiert, wenn man bedenkt, dass der Schlaganfall nicht verhindert, sondern nur um einige Zeit hinausgezögert werden kann. Dabei muss zunächst festgehalten werden, dass sich die Gesamtmortalität in beiden Gruppen nicht signifikant voneinander unterscheidet (1,7 bzw. 1,9%). Dies ist auch nicht verwunderlich, weil die Mortalitätsraten nicht höher liegen als bei der Normalbevölkerung². Weiters ist zu berücksichtigen, dass die Mortalitätsraten höher liegen als die Inzidenz der Schlaganfälle (1,08 Losartan® bzw. 1,45 Atenolol®). Dadurch kommt der mögliche therapeutische Effekt von Losartan® auf die Schlaganfallinzidenz insbesondere im höheren Alter kaum mehr zum Tragen. In Tabelle I (Spalte 1-4) wurde die zeitliche Verschiebung des Schlaganfallereignisses nach den Kriterien der Sinnorientierten Medizin³ in den verschiedenen Altersgruppen errechnet (Berechnung nach dem Verhältnis Männer zu Frauen gemäß der Studie 54% : 46%). Daraus ist ersichtlich, dass bei einem 55 Jahre alten Patienten noch eine Behandlung mit Losartan® über 24 Jahre erfolgen kann (EEL), wodurch ein Schlaganfall um 1,5 Jahre hinausgeschoben wird. Im 70. Lebensjahr kann nur mehr 13 Jahre behandelt und eine Verzögerung um 0,5 Jahre, bei einem 80jährigen Patienten um 0,17 Jahre (= 2 Monate) erreicht werden (vgl. Tabelle I, Spalte 4 – Gewinn durch Losartan®). Daraus ist ersichtlich, dass der quantitative Nutzen einer Losartan®-Therapie im Vergleich mit Atenolol® ab dem 65. Lebensjahr nur mehr wenige Monate beträgt und daher ziemlich unbedeutend wird.

Stufe III: Verhältnismäßigkeit

Bei der Analyse der Verhältnismäßigkeit müssen der Nachteil bzw. Aufwand gegen die Vorteile aufgewogen werden.

Das Kuriosum der vorliegenden Studie besteht darin, dass zumindest im höheren Alter eher mit dem Tod gerechnet werden muss, bevor der Vorteil einer AT II-Blockertherapie zum Tragen kommt. Dies schlägt sich in der Tatsache nieder, dass keine signifikante Verbesserung der Gesamtmortalität und im höheren Alter kaum mehr ein Effekt auf die Schlaganfallinzidenz erzielt werden konnte (vgl. Tabelle I, Spalte 4).

Als Maß für die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit dieser Ergebnisse kann auch die Effektivität (E) nach den Kriterien der Sinnorientierten Medizin (S.O.M.) genommen werden. Sie errechnet sich aus dem Verhältnis von Behandlungsdauer und Gewinn (EELG) in % [$E = (EELG \times 100) / \text{Behandlungsdauer}$]. Ein Effektivitätswert = 100% kann als ausgezeichnetes Ergebnis gewertet werden (z.B. Insulintherapie beim Typ I Diabetes, bei der die Behandlungsdauer mit der Lebensverlängerung = Gewinn gleichzusetzen ist), während Werte <5% wenig Relevanz haben. In Tabelle I (5. Spalte) sind die einzelnen Effektivitätswerte für die verschiedenen Altersgruppen berechnet. Auch daraus geht hervor, dass eine be-

vorzugte Behandlung von Hypertonikern mit AT II-Blockern zumindest nach dem 65. Lebensjahr praktisch bedeutungslos ist.

Kosten-Nutzen Analyse

Ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung der Verhältnismäßigkeit einer neuen Therapie ist auch die Kosten/Nutzen-Relation. Dazu kann die Anzahl der Behandlungsjahre errechnet werden, die notwendig sind, um ein ereignisfreies Jahr hinzuzugewinnen (number of Treatment Years for one year Eventfree Lifetime Gain = TYEG). Sie errechnet sich aus EEL/EELG. Daraus lassen sich die Mehrkosten für ein gewonnenes Jahr (C_{TYEG}) leicht berechnen (Tabelle I, Spalten 6 und 7): Die Tageskosten für Atenolol® 100mg wurden mit 0,5 €, für Losartan® 100 mg mit 2,8 € angesetzt. Das ergibt Mehrkosten für Losartan® von 2,3 € pro Tag bzw. 839,5 € pro Jahr. Die Berechnung der Daten bestätigt zunächst die geringe Effektivität einer alternativen Behandlung mit Losartan®, weil mit zunehmendem Alter längst mit dem Tod gerechnet werden muss, bevor ein zusätzlich ereignisfreies Jahr erreicht werden kann (bei einem 80jährigen Patienten wäre dazu ein Behandlungszeitraum von 46 Jahren nötig – vgl. Tabelle I, Spalte 6). Weiters zeigen die Daten, dass auch die fiktiven Kosten für ein gewonnenes Lebensjahr zuneh-

1	2	3	4	5	6	7
Alter m/w = 46% / 54%	Zeit bis zum Eintritt eines Schlaganfalls EEL (a) Atenolol®	Zeit bis zum Eintritt eines Schlaganfalls EEL (a) Losartan®	Gewinn durch Losartan® EELG (a)	Effektivität E (%)	Behandlungsjahre, um 1 weiteres Jahr zu gewinnen TYEG (a)	Kosten für 1 gewonnenes Jahr C_{TYEG} (€)
55	22,66	24,16	1,5	6,2	16,1	13.516
65	16,08	16,83	0,75	4,5	22,44	18.838
70	13,03	13,53	0,5	3,7	27,06	22.717
80	7,65	7,82	0,17	2,1	46,0	38.617

Tabelle I: Berechnung des quantitativen Nutzens einer Therapie mit Losartan® im Vergleich mit Atenolol® auf Basis der LIFE-Studie

Legende: EEL – Expected Event-free Lifetime; EELG – Expected Event-free Lifetime Gain; F – Effectiveness; TYEG – Number of Treatment Years needed to gain an additional Event-free Year; C_{TYEG} – Costs to gain one Event-Free Year of Lifetime; (a) – Jahre.

mend steigen, d.h. die Effizienz der Behandlung mit dem Alter rapide abnimmt (Tabelle I, Spalte 7).

Nebenwirkungen

Die Autoren der Studie weisen noch darauf hin, dass unter Losartan® weniger Nebenwirkungen auftreten als unter Atenolol®. Wenngleich die Nebenwirkungen einer Therapie ein wichtiger Faktor in der Nutzen/Risiko Abwägung sind, muss im vorliegenden Fall darauf hingewiesen werden, dass die Unterschiede nur gering waren und in erster Linie auf die erwartbaren wirkungsspezifischen Effekte von Beta-Rezeptoren-Blockern zurückzuführen sind (Bradycardie, kalte Extremitäten, Atemnot) und sicherlich keinen ernsthaften Grund darstellen, AT II-Rezeptor-Antagonisten als Mittel der ersten Wahl allen anderen Hypotensiva vorzuziehen.

Zusammenfassung

Zunächst muss erwähnt werden, dass sich die Ergebnisse der Studie nur auf eine kleine Gruppe von Hypertonikern, nämlich auf solche mit einer LVH und relativ hohen Blutdruckwerten (Durchschnitt 174/98) beziehen. Außerdem waren es vor allem Hochrisikopatienten, die von der Therapie nachweisbar profitiert haben, während die Effekte bei Patienten im niedrigen Risikobereich (ohne manifeste Gefäßerkrankung oder Diabetes) deutlich geringer waren. Eine generelle Empfehlung für eine breite Anwendung dieser kostspieligen Therapie auf alle Hypertoniker, wie dies die Autoren tun, ist allein schon aus dieser Perspektive zumindest sehr strittig.

Aus der Perspektive einer Sinnorientierten Medizin (S.O.M.) ist weiters zu sagen, dass

die Effektivität (E) der Studie gering ist, weil viele Behandlungsjahre nötig sind, um eine relevante zeitliche Hinausverzögerung eines Schlaganfalls zu erreichen (vgl. Tabelle I, Spalte 6). Zumindest ab dem 65. Lebensjahr kann kaum mehr ein Behandlungsvorteil erzielt werden, weil er durch die geringe Lebenserwartung zunehmend limitiert wird (vgl. Tabelle I, Spalte 4). Da die Therapie mit AT II-Rezeptor-Antagonisten jedoch erhebliche Mehrkosten verursacht, ist sie als Basisbehandlung der ersten Wahl zumindest im höheren Alter wegen ihrer geringen Effizienz auch bei Hochrisikopatienten kaum zu rechtfertigen und wenig sinnvoll.

Zusammenfassend muss daher gesagt werden, dass die Verordnung von AT II-Rezeptor-Antagonisten als Mittel der ersten Wahl in der Hypertoniebehandlung nicht gerechtfertigt ist. Insbesondere gibt es keinen Grund für eine generelle Übertragung der Ergebnisse auf alle Hypertoniker. Die Forderung nach einem „Paradigmenwechsel“ in der Hypertoniebehandlung auf Grund dieser einzigen Studie bei einem eingeschränkten Patientenkollektiv ist daher in keiner Weise nachvollziehbar.

Am ehesten dürften junge, schwere Hypertoniker mit Linkshypertrophie und zusätzlichen vaskulären Risiken bzw. Diabetes einen gewissen, wenn auch leichten Profit haben (Effektivität >5,0%).

Die Ergebnisse sind interessant, aber für eine Änderung im Stufenplan der Hypertoniebehandlung nicht relevant.

Referenzen

1. WOISETSCHLAGER C.H., *Ärztwoche* 17. April 2002
2. Sterbetafel für Österreich 1990/1992
3. BONELLI J., PRAT E.H., *Sinnorientierte Medizin (S.O.M.). Paradigmenwechsel in der Medizin: von der Machbarkeit zur Sinnhaftigkeit – Medizin für den Einzelfall, Imago Hominis* (1999) 6: 187-207

**Schreiben von JOHANNES PAUL II.
anlässlich der internationalen Konferenz zum Thema
„Der Interessenkonflikt und seine Bedeutung in Wissenschaft und Medizin“**

(...) Das Thema der Konferenz verdient die Aufmerksamkeit der gesamten Gesellschaft. Denn in der Tat handelt es sich um eine Frage, die nicht nur die Planung und Entwicklung der medizinischen Forschung und der Wissenschaft betrifft, sondern auch das Wohl der Nationen und die Würde und das hohe Ansehen der wissenschaftlichen Erkenntnis selbst. In jüngster Zeit bildet diese Frage eines der schwerwiegendsten ethischen Probleme, denen die internationale Gemeinschaft gegenübersteht.

In den Industriegesellschaften gehören die Forschung, und besonders die biomedizinische Forschung, zu den Bereichen der Innovation und des Fortschritts mit der größten Tragweite und der größten Dynamik. Deshalb ist sie ein Anziehungspunkt für Investitionen sowohl der öffentlichen Hand als auch von privaten Gruppen, die oft multinationalen Charakter haben.

Obwohl es sicher gerechtfertigt ist, dass ein Unternehmen aus der biomedizinischen oder pharmazeutischen Forschung einen rechtmäßigen Gewinn aus den Investitionen anstrebt, geschieht es doch bisweilen, dass die vorherrschenden ökonomischen Interessen zu Entscheidungen führen, die im Gegensatz stehen zu den echten menschlichen Werten und den Anforderungen der Gerechtigkeit; Anforderungen, die vom eigentlichen Ziel der Forschung nicht getrennt werden können. Das Ergebnis kann ein Interessenkonflikt sein zwischen den ökonomischen Interessen auf der einen Seite und der Medizin und der Gesundheitsfürsorge auf der anderen. Die Forschung auf diesem Gebiet muss zum Wohl aller unternommen werden, einschließlich jener, die mittellos sind.

Mit anderen Worten: Es besteht die Gefahr,

dass die Aktivitäten mit wissenschaftlichem Hintergrund und die Strukturen der Gesundheitsfürsorge nicht dazu dienen, den Menschen die bestmögliche Hilfe in Einklang mit ihrer menschlichen Würde zu gewährleisten, sondern um den Gewinn zu maximieren und das Geschäftsvolumen zu vergrößern, mit einer vorhersehbaren sinkenden Qualität des Dienstes für all jene, die nicht zahlen können. Auf diese Weise kommt es auf dem Gebiet der Wissenschaft und Medizin zu einem Interessenkonflikt einerseits zwischen Forschung und angemessener Behandlung der Krankheiten – worum es ja in der wissenschaftlichen und medizinischen Forschung geht – und andererseits dem ökonomischen Ziel, Gewinn zu machen.

Heutzutage tritt dieser Konflikt in vielerlei Hinsicht zutage. Zunächst kann man ihn in der Auswahl der Forschungsprogramme erkennen, dort wo die Programme, die einen schnellen Gewinn versprechen, bevorzugt werden gegenüber anderen Forschungen, die höhere Kosten und eine größere Investition von Zeit mit sich bringen, weil sie die Anforderungen der Ethik und der Gerechtigkeit berücksichtigen. Angetrieben von der Suche nach Profit und gemäß einer Medizin, die man als „Wunsch-Medizin“ bezeichnen könnte, hat die pharmazeutische Industrie eine Forschung unterstützt, die Produkte auf den Weltmarkt gebracht hat, die dem ethisch Guten entgegengesetzt sind, einschließlich jener, die die Fortpflanzung nicht respektieren oder sogar das schon empfangene menschliche Leben auslöschen.

Während die biomedizinische Forschung damit beschäftigt ist, die Methoden der künstlichen Befruchtung weiter zu perfektionieren, gibt es nur wenig finanzielle Mittel und For-

schungsarbeiten, die für die Vorbeugung und Behandlung der Unfruchtbarkeit bestimmt sind. Die kürzliche Entscheidung einiger Länder, menschliche Embryonen zu verwenden oder sogar zu produzieren, um sie zu klonen und so Stammzellen für therapeutische Zwecke zu erhalten, wird von großen Investoren unterstützt. Die ethisch akzeptablen und wissenschaftlich wertvollen Programme jedoch, die adulte Zellen mit nicht weniger Erfolg für dieselben Therapien benutzen, erhalten weniger Unterstützung, weil sie einen geringeren Umsatz versprechen.

Ein weiteres Beispiel für diesen Interessenkonflikt ist die Art, wie in der pharmazeutischen Forschung Prioritäten gesetzt werden. In den Industrieländern zum Beispiel werden große Summen ausgegeben, um Arzneimittel herzustellen – die hedonistischen Zwecken dienen oder um eine andere Marke eines bereits vorhandenen und wirksamen Arzneimittels auf den Markt zu bringen –, während in ärmeren Gegenden der Welt für die Behandlung von schweren und tödlichen Krankheiten keine Arzneimittel zur Verfügung stehen. In diesen Ländern ist der Zugang auch zu den notwendigsten Arzneimitteln fast unmöglich, weil kein finanzieller Umsatz vorhanden ist. Auch bietet die Industrie im Fall von bestimmten ungewöhnlichen Krankheiten keine finanzielle Unterstützung für die Forschung und die Herstellung der Medizin an, weil es keine Aussicht auf Profit gibt: Es handelt hierbei sich um die sog. „Medizinwaisen“.

Die Ethik der Forschung an sich kann durch den Interessenkonflikt, von dem wir sprechen, untergraben werden, zum Beispiel wenn die Geldgeber das Recht beanspruchen, über die Erlaubnis zur Veröffentlichung der Forschungsergebnisse zu entscheiden, je nachdem ob die Daten ihren eigenen Interessen entsprechen oder nicht.

Auch die Gesundheitsfürsorge in den Krankenhäusern wird in zunehmendem Maße den Zwängen der Kostendämpfung unterworfen. Auch wenn es richtig ist, im Gesundheitswe-

sen in Verwaltung und Behandlung jede Form von Verschwendung zu vermeiden, ist es nicht gerecht, eine angemessene Behandlung zu verweigern oder aber zuzulassen, dass das Niveau der Behandlung absinkt zugunsten eines größeren finanziellen Gewinns.

Die Liste solcher Konflikte wird zweifellos länger werden, wenn man zulässt, dass die utilitaristische Sichtweise die Oberhand gewinnt über die wahre Suche nach Wissen. Das geschieht zum Beispiel, wenn die Medien, die oft von denselben Geschäftsinteressen finanziert werden, übertriebene Erwartungen hervorrufen und eine Art „pharmazeutischen Konsumismus“ entstehen lassen. Zur gleichen Zeit geht die Tendenz dahin, jene Mittel stillschweigend zu übergehen, die die Gesundheit schützen, aber erfordern, dass man verantwortlich und mit Selbstdisziplin handelt.

Damit die Wissenschaft ihre wahre Freiheit und die Forscher ihre Unabhängigkeit bewahren, müssen ethische Werte den Vorrang haben. Eine beliebige Sache dem Profit unterzuordnen, ist ein echter Freiheitsverlust für den Wissenschaftler. Und diejenigen, die die Freiheit der Wissenschaft unterstützen wollen, indem sie sich auf eine „wertfreie Wissenschaft“ berufen, ebnen den Weg für die Vorherrschaft der ökonomischen Interessen.

Aus einem anderen Blickwinkel gesehen, bedeutet die Vorherrschaft des ökonomischen Aspekts in der Forschung letztlich, dass die Wissenschaft ihres epistemologischen Charakters beraubt wird, dem zufolge ihr erstes Ziel die Entdeckung der Wahrheit ist. Wenn die Wissenschaft sich auf den Weg des Utilitarismus begibt, besteht die Gefahr, dass ihre spekulative Dimension, in der die innere Dynamik des intellektuellen Fortschreitens des Menschen besteht, vermindert oder ganz ausgelöscht wird.

Damit die wissenschaftliche Forschung im Bereich der Biomedizin ihre volle Würde zurückerhält, müssen die Forscher sich selbst mit ganzer Kraft einsetzen. Sie sind es in erster Linie, die die wesentliche Bedeutung jener

Herrschaft über die sichtbare Welt, die der Schöpfer dem Menschen als Aufgabe und Pflicht anvertraut hat, eifersüchtig bewahren und, falls notwendig, auch einfordern müssen. Wie ich in meiner ersten Enzyklika *Redemptor hominis* geschrieben habe, besteht diese Bedeutung „im Vorrang der Ethik vor der Technik, im Primat der Person über die Dinge, in der Überordnung des Geistes über die Materie“ (Nr. 16). „Aus diesem Grund“, habe ich hinzugefügt, „muss man alle Phasen des heutigen Fortschritts aufmerksam verfolgen. Man muss unter diesem Gesichtspunkt gleichsam eine Durchleuchtung seiner einzelnen Etappen vornehmen“ (ebd.).

Auch die öffentliche Autorität muss als Wächterin über das Allgemeinwohl ihre Rolle spielen, um zu gewährleisten, dass die Forschung auf das Wohl der Menschen und der Gesellschaft ausgerichtet ist durch die Mäßigung und Versöhnung einander entgegengesetzter Interessen. Durch die Veröffentlichung von Richtlinien und die Zuteilung der öffentlichen Gelder, entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip, sollte sie aktiv jene Forschungsbereiche unterstützen, die von privaten Interessen nicht gefördert werden. Sie sollte darauf vorbereitet sein, eine Forschung zu verhindern, die dem menschlichen Leben und

seiner Würde schadet oder die Bedürfnisse der Ärmsten in der Welt außer acht lässt, die im allgemeinen weniger gut für die wissenschaftliche Forschung ausgerüstet sind.

Verbunden mit den besten Wünschen für den Erfolg dieses wichtigen Kongresses, möchte ich bekräftigen, dass die Kirche mit Vertrauen und Hoffnung auf die Wissenschaftler und Forscher blickt. In diesem Sinn erneuere ich die Einladung, die ich in meiner Enzyklika *Evangelium vitae* ausgesprochen habe, und weite sie auf alle Forscher guten Willens aus, nämlich „...aktiv präsent zu sein, an den bevorzugten Stätten des kulturellen Schaffens, in der Welt der Schule und der Universität, in den Kreisen der wissenschaftlichen und technischen Forschung“, ganz engagiert „im Dienst einer neuen Kultur des Lebens durch die Erstellung ernsthafter, gut dokumentierter Beiträge, die wegen ihres Wertes das Ansehen und das Interesse aller auf sich zu ziehen vermögen“ (Nr. 98). Dank dieser weiten Vision des Einsatzes für die Wahrheit und das Allgemeinwohl haben die medizinische Forschung und Erkenntnis zu einem wahren Fortschritt beigetragen, der die Anerkennung und Dankbarkeit der Menschheit verdient. (...)

Vatikan, 25. März 2002

AIDS: Medikamente lebenswichtig

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat erstmals AIDS-Medikamente auf eine internationale „Liste der lebenswichtigen Medikamente“ gesetzt (die derzeit 325 Medikamente, u.a. auch Aspirin und Penicillin enthält) und Behandlungsrichtlinien für Dritte-Welt-Länder erstellt. Dadurch soll der Zugang zu AIDS-Medikamenten deutlich gesteigert werden. Bis zum Jahr 2005, so hofft die WHO, sollten 3 Millionen HIV-Infizierte in Entwicklungsländern medizinisch versorgt werden. Zur Zeit erhalten nur 3% von 6 Millionen Bedürftigen eine Behandlung.

Laut WHO sind rund 40 Millionen Menschen mit dem HIV infiziert, davon leben mehr als 90% in Entwicklungsländern. Trotz der Abkommen mit Pharmaunternehmen und dem Konkurrenzkampf durch billigere Generika ist der Zugang zu AIDS-Medikamenten in Entwicklungsländern beschränkt. Durch das Aufnehmen der antiretroviralen Arzneien auf der Liste der lebenswichtigen Medikamente könnten Medikamentenhersteller zur weiteren Preisreduktion bewegt werden.

Presstext, 23. April 2002

Designer-Baby: Genehmigung in Australien

In Australien ist drei Ehepaaren die Erzeugung eines „Designerbabys“ genehmigt worden. Mittels künstlicher Befruchtung sowie einem gentechnischen Selektionsverfahren sollen ihre kranken Kinder gerettet werden. Dafür wird der Embryo mit dem am besten geeigneten Genmaterial ausgewählt. Während sich das Kind entwickelt, werden der Plazenta Stammzellen entnommen, um den kranken Geschwistern transfusiert zu werden.

Die Kinder sind von einer seltenen, erblich bedingten Blutkrankheit (Falconi Anämie) betroffen, die einzig

durch eine Knochenmarkstransplantation behandelbar ist.

Der Aufwand, der betrieben werden muss, einen geeigneten Knochenmarkspender zu finden, ist sehr groß. So wird die Geburt eines Geschwisterchens instrumentalisiert, um einen wahrscheinlich (1:4) geeigneten Spender für das kranke Kind zu bekommen.

Presstext, 16. April 2002

Stammzellenforschung: Embryonen freigegeben

Die australische Regierung und die Staaten des Landes haben sich auf landesweite Richtlinien zur embryonalen Stammzellenforschung geeinigt. Wissenschaftler sollen zunächst rund 60.000 Embryonen verwenden dürfen, die aus Programmen der künstlichen Befruchtung übrig geblieben sind.

Der anglikanische Erzbischof von Sydney Peter JENSEN forderte, die verwaisten Embryonen zur Adoption statt für die Stammzellenforschung freizugeben. Dem entgegenete der Reproduktionsmediziner Peter LUNGWORTH, dass in Australien bereits die Möglichkeit der Adoption von Embryonen bestehe, sich aber die Mehrzahl von Frauen nach einer künstlichen Befruchtung bei dem Gedanken unwohl fühlen, dass andere Paare ihr Kind empfangen und aufziehen.

Tagespost, 4. April 2002

Human-Genom-Projekt: Hoffnung auf Wunder gedämpft

Beim 7. Internationalen Treffen der Human Genome Organisation (HUGO) in Shanghai Mitte April 2002 erklärten Forscher, dass die Forschung auf dem Gebiet der menschlichen Genetik durch Wissenslücken in anderen Forschungsbereichen limitiert sei. Der scheidende HUGO-Präsident Lap-Chee TSUI erklärte, dass das Human-Genom-Projekt nicht die sehn-

süchtig erwartete Hoffnung auf Heilung genetischer Erkrankungen erfüllen wird.

Einige für Erbkrankheiten verantwortliche Gene kenne man bereits seit mehr als einem Jahrzehnt, aber von einer Therapie sei man noch meilenweit entfernt. Als Beispiele nennen Forscher das Gen für cystische Fibrose. Obwohl es bereits 1989 entdeckt wurde, ist die Forschung 13 Jahre später einer effektiven Behandlung nicht näher gerückt. Weltweit gebe es rund 2.000 Labors, die Studien zum Thema durchführen. Dennoch wissen die Forscher nicht, was das schadhafte Gen exakt bewirkt.

Tsui hofft auf die Anwendung der Genomdaten auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten, wie z.B. AIDS. Hier habe sich der Wissensstand verbessert und zumindest auf molekularer Ebene sei bereits geklärt, was diese Krankheiten bei Zellen bewirken.

Presstext, 17. April 2002

IVF: 20 Jahre danach

Das erste deutsche Retortenbaby wurde am 16. April 20 Jahre alt. Die Geburt von Oliver W. sorgte 1982 in Deutschland und Österreich für große Aufregung. Nach zwölf erfolglosen Versuchen bei anderen Frauen gelang bei Olivers Mutter endlich der Transfer eines in-vitro entstandenen Embryos: die erste deutsche In-Vitro-Fertilisation (IVF) war geglückt. Tausende kinderlose Paare hofften auf eine neue Chance. Seit Olivers Geburt sind in Deutschland an die 100.000 Kinder durch IVF auf die Welt gekommen. Im vergangenen Jahr machten allein 40.000 Paare von dieser Methode Gebrauch.

Zunehmend werden aber von Medizinern negative Begleiterscheinungen beobachtet: Immer mehr private Kliniken bestimmen die Reproduktionsmedizin und machen häufig falsche Versprechungen, denn bis zu 80% der Versuche bleiben erfolglos.

ORF, 16. April 2002

Pharma: toxisches Schönheitsprodukt

Die US-Gesundheitsbehörde FDA hat das Antifaltenmittel Botox zu kosmetischen Zwecken zugelassen. Die Geschäfte laufen mit Botox gewinnträchtig. Der weltweite Umsatz mit Botox lag im vergangenen Jahr bei rund 300 Mio. Dollar. Die Hälfte dessen entfiel auf die kosmetische Anwendung.

Die FDA genehmigte das Botulinum Toxin Typ A für die zeitweilige Verbesserung moderater bis stark ausgeprägter Falten zwischen den Augenbrauen. Das Toxin zählt weltweit zu den giftigsten Substanzen und wurde bereits früher für die Behandlung von zwei Defekten des Augenmuskels sowie eines fehlerhaften Spannungszustandes der Halswirbelsäule zugelassen.

Die Faltenbildung soll sich, so die FDA, in einem Zeitraum von drei Monaten bessern. Botox Cosmetic soll mehr als einmal in drei Monaten injiziert werden, dabei soll die geringste wirksame Dosis eingesetzt werden. Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Grippe-Symptomen und Übelkeit können mehrere Monate lang andauern. Die Anwendung muss unter sorgfältiger medizinischer Überwachung erfolgen. Die hauptsächlich weiblichen Patienten müssen mit Behandlungskosten von 400 Dollar pro Anwendung rechnen.

Presstext, 16. April 2002

Umwelt: Bedrohung für Kinder

Europäische Kinder müssen mit Umweltschäden und Giften zurechtkommen, die schwer tolerierbar sind, so Experten der WHO und der europäischen Umweltagentur EEA. Am meisten sind Kinder unter 5 Jahren bedroht.

Kinder müssen mit mehr als 15.000 synthetischen Chemikalien leben, die erst in den letzten 50 Jahren entwickelt wurden. Weitere Faktoren sind verschmutzte Atemluft, kontaminiertes Essen und Trinken, Transitverkehr, chemisch verseuchtes Spielzeug, Strahlung und Zigarettenrauch, die im Endeffekt zu Asthma, Verletzungen,

Nervenstörungen, Krebs und Infektionskrankheiten führen.

Kinder sind am verletzlichsten, weil Störungen und Erkrankungen, die bereits in Kindestagen auftreten, auch später zu schweren oder chronischen Gesundheitsproblemen führen können. Die WHO und EEA warnen in ihrer Studie davor, Kinder als „Miniatur-Erwachsene“ zu behandeln. Ihr Verhalten und ihre Empfänglichkeit für Gefahren sind spezifisch. Das Nervensystem von Kindern kann z.B. 50% der Bleikontamination aus der Nahrung absorbieren, ein Erwachsener nimmt hingegen nur 10% auf. Besonders gefährlich leben die Kinder in der ehemaligen UdSSR: dort liegen die Sterblichkeitsraten acht Mal höher als im restlichen Europa.

Presstext, 16. April 2002

Embryonale Stammzellen: GB forciert die Forschung

Britische Wissenschaftler wollen die Vorteile neuer Gesetze nutzen, die das Klonen menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken erlauben. Die Human Fertilization and Embryology Authority hat bereits für zwei Teams, und zwar in London und Edinburgh Lizenzen für Experimentelles Klonen erteilt. Diese Woche kündigte das Roslin Institut an, in dem das geklonte Schaf Dolly erzeugt wurde, dass es eine Lizenz für Experimente mit menschlichen Embryonen anstrebt.

Der Leiter des Medical Research Council, Sir George RADDA, spricht sich für ein „Brain gain“ mit der Begründung aus, dass Wissenschaftler eine größere Freiheit in ihrer Forschung haben. Der Council gewährt Beihilfen für Schnellkurse auch um ausländische Akademiker anzulocken, wobei er US\$ 57 Millionen für die Förderung, Ausbildung, Stipendien und andere Forschungsprogramme investiert. Gutsituierte Wohltätigkeitsorganisationen wie der Wellcome Trust haben angekündigt, substantielle Summen an Wissenschaftler zur Verfügung zu stellen, die in der Forschung mit embryonalen Stammzellen engagiert sind. „Das Klima für diese Art der Forschung ist in Großbri-

tannien besser als in den USA“, erklärt Prof. Chris HIGGINS, Direktor des klinischen Forschungszentrums des Medical Research Council's.

ABI, 14. April 2002

Transplantationen: chinesische Frau erhält ganzen Eierstock

Eine 34-jährige Chinesin erhielt den Eierstock ihrer jüngeren Schwester, berichtet die Zeitung China Daily. Der transplantierte Eierstock funktioniert einwandfrei und die Hormonspiegel der Frau wurden wieder normal. Ärzte der Zhejiang Medical Science University im östlichen China hoffen, dass die Frau künftig auf natürliche Weise empfangen könne, auch wenn das Kind die genetischen Anlagen ihrer Schwester haben wird. Immunschwächende Medikamente waren nicht nötig, weil die beiden Frauen nahezu perfekte Gewebegleichheit aufwiesen. Der Eierstock der Frau musste wegen einer Krebskrankung entfernt werden.

ABI, 14. April 2002

IVF: vermehrt neurologische Störungen

Babys aus dem Reagenzglas haben laut einer schwedischen Studie ein höheres Risiko an neurologischen Entwicklungsstörungen zu erkranken. In einer retrospektiven Untersuchung verglichen die Forscher die Entwicklung neurologischer Probleme bei 5.680 durch IVF geborenen Kindern mit 11.360 natürlich gezeugten der Kontrollgruppe. Auch 2.060 nach IVF geborene Zwillinge und eine Kontrollgruppe von 4.120 (die alle Zwillinge waren) wurden untersucht. Bei IVF Kindern war die Wahrscheinlichkeit einer Zerebralstörung drei Mal so hoch wie bei Kindern der Durchschnittsbevölkerung. Vermutete Entwicklungsstörungen waren bei Kindern nach einer IVF um das vierfache höher. Bei allen neurologischen Problemen gab es kein gehäuftes Risiko für IVF Zwillinge, verglichen mit Zwillingen der allgemeinen Bevölkerung.

Auch eine Studie der Universität von Western Australien kommt zu ei-

nem ähnlichen Ergebnis: 9% der durch eine künstliche Befruchtung gezeugten Babys kamen mit einem Geburtsfehler zur Welt, das ist doppelt so viel wie bei „normal“ gezeugten Kindern. Hier liegt die Rate bei 4,2%.

The Lancet, 9. Februar 2002 & NEJM, 7. März 2002

Stammzellenforschung: Therapie bei Multipler Sklerose

Die Stammzellen-Therapie könnte sich als neue Behandlungsmethode bei schweren Multiple-Sklerose-Fällen erweisen. Im Zuge der Behandlung werden Stammzellen aus dem Blut des Patienten gewonnen und jene Zellen, die das Immunsystem angreifen, zerstört. Die gesunden Zellen werden in der Folge wieder in den Körper befördert. Von diesen Stammzellen erhofft man sich, dass sie sich in gesunde Zellen des Immunsystems wandeln und der Krankheitsverlauf dadurch gestoppt wird.

Forscher der University of Washington berichteten von ersten Erfolgen einer solchen Therapie mit adulten Stammzellen. Bei 26 Patienten mit weit fortgeschrittener Multipler Sklerose (bei denen herkömmliche Behandlungsmethoden erfolglos verliefen), wurden die Auswirkungen der neuartigen Behandlung rund 14 Monate verfolgt. Bei 20 Patienten stellte sich ein stabiler Zustand ein, bei sechs zeigte sich eine geringfügige Situationsverbesserung, so Studienautor George KRAFT. Der Zustand der Patienten habe sich 12 Monate vor Beginn der Studie stark verschlechtert, daher sei eine Stabilisierung durch die Behandlung ein großer Fortschritt.

Auf Grund der geringen Probandenzahl plant Kraft eine großangeleg-

te Studie, die die Wirkung der Behandlung bestätigen und über den Langzeit-Effekt entscheiden soll.

Presstext, 17. April 2002

Klonen: Keine Fortschritte

Dr. Ian WILMUT, der für das erste geklonte Schaf verantwortliche schottische Wissenschaftler zeigt sich enttäuscht über den fehlenden Fortschritt beim Klonen – es sei kein verlässlicher Vorgang. Die heute 6 Jahre alte Dolly, die nach 276 fehlgeschlagenen Versuchen, ein Schaf zu klonen, geboren war, sei fett und arthritisch. Seither konnte keine der anderen geklonten Spezies diese Fehlerrate verbessern.

„Es gibt keinerlei Fortschritt“ erklärt Rudolf JÄENISCH vom Massachusetts Institute of Technology, führender Forscher auf dem Gebiet des Klonens. „Ich weiß noch immer nicht, wie Klonen funktioniert.“

ABI, 28. April 2002

AIDS: Finanzierung für Hilfsprogramme

Der Welt-Aidsfonds hat zum Kampf gegen Aids, Tuberkulose und Malaria einen ersten Teilbetrag von rund 378 Mio. Dollar für weltweite Hilfsprogramme freigegeben. Innerhalb von 2 Jahren sollen mit dem Geld 40 Programme in 31 Ländern finanziert werden. 52% des Geldes fließen nach Afrika, der Rest verteilt sich auf Osteuropa und Zentralasien (8%), Südostasien (12%), den westpazifischen Raum (14%) und den östlichen Mittelmeerraum (1%). Bis Ende des Jahres soll noch eine zweite Tranche in der Höhe von 238 Mio. Dollar für

weitere 18 Anträge in 12 Ländern freigegeben werden.

Insgesamt wurden mehr als 300 Anträge eingereicht. Diese werden von 17 unabhängigen Expertengruppen evaluiert und nach der Effizienz der Programme gereiht. Wesentliches Kriterium war die Entwicklung der Programme in Zusammenarbeit mit der Regierung, mit Gemeinschaftsorganisationen und Menschen, die mit diesen Erkrankungen leben.

Insgesamt sterben weltweit rund sechs Millionen Menschen (ca. 10% der Weltbevölkerung) an Aids, Malaria und Tuberkulose.

Presstext, 26. April 2002

Gesundheitspolitik: Gefälschte Medikamente

Abgelaufene Medikamente, gefälschte Präparate oder ineffektive Heilmittel sind in der Dritten Welt keine Seltenheit. Britische Mediziner warnen vor todbringenden „fake drugs“ und fordern ein rasches Handeln, denn viele dieser gefälschten Medikamente seien höchst gefährlich. So wurde beispielsweise ein Meningitis-Präparat aus Leitungswasser hergestellt, oder ein Paracetamol-Sirup aus industriellen Lösungsmitteln. Besonders schlimm sieht es in den ostasiatischen Ländern aus: 60% der Malaria-Medikamente waren entweder abgelaufen, gefälscht oder ineffektiv. Auf den Philippinen waren in den Apotheken mindestens 8% aller Medikamente unecht. Weltweit sind mindestens 10% der angebotenen Pharmazeutika Fakes, so die WHO. Die Gründe für den Handel mit Medikamenten liegen oft in der fehlenden Infrastruktur der betroffenen Länder.

BMJ, 6. April 2002

RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

9. Jahrgang Heft 1, 2002

Editorial

Beiträge:

Erika WAGNER: Kennzeichnungspflichten bei gentechnisch veränderten Lebensmitteln und wettbewerbsrechtliche Aspekte der Negativkennzeichnung;

Jürgen NOLL: Rechtsschutz für Allergiker im Nachbarschaftsrecht?;

Florian ERMACORA: Zur Vereinbarkeit der Auslegung des österreichischen Abfallbegriffs durch den VwGH mit dem gemeinschaftlichen Abfallrecht;

Martin KIND: Diskussion: Nachtfluglärm verstößt gegen die Menschenrechte.

RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

9. Jahrgang Heft 2, 2002

Editorial

Beiträge:

Harald STÖLZLECHNER: Zur Durchführung krankenpflegerischer Hilfstätigkeiten durch Angehörige von Sozialberufen;

Michael BRAUN: Hintergründe zur Novelle des Apothekengesetzes 2001;

Lukas STÄRKER: Rufbereitschaft, tägliche Ruhezeit und ausgefallene Normalarbeitszeit im Bereich der Krankenanstalten-Arbeitsgesetzes.

ETHIK IN DER MEDIZIN.

Berlin, BRD.

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.

Band 14, Heft 1, 2002

M. DÜWELL: Editorial: Medizinethik in gesellschaftlicher und politischer Diskussion;

Originalarbeiten:

T. MEYER, U. VINKEMEIER, U. MEYER: Medizinethische Implikationen zukünftiger pharmakogenomischer Behandlungsstrategien;

H.G. RUSSE: Aktive Sterbehilfe: Ungeheimheiten in der Euthanasie-Debatte; Aktuelles: G. BOCKENHEIMER-LUCIUS:

Babyklappe und Anonyme Geburt – Hintergründe und Anmerkungen zu ethischen Problemen;

Fall und Kommentare: J.F. SPITTLER, A.W. BAUER: Zur Problematik des mutmaßlichen Willens am Lebensende.

HASTINGS CENTER REPORT.

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Volume 32 No. 2, 2002

From the Editor: Eternal Mysteries, Right Here;

Capital Report: Kathi E. HANNA: Aid to Fetuses with Dependent Mothers;

At Law: Lawrence O. GOSTIN: Law and Ethics in a Public Health Emergency;

Case Study: Constance PERRY, Linda QUINN, James Lindermann NELSON: Birth

Plants and Professional Autonomy;

Neil SCHUERICH: Moral Attitudes and Mental Disorders;

Ezekiel EMANUEL: Health Care reform: Still Possible;

Leonard M. FLECK: Rationing: Don't Give Up;

Scot D. YODER: Individual Responsibility for Health: Decision, not Discovery;

Holly C. GOODING, Benjamin WILFOND, Karina BOEHM, Barbara BOWLES BIESECKER: Unintended Messages: The Ethics

of Teaching Genetic Dilemmas.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

2002/1

Editoriale: Globalizzazione e bioetica;

A. BOMPIANI: La Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea: aspetti etici;

M.L. DI PIETRO, M. PENNACCHINI: La comparsa della bioetica nei Codici di Deontologia medica italiani: profilo storico e analisi dei contenuti;

A. SERRA: The human embryo: a disposable „mass of cells“ or a „human being“?;

A.A. BIGNAMINI: La persona centro e misura di ogni sistema sanitario;

2002/2

Editoriale: L'embrione, questo sconosciuto?

G.L. GIGLI: Lo stato vegetativo „permanente“: oggettività clinica, problemi etici e risposte di cura;

E. AKIBA, A. SERRA: Bioethical considerations on the Japanese law and government reports on human cloning, the embryo and the genome;

G. DEL MISSIER, L. COLAUTTI: Terapia del dolore.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

10. Jahrgang Heft 1, 2002

Leitartikel:

Ulrich H.J. KÖRTNER: Ethische Reflexionen auf den Klimawandel. Zur Operationalisierbarkeit des Leitbildes der Nachhaltigkeit;

Bernd IRLÉNBOERN: Verantwortung und Schuld. Philosophische und theologische Aspekte ihrer Zusammengehörigkeit;

Nathalie STROHM: Helden oder Heilige. Über die Einhaltung professioneller Standards im Wissenschaftsbetrieb;

Diskussionsforum:

Karsten WEBER, Sonja HAUG: Wie gehen Internetnutzer mit dem Eigentum anderer um?

ACTA PHILOSOPHICA. Rom, Italien.

Quartalsschrift in Italienisch

Vol. 11 (2002), fasc. 1

Editoriale: Il significato di un centenario

Studi:

Emmanuele MORANDI: L'ambiente metafisico della sociologia: verità e scienza sociale;

Francesco RUSSO: La prassi della libertà. Riflessioni antropologiche alla luce degli insegnamenti del Beato Josemaría Escrivá;

Juan José SANGUINETI: Science, Metaphysics, Philosophy: In search of a distinction;

Michele MARSONET: Wilfrid Sellars e le due immagini del mondo;

Note e commenti:

Pierre-Antoine BELLEY: L'analogie de la connaissance par connaturalité chez Jacques Maritain;

Mariano FAZIO: Chesterton: la filosofia del adombrato agradecido;

Graham J. McALEER: Airwar and Justice: has Albert Camus a Contribution to Make to Catholic Teaching on War?

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien.

Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch

Anno XVII, n.2 - 2001

Editoriale

A 20 anni dalla fondazione dell'Istituto:
Angelo SCOLA, Familiaris consortio e
mistero nuziale;

Carlo CAFFARRA, Familiaris consortio –
Istituto Giovanni Paolo II e attuale si-
tuazione del matrimonio della famiglia;
Articoli:

Francis MARTIN, The Paradox of the

Beatitudes : Between Eschatology and
History;

Thérèse NADEAU-LACOUR, Les Béatitu-
des, entre Spiritualité et Morale, dans
la vie familiale;

Francesco BOTTURI, Dialettica dell'amo-
re e costruzione familiare;

Gianfrancesco ZUANAZZI, Promesse e
comimenti, conflitti e sofferenze nel-

la vita coniugale;

Olivier BONNEWIJN, Beatitudes et théo-
logie morale chez saint T. D'Aquin;
In rilievo:

Pascal IDE, Une théologie du don. Les
occurrences de gaudium et spes, n.24,
§ 3 chez Jean-Paul II (seconde partie);

Gabriel RICHI ALBERTI, Bibliografia di
S.E. Mons. Angelo Scola.

DER ARZT, SEIN PATIENT UND DAS RISIKO

Achim MORTSIEFER
LIT-Verlag, Münster 1998
 206 Seiten
 ISBN 3-8258-3519-7

Die angewandte Heilkunst – ars medici – hat eine erstaunliche Vielfalt an Wurzeln, die nicht selten als (naturwissenschaftlich gesehen) Luftwurzeln imponieren, dennoch dem Ganzen aber eine Funktionalität und Ordnung verleihen, die einem elastischen Gefüge ähnlicher sind als einem starren System aus Maximen.

A. MORTSIEFER dissertierte über dieses Thema am Institut für Theorie und Geschichte in Münster, wobei seine Selbstbiographie offen lässt, ob er Mediziner ist. Das Büchlein, seine Anliegen und deren stringente, unbestechliche Behandlung weisen ihn aber als Kenner des medizinischen Alltags aus, was den rezensierenden Arzt gleich für ihn einnimmt.

Außer Streit steht für ihn die naturwissenschaftliche Basis der haltbaren medizinischen Errungenschaften, aber auch der schlüpfrige Boden der Ermessensentscheidungen, wie jene für das Individuum Patient in seiner unerschöpflichen Vielfalt nutzbar gemacht werden können. Er sieht die Risikoproblematik als ethische Herausforderung, als Kontroverse zwischen den Regeln der medizinischen Kunst und dem Risiko.

Klug definiert er „Risiko“ als den möglichen Schaden, den man durch eigenen Entscheid erleiden kann, gegenüber der „Gefahr“ als unabhängig inhärentem Schaden.

Damit ist der Weg eröffnet für die Information, die Einbeziehung des Patienten, dem der Arzt nicht gegenübertritt, sondern sich ihm zur Seite stellt. Daraus soll der „informed consent“, aber auch das „informed refusal“ resultieren, die der echten Autonomie des Patienten und

dem freundschaftlichen Paternalismus des Arztes entspringen.

Sehr eingängig ist die Differenzierung des objektiven Paternalismus, der sich an der „evidence base“ orientiert, und des subjektiven, der zwecks Zeitgewinn früher für den Patienten entscheiden muss, als dieser zur vollen Information gelangt ist. Eigenartigerweise kommt das Wort „Verantwortung“ nie explicit vor, wenngleich spürbar präsent in der ganzen angeschnittenen Problematik.

Interessant sind MORTSIEFERS Überlegungen zur Bändigung des Risikos durch Klassifizierungsmodelle (ärztliches Handeln mit Methodenwahl nach Dringlichkeit, Krankheitsstadium, bei Multimorbidität nach der Hierarchie der Lebensbedrohungen etc.), wobei die ärztliche Kunst hinsichtlich der Individualisierung (Relativierung von Wissenschaft zugunsten des konkreten Patienten) spezifisch herausgefordert ist.

MORTSIEFER zitiert TOELLNER (1982), dass mit zunehmender Schwere und Akuität der Erkrankung die Fähigkeit zur Autonomie bei den Patienten notwendigerweise abnehmen muss. Grundsätzlich streben 80 % der Patienten einen hohen Informationsgrad an, ohne aber gleich mitentscheiden zu wollen. Hier ist die Probabilisierung des Risikos, d.h. die gesunde Aufweichung des starren wissenschaftlichen Denkens zugunsten der Wahrscheinlichkeit und Statistik gemeint, die durch den individuellen Bezug mehr Spielraum für die Entscheidung einräumt.

Der Autor reißt eine Fülle von Themen an, die alle zum Kreis der Risikoabschätzung und -bewältigung gehören. Einige seien hierzu zitiert, wie der Praxis-Schock, den der frisch Niedergelassene erleidet, wenn plötzlich der Rückhalt des Großgerätesystems wegfällt, der für ihn während der Ausbildung so praktisch war. Er muss sich mit schlechtem Gewissen zum eigenverantwortlich „praktischen Wis-

sen“ durchbeißen. Dieses wieder basiert nicht nur auf dem stets fortzubildenden medizinischen Wissen, sondern auf Erfahrung, Intuition, Entscheidungsfähigkeit, Klugheit, Tapferkeit und Urteilskraft (Anklänge an Kardinaltugenden?).

Dem gegenüber steht die Maximal- und Überdiagnostik, die von einem horror vacui ausgeht – nichts darf offen gelassen werden, was es auch koste! – und dabei übersieht, wie unverhältnismäßig gering die diagnostische Ausbeute ist, gegenüber einem klugen Stufenplan.

Die Ökonomisierung der Medizin als politisch gefärbtes Gebot der Stunde spielt hier ebenso herein wie die Juristifizierung der ärztlichen Praxis am Beispiel der – nicht nur in den USA verbreiteten – Defensivmedizin.

MORTSIEFER bricht eine Lanze für die Pragmatik der „QALY“ (quality-adjusted life years), welche dem Patienten aufgrund von semi-quantitativ gewichteten Risiken und Benefits ermöglicht, an schwierigen und komplexen Erwägungen zu seinem Wohlergehen aktiv mitzuzentscheiden.

Zusammenfassend liefert A. MORTSIEFER anhand des Risikobegriffes einen sehr wertvollen Beitrag zum besseren Verständnis ärztlicher Praxis. Mittels des Klassifizierungsmodells werden starre wissenschaftliche Regeln relativiert, wenn sie am Stadium der Erkrankung, an deren Dringlichkeit, an der Größe des Eingriffs, an der Rolle des sozialen Umfelds und der Rehabilitationsfähigkeit gemessen werden. Das Risiko orientiert sich ferner an Wahrscheinlichkeiten (Probabilisierung), unterliegt aber auch in gewisser Weise der Ökonomisierung (Sparmaßnahmen, Rationalisierung), Juristifizierung (defensive Medizin) und ganz besonders der Frage nach der Lebensqualität (QALY). Eine gesunde „clinical decision analysis“ führt zur Mitarbeitsfreudigkeit des Patienten (informed consent) und ermöglicht andererseits ein „consensual refusal“. Der Autor weist auf die vornehmste Verantwortlichkeit des Arztes hin, die sich nicht in der gewissenhaften Befolgung wissenschaftli-

cher Regeln erschöpft, sondern in die weitere Begleitung des Patienten mündet, wenn die Behandlung nicht den erhofften günstigen Verlauf genommen hat.

Das Buch ist sehr zu empfehlen für Ärzte aller Fachrichtungen, Kliniker und Praktiker, sowie dringendst für Studenten höherer Semester und in Ausbildung stehende Jungärzte.

F. KUMMER

ANTIZIPIERTE PATIENTENVERFÜGUNGEN; „PATIENTENTESTAMENT“ UND STELLVERTRETUNG IN GESUNDHEITSANGELEGENHEITEN

Christian KOPETZKI (Hrsg.)

Manz Verlag, Wien 2000

157 Seiten

ISBN 3-214-06646-3

Vorliegender Band vereint die Beiträge verschiedener Autoren(gruppen), welche sich aus verschiedenen Blickwinkeln des Themas der Verbindlichkeit antizipierter Patientenverfügungen annehmen. Die meisten Beiträge sind juristischer Natur (Schwerpunkt österreichisches Recht, mit manchen Ausblicken in den deutschen bzw. anglosächsischen Bereich); abgerundet werden sie durch einen moraltheologischen und einen psychiatrischen Denkanstoß.

Michael MEMMER („Patiententestament und Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten“) beleuchtet die antizipierte Patientenverfügung als Willenserklärung und gibt einen Überblick über den Diskussionsstand insbesondere hinsichtlich ihres Zustandekommens, ihrer Zulässigkeit und ihrer Verbindlichkeit. Gleich zu Beginn stellt er klar, dass Inhalt einer solchen Verfügung nur ein nach österreichischem Recht zulässiges Verhalten sein kann, dass somit insbesondere die Verfügung der Tötung auf Verlangen selbstverständlich ungültig ist (6 f).

Soweit freilich die Ablehnung bestimmter Behandlungsmethoden zulässig ist, stellt sich

die Frage nach der Bindungswirkung des „Patiententestaments“ in ihrer ganzen Dramatik. MEMMER gibt hier einen profunden Überblick über die verschiedenen Auffassungen (9 ff). Das Spektrum reicht von einer Ablehnung der Bindungswirkung, da das eigene Sterben im vorhinein schwer greifbar sei und Missbrauchsgefahr bestehe, bis zu einer Bejahung unter Berufung auf die Privatautonomie; dazu kommen vermittelnde Lösungen. MEMMER selbst (15) spricht sich unter bestimmten Voraussetzungen für eine Bindungswirkung aus, verlangt jedoch auch vom Gesetzgeber Schutzmechanismen, um Missbrauch zu vermeiden.

Ähnliche Problemstellungen ergeben sich bei der Frage nach der Zulässigkeit der „Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten“, die MEMMER ebenfalls ausführlich behandelt (19 ff) und im Ergebnis bejaht (24); dies ebenfalls unter Hinweis auf Privatautonomie und Missbrauchsrisiken, welche ebenso gesetzgeberische Maßnahmen erheischen wie die große Rechtsunsicherheit auf beiden Gebieten, die v.a. die (ohnein schon gravierenden) Gewissenskonflikte der betroffenen Ärzte noch verschärfen.

Mit verfassungs- und verwaltungsrechtlichen Aspekten antizipierter Patientenverfügungen beschäftigt sich Christian KOPETZKI. Aus dem Recht auf Privatleben (Art 8 EMRK) lasse sich zwar die grundsätzliche Anerkennung antizipierter Patientenverfügungen ableiten, nicht jedoch die näheren Kriterien für ihre Beachtlichkeit in concreto; hier bleibe es dem einfachen Gesetzgeber überlassen, die näheren Voraussetzungen für die Gültigkeit festzulegen (47). In diesem Zusammenhang weist er auch auf das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates hin, dergemäß im vorhinein geäußerte Wünsche des nicht äußerungsfähigen Patienten zu berücksichtigen seien, welche Österreich jedoch nicht ratifiziert habe (49).

Auch KOPETZKI weist auf rechtliche Regelungslücken hin – das von ihm untersuchte Verwaltungsrecht weist auch keinerlei nähe-

ren Regelungen auf (51 ff) –, welche auch die „Patientencharta“ (ein zwischen dem Bund und dem Land Kärnten abgeschlossener Gliedstaatsvertrag) nicht schließen könne (60).

Benjamin KNEIHS („Zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen“) vertritt die Auffassung, dass sich für das Problem der Rechtsverbindlichkeit von Patiententestamenten auf dem Boden des geltenden Rechts keine generelle Lösung finden lasse. Vielmehr müsse im Einzelfall erhoben werden, unter welchen Voraussetzungen und in welcher Form die Verfügung verfasst worden sei. Eine generelle Ungültigkeit könne jedenfalls nicht begründet werden (63). Wenn ein Arzt gegen eine gültige Patientenverfügung verstoße, sei er – ceteris paribus – nach § 110 StGB (eigenmächtige Heilbehandlung) strafbar (64) bzw. wegen Körperverletzung (§ 1325 ABGB) zivilrechtlich haftbar (65).

Auch KNEIHS leitet aus Art 8 EMRK die grundsätzliche Verbindlichkeit antizipierter Patientenverfügungen ab. Aus dem Recht auf Leben könne kein Einwand dagegen gewonnen werden (67).

Erwin BERNAT („Das Patiententestament – Rechtsdogmatische und rechtsvergleichende Überlegungen zum Abbruch lebenserhaltender medizinischer Behandlung“) spricht sich ebenfalls für die grundsätzliche Verbindlichkeit von (einen Behandlungsabbruch anordnenden) Patiententestamenten aus (75). Dabei differenziert er zwischen wertbezogenen Interessen (z.B. religiöse Motivation wie bei der Verweigerung von Bluttransfusionen durch Zeugen Jehovas) und erlebnisbezogenen (Streben nach sinnlicher „Lebensqualität“), welche eine solche Entscheidung konstituieren, und durchaus widersprüchliche Ergebnisse nahelegen können (76 ff). Der deutsche Bundesgerichtshof (BGH) stellt in diesem Zusammenhang drei Auslegungsregeln zur Verfügung, die von BERNAT auch für den österreichischen Rechtsbereich fruchtbar gemacht werden (81 ff).

Johannes Gobertus MERAN („Ethische und rechtliche Aspekte von Patientenverfügungen:

ein Vergleich zwischen England und Deutschland) stellt fest, dass es in England keine Möglichkeit gebe, eine Person im Voraus zu bestimmen, die rechtlich gültige Entscheidungen über medizinische Versorgung treffen könne. Auch in Deutschland sei die Situation insofern ähnlich, als die Entscheidungen eines solchen Vertreters bloß ein Element darstellen, das den tatsächlichen Willen des Patienten zu ermitteln helfe (94 ff).

Der (relativ umfangreiche) Beitrag von MÉRAN zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass er die philosophisch-ethischen Implikationen der vorliegenden Problematik – in noch größerem Maße als vor ihm schon BERNAT – sehr eingehend analysiert und, soweit möglich, den Zusammenhang zur i.e.S. rechtlichen Argumentation darstellt. In diesem Sinn werden insbesondere die Fragen der personalen Identität bei Schwerstkranken, der Aufklärung und Zustimmung bzw. der (Selbst-)bindungswirkung eingehend erörtert (96 ff).

„Moraltheologische Überlegungen zu Patientenverfügungen“ finden sich bei Günter VIRT auf Basis der katholischen Lehre problematisiert. Dabei spricht er sich gegen die Erfüllung eines direkten Tötungswunsches aus und wirft die Frage auf, ob es sich in solchen Fällen nicht um Hilferufe handelt (134). Auf der anderen Seite wird ein „therapeutischer Übereifer“ kritisiert und gefordert, den Unterschied zwischen Töten und Sterben lassen nicht zu verwischen (136). Außerdem weist er auf Missbrauchsmöglichkeiten und auf die Gefahr hin, dass gerade angesichts knapper werdender Gesundheitsressourcen Druck auf Kranke ausgeübt werden könne (140 f).

Den Abschluss des Bandes bilden zwei Beiträge, die die eben dargestellten Probleme aus der Sicht von Betroffenen beschreiben. Reinhard KOHLHOFER („Das Patiententestament aus der Sicht der Zeugen Jehovas“) legt dabei – vor dem Hintergrund der Bluttransfusionsproblematik wenig überraschend – großen Wert auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (143 ff). Michaela AMERING, Elisabeth DENK,

Hemma GRIENGL, Ingrid SIBITZ und Peter STASTNY schließlich beleuchten „Das Patiententestament aus der Sicht der Psychiatrie“ (152 ff). Der Beitrag enthält u.a. die Ergebnisse einer Studie, in welcher unter im stationären psychiatrischen Bereich tätigen professionellen Helfern die Einstellung zu psychiatrischen Patiententestamenten untersucht wurde.

M.E. ist vorliegender Band sehr gut geeignet, einen profunden Einblick in die vorliegende Problematik zu vermitteln, auch unter rechtsvergleichendem Blickwinkel. Die Beiträge sind im wesentlichen ebenso ausgewogen wie gehaltvoll, sodass seine Lektüre jedem Interessierten empfohlen werden kann.

T. PISKERNIGG

STERBEHILFE, RECHTSVERGLEICH DEUTSCHLAND – USA

Christiana SCHMALTZ

Peter Lang Verlag, 2001

185 Seiten

ISBN 3-631-37888-2

Die rasche Entwicklung der medizinischen Technik hat zur Folge, dass der Sterbeprozess immer häufiger manipulierbarer und damit der Todeszeitraum in gewissen Grenzen verschiebbar wird. Die daraus resultierende Zunahme moralisch-ethischer Unsicherheiten in der Bevölkerung hat gerade in letzter Zeit wieder verstärkt Diskussionen über die ärztliche Sterbehilfe hervorgerufen. Die Autorin bietet in zwei Länderberichten zunächst einen Überblick über die derzeitige Rechtslage in Deutschland und den USA. Im Mittelpunkt steht dabei die Erörterung verfassungsrechtlicher Probleme, insbesondere die Frage nach einem Recht auf Sterbehilfe. Schon in der Einleitung zum Länderbericht Deutschland stellt sie die Frage: „Soll in Fällen, in denen der Patient bei vollem Bewusstsein und im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte nach reiflicher

Überlegung den Wunsch äußert, sein Leben zu beenden, der absolute Lebensschutz der §§ 211ff. StGB ausnahmsweise gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten zurücktreten? Soll dem Patienten unter Aufgabe dieses absoluten Lebensschutzes ein menschenwürdiger Tod – ohne Einsatz moderner Apparatedizin – gestattet werden?“

Diese Kernfrage der ganzen Problematik, auf die so geschilderte Weise formuliert, macht die Lektüre dieser Arbeit von vornherein spannend. Denn die Frage hätte ja auch umgekehrt gestellt werden können: „Ist nicht gesetzlicher Lebensschutz und Apparatedizin die Hoffnung jedes Patienten auf einen menschenwürdigen Tod? Macht nicht der freiwillige Verzicht auf das Recht auf Selbstbestimmung im Falle des Todeszeitpunktes das Sterben erst menschenwürdig?“ Die Autorin weicht diesen Fragen nicht aus.

Im ersten Kapitel ihres Länderberichts Deutschland definiert sie in ihrer Beurteilung der Sterbehilfe diese in Euthanasie, aktive Sterbehilfe, indirekte Sterbehilfe, passive Sterbehilfe, Teilnahme am Suizid und Hilfe im Sterben (Palliativtherapie). In allen Begriffsbestimmungen geht sie nicht nur auf die strafrechtlichen Aspekte ein, sondern – und auch das macht das Buch lesenswert – lässt überreichlich Meinungen zu Wort kommen, erläutert strafrechtlich relevante Fälle und führt in einer überaus klaren, „juristischen“ Sprache auch ihre eigene Stellungnahme ausführlich aus.

Im zweiten Kapitel geht es um Sterbehilfe und Verfassungsrecht, bzw. um die Klärung der Kernfrage nach der Menschenwürde und der Glaubens- und Gewissensfreiheit nach dem Grundgesetz. Das Recht auf Selbsttötung, wie das „Recht“ auf Sterbehilfe (Töten auf Verlangen) wird in der Verknüpfung der verfassungsrechtlichen Grundlagen erörtert, sodass die Begründbarkeit der verfassungskonformen Rechtssprechung klar zum Ausdruck kommt.

Im Länderbericht USA wird versucht, die dort erst angebrochene Debatte (etwa 1976 über Sterbehilfe) nachzuvollziehen und die

heutige Rechtslage in Bezug auf die verschiedenen Ausprägungen darzustellen. Erschwert wird das – wie die Autorin feststellt – durch das in den 50 Einzelstaaten unterschiedliche materielle Rechts- und Gerichtssystem. Mit einer Auswahl der wichtigsten Gerichtsentscheidungen werden auch die drei Entscheidungen des US Supreme Courts ausführlich behandelt. Auch hier wird intensiv auf Quellen zurückgegriffen, die zu den Fällen Rechtsmeinungen dokumentieren. Die Materie wird in „aktive“ und „passive“ Sterbehilfe sowie „Beihilfe zum Selbstmord“ eingeteilt und anhand jeweils einschlägiger Rechtssprüche analysiert. In der Erörterung der „Beihilfe zum Selbstmord“ wird detailliert auf die Rechtslage in Oregon eingegangen, die einen Sonderfall darstellt, weil in Oregon – anders als in allen anderen Bundesstaaten – die ärztliche Beihilfe zum Selbstmord durch zweimalige Wahl der Staatsbürger legalisiert wurde. Zunächst wird der jahrelange, hindernisreiche Weg durch die Instanzen geschildert, bis die Bundesjustizministerin Jane RENO am 5. Juni 1998 klarstellte, dass Ärzte, die unter dem Oregon-Gesetz tödliche Medikamente verschrieben, nicht strafrechtlich verfolgt werden. Nach Schilderung der sich abzeichnenden Entwicklung der Rechtssprechung gegen den „Oregon Death with Dignity Act“ (Aufhebung der Legalisierung), wird die eben darin gefundene Kompromisslösung von der Autorin als „mögliche Antwort auf die immer wichtiger werdenden Fragen am Ende des Lebens und den Anspruch auf ein Recht zu sterben“ dargestellt. Sie schließt ihre Überlegungen mit folgendem Satz: „Es bleibt zu hoffen, ... dass der „Oregon Death with Dignity Act“ anderen Staaten als Vorbild dienen wird, sodass Oregon nicht der einzige Staat bleibt, der Todkranken die Möglichkeit gibt, den Zeitpunkt ihres Todes und damit ein Ende ihres Leidens mitzubestimmen, um einen würdigen Tod zu sterben.“ In ihrer Argumentation wertet sie das Selbstbestimmungsrecht auf „würdige“ Beendigung eines menschenunwürdigen „Lebens“

als maßgebend.

Die Autorin offeriert dem Leser einen dritten, ausführlichen Teil, der die Ergebnisse des ersten (Deutschland) und zweiten Teils (USA) gegenüberstellt. Es ergibt sich daraus eine Sammlung weitreichender Argumentationshilfen für Ärzte, Krankenhauspersonal und Patienten. Im Anhang wird die Verfassung der USA sowie der „Oregon Death with Dignity Act“ im Wortlaut angeführt.

P. HARTIG

POLITIK DES LEBENS – POLITIK DES STERBENS

Andreas KUHLMANN

Alexander Fest Verlag, Berlin 2001

234 Seiten

ISBN 3-8286-0120-0

Das Szenario ist mittlerweile gut bekannt: Die Meldung über eine wissenschaftliche Entdeckung, die neue, spektakuläre therapeutische Möglichkeiten in Aussicht stellt, flimmert über unsere Bildschirme. Bald darauf stellen sich Bedenken ein, ob denn das alles wirklich so wünschenswert oder gar zulässig sei. In Medien und Gesellschaft entbrennt eine heftige Debatte, der Ruf nach dem Gesetzgeber wird lauter, Politiker geraten in eine unbequeme Lage...

Genau an diesem Punkt knüpft Andreas KUHLMANNs Buch „Politik des Lebens – Politik des Sterbens“ an. Er hat es sich darin zur Aufgabe gemacht, die Reaktion der Politik auf diese ethisch relevanten Fragen, über die unsere Gesellschaft sehr geteilter Meinung ist, zu durchleuchten. Der Autor greift auch tatsächlich die gesamte Palette der sogenannten „bioethischen“ Themen auf: von Embryonenforschung über Organexplantation und prädiktiver Gendiagnostik bis hin zur Euthanasie.

Gleich vorweg: wer sich ein Buch über Ethik erwartet, wird zwangsläufig enttäuscht sein, denn es geht KUHLMANN in erster Linie

weder um moralische Kategorien noch um ethisch einwandfreie Lösungen, sondern vielmehr um ein pragmatisches Herantreten an diese umstrittenen Themen, ganz nach dem Motto: Was ist denn überhaupt in einer liberalen Demokratie durchsetzbar? Der Maßstab, den der Autor seinen Überlegungen zugrunde legt, ist also weder das Richtige oder Gute, sondern das Machbare.

Im Vorwort legt er sein Ziel auch klar dar: „Das vorliegende Buch möchte die gesellschaftlichen Kontroversen um die Legitimität des medizinischen Fortschritts überschaubar machen und es fragt, wie ein wertplurales und liberales politisches Gemeinwesen zu einigermaßen tragfähigen Regelungen hinsichtlich neuer therapeutischer Angebote kommen kann, die den Rechtsansprüchen und Wertvorstellungen einzelner Rechnung tragen.“

Der Rahmen, in dem diese ethisch brisanten Entscheidungen getroffen werden müssen, nämlich unsere liberale und wertplurale Gesellschaft, ist für KUHLMANN ein entscheidendes Element seiner Überlegungen. Er verweist darauf, dass ein Konsens rund um eine allzu eindeutige Lösung nur schwer zu bewerkstelligen sein wird: „Je zwingender ein Urteil für die Verfechter oder Kritiker einer Option ausfällt, desto unwahrscheinlicher ist es, dass es mit allgemeiner Zustimmung rechnen kann. Die Wertmaßstäbe und Tatsachenbehauptungen, die in dieses Urteil einfließen, sind nämlich derart spezifisch, dass sie in einer wertpluralen Gesellschaft immer nur von einzelnen Fraktionen des Gemeinwesens akzeptiert werden.“

Einzig der allgemeine Wunsch nach Gesundheit erweist sich inmitten der weitgehend heterogenen Wertvorstellungen als mehrheitsfähig: „In säkularisierten Gesellschaften gilt die Gesundheit des einzelnen als weithin anerkannter und hoch veranschlagter Wert. Einwände, die den medizinischen Fortschritt in Frage stellen, sind dagegen meist machtlos.“

In welchem Ausmaß es – unter solchen Vorzeichen – dennoch ratsam bzw. möglich sein wird, dem medizinisch Machbaren

Schranken zu setzen, wird in den einzelnen, thematisch gegliederten Kapiteln genau erörtert. Der Autor greift dabei immer wieder auf Erfahrungen und Hintergründe von biopolitischen Entscheidungen der Vergangenheit zurück, wie z.B. auf die Geschichte des deutschen Embryonenschutzgesetzes. In dessen Vorfeld wurde viel Lobbyismus betrieben, es haben sich interessante Allianzen gebildet, deren Einflussnahmeversuche genau analysiert werden. Als Kontrapunkt wird dann die Entwicklung in Großbritannien dargestellt, wo u.a. „der Begriff Prä-Embryo half, moralische Barrieren abzubauen.“ Ganz am Ende des Kapitels kommt der Autor zu dem Schluss: „Gerade weil die Forschung an Embryonen ein großes Spektrum weitreichender Langzeitwirkungen in sich birgt, ist es unter liberalen Vorzeichen sicher nicht vertretbar, sie auf Dauer strikt zu unterbinden.“

Auch im Bereich der Präimplantationsdiagnostik ist die Beurteilung KUHLMANNs, nämlich, dass diesbezüglich die Entscheidung in einer liberalen Gesellschaft bei den Betroffenen selbst liegen sollte, ethisch bedenklich. Dennoch sind seine vorausgehenden Ausführungen von großem Interesse, wenn er etwa aufzeigt, wie die gut gemeinte Streichung der embryopathischen Indikation in Deutschland im Ergebnis zu einer Minderung des Lebensschutzes des geschädigten Fötus geführt hat, weil sie de facto in der medizinischen Indikation aufgegangen ist, und diese zum Unterschied zur embryopathischen Indikation keine zeitliche Befristung kennt.

KUHLMANN führt dem Leser vor allem die Kom-

plexität der biopolitischen Auseinandersetzungen klar vor Augen: Ohne sich auf ideologische Grabenkämpfe einzulassen, schildert er auf sehr lebendige und anschauliche Art und Weise die Argumente der einen Seite, um sie gleich darauf durch die Positionen der Gegenseite zu relativieren. Zwischendurch fügt er auch historische Exkurse ein, wie etwa über die Geschichte der Eugenik, die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts über das nationalsozialistische Regime hinaus durchaus auch in sozialdemokratisch regierten Ländern praktiziert wurde

KUHLMANNs dynamischer Stil, der journalistisch gekonnt zwischen Beschreibung und Abwägung, Wünschen und Analysen hin und herspringt, lässt die persönliche Bewertung des Autors nicht immer auf den ersten Blick erkennen. Er geht z.B. sowohl mit den Verfechtern der Sterbehilfe als auch mit den Anhängern der Hospizbewegung hart ins Gericht. Im Grunde aber steht er einer Legalisierung der Euthanasie bloß deshalb skeptisch gegenüber, weil er fürchtet, dass dessen Handhabung außer Kontrolle geraten könnte. In anderen Bereichen wiederum, wie etwa bei der Explantation von Organen, positioniert er sich hingegen ganz eindeutig und prangert unmissverständlich das Kriterium des Hirntods an.

Dieses gut verständlich geschriebene Buch erscheint vor allem für diejenigen lesenswert, die einen nüchternen, ja geradezu ernüchternden Blick hinter die Kulissen der politischen Entscheidungsfindung in ethisch relevanten Fragen wagen wollen.

T. ZANKEL

Publikationen des IMABE-Instituts

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hrsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0.

Leben-Sterben-Euthanasie? (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, SpringerVerlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

Studienreihe

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkulären Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

Imabe – Info (Kurzinformationen)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose

1997: Nr. 1: Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin, Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen, Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich, Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms, Nr. 4: Das Post-Abortion-Syndrome (PAS)

2001: Nr. 1: Ethische Qualität im Krankenhaus. Ein Fragenkatalog, Nr. 2: Präimplantationsdiagnostik, Nr. 3: Stammzellentherapie, Nr. 4: Xenotransplantation

2002: Nr. 1: Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonen von Menschen

VORSCHAU

IMAGO HOMINIS Band 9 • Heft 3/2002

Schwerpunkt
Psychiatrie & Ethik

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL	77
AUS AKTUELLEM ANLASS	
J. KÖNIGSEDER Klonen von Menschen stoppen	79
C. LAPKA Das deutsche Stammzellenimportgesetz	81
T. PSIKERNIGG Töten aus Mitleid? Der Fall PRETTY	83
E.H. PRAT Das belgische Euthanasiegesetz	86
IMABE: Zur Stellungnahme der Bioethikkommission ...	88
SCHWERPUNKT: Medizin ohne Kurs?	
S. EWIG Welche Medizin?	91
H.W. EICHSTÄDT Aufgaben med. Ethikkommissionen .	101
A. OERTL ET AL. Was meint Qualität?	115
S.O.M.	123
DOKUMENTE	
Schreiben von JOHANNES PAUL II. zum Interessenkonflikt in Wissenschaft und Medizin	127
NACHRICHTEN	130
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	133
BUCHBESPRECHUNGEN	135