

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 15 · Heft 2 · 2008

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

Ethik des Apothekers

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriele Eisenring (Privatrecht, Rom)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Gunther Ladurner (Neurologie, Salzburg)
Reinhard Lenzhofer (Interne Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Marktl (Physiologie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Innsbruck)
Heinrich Resch, (Innere Medizin, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

Das IMABE-Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 auf Initiative von Medizinern, Juristen und Geisteswissenschaftlern in Wien gegründet. Ziel des Instituts ist es, den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlichen Menschenbildes zu fördern. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz des Vereins. Die wichtigste Aufgabe des Institutes ist eine interdisziplinäre und unabhängige Forschung auf den Gebieten von Medizin und Ethik. Darüber hinaus sollen Werte und Normen in der Gesellschaft durch Entwicklungen in Medizin und Forschung kritisch beleuchtet werden.

Editorial	91	
Aus aktuellem Anlass	94	Kurt Usar Halbherzige Anti-Tabakpolitik in Österreich
	96	Jan Stejskal HIV: 25 Jahre danach – Eine Bestandsaufnahme
	99	Rupert Klötzl Zum Thema „Impfen“
Schwerpunkt	101	José Lopéz Guzmán Gewissensvorbehalt im Gesundheitswesen und die europäischen Gesetzgebungen
	121	Walter Rella Neue Erkenntnisse über die Wirkungsweise der „Pille danach“
	131	Margit Spatzenegger Cooperatio ad malum?
	147	Martin Schauer Zum Umfang des Kontrahierungszwangs des Apothekers
	155	Enrique H. Prat Der Gewissensvorbehalt des Apothekers aus sozialetischer Sicht
Nachrichten	168	
Zeitschriftenspiegel	171	
Buchbesprechungen	173	
Ankündigung	179	Symposium „Medizin, Ideologie und Markt“, 21. November 2008

Herausgeber:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4
eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: Imago Hominis ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout: concept8, Schönbrunner Straße 55, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Robert Glowka

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Robert Glowka

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Robert Glowka

Bankverbindung:

Bank Austria, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800,
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen Sachexperten begutachtet.

IMABE 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.

Redaktionsschluss: 25. Juni 2008

Die Apotheke ist ein öffentlicher Ort, wo Medikamente (Heilmittel) angeboten und verkauft werden, die von alters her zur Behandlung von Krankheiten dienen. In neuerer Zeit kann zunehmend auch die Prävention von Krankheit in der Apotheke „erkauft werden“, beginnend mit den Impfungen bis herauf zur Vorbeugung von Arteriosklerose und Osteoporose, sogar die „gesündere Gesundheit“ (enhancement) ist wohlfeil geworden.

Das Berufsbild des Apothekers leitet sich – mindestens dem Namen nach – vom griechischen „apothéke“ für „Lagerraum“ ab und sieht den Apotheker als dessen „Verwalter“. Dieser Typus erfuhr aber schon im Mittelalter eine kräftige Aufwertung, als im „Edikt von Salerno“ (1241) dem Apotheker quasi das Monopol (gegenüber den Ärzten) zur Führung von Arzneimitteln eingeräumt wurde.

Von dort aus können wir den großen Bogen zum modernen Berufsbild des Apothekers spannen, der ein großes Kontingent an Heilmitteln nach persönlicher Beratung des Patienten abgeben kann. Sein Hauptsatz ist aber an die Erfüllung von ärztlichen Wünschen (Verschreibungen) gebunden, wobei er sich der Rolle des mundtoten Erfüllungsgehilfen entledigt hat, ja geradezu herausgefordert ist, ärztliche Verordnungen zu hinterfragen, wenn dies seine Sachkenntnis erfordert.

Hier orten wir eine Analogie zu neuen Entwicklungen im Pflegeberuf, der zu einer „Diskursfähigkeit“ (fast) auf Augenhöhe mit dem Arzt gefunden hat. Ein bedingungsloses Dienen aus einer hoffnungslos untergeordneten Position heraus gehört der Vergangenheit an, der Berufsstand ist gegenüber den Ärzten – zu beiderseitigem Vorteil übrigens – aufgewertet, was seine Rechte und Befugnisse betrifft.

An „Rechte“ sind aber untrennbar neue „Pflichten“ gebunden. Wie steht es darum, auch mehr Verantwortung zu übernehmen? Dem Arzt wird ja seit jeher zugemutet, tagtäglich sein Berufsethos zu mobilisieren und sich dem Umgang mit schweren

Entscheidungen (über Leben- oder Sterbenlassen, im Interesse seines Patienten sogar mit dem Gesetz in Konflikt zu kommen etc.) nicht zu entziehen. Auf solches Terrain müssen sich keine Pflegepersonen wagen.

Zum Unterschied zu letzteren sieht sich aber der Apotheker unversehens dem Druck der verantwortlichen (Gewissens-)Entscheidung ausgesetzt, wenn von ihm (mit oder sogar ohne ärztliche Verschreibung) die Herausgabe von Medikamenten gefordert wird, die potentiell lebenszerstörend wirken sollen. Dies geschieht z. B. in der nachbarlichen Schweiz, wo die Rezeptur von Pentobarbital nicht wie bisher ausschließlich zur Einschläferung von Tieren, sondern – über EXIT und Dignitas – auch für den assistierten Suizid von Menschen verschreibbar ist.

Auch bei uns werden manche destruktiv wirkende Medikamente eingefordert, z. B. von gewissen Fachabteilungen (privaten, aber auch öffentlichen), welche sich auf die medikamentöse Abtreibung mit Mifepriston „spezialisiert“ haben.

Und nun gibt es seit einiger Zeit die „Pille danach“ (Levonorgestrel), die es auf den Blastozysten als den kleinsten, gefährdetsten Menschen abgesehen hat, indem ihm direkt oder indirekt die Lebensgrundlage (Nidation) entzogen wird. Beim gedankenlos handelnden Apotheker wird das Präparat 1) lagernd sein und 2) ungefragt ausgefolgt werden, auch als „Notfall“ mitten in der Nacht. Wenn er aber durch Information über das Produkt hinaus gerüstet ist und das Ganze seinem Gewissen vorgelegt hat, so wird er abwägen, ob er durch Ausfolgung des Medikamentes sein Gewissen mit einem Risiko von 1 : 20 für den Tod eines Embryos belasten will.

Tatsächlich liegt hier ein besonderer Fall von Gewissensnot vor, der die Herausgeber zu dem vorliegenden Themenheft stimuliert hat:

Für die Apotheke/die Apotheker besteht ein „Kontrakt“, der die Ordnung in der Versorgung mit Heilmitteln für die Bevölkerung gewährleisten soll. Erhebt dieser nun einen Absolutheitsanspruch (Kontrahierungszwang)? Kann die Vertragserfüllung unter Strafe geboten sein (z. B. Kündigung der Person/des Vertrages), wenngleich die Verweigerung der Pillenabgabe mit jenen unverhandelbaren moralischen Normen des/der Betroffenen nicht in Einklang steht? Wer solche Sanktionen dennoch riskiert, wird wohl als Märtyrer einer höheren Gesinnung als der Staatsräson angesehen werden können – wie weiland Franz Jägerstätter oder Thomas Morus.

Die in diesem Heft gebotenen Beiträge sind – trotz der eingegrenzten Themenvorgabe – von einer erstaunlichen Bandbreite

der informativen Gesichtspunkte (rechtsphilosophisch, berufsethisch, sozialetisch, medizinisch). Sie werden eine wertvolle Grundlage für die allgemeine Meinungsbildung in einer öffentlichen Diskussion liefern, die eben erst im Anlaufen ist.

F. Kummer

Kurt Usar

Halbherzige Anti-Tabakpolitik in Österreich

Die Tatsachen liegen auf dem Tisch: Tabakrauchen ist die häufigste vermeidbare Todesursache. Rauchen erhöht massiv das Sterberisiko sowohl an Herz-Kreislauf-erkrankungen als auch an unterschiedlichsten karzinogenen Erkrankungen. Noch dazu sind die Umstände meist qualvoll. Schätzungen zufolge sterben in Europa knapp unter einer Million Menschen jährlich an den Folgen des Rauchens.

Alle Versuche, durch Screeningprogramme die Inzidenz von Lungenkarzinomen - sie mögen hier beispielhaft stehen - zu senken, waren bisher zum Scheitern verurteilt. Empörung gab es erst kürzlich über eine im *New England Journal of Medicine* im Jahr 2006 publizierte und viel beachtete Studie.¹ Deren Ergebnis lautete, dass fast 90 Prozent aller Lungenkrebsfälle dank der viel versprechenden Möglichkeiten hoch auflösender CT-Aufnahmen rechtzeitig erkannt werden können. Nun wurde bekannt, dass die Studie von der Tabakindustrie gefördert wurde.²

Eine im April 2008 vom Institut für höhere Studien (IHS) in Wien vorgestellte Studie zum Thema „Volkswirtschaftliche Effekte des Rauchens“³ in Österreich lässt die Alarmglocken schrillen. Die nach jahrelangem Zögern und Zaudern der Bundesregierung nun angekündigten Maßnahmen können nur Kopfschütteln auslösen.

Die IHS Studie gibt die Zahl der auf das Rauchen zurückzuführenden Todesfälle in Österreich im Jahr 2003 mit 8.560 (entsprechend 11 Prozent der Verstorbenen) an; die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Rauchern und Nichtrauchern mit fünf Jahren; zwischen Passivrauchern und Nicht-Passivrauchern mit neun Monaten. Die extrem unsittliche Schädigung von Passivrauchern wird in der Studie dankenswerter Weise ausführlich thematisiert.

Neben diesen katastrophalen medizinischen

Tatsachen zeigt die IHS-Studie aber auch den volkswirtschaftlichen Schaden des Tabakgenusses auf. Dies erscheint umso wichtiger, als laut *Statistik Austria* die Zahl der Raucher in Österreich in den letzten 10 Jahren nahezu gleich blieb (knapp unter 25 Prozent). Ein geringer Rückgang bei den Männern (von 30 auf 27 Prozent) wurde durch einen Zuwachs bei den Frauen (von etwa 18 auf über 19 Prozent) nahezu wettgemacht.

Dies mag kaum verwundern, zeigt doch die gleiche Studie Österreich als Schlusslicht in einer Rangliste 30 europäischer Staaten, was Anti-Tabakmaßnahmen angeht, noch deutlich hinter Ländern wie etwa Rumänien und Slowakei.

Die Studie vergleicht den „fiskalischen Nutzen“ (Tabaksteuer, eingesparte Alterspensionen – freilich abzüglich Witwenpensionen!) mit den Kosten (Arbeitsausfall, Gesundheitsausgaben, Invaliditätspensionen, Kranken- und Pflegegeld usw.). Der errechnete Gesamtschaden für Österreich : 511,4 Millionen Euro jährlich.

Welche Strategien werden von den Autoren empfohlen? Preiserhöhungen, Konsumenteninformation, Gesundheitswarnungen auf Tabakprodukten, Entwöhnungshilfen, Rauchverbote in öffentlichen Räumen und Werbe- und Sponsoringverbote (laut der Studie ist Österreich übrigens bei nahezu allen diesen Maßnahmen europäisches Schlusslicht).

In der Gastronomie scheint die Regierung nun in der Tat zögernd tätig zu werden. Wenige Tage nach der Veröffentlichung der IHS-Studie wurden Gesetzesvorhaben präsentiert: In Gaststätten mit mehreren Räumen ist der Hauptraum als Nichtraucherzimmer zu führen; bei Einraumlokalen unter 50 m² bleibt es freilich dem Besitzer überlassen, ob er seinen Betrieb als Raucher- oder Nichtraucherlokal führt; bei Gaststätten bis 80 m² ist die Trennung in zwei Bereiche mit langen Übergangs-

fristen und verschiedensten gesetzlichen Schlupflöchern vorgesehen.

Dass man sich hier nicht zu energischeren Lösungen durchringen konnte, ist sehr zu bedauern. Kaum zu trösten vermag, dass chronische Bronchitis, Lungenkarzinom und die chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), sofern die überwiegende Exposition am Arbeitsplatz stattfand, Eingang in die Liste der Berufskrankheiten fand, ebenso wenig das Einräumen von Zeit für gesundheitsfördernde Aktivitäten (wie z. B. Beratungen und Kurse) für Passivraucher – eine wahrhaft skurrile Idee. Arbeitnehmer in allen Branchen sollten doch wohl durch rigorose Verbote vor Passivrauch geschützt werden. Die bisherigen Passagen im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz erweisen sich regelmäßig als komplett zahnlos.

Auch die nun vorgesehenen Sanktionen bei Nichteinhaltung der neuen Vorschriften in der Gastronomie sehen bescheidene Geldbußen vor (ab 2000 Euro für Inhaber, ab 100 Euro für Gäste).

Unverständlicherweise konterkarieren manche Protagonisten der Diskussion, auch unter den verantwortlichen Politikern, durch öffentlich zelebrierten Tabakgenuss ihre eigenen Maßnahmen. Ob sie sich ihres Vorbildcharakters hier nicht bewusst sind, oder aber eine gewisse Klientel durch eine überholte, ja infantil anmutende Form von „Coolness“ für sich einnehmen wollen, sei dahingestellt.

Was mag die Gegner weiterführender und rigoroser Verbote überhaupt motivieren?

Allenfalls die extrem liberale Position, das Recht eines Menschen, sich selbst zu schädigen, sei ein hoher Wert an sich; dass solche Handlungen sittlich abzulehnen sind, weil gegen die Vernunft gewählt und überdies bei Eintritt schwerer Gesundheitsschäden meist nicht durchgehalten, wurde in dieser Zeitschrift schon wiederholt dargestellt.⁴

Es bleibt jedenfalls zu hoffen, dass die Verantwortlichen diesen zögernden ersten Schritten in die rechte Richtung schleunigst weitere folgen lassen. Sie sollten die Vernunft der Bevölkerung, die sich in ihren Anschauungen von den Bewohnern

aller anderen europäischen Staaten doch nicht gar so stark unterscheiden wird, nicht unterschätzen. Schlusslicht im Kampf gegen die Nikotinsucht zu sein, eignet sich schwerlich als dauerhaftes österreichisches Markenzeichen.

Referenzen

- 1 The International Early Lung Cancer Action Program Investigators, *Survival of Patients with Stage I Lung Cancer Detected on CT Screening*, N Engl J Med (2006); 355: 1763-1771
- 2 *Cigarette Company Paid for Lung Cancer Study*, New York Times, 26. 03. 2008, http://www.nytimes.com/2008/03/26/health/research/26lung.html?_r=1&ref=health&oref=slogin
- 3 Pressemitteilung des IHS, 10. 04. 2008, <http://www.ihs.ac.at/publications/lib/raucher10042008.pdf>
- 4 vgl. z. B. Prat E. H., *Tabakrauchen aus kulturethischer Sicht*, Imago Hominis (2004); 11: 15-28

Dr. Kurt Usar
 Franckstraße 10, A-8010 Graz
 Kurt.Usar@utanet.at

Jan Stejskal

HIV: 25 Jahre danach – Eine Bestandsaufnahme

Am 20. Mai sind gerade fünfundzwanzig Jahre vergangen, seit eine Beschreibung des HI-Virus Typ 1 durch die französischen Forscher Robert Gallo und Luc Montagnier erstmals veröffentlicht wurde. Doch die Krankheit AIDS ist nach wie vor alles andere als eingedämmt. Wie die neueste Statistik der UNAIDS belegt, sind die Zahlen zur Ausbreitung der HIV-Infektion heute mehr als je zuvor alarmierend. Von einem Erfolg im Kampf gegen die HIV-Pandemie kann sichtlich nicht gesprochen werden.

Weltweit wurden allein im vorigen Jahr 2,5 Millionen Menschen mit HIV neu infiziert und 2,1 Millionen starben an Erkrankungen in Zusammenhang mit AIDS, so dass die Gesamtanzahl der Infizierten auf 33,2 Millionen Personen angestiegen ist. Obwohl Europa in der weltweiten HIV-Verbreitung mit mehr als 2 Millionen Fällen nach Afrika und Asien erst die dritte Stelle einnimmt, ist auch da die neueste Entwicklung besorgniserregend. In der Bundesrepublik Deutschland wurde etwa eine Rekordzuwachsrate an neu gemeldeten HIV-Infektionen von 50% (zwischen den Jahren 2002 bis 2006) verzeichnet; bei homosexuellen Männern wurde im selben Zeitraum sogar ein Anstieg von 87% beobachtet, das heißt, dass sich die Zahl der Infizierten praktisch verdoppelt hat.

Neuinfektionen nehmen zu

Laut offizieller Statistik heißt es, dass in Österreich täglich ein bis zwei Menschen mit HIV infiziert werden, davon mehrheitlich Männer. Mit 515 Neuinfektionen sind es in Österreich immerhin 16,5% mehr als im Vorjahr. Insgesamt leben hierzulande etwa 12.000 – 15.000 HIV-Infizierte, davon 1136 Patienten mit AIDS. Die Homosexuellen stellen mit einem Anteil von 60% der HIV-Infizierten in Deutschland und 34% in Österreich nach wie vor

die größte Gruppe der Betroffenen dar, in den neuen EU-Ländern ist dieser Trend ebenfalls zu beobachten. Europaweit wurde jedoch bei den Neuinfektionen der Großteil (42%) eindeutig auf einen heterosexuellen Übertragungsweg zurückgeführt, 29% auf den homosexuellen Geschlechtsverkehr und 6% auf Übertragung durch intravenösen Drogenkonsum.

Abgesehen davon, dass dies zum Teil auf die Migration aus Hochprävalenzgebieten südlich der Sahara, bessere statistische Erfassung sowie höhere Testbereitschaft zurückzuführen ist, spricht diese Tatsache – Hand in Hand mit zunehmender Verbreitung anderer sexuell übertragbarer Krankheiten – für eine weitere Verstärkung des unverantwortlichen Umgangs mit Sexualität in Europa. Im Unterschied dazu stellt in den ehemaligen Sowjetrepubliken sowie der Russischen Föderation die intravenöse Drogenverabreichung und die damit verbundene defizitäre Hygiene den Hauptinfektionsweg (66%) dar; die Ukraine wird sogar als Land mit der höchsten Prävalenzrate in Europa genannt. In Usbekistan nahm die HIV-Ausbreitung zwischen den Jahren 1999 und 2003 sogar epidemiologische Ausmaße an, mit einem exponentiellen Zuwachs von 28 auf 1836 Fälle!

Mehr als zwei Drittel der weltweit Infizierten (22,5 Millionen) sind allerdings in Afrika anzutreffen, davon 68% südlich der Sahara. Im Gegensatz zu Europa sind hier mehrheitlich Frauen von HIV betroffen (61%) und über drei Viertel aller Todesfälle in Zusammenhang mit AIDS sind in dieser Region anzutreffen (1,6 Millionen). Die Prävalenz beträgt in manchen Regionen bis zu 15%!

In Anbetracht dieser katastrophalen Entwicklung muss die Effektivität der bisherigen Gesundheitspolitik bei der HIV-Bekämpfung hinterfragt werden. Anhand dieser epidemiologischen Daten wird ersichtlich, dass die aufwendigen „Aufklä-

rungskampagnen“ mit Verteilung von Präservativen nicht nur gänzlich gescheitert sind, sondern zum Teil sogar das Gegenteil davon erzielt haben, was sie eigentlich beabsichtigten. Obwohl in Botswana von 1993 bis 2001 der Absatz an Kondomen sich verdreifachte (3 Millionen Stück), stieg entgegen aller Erwartungen die HIV-Rate der Schwangeren von 27% auf 45%; ähnliches wird auch von Kamerun berichtet. Aufgrund dieser, sowie paralleler Erfahrungen aus anderen afrikanischen Ländern müssen Zweifel über die Sinnhaftigkeit der bisherigen, auf Kondomverwendung hin orientierten Prävention aufkommen. Dagegen konnte in Uganda durch eine konsequente Gesundheitspolitik nach dem Motto „common sense“ statt „condom sense“ mit Rückkehr zu traditionellen Familienwerten die Häufigkeit der HIV-Neuinfektionen um 70% reduziert werden; unter den Schwangeren sogar von 21,1% im Jahre 1991 auf 5,0% im Jahre 2001. Als ausschlaggebend für die günstigen Ergebnisse zeigten sich sexuelle Abstinenz bei den Unverheirateten, spätere Aufnahme sexueller Kontakte sowie daraus resultierende geringere Promiskuität. Auch in Kenia oder Zimbabwe wurde durch die Veränderung der Verhaltensweise mit Zunahme von Treue und Verringerung der Partnerzahl ein deutlicher Rückgang der HIV-Fälle verzeichnet. Entgegen der etablierten Meinung erwies sich in diesen Ländern der Kondomverbrauch bei der HIV-Prävention als nebensächlich, was zum Beispiel der Vergleich mit der Republik Südafrika zeigt.

Bisherige Präventionsstrategie gescheitert

Diese Erkenntnisse bestätigen auch eine Studie im Auftrag der UNAIDS: „Präventions-Kampagnen, die sich in erster Linie auf den Gebrauch von Kondomen verlassen, haben nirgendwo zur Abwendung einer allgemein verbreiteten Seuche geführt.“ Daraus resultiert, dass ein Paradigmenwechsel beim bisherigen sogenannten „ABC-Schema“ unerlässlich ist. Obwohl die drei Buchstaben in der Reihenfolge für „abstinence – be faithful – condoms“ stehen, wurden in den bisherigen Kampag-

nen durch eine Überbetonung des „C“ die eigentlichen epidemiologischen Ursachen Promiskuität und Prostitution kaum erfasst. Wenn auch eine Kondomanwendung infektiologisch wirksam erscheint und im Einzelfall das HIV-Ansteckungsrisiko deutlich reduzieren kann, erwies sich dies im Lichte der langjährigen epidemiologischen Entwicklung als durchaus unzureichend, eine darauf basierte Prävention als obsolet. Vielmehr führte diese offenbar zu einem falschen Sicherheitsgefühl, daher zu einem sorgloseren Umgang mit der Sexualität und zur weiteren Ankurbelung der Promiskuität: im Zusammenhang mit mangelnder Compliance und menschlichem Versagen eine gefährliche Kombination.

Anlässlich der offiziellen Presseaussendung zur XVIII. Welt-AIDS-Konferenz, die im Jahr 2010 in Wien stattfinden wird, wurde die Tatsache erwähnt, dass zu dieser Zeit auch jene Frist abläuft, die sich die Weltpolitiker als Ziel „für den universellen Zugang zu HIV-Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung gesetzt haben“. Dass dieses Vorhaben jetzt schon gescheitert ist, lässt sich klar erkennen. Angesichts des oben Geschilderten kann von einem Desaster der bisherigen Präventionspolitik gesprochen werden; ebenso sind die Länder der Dritten Welt vom allgemeinen Zugang zur antiretroviralen Therapie und der generellen Verhinderung der Übertragung von Mutter auf Kind noch meilenweit entfernt.

Umso wichtiger erscheint es daher, bis zum Beginn der Konferenz die neueste epidemiologische Entwicklung wahrzunehmen und bei der Präventionsstrategie prinzipiell umzudenken. Die Devise „Sei enthaltsam und treu“ erwies sich bisher als einzig wirksam, eine auf Kondomverteilung basierte Prävention unzureichend. Die Daten sprechen eine klare Sprache: Mehr Kondome heißt nicht weniger HIV. Hoffentlich lassen sich zumindest einige der 25.000 Teilnehmer der geplanten Konferenz zum Wohle der Betroffenen davon überzeugen, dass nur eine Eindämmung der Promiskuität und die Förderung des verantwortlichen Umganges mit Sexuali-

tät die Unterbindung einer weiteren explosionsartigen HIV-Ausbreitung bewerkstelligen kann.

Dr. Jan Stejskal, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
stejskal@imabe.org

Rupert Klötzl

Zum Thema „Impfen“

Die Masernepidemie in Salzburg im März 2008 hat eine Diskussion zum Thema „Impfen“ neu in Gang gebracht. Inzwischen ist es zwar wieder ruhiger geworden. Dennoch lohnt es sich, dazu einige – freilich unvollkommene – Überlegungen anzustellen.

Die Impfungen vom Säuglingsalter an sind zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Bekannte Impfstoffe werden verbessert, neue Impfungen werden entwickelt. Krankheiten wie Diphtherie oder Poliomyelitis, die früher sehr gefürchtet waren, sind in unseren Breiten praktisch völlig verschwunden. Da niemand mehr die Schrecken kennt, gerät auch die Impfdisziplin in Gefahr.

Freilich kann man nicht generell über „die Impfungen“ sprechen. Es ist ein Unterschied, ob es sich um obligate Impfungen des Kindes- und Jugendalters handelt, oder um spezielle Impfungen für Reisen oder für besonders gefährdete Personengruppen. Dazu zählt etwa die Tollwutimpfung. Die Impfung gegen Pneumokokken wird nicht generell, sondern einerseits für Babys, andererseits für Leute mit einer chronischen Grundkrankheit und für das höhere Lebensalter empfohlen. Zur Wirksamkeit dieser Impfung konnte und kann man aus universitären Fachkreisen unterschiedliche Meinungen hören. Ebenso über das Impfschema, das zunächst eine einmalige Verabreichung ohne weitere Auffrischungen vorsah, dann aber doch eine Auffrischung nach fünf Jahren. Ich erwähne dieses Beispiel, weil es zeigt, dass die Erfahrung bei neu auf den Markt kommenden Impfstoffen mangelhaft sein kann und ein Zuwarten mit der Empfehlung angebracht sein kann. Man ist dann nicht nur als Patient verunsichert. Auf der anderen Seite leisten die Leute, die sich impfen lassen, einen wichtigen Beitrag für neue Erkenntnisse. Hier gilt es, im Einzelfall abzuwägen.

Impfungen stellen einen nicht unerheblichen

Eingriff in das Immunsystem dar, der auch Gefährdungen mit sich bringen kann. So müssen die Impfempfehlungen laufend im Hinblick auf die epidemiologische Situation und auf neue Erkenntnisse über Wirkung und Nebenwirkung bewährter oder neu entwickelter Impfstoffe adaptiert werden. Die Pockenimpfung wurde nach der Ausrottung der Erkrankung aufgegeben. Die Aufgabe der Tuberkuloseschutzimpfung folgte, was allerdings auch in Fachkreisen kontrovers diskutiert wurde.

Die Anerkennung der Notwendigkeit der Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Poliomyelitis dürfte außer Streit stehen.

Anders ist dies bei der Masern/Mumps/Rötelnimpfung, die besonders gerne von ideologischen Impfgegnern abgelehnt wird. Dies ist auch der Hintergrund der jüngsten Epidemie in Salzburg, die bezeichnender Weise an einer Waldorfschule aufgetreten ist. Dort sind offenbar überdurchschnittlich viele Eltern ideologisch motivierte Impfgegner. Diese kommen teilweise auch aus dem Ärztestand und vertreten die Meinung, Kinderkrankheiten seien durchzumachen und trügen im Sinne eines Reifungsschubes zur Entwicklung des Kindes bei. Durch Impfungen würde dies verhindert. Zudem enthielten die Impfstoffe schädliche, zum Teil krebserregende Zusätze. Masern beispielsweise würden laut Impfgegnern harmlos verlaufen, Komplikationen selten auftreten und keine bleibenden Schäden hinterlassen. Masern wären gut behandelbar.

Trotz klarer wissenschaftlicher Daten, die diese Positionen widerlegen, halten die Impfkritiker in rational nicht nachvollziehbarer Weise an ihrer Impfkritik fest. Wissenschaftliche Ergebnisse der „Schulmedizin“ werden abgetan. Es existiert etwa ein Verein AEGIS (Aktives Eigenes Gesundes Immunsystem), der sowohl in Österreich als auch in der Schweiz in diese Richtung tätig ist.¹

Impfgegner erhalten vor allem dadurch Auftrieb, dass die Gefahren der Masern den Leuten nicht mehr aus eigener Erfahrung in ihrer Umgebung bekannt sind. Als Minderheit profitieren sie von der sogenannten Herdenimmunität. Das bedeutet, dass ab einer gewissen Durchimpfungsrate der Bevölkerung (bei Masern 93% Geimpfte) der Erreger nicht mehr zirkulieren kann, weil er zu wenige nicht immune Personen vorfindet. Es treten somit keine Epidemien mehr auf.

So werden Impfgegner zu Trittbrettfahrern der erfolgreich Geimpften. Dies gilt allerdings nur so lange, wie dieser kritische Prozentsatz nicht unterschritten wird. Genau dies ist in Salzburg passiert.

Eindrucksvolle Zahlen aus diesem aktuellen Anlass der Masernerkrankung präsentierte Prof. Dr. Werner Zenz am Österreichischen Impftag 2008.

Ohne die Masernimpfung würden über 95% aller Kinder bis zum 14. Lebensjahr erkranken. Bei rund 76.000 Geburten wären in Österreich zwischen 1990 und 2007 rund 1.300.000 Masernfälle aufgetreten. Bei einer Letalität von 1:10.000 hätte dies den Tod von 130 Kindern bedeutet. Andere Autoren sprechen sogar von einer Letalität von 1:1000! Weiters hätte es 360 Fälle der gefürchteten Masernenzephalitis gegeben, die in etwa 30% Dauerschäden, sprich behinderte Kinder, hinterlässt.

Auch wenn die Akuterkrankung ohne Komplikationen durchgemacht wurde, kann es zu der gefürchteten Spätfolge der subakuten sklerosierenden Enzephalitis kommen, die nach Jahren zunehmender Behinderung letztlich immer tödlich endet.

Angesichts der möglichen tragischen Folgen für die betroffenen Kinder, stellt sich die Frage, ob Eltern für ihre Kinder ein derartiges Risiko eingehen dürfen. Juristisch ist die Situation ähnlich wie bei den Zeugen Jehovas wenn Eltern für ihre Kinder die Verabreichung von Blutkonserven verweigern dürfen. Dies ist für die Impffrage meines Wissens bisher nicht ausjudiziert. Ethisch gesehen haben Kinder jedenfalls das Recht auf Impfungen, die verfügbar sind und ein geringeres Risiko in sich bergen als mögliche Komplikationen der Erkrankung.

Juristisch wäre zu klären, ob es Teil der elterlichen Sorgfaltspflicht ist, den Kindern die vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen auch angedeihen zu lassen.

Insofern eine ausreichende Durchimpfungsrate dazu führt, dass keine Epidemien mehr auftreten können, kann man der Meinung sein, dass die Impfdisziplin bei den klassischen etablierten und sicheren Impfungen des Kindes- und Jugendalters zumindest eine moralische Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwesen darstellt.

Eine besondere Schwierigkeit dabei ist, dass einige allgemein empfohlene Impfungen privat bezahlt werden müssen. So z. B. die Hepatitis B und die Meningitis-Impfung. Eine Impfung wie die gegen humane Papillomviren, bei der eine Impfdosis über 200 Euro kostet, wird auch noch einige Zeit benötigen, bis hohe Durchimpfungsraten erreicht sind.

Sicherlich gilt auch für das Impfen so wie für jede ärztliche Maßnahme „primum nil nocere“. Komplikationen und Risiken dürfen selbstverständlich bei einer Impfung keinesfalls höher sein, als das Risiko im Rahmen der entsprechenden Krankheit. Bei neu auf den Markt kommenden Impfstoffen kann man sicherlich auch zurückhaltender sein und noch breitere Erfahrungen mit der Impfung abwarten. Es müssen ausreichende Erfahrungen mit der Impfung vorliegen, so dass die Impfung sicher und effektiv ist.

Über die etablierten und sicheren klassischen Impfungen des Kindes- und Jugendalters darf es keine Diskussion geben. Die Kinder haben ein Recht auf das vom Obersten Sanitätsrat des Gesundheitsministeriums empfohlene Impfprogramm.²

Referenzen

- 1 <http://www.aegis.ch/neu/masern.html>
- 2 <http://www.docs4you.at/Content.Node/Vorsorgemездizin/Impfungen/impfplan-2008.php>

Mag. Dr. Rupert Klötzl
Testarellogasse 11/2, A-1130 Wien
Rupert.Kloetzl@telering.at

José Lopéz Guzmán

Gewissensvorbehalt im Gesundheitswesen und die europäischen Gesetzgebungen

Zusammenfassung

In den europäischen Staaten mit demokratischer Gesellschaftsordnung ist die Gewissensfreiheit meistens in der Verfassung geschützt. Davon abgeleitet ist eine Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen theoretisch anerkannt. De facto aber wird eine Leistungsverweigerung beim Apothekerberuf immer wieder in Frage gestellt. Meistens wird damit argumentiert, dass der Apotheker eine öffentliche Aufgabe erfüllt und daher private Interessen hinter die öffentlichen stellen müsse. In diesem Artikel werden die Argumente gegen eine Anerkennung des Gewissensvorbehalts besprochen und festgestellt, dass es keinen ausreichenden Grund gibt, um dem Apotheker dieses Menschenrecht auf Gewissensfreiheit abzuspochen. Es wäre daher sehr wichtig und dringend, das Recht des Apothekers auf Gewissensvorbehalt ausdrücklich in den europäischen Gesetzgebungen vorzusehen.

Schlüsselwörter: Apothekerberuf, Leistungsverweigerung, Gewissensvorbehalt, gesetzliche Basis

Abstract

Freedom of conscience is protected by the constitution in most European democracies. Hence, a refusal of duties based on conscientious reasons should be respected, at least theoretically. In reality, however, the pharmacist is denied this right based on the argument that he is in charge of a public service, therefore being contained to put last his private interests. This article will question those arguments against recognition of a reservation of conscience, since there is no convincing reason to deny the pharmacist this human right of freedom in conscientious decisions. It seems to be timely, urgent and of great importance to construct an explicit legal basis in European legislature for the appreciation or reservation in conscience.

Keywords: Pharmacist, refusal of duties, reservation of conscience, legal basis for appreciation of conscience

Prof. Dr. José Lopéz Guzmán
Vizerektor der Universidad de Navarra
Pharmazeutische Fakultät
Institut für Ethik der Pharmazie
E-31008 Pamplona
jlguzman@unav.es

1. Einführung

Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ist die Nichterfüllung einer gesetzlich vorgeschriebenen Verpflichtung seitens einer Person, wenn sich aus der Erfüllung derselben für diese schwere Gewissenskonflikte ergeben würden. Es ist ein wesentliches Prinzip aller demokratischen Gesellschaften, die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen im Hinblick auf Glaubens- und Gewissensfreiheit zuzulassen. Da es sich um ein erst in jüngster Vergangenheit formuliertes Recht handelt, finden wir es als solches nur in den neuesten Gesetzestexten. In den europäischen Rechtsnormen tauchen aber immer häufiger Hinweise auf, die sich auf Gewissensfreiheit und Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen beziehen. Die Gründe dafür liegen in der wachsenden Sorge um die Erzielung von Gleichgewicht und Integration zwischen der Bevölkerungsmehrheit und den Minderheiten.

In den alten, gewollt oder durch Gewalt an bestimmte Glaubensvorstellungen gebundenen Gesellschaftssystemen gab es für gewöhnlich keinen Raum für Abweichungen.¹ Wer sich nicht systemkonform verhielt, wurde in einem solcherart strukturierten sozialen Umfeld unterdrückt oder eliminiert. Eine Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen war dadurch in keinerlei Hinsicht ein Thema. Der Prozess gegen Thomas Morus am Ausgang des Mittelalters ist ein gutes Beispiel dafür: Der große Humanist weigerte sich gegen sein Gewissen zu handeln und wurde deshalb geköpft. Sein Haupt wurde auf einer Lanze am Zugang zu einer Brücke in London aufgefplant.

Bis zum Ende des 20. Jahrhunderts wurde die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen praktisch nur im Zusammenhang mit der allgemeinen Wehrpflicht thematisiert.² Das hat sich geändert: Heute gibt es vielerlei Sachverhalte für die eine Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen geltend gemacht wird. Als Beispiel aus der letzten Zeit kann der Fall des Leutnants der britischen Luftwaffe, Malcom Kendall-Smith³, genannt werden. Er weigerte sich am Irakkrieg

teilzunehmen, weil er die Invasion dieses Landes für unberechtigt hielt und geltend machte, dass ihn die Teilnahme an dieser Militäraktion wegen Mitwirkens an einem Verbrechen in schwere, unüberbrückbare Gewissenskonflikte stürzen würde. Der Fall löste einen regelrechten Medienrummel aus. In verschiedenen Ländern (z. B. in Frankreich und Großbritannien) kam es auch zu Problemen, weil muslimische Mädchen, entgegen den Regeln ihrer Schulen, darauf bestanden, den „Hijab“ (Kopftuch) zu tragen⁴, oder wegen der sogenannten Steuerverweigerung aus Gewissensgründen, mit der man erreichen will, dass Steuern nicht für die Finanzierung von Abtreibungen, Rüstung, etc. verwendet werden. Als Beispiele aus jüngster Zeit seien der Fall der türkischen Schriftstellerin Perihan Magden angeführt, der wegen eines Artikels, in dem sie die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen verteidigt, der Prozess gemacht wurde, was eine weitläufige Polemik auslösen sollte, sowie der Fall von Nadia Eweide, einer Angestellten der British Airways, welche ihre Gesellschaft anzeigte, weil ihr verboten wurde, ein kleines Kreuzifix an einer Halskette zu tragen.

In diesem Jahrhundert tritt aber trotz dieser ins Auge springenden Fälle die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen im Gesundheitswesen in den Vordergrund, vor allem im Zusammenhang mit chirurgisch oder chemisch durchgeführten Abtreibungen, mit Bluttransfusionen und Euthanasie. In letzter Zeit hat der Streit über die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen im Gesundheitswesen durch die Aussetzung einer Hinrichtung in Kalifornien Aufwind erhalten, bei der die Anästhesisten ihre Mitwirkung verweigerten.⁵

Die Debatte über die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen und ihre gesetzliche Verankerung wurde in Ländern wie USA und Kanada⁶ weit vorangetrieben. Die Kontroverse hat sich jetzt nach Europa, vor allem in die Mittelmeerländer verlagert. Wie schon bemerkt, liegen die Hauptpunkte der Polemik bei der Verschreibung und Verteilung der „Pille danach“, bei der Technik für künstliche

Befruchtung⁷ und bei der Euthanasie⁸. Die neuen Motive für Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen und der Umstand, dass sie im europäischen Raum immer häufiger geltend gemacht wird, haben zu einem neuen Szenarium geführt, das in jedem Staat eine klare und passende gesetzliche Lösung erfordert. In diesem Zusammenhang sind die Berufsverbände und die Vereinigungen von Wissenschaftlern von großer Relevanz. Durch ihre aktive Mitwirkung haben sie in vielen Fällen die Annahme einer Politik zum Schutz ihrer Mitglieder hinsichtlich der Gewissensfreiheit erreicht und gleichzeitig ein Klima geschaffen, das geeignet ist, in jedem Land für derartige Fälle eine gesetzliche Deckung im Rahmen der ordentlichen Gesetzgebung oder der Rechtsprechung zu erwirken.⁹

2. Definition

Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen kann man als eine Art Widersetzung gegen eine Vorschrift betrachten, wann immer diese wegen der Entstehung eines Konfliktes zwischen den moralischen oder religiösen Pflichten einer Person und der Erfüllung einer gesetzlichen Anordnung auftritt.¹⁰ Es handelt sich also um die Konfrontation zwischen einer moralischen und einer gesetzlichen Pflicht. Die Gegensätzlichkeit der beiden Normen „bewirkt, dass die Person sich aufgrund tiefer ideologischer Überzeugungen für die moralische Verpflichtung und gegen die Anordnung der Öffentlichen Hand entscheidet, da sie meint, sonst ein wesentliches und unveräußerliches Menschenrecht aufs Spiel zu setzen“¹¹. Es ist zweifellos akzeptabel, eine Person über die Rechtmäßigkeit einer Glaubensüberzeugung durch ehrliche Überzeugungsarbeit umzustimmen. Es wäre aber verabscheuungswürdig, jemanden dazu zu zwingen, gegen sein Gewissen zu handeln, falls eine solche Überzeugung nicht gelingt.¹² Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ist also ein geeigneter Weg zur Entschärfung der furchtbaren Gewissensnöte, die sich für Berufstätige ergeben können.

3. Vorgeschichte

Die sich zwischen gesetzlichen Vorschriften und Gewissenspflichten ergebenden Spannungen waren im Lauf der Geschichte relativ häufig. Daraus ergaben sich Situationen mit Nichterfüllung irgendwelcher staatlicher Richtlinien seitens einzelner Personen oder Gruppen in einer bestimmten Gesellschaft. So finden sich beispielsweise schon im Alten Testament verschiedene Fälle, die man fast als eine Verweigerung aus Gewissensgründen im heutigen Sinn betrachten könnte. Davon betrifft einer die im Gesundheitsdienst Beschäftigten. Es handelt sich dabei um den Abschnitt, wo von der Anordnung des ägyptischen Pharaos an die bei Geburten hebräischer Frauen eingesetzten Hebammen zur Tötung männlicher Kinder die Rede ist. Gottesfürchtige Hebammen gehorchten dem ägyptischen König nicht und ließen die Kinder am Leben.¹³

Die historische Entwicklung der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen gliedert sich in zwei unterschiedliche Etappen. In der ersten wird Gewissensfreiheit ausschließlich von religiösen Motiven her unterstützt. In der zweiten wird für deren Anerkennung jede ethische Begründung der Gewissensfreiheit als ausreichend erachtet. In den letzten Jahrzehnten zeigt sich daher in der Gesetzgebung der verschiedenen Staaten eine klare Tendenz, die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen an die allgemeine Meinungs- und Gewissensfreiheit zu binden, ohne das Bekenntnis zu einer bestimmten Religion oder Ideologie zu fordern.¹⁴ Der für die Wehrdienstverweigerung in Spanien eingeschlagene Weg kann als Beispiel dafür genannt werden. Anfangs hat man nur religiöse Gründe für die Wehrdienstverweigerung in Betracht gezogen, später wurden auch andere berücksichtigt.¹⁵

Man muss darauf hinweisen, dass sich die neue Problemstellung bezüglich der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen von einem strikt privaten Problem (einem „persönlichen Drama“) zu deren Anerkennung in einer breiten Öffentlichkeit weiter entwickelt hat.¹⁶ Anfangs haben die Verweigerer jede Strafe auf sich genommen (selbst die

Todesstrafe) ohne eine rechtliche Anerkennung zu fordern. Heute aber beruft man sich auf ein „Recht“ zur Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen und fordert sogar, dass man wegen einer Verweigerungshaltung weder diskriminiert noch bestraft werden dürfe.

4. Gewissensfreiheit

Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen wird von der Glaubens- und Gewissensfreiheit abgeleitet. Diese setzt voraus, dass seitens der Behörden und der Bürger das persönliche Urteil anerkannt wird und die sich daraus ergebenden Handlungen ohne irgendwelche Einmischungen oder Verbote gesetzt werden können. Da das Gewissen nur jeder einzelnen Person zukommt, kann Gewissensfreiheit nur einer einzelnen Person zuerkannt werden und nicht irgendwelchen Gruppen oder Gemeinschaften.¹⁷

Die Ausübung der Gewissensfreiheit ist nichts Abstraktes. Seitens der Person selbst setzt sie die Anwendung eines allgemeinen, objektiven Prinzips voraus, das in den besonderen Umständen ihrer Umgebung anerkannt wird. So wird z. B. die Auffassung, dass Abtreibung Mord ist und die Vertretung dieses Standpunktes eine entsprechende Argumentation erfordern, die sich auf biologische, philosophische und religiöse Argumente oder auf all diese zusammen stützen kann. Diese Beurteilung bezieht sich aber ausschließlich auf die eigene Gewissensfreiheit. Die erforderliche (und komplementäre) äußere Dimension kommt erst zum Tragen, wenn beispielsweise eine gesetzliche Bestimmung einen Arzt verpflichten würde, eine Abtreibung vorzunehmen. Das Gewissen konfrontiert die Person damit nicht nur mit einer schon bekannten Wahrheit oder Gegebenheit, sondern mit einer solchen, die von ihr eine konkrete Handlungsweise aus ethischer Verpflichtung fordert.¹⁸

Es ist leicht verständlich, dass die Probleme mit der Gewissensfreiheit nicht bei den diesbezüglichen praktischen Überlegungen entstehen, sondern erst dann, wenn sich eine Person entspre-

chend der von ihr gewählten Option verhalten will. Das ist so, weil diese Entscheidung einen Konflikt mit gültigen gesetzlichen Bestimmungen, mit fremden Rechten, mit Sicherheit und Frieden in der Öffentlichkeit oder mit gesellschaftlichen Moralvorstellungen verursachen könnte.

5. Begriffsbestimmung

Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ist durch nachstehende Umstände bestimmt.¹⁹

a) Sie setzt das Bestehen einer Rechtspflicht zu einer bestimmten Handlungsweise voraus. Der Verweigerer kann also seine Ablehnung der gesetzlichen Vorschrift wegen der Unvereinbarkeit mit seinen moralischen Überzeugungen erklären, das aber nur insoweit, als diese Norm sich in ihn selbst treffenden Pflichten äußert.

b) Sie stützt sich auf religiöse, ethische, moralische oder axiomlogische Gründe. Das ist der Kern der Frage, die Nichterfüllung einer Norm ist demgegenüber zweitrangig.

c) Sie setzt eine unterlassende Verhaltensweise voraus. Bezieht sich diese auf als weniger bedeutend eingestufte Forderungen, so gibt es für gewöhnlich keine Schwierigkeiten zur Erlangung einer Befreiung. Eine solche Unterlassung löst daher normalerweise keine rechtlichen Repressionen aus.

d) Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen strebt keine Änderung von Vorschriften an. Man sucht keine Revision von Mehrheitsentscheidungen, noch Publizität oder die Aufhebung einer Vorschrift. Es gibt also keine politische Zielsetzung. Es kann aber vorkommen, dass die Haltung eines Verweigerers zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Eine gesellschaftliche Anerkennung seiner Einstellung ändert nichts an der Art seines Einwandes, da es sich dabei nicht um von ihm gesuchte, noch von ihm willentlich herbeigeführte Umstände handelt.²⁰ So war es bei dem in Kalifornien im Februar 2006 eingetretenen Fall, wo eine Exekution eines zum Tod Verurteilten wegen der Weigerung der beiden dafür bestellten An-

äthesisten, die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen geltend machten, nicht durchgeführt werden konnte. Diese Spezialisten suchten nicht die Publizität, aber ihre Verweigerung verursachte ein beachtliches Echo in der Öffentlichkeit.

e) Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ist ein Mechanismus, der die Lösung von Konflikten, die in jeder modernen Gesellschaft zwischen der Mehrheit und den Minderheiten auftreten können, über Ausnahmeregelungen gestattet.²¹

Diese fünf Gesichtspunkte finden sich in jedem denkbaren Fall von Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen. Dazu kommt eine Reihe anderer typischer Umstände, die je nach Art der Berücksichtigung der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen in der Rechtsprechung eines Staates, unterschiedlich sein können.

In Spanien betrachtet man z. B. die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen als subjektives Grundrecht²², das von der Verfassung her nur aus Gründen der öffentlichen Ordnung, der Rechtssicherheit und der Gleichheit (vor dem Gesetz) eingeschränkt werden kann. Für die Zulassung neuer Arten der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen wird in jedem Fall ein Abwägen der verschiedenen auf dem Spiel stehenden Werte gefordert.²³ Diese Art der Einschränkung für Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen findet sich auch in verschiedenen internationalen Verträgen und Vereinbarungen. Das gilt für den Artikel 9.2 des europäischen Übereinkommens vom 4. November 1950 über den Schutz der Menschenrechte und des Grundrechtes auf Freiheit. In dem genannten Übereinkommen heißt es, dass „die Freiheit der Religionsausübung oder Meinungsäußerung keinerlei Einschränkungen unterworfen werden darf, soweit diesen nicht durch Gesetz gedeckte, notwendige Maßnahmen einer demokratischen Gesellschaft zur Sicherstellung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, der Gesundheit oder der öffentlichen Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten Anderer entgegen stehen“. Der internationale Pakt betreffend Zivilrecht und Politisches Recht vom 19. De-

zember 1966 legt in eben diesem Sinn fest, dass „die Freiheit zur Ausübung der eigenen Religion und der Verkündung der eigenen Glaubensüberzeugungen nur den im Gesetz vorgegebenen Beschränkungen unterliegt, die für die Gewährleistung der Sicherheit, der Ordnung oder der öffentlichen Gesundheit oder Moral, oder den Schutz der Grundrechte und der Freiheit Anderer erforderlich sind“.

Andererseits kann die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen legal oder illegal sein, je nach dem ob die Rechtsordnung sie als ein Recht anerkennt oder nicht.²⁴ Dort, wo die Nichterfüllung einer allgemeinen Pflicht aus Gewissensgründen gestattet ist, stellt diese Weigerung keine Übertretung des Gesetzes mehr dar, sie wandelt sich vielmehr in eine legitime Ausübung eines Rechtes.

Schließlich kann die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen von einem Staat bedingt oder ohne Einschränkung anerkannt sein. Eine unbeschränkte Anerkennung liegt vor, wenn die einfache Erklärung der Weigerung unabhängig von den jeweils angeführten Begründungen rechtlich wirksam wird und sich ausschließlich auf die Äußerung einer individuellen Überzeugung im Zusammenhang mit eben dieser Weigerung stützt. Eine bedingte Anerkennung liegt vor, wenn vom Gesetz her eine Überprüfung der Zulässigkeit und Glaubwürdigkeit der vom Verweigerer vorgelegten Begründungen verlangt wird.

6. Die Anerkennung der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen

Wie zuvor erwähnt, ist Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ein gutes Rechtsmittel, um die Integration religiöser oder kultureller Minderheiten in ein ihnen fremdes Umfeld zu fördern. Diese Situation ist in unserer vom Globalisierungseffekt betroffenen Gesellschaft alltäglich, da sich die Grenzen zwischen verschiedenen Völkern unseres Planeten mindestens theoretisch immer mehr verwischen.

In Europa kam es zu einer interessanten Vermischung von Kulturen und Religionen, die natürlich

zu den unterschiedlichsten Gewissenskonflikten führt und ihrerseits in den verschiedenen Staaten auf unterschiedliche Weise im Gesetz berücksichtigt wird. Ein diesbezügliches Beispiel ist die den Sikhs gewährte Regelung. Ihr Glaube verbietet ihnen, das Haar zu schneiden, weshalb die Männer zu deren Schutz einen Turban tragen. In Großbritannien wird diese religiös bedingte Besonderheit anerkannt und hat sogar dazu geführt, dass bei der Polizei beschäftigte Sikhs statt der Polizeikappe einen Turban tragen dürfen. In Frankreich hingegen hat der französische Staatsrat im Jahr 2006 einen Antrag eines Anhängers der Religion der Sikhs abgelehnt, ein Foto für den Führerschein zu verwenden, das ihn mit dem vorgeschriebenen Turban am Kopf zeigt. Wie zu erwarten, hat dieses Vorkommnis in Frankreich zu einem der Integration abträglichen Aufsehen geführt.

Die sich mit der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen befassenden oder auf sie verweisenden Gesetzestexte sind zahlreich. Nachstehend werden diejenigen angeführt, welche sich im europäischen Umfeld überwiegend direkt auswirken.

Als sehr bedeutenden historischen Vorläufer kann man die französische Deklaration aus dem Jahr 1789 (Art. 11) anführen, die auf die Gedanken- und Meinungsfreiheit verweist.

Im Artikel 18 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (1948) wird festgesetzt: „Jede Person hat das Recht auf Gedanken- und Gewissensfreiheit und Religionsfreiheit; dieses Recht schließt einen Wechsel der Religion oder des Glaubens mit ein, sowie die Freiheit, die Religion oder den Glauben als Individuum oder im Rahmen einer Gemeinschaft sowohl öffentlich wie auch im privaten Bereich durch Unterricht, Ausübung, Kult und Befolgung zu bekunden.“ Die Inhalte dieses Rechtes berücksichtigen keine Möglichkeit einer Verweigerung der Erfüllung von Regelungen aus Gewissensgründen, sie stellen aber einen geeigneten Rahmen zur Begründung einer solchen Rechtsoption dar.

In der Genfer Deklaration²⁵ wird festgehalten, dass jemand in dem Augenblick, wo er als Arzt

zugelassen wird, feierlich zu versprechen hat, die höchstmögliche Achtung vor dem menschlichen Leben zu bewahren.

In Übereinstimmung mit dem Inhalt der Deklaration der Menschenrechte nimmt der Art. 9 der am 4. November 1959 in Rom unterzeichneten Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit auf²⁶ und erklärt, dass dieses Recht auch die Freiheit zu einem Wechsel von Religion oder Glaubensüberzeugungen und deren Bekenntnis sowohl für den Einzelnen als auch für Gruppen im öffentlichen und privaten Bereich beinhaltet. Es wird auch berücksichtigt, dass das freie Religionsbekenntnis keinerlei im Gesetz nicht vorgesehenen Einschränkungen unterworfen werden darf, insoweit solche nicht zur Sicherung der Rechte oder Freiheiten anderer oder für die Sicherheit und Ordnung, Gesundheit und öffentliche Moral in einer demokratischen Gesellschaft unerlässlich sind. Im Artikel 14 wird andererseits festgelegt, dass „die Inanspruchnahme der von dieser Konvention anerkannten Rechte und Freiheiten ohne jeden Vorbehalt, sei es aufgrund von Geschlecht, Rasse, Hautfarbe, Sprache, Religion, politischer oder anderer Einstellung, nationaler oder sozialer Herkunft, Zugehörigkeit zu nationalen Minderheiten, Vermögen, Geburt oder sonstiger Gegebenheiten, gewährleistet sein muss.“

Die Resolution 337 der beratenden Versammlung des Europarates aus 1967 stellt einen entscheidenden Schritt zur rechtlichen Anerkennung der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen dar. In ihr wird festgelegt, dass die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen jedwede „tiefe Überzeugung religiöser, ethischer, moralischer, humanitärer, philosophischer oder gleichwertiger anderer Art“ abdeckt, wobei ausdrücklich festgehalten wird, dass sich die Anerkennung der Verweigerung logischerweise von den in Art. 9 der Europäischen Menschenrechtskonvention (Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit) garantierten Grundrechten der einzelnen Person

ableitet. Diese Resolution verpflichtet die Mitgliedsstaaten die Gewissens- und Religionsfreiheit des Einzelnen zu wahren.²⁷

Interessant ist auch die Empfehlung 816 der beratenden Versammlung des Europarates vom 17. Oktober 1977, mit der der Ministerrat aufgefordert wird, seinerseits die Mitgliedsstaaten zur Anpassung ihrer jeweiligen Rechtsprechung an die Grundsätze der Resolution aus 1967 zu drängen.²⁸

Das Europaparlament der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft²⁹ (Resolution vom 7. Februar 1983) erinnert seinerseits daran, dass das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit den Charakter eines Grundrechtes hat. Bezogen auf die Wehrpflicht betrachtet es die begründete Erklärung des Einzelnen, der als Wehrdienstverweigerer anerkannt werden will, als ausreichend, um ihm das Ausscheiden aus dem Dienst aus Gewissensgründen zu gestatten³⁰, und hält fest, dass die Dauer des stellvertretenden Zivildienstesatzes nicht länger sein darf als der ordnungsgemäße Militärdienst³¹. Mit diesen Feststellungen hat das Europaparlament die Haltung verschiedener Verweigererorganisationen und anderer progressistischer Gruppierungen, wie Amnesty International³² übernommen.

In den Gesetzestexten verschiedener Länder wurde zunächst die Gewissensfreiheit anerkannt und später die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen als etwas davon Abgeleitetes in Betracht gezogen. Verschiedene Staaten haben solcherart die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen durch höchstrangige Gesetzestexte garantiert. So verhält es sich mit dem Art. 4.3 der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland, wo die freie Entfaltung der Persönlichkeit in Übereinstimmung mit deren subjektivem Gewissen garantiert wird, insofern dadurch kein Widerspruch zu anderen im Verfassungsrang stehenden Werten gegeben ist³³ und auch sein Verhalten zu keiner merkbaren Störung der Gemeinschaft oder der Grundrechte Dritter führt³⁴. Artikel 15.1 der Schweizer Bundesverfassung garantiert die Religions- und Gewissensfreiheit³⁵. Dieser Linie folgt

auch der Art. 41 der Portugiesischen Verfassung von 1976; der Art. 109 der Norwegischen Verfassung; der Art. 81 der Dänischen Verfassung; die Art. 194 und 195 der Verfassung der Niederlande; und der Art. 30.2 der Spanischen Verfassung von 1978 bezüglich der Wehrpflicht.³⁶ Andere Länder haben dafür Normen im Rahmen der ordentlichen Gesetzgebung, aber jeweils mit direktem Bezug auf die Verfassungsebene, vorgesehen, so z. B. Australien, Kanada, Neu Seeland, Italien³⁷, Spanien in nicht mit der Wehrpflicht zusammenhängenden Fällen³⁸ oder die USA. Die zugehörige Rechtsprechung in diesem zuletzt genannten Land wurde im Zug der Interpretation der verfassungsmäßig garantierten Freiheiten ausgearbeitet.³⁹

Navarro-Valls hält fest, dass sich die europäische Rechtsprechung all diesen Fragen mit Argumenten aus Vorgaben der Verfassung oder durch Anwendung untergeordneter Normen (besonders aus dem Strafrecht) stellen musste, die für diese Fälle nur indirekt anwendbar sind. Mehr noch: In einigen Fällen musste man auf – streng genommen – nicht juristische Regelungen, wie etwa solche aus der Pflichtenlehre, zurückgreifen. In den USA hingegen hat die umfangreiche Rechtsprechung, wie schon oben angegeben, die Gesetzeslücken abgedeckt.⁴⁰ Im Rahmen der Jurisprudenz ist ein Hinweis auf die Arbeit des Justiztribunals der Europäischen Gemeinschaft interessant. Der erste Fall in dem dieser Gerichtshof den Schutz aufgrund der Religions- und Gewissensfreiheit (trotz Abweisung des konkreten Falles) anerkannt hat, war der Spruch Van Duyn gegen das Home Office⁴¹ im Jahr 1974. Der Gerichtshof hat die Berufung der Holländerin Ivonne Van Duyn, die einen Arbeitsvertrag mit der Scientology-Kirche hatte, abgewiesen, der die englischen Behörden aus Gründen der öffentlichen Ordnung die Einreise in das Vereinigte Königreich verweigert hatten. Im Spruch wurde darauf hingewiesen, dass ein Mitgliedsstaat das Recht hat, gegenüber Vereinigungen, deren Aktivitäten als für die Gesellschaft gefährlich angesehen werden, aus Gründen der öffentlichen Ordnung Einschränkungen zu erlassen.

7. Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen im Gesundheitswesen⁴²

Im Umfeld der Berufe des Gesundheitswesens sind Konflikte zwischen Gesetz und Gewissen häufig, und das vor allem aus zwei Gründen:⁴³

1. Apotheker, Ärzte, Krankenpfleger oder Biologen müssen oft Entscheidungen treffen, die Beginn oder Ende des Lebens betreffen.

2. Zwischen den Fachleuten des Gesundheitsdienstes, den Patienten und ihren Angehörigen kann es zu unterschiedlichen Standpunkten über die bei der Betreuung zu treffenden Entscheidungen kommen.⁴⁴ Im Gesundheitswesen können daher nicht nur seitens der Mediziner, sondern auch durch Patienten, deren Angehörige oder Rechtsvertreter Einwendungen aus Gewissensgründen vorgebracht werden.⁴⁵ So beispielsweise bei den Zeugen Jehovas, die aufgrund ihrer besonderen Auslegung von Levitico 3, 17 Bluttransfusionen ablehnen; oder bei bestimmten religiösen Gemeinschaften im Fall der Verschreibung biologischer Produkte von verbotenen Tieren; ferner bei der Weigerung seitens der Frauen aus den Kreisen bestimmter Religionsgemeinschaften, sich untersuchen zu lassen; oder bei der Ablehnung medikamentöser Behandlung seitens jener, für die nur das Gebet wegen einer besonderen Interpretation des Jakobusbriefes 5, 14-15 als göltiges Heilmittel gilt; etc.

8. Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen seitens der im Gesundheitsdienst Beschäftigten

Im Gesundheitswesen ist der klassische Fall der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen die Weigerung des Arztes Abtreibungen vorzunehmen. Es ist logisch, dass dieser in Übereinstimmung mit dem Eid des Hippokrates oder der Genfer Deklaration zum Schutz von Gesundheit und Leben ausgebildete Fachmann mit schweren Gewissensproblemen zu kämpfen hat, wenn man ihn zur Mitwirkung bei der Auslöschung neuen Lebens zwingt. Die Rechtsprechung vieler Länder gewährt daher den Ärzten die Möglichkeit, bezüglich der

Durchführung einer Abtreibung Behandlungsvorbehalt aus Gewissensgründen geltend zu machen. So etwa der Spruch 53/1985 des spanischen Verfassungsgerichtes; in Italien das Gesetz 194/1978 vom 22. Mai⁴⁶; in Frankreich das Gesetz 75/1975⁴⁷; in Holland das Gesetz vom 1. November 1984; in Großbritannien der Abortion Act 1967; in Deutschland die Strafgesetzsreform vom 18. Mai 1976; in Dänemark das Gesetz vom Juni 1973⁴⁸, etc.

Es ist aber nicht nur der Arzt, der bei einer Abtreibung mitwirken muss, noch handelt es sich dabei um die einzige Berufspflicht, die ihm Gewissensprobleme verursachen kann. Deshalb treten vermehrt andere Fälle von Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen auf⁴⁹, für die zum Teil bereits die gesetzliche Anerkennung erwirkt wurde. So haben etwa Krankenschwestern und Hebammen in Spanien und Frankreich das Recht erhalten, bei Abtreibungen nicht mitwirken zu müssen.⁵⁰ Zur Zeit liefern die Apotheker eine harte Schlacht um das Recht zur Einrede, die ihnen die Verweigerung zur Verteilung der „Pille danach“ ermöglichen soll.⁵¹ Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass zwar die Weigerung aus Gewissensgründen bezüglich der Abtreibung bei Ärzten in den meisten Fällen akzeptiert wird, während dem übrigen Personal des Gesundheitswesens gewöhnlich große Hindernisse in den Weg gelegt werden. Dabei wird argumentiert, dass ihre Arbeit von der Tätigkeit des Arztes abhängt und diese untergeordnet und damit zweitrangig sei. Dickens und Cook⁵² bemerken beispielsweise bezüglich der Apotheker und Pfleger: „Their involvement is usually in an auxiliary or secondary role, in that they support, facilitate or follow up procedures conducted or initiated by physicians. Their level of involvement may be so indirect or remote as to serve their complicity, meaning their partnership in wrongdoing. Second, their legal status is often created by a contract under which they have voluntarily bound themselves as ‘servants’ to comply with orders given by ‘masters’ or principals.“ Wenn die Arbeit der Apotheker und Pfleger also unterge-

ordnet eingestuft wird, dann reduziere das ihre Verantwortung, und folglich könnten sie sich von moralischen Bedenken „entlastet“ fühlen. Diese schräge und verkürzte Sicht stellt eine Missachtung der Tätigkeit eines jeden Teammitgliedes im Gesundheitswesen dar.

Trotz der Schwierigkeiten bezüglich der definitiven Anerkennung des Rechtes von Apothekern, die Ausgabe der „Pille danach“ zu verweigern, soll auf zwei in letzter Zeit ergangene Urteile verwiesen werden, welche die spanischen Apothekenbediensteten hoffen lassen. Das erste ist ein Spruch des Höchstgerichts vom 23. April 2005, in dem die Weigerung aus Gewissensgründen hinsichtlich Verschreibung und Ausgabe pharmazeutischer Produkte als Möglichkeit zugelassen ist. Dieser Spruch entscheidet eine Berufung gegen eine Anweisung der Andalusischen Gesundheitsbehörde, in der die „Pille danach“ zum Mindestbestand einer Apotheke gezählt wird. Nach dieser Anweisung wären alle Apotheken in Andalusien verpflichtet, dieses Produkt zu führen und auszugeben. Entgegen den in der spanischen Gesellschaft anscheinend aufkommenden totalitären Tendenzen hält der besagte Spruch fest, dass „der Fall der Verweigerung aus Gewissensgründen verfassungsmäßig Teil der im Artikel 16.1 der CE anerkannten Meinungsfreiheit sei und in enger Verbindung mit der Würde der menschlichen Person, der freien Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 10 der CE) und dem Recht auf körperliche und moralische Integrität (Art. 15 der CE) stehe, was einen Vorbehalt für Schritte zur Durchsetzung dieses Rechtes für die mit Kompetenz zur Verschreibung und Verabreichung von Medikamenten ausgestatteten Berufe des Gesundheitsdienstes nicht ausschließt.“ Das zweite ist ein Urteil des Obersten Gerichtes von Andalusien vom 8. Jänner 2007, in dem neuerlich bekräftigt wird, dass die Verweigerung aus Gewissensgründen „Teil des Grundrechtes für Meinungs- und Glaubensfreiheit ist, das im Artikel 16.1 der Verfassung anerkannt ist.“ Ferner wird in seiner Argumentation auf Artikel 28 und 33 des Kodex für Ethik von Phar-

mazeuten hingewiesen. Der Artikel 28 besagt, dass „Verantwortung und persönliche Freiheit des Apothekers ihn ermächtigen, sein Recht auf Weigerung aus Gewissensgründen auszuüben, wobei er die Freiheit und das Recht auf Leben und Gesundheit des Patienten zu achten hat.“ Der Artikel 33 hingegen verpflichtet die Standesvertretung, jene zu verteidigen, die sich entschlossen haben, sich als Leistungsverweigerer in Ausübung ihres persönlichen Rechtes zur Bekämpfung einer aufgezwungenen Verpflichtung zu deklarieren.

9. Das neue Umfeld für Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen im Gesundheitswesen

Die Anerkennung der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen war einer der bedeutendsten sozialen Erfolge im letzten Viertel des zwanzigsten Jahrhunderts. Dank dieser Errungenschaft sparten sich zahlreiche Jugendliche Haftstrafen wegen ihrer Entscheidung, der Wehrpflicht nicht nachzukommen, die sie wegen moralischer Bedenken, zu den Waffen zu greifen oder sich für den Krieg vorzubereiten, ablehnten.

In den letzten Jahren finden sich in den Medien, in auf den Gesundheitsbereich spezialisierten Zeitschriften und bei Sozialversicherungsträgern häufig Bemerkungen über die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen. Dabei fällt auf, dass viele dieser Anspielungen die Einschränkung oder gar die Abschaffung der mit so viel Anstrengung im Rahmen der Menschenrechtsdebatte erkämpften Gewissensfreiheit zum Ziel haben. Man kann tatsächlich eine interessante und zugleich Besorgnis erregende Änderung in den Aussagen von Politikern und anderen Sozialexperten feststellen.⁵³ Jenes Verhalten, das zu anderen Zeiten oder in anderem Zusammenhang als großer Erfolg der demokratischen Gesellschaft gefeiert wurde, versucht man jetzt als reaktionär und subversiv zu brandmarken. Ellen Goodman⁵⁴ etwa schließt einen im Jahr 2005 im Boston Globe veröffentlichten Artikel wie folgt: „To each his own conscience. But the drugstore is not an altar. The last time I looked, the pharmacist's

license did not include the right to dispense morality“. Solche Auffassungen stützen sich auf eine positivistische Mentalität, welche das staatliche Gesetz als den einzigen gültigen Regelmechanismus betrachtet – und das in einer derart überzogenen Art, dass man so schlussendlich auch ungerechte Gesetze akzeptieren müsste, wenn sie nur regulär angenommen wären.⁵⁵

Die Änderung der sozialen Akzeptanz der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen im Gesundheitsdienst wird stark von gewissen Pressure Groups beeinflusst, besonders von den Abtreibungsbefürwortern⁵⁶ und der Euthanasiebewegung. Andererseits muss man auch beachten, dass die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen im Gesundheitsbereich aus der Sicht eines Hilfestellungsmodells bestimmt wurde. In einer patriarchalisch orientierten Gesellschaft entschied der Arzt, was für seinen Patienten das Beste sei. Damit stellte sich die Frage nach der Auswahl eines seiner moralischen Auffassung widersprechenden Weges nicht. Aus dem gleichen Grund wurde ein möglicher Einwand des Patienten nicht beachtet, da ja der Fachmann des Gesundheitswesens wissen musste, was für seinen Patienten richtig war und seine Entscheidung nicht in Frage gestellt werden konnte. Auf diese Situation folgt nun eine Zeit, die den „mündigen Patienten“ und seine Autonomie betont, wodurch eine Beeinflussung der Verantwortung durch individuelle Rechte der Patienten begünstigt wird⁵⁷, was zu einer Umkehr des früheren Entscheidungsprozesses führt. So hat sich in der heutigen Rechtsprechung bezüglich medizinischer Eingriffe Widerspruch aus Gewissensgründen seitens der Patienten durchgesetzt. Hingegen wurde ein möglicher Behandlungsvorbehalt aus Gewissensgründen für das Gesundheitsdienstpersonal aber eingeschränkt. So die Auffassung von Polly Thompson⁵⁸, dem Herausgeber des Canadian Pharmaceutical Journal, der behauptet, dass in der Beziehung zwischen Patient und Gesundheitsdienst letzterer die religiösen Auffassungen des Ersteren zu berücksichtigen habe und nicht umgekehrt. Das

hieß, dass die Ärzte den Interessen der Patienten gegenüber der eigenen Auffassung den Vorzug zu geben hätten⁵⁹ (wobei der Ausdruck „Interessen“ im weitesten Sinn zu verstehen sei).

Bei dieser „Umkehr“ der Akzeptanz von Vorbehalten aus Gewissensgründen sind einige Fragestellungen besonders zu beachten. In den folgenden Absätzen wird für jede dieser Fragen, die in der neuesten Bibliografie zum Gesundheitswesen Kritik an der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen herausfordern, eine Antwort gesucht.

a) „Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen führt zur Unterdrückung einer Seite durch die andere“

Mit einer Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen versucht man nicht, seine Meinung (sei sie religiöser Natur oder nicht) anderen aufzudrängen, man verlangt nur in friedlicher Weise, dass man seine ethische Überzeugung, die Teil der eigenen moralischen Identität ist, respektiert. Wie hinlänglich bekannt, haben die von der Pflicht zur Befolgung der Einberufung Betroffenen nicht beabsichtigt, irgendjemand anzugreifen (sie forderten nur, dass man ihre ethischen Vorstellungen achte).

Eine Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ist nie aggressiv. Im Gegenteil: Es handelt sich um eine zivilisierte und friedliche Art zu verlangen, dass man als Person des eigenen Gewissens wegen in Frieden gelassen wird. Sie ist demnach eine der wirkungsvollsten Formen zu einer toleranten und demokratischen Lösung für den Abbau von den in einer pluralistischen Gesellschaft unvermeidlichen Spannungen zwischen der Mehrheit und den Minderheiten. Folglich entbehren Erklärungen der Sinnhaftigkeit, die angeben, dass Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen dazu führen könne, „durch Minderheiten ein bedrückendes Klima zu schaffen“⁶⁰.

Man müsste also den Titel dieses Abschnittes auf andere Weise, im umgekehrten Sinn, lesen: Die Ablehnung der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen würde zu einer Unterdrückung einer

Minderheit seitens der Mehrheit führen.⁶¹

Es wurde auch erklärt, dass man in einer säkularen Gesellschaft keine religiösen Lebenskonzepte aufdrängen darf.⁶² Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen wird aber, wie schon in vorangehenden Abschnitten festgehalten, nicht nur aus religiösen Gründen beantragt, sondern auch aufgrund anderer ethischer Aspekte. Außerdem bedeutet die Nichtsetzung einer konkreten Handlung der Gesellschaft gegenüber keine Aufdrängung einer religiösen Überzeugung.⁶³ Weigerungen oder Vorbehalte nicht zuzulassen, wäre hingegen sehr wohl Zwang seitens der Mehrheit bezüglich der Arbeit der Berufstätigen in einer Weise, dass diese nicht in Übereinstimmung mit ihren religiösen Überzeugungen handeln dürften.

Ebenso wird auf die Gefahr hingewiesen, wenn man die Glaubensüberzeugungen eines Fachmannes als „Wahrheit“ aufdrängen möchte. Natürlich ist anzunehmen, dass jemand, der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen geltend macht, seine Auffassung auch für richtig hält. Anderenfalls, wenn er sich seines Standpunktes nicht sicher wäre, würde sich der Betreffende ja nicht auf eine Konfrontation mit der Gesellschaft einlassen und den Verlust von Kunden, Patienten, etc. in Kauf nehmen. Das heißt aber nicht, dass der Verweigerer diese „Wahrheit“ allen übrigen aufdrängen will. Wenn er das wollte, würde er eine andere philosophische oder legale Taktik anwenden, wie z. B. zivilen Ungehorsam oder Rebellion. Ein Verweigerer sucht keine Änderung der Rechtsprechung, er erwartet nicht, dass andere seine Meinung teilen. Er fordert lediglich, dass man ihm gestatte, seinem Gewissen entsprechend zu handeln.

b) „Bei Vorliegen einer ‚wirklichen‘ Pflicht ist die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen unmoralisch“

Dieser Auffassung liegt eine Trennung von Moral und Recht zugrunde, wobei letzteres als Richtschnur für das Verhalten des Personals im Gesundheitsbereich angesehen wird. Unter dieser

Voraussetzung müsste man annehmen, dass der Arzt oder Pharmazeut seine Moral an der Klinik- oder Apothekenpforte ablegen und sie dort für die Anwendung im familiären oder gesellschaftlichen Bereich wieder abholen könne. So argumentiert ein Verantwortlicher der Deontologischen Kommission einer medizinischen Berufsvereinigung⁶⁴, der im Jahr 2005 darauf hinwies, dass gegenüber einer Dispens „die im Arzneimittelgesetz enthaltene Abgabepflicht“ den Vorrang habe; „seitens des offiziellen Kollegiums der Pharmazeuten haben wir immer betont, dass der Apotheker seine persönliche Moral in solchen Situationen ausklammern muss, da der Nutzen für den Patienten Vorrang habe.“

In diesem Rahmen würde sich der Ausdruck „wirkliche Pflicht“ auf Art und Rang der gesetzlichen Auflage bezüglich der Norm, gegen die man Einspruch erheben will, beziehen, je nach dem ob diese für die Berufsausübung als optional bezeichnet wird oder nicht. Die Verpflichtung wäre damit von einer Mehrheit klar vorgegeben, und die Weigerung würde als unmoralisch gelten und es dürfte ihr nicht stattgegeben werden.⁶⁵ Mit einer derartigen Argumentation kommt man bei einem gewissen Maß von Unduldsamkeit zum Schluss, dass gewisse Ärzte und Apotheker, die nicht bereit sind, bestimmte Handlungen zu setzen, eben nicht Arzt oder Apotheker werden sollten!⁶⁶

Gegen diese Behauptung gäbe es mehrere Einwendungen. Erstens wäre es ungerecht, Ärzte, die das Leben achten, den Patienten vorzuenthalten, indem man Mediziner, die Abtreibung, Euthanasie und ähnliches ablehnen, den Abschluss verweigert. Andererseits haben sich in einigen Ländern bezüglich der Berufsausübung im Gesundheitsbereich Änderungen ergeben, indem etwa die bisher als verwerflich betrachteten Tatbestände Abtreibung und Euthanasie erlaubt wurden.⁶⁷ Schließlich muss man auch den spontanen Behandlungsvorbehalt aus Gewissensgründen in Betracht ziehen, der Berufstätige in einem bestimmten Augenblick veranlasst, eine begonnene Behandlung wegen aufkommender schwerer Gewissenskonflikte nicht fortzusetzen.

c) „Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen erreicht bei vielen medizinischen Diensten ein gefährliches Ausmaß“

Der klassische Behandlungsvorbehalt der Ärzte, aus Gewissensgründen bei Abtreibungen nicht mitzuwirken, wird nun auch von anderen Berufsgruppen wie Krankenschwestern und Pharmazeuten reklamiert, und es kommt auch bei anderen medizinischen Tätigkeiten zu ethischen Problemen, die sich nach der Meinung mancher in gefährlicher Weise ausbreiten. Diese Prämisse wird von gewissen Kreisen verwendet, um zu behaupten, dass die medizinische Versorgung durch die Zulassung weiterer Behandlungsvorbehalte aus Gewissensgründen gefährdet wäre. Um diese Behauptung zu rechtfertigen, listen die Verleumder der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen zahlreiche mögliche Fälle für Verweigerung aus Gewissensgründen auf. Zu den klassischen Fällen von Abtreibung und Euthanasie fügen sie die neuen Technologien im Fortpflanzungsbereich, die medizinische Betreuung homosexueller Paare, etc. hinzu.

Zu diesem Abschnitt muss angemerkt werden, dass man mangels Vergleichbarkeit so unterschiedliche Eingriffe, wie zur Tötung eines Fötus führende und die Unterlassung einer Behandlung eines Patienten wegen einer Infektionskrankheit, nicht in die selbe Gruppe einordnen kann. Wenn ein Arzt in Bezug auf die Abtreibung davon überzeugt ist, dass man damit von ihm die Tötung eines Menschen verlangt, jedem Menschen aber eine unantastbare Würde zukommt, so ist es nur logisch, dass ihm bei Ausführung dieses Eingriffes ein irreparabler moralischer Schaden zugefügt wird. Die Nichtbehandlung eines Patienten wegen einer Infektion ist mit dem vorigen Fall nicht vergleichbar, da die Verweigerung der Hilfe aus Furcht vor Ansteckung sich nicht auf gleichwertige Prämissen stützt.

Außer der chirurgisch oder chemisch herbeigeführten Abtreibung gibt es zwei Ursachen für zahlreiche Gewissenskonflikte: Euthanasie und genetische Diagnosen. Was den ersten Fall betrifft ist klar, dass jene Fachleute, die den Lebensschutz fa-

vorisieren, sich nicht zur Herbeiführung des Todes ihrer Patienten bereit finden. Was die genetischen Tests betrifft, kommen die Probleme auf jene Fachleute zu, die über solche Fälle informieren müssen, wobei das Ergebnis die Entfernung des Embryos als einzige Möglichkeit ausweist. Das wäre beispielsweise bei einer schwangeren Frau der Fall, welche die Diagnose der Krankheit ihres Bruders kennt: erhebliche Muskeldystrophie – eine nur bei Männern auftretende Störung. Die Frau kann eine pränimplantatorische Diagnose verlangen, um festzustellen, ob ihr Sohn an dieser Krankheit leiden wird, um im Fall des Zutreffens ihrer Befürchtung die Abtreibung herbeizuführen.⁶⁸

d) „Der Behandlungsvorbehalt aus Gewissensgründen kann fatale Folgen für die Gesundheit haben“

Diese Behauptung ist eines der meistverwendeten Argumente gegen die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen, hat aber bloß dialektischen Charakter. In allen Rechtsprechungen werden der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen Grenzen gesetzt, darunter findet sich auch das (Recht auf) Leben. Bei der Weigerung eine Abtreibung durchzuführen, wird beispielsweise das Leben des empfangenen Wesens geschützt. Der Lebensstil der betroffenen Frau, die meint, dass ihr ein Kind in ihrer „Lebensentfaltung“ hinderlich sei, könne dadurch aber beeinträchtigt werden. In der Praxis ermöglichen die Behörden bei solchen Zwistigkeiten den im Gesundheitsdienst Tätigen die Entscheidung zugunsten des Lebensschutzes.

Ein anderes ins Treffen geführte Argument ist die Unannehmbarkeit einer Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen für den Fall einer Gefährdung des Lebens der Mutter.⁶⁹ In Großbritannien ist, wenn es keine Alternative gibt, eine Weigerung beispielsweise in dringenden Fällen oder bei Lebensgefahr nicht gestattet.⁷⁰ Um diese Entscheidung zu rechtfertigen, beruft man sich auf das Doppeleffektprinzip. Diese Auffassung ist aber nur im Fall der Annahme, dass das Leben der

Frau tatsächlich in Gefahr ist, kohärent, nicht aber unter der Voraussetzung anderer weniger bedeutender Fragen, wie sie oben angeführt wurden.

Die Verweigerung der „Pille danach“ aus Gewissensgründen ist einer der Fälle, die in der neuesten wissenschaftlichen Literatur des Gesundheitswesens heftige Polemik ausgelöst haben.⁷¹ Das Problem entsteht, wenn der Arzt die Verschreibung oder der Apotheker die Ausgabe verweigert. Man fügt gewöhnlich hinzu, dass die Frau deshalb im Fall des Eintretens einer Schwangerschaft eine Abtreibung vornehmen müsse. Mit dieser Argumentation kann man eine große Zahl von Befürwortern gewinnen, da man anregt zu denken, dass die Verwendung eines Empfängnisheimmers besser sei als eine Abtreibung. Die Wirklichkeit ist aber eine andere: Es handelt sich ja um den gleichen Vorgang, da im Fall der Befruchtung die chirurgische Abtreibung durch eine chemisch ausgelöste ersetzt wird. Ein weiteres, im Zusammenhang mit der „Pille danach“ ins Treffen geführtes Argument, betrifft den Fall einer Vergewaltigung für die man geltend macht, dass die Verweigerung der „Pille danach“ eine Ungerechtigkeit gegenüber der Frau darstelle. Es ist einleuchtend, dass man einer vergewaltigten Frau besondere Aufmerksamkeit zuwenden muss, da sie ja sowohl durch körperliche wie auch psychische Probleme belastet ist. Die medizinische Betreuung muss auf die Lösung beider Umstände gerichtet sein. Trotzdem gibt es natürlich für jene Fachleute des Gesundheitsdienstes, die vom absoluten Wert des Lebens überzeugt sind, auch in diesem Fall eine Grenze: den Tod der Leibesfrucht. Außerdem ist schwer zu rechtfertigen, dass es sinnvoller sei, der schon von einem Verbrechen Betroffenen neuerlich Gewalt anzutun.⁷²

e) „Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen führt zu mangelnder Effizienz und zu Ungerechtigkeit im Gesundheitswesen“

Eine der häufigsten gegen die Leistungsverweigerung im Gesundheitswesen vorgebrachte Anschuldigung ist die Behauptung, dass es je nach

der Zahl der Fachkräfte, die solche Vorbehalte anmelden, zu Effizienzeinbußen in der Krankenpflege kommen könne. Diese Auffassung entbehrt in der Realität jeder Grundlage. Zur Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen nehmen ja nur jene Fachkräfte Zuflucht, die davon überzeugt sind, dass sie eine ihnen von der Rechtsprechung aufgezwungene Handlung unterlassen müssen. Das ist eine in demokratischen Ländern von der Bevölkerungsmehrheit befürwortete Haltung. Es wird sich wohl immer nur eine Minderheit in eine Unterlassung flüchten, was zu keiner Beeinträchtigung der Effizienz der Dienstleistung führen kann. Im Fall einer durch massive Unterlassungen verursachten Störung des Gesundheitsdienstes müsste man sich allerdings vor Augen halten, dass besagte Ablehnung auf eine bestimmte, von der Mehrheit akzeptierte Regelung zurückzuführen ist.

Was die Ungerechtigkeit betrifft wird angeführt, dass es für die Patienten wegen der Glaubensüberzeugungen des sie pflegenden Personals zu keinen Beeinträchtigungen kommen dürfe. Man weist darauf hin, dass es bei Zulassung des Behandlungsvorbehalts aus Gewissensgründen bei einigen Patienten zum Ausfall der Hilfeleistung und möglicherweise zu einer Kürzung und Beeinflussung der sie betreffenden Information kommen könnte. Aus dieser Sicht ist man zu dem Schluss gekommen, dass die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen zwar im privaten, nicht aber im öffentlichen Bereich zugelassen werden könne.⁷³ Bei diesen Überlegungen wird jedoch ein wichtiger Punkt übersehen: Der Behandlungsvorgang läuft nicht nur in einer Richtung ab, es sind ja zwei Personen, die sich einem Problem stellen und das erfordert, dass in diesem Prozess sowohl die Interessen des Kranken wie auch die gediegene Praxis des Arztes bzw. Pflegers respektiert werden müssen.

f) „Die Argumentation zu Gunsten der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ist inkonsistent“

Man ist schon so weit gegangen zu behaupten,

dass die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ungerechtfertigt sei und nur den „Lauen“ des Personals im Gesundheitswesen entspringe.⁷⁴ Wer so denkt, der weiß entweder nicht, was ein moralisches Problem ist und wie sehr ein solches einen Menschen belasten kann, oder er hat sich nie über durch menschliche Handlungen ausgelöste Widersprüche Gedanken gemacht. Unverständnis für eine in einem Menschen durch eine von ihm für in höchstem Maß unzulässig gehaltene Handlung ausgelöste moralische Krise ist wirklich nur aus einer „wertaseptischen“ Sicht heraus erklärbar, oder von einem Standpunkt her, bei dem nur Wissenschaft oder Mehrheitsentscheidung als Handlungsrichtlinien gelten.⁷⁵ Der zweite Fall, das Fehlen von Reflexion, kann dadurch ausgelöst werden, dass man, wie vorhin angeführt, so unterschiedliche Aspekte wie die Unterlassung der Mitwirkung bei einer Abtreibung und den Behandlungsvorbehalt wegen Infektionsgefahr⁷⁶, oder Unterschiede der Rasse, Hautfarbe, Abstammung, Nation oder bezüglich der sexuellen Neigungen⁷⁷ in einen Topf wirft.

Im ersten Teil dieser Arbeit wurden genügend Argumente zur philosophischen und juristischen Rechtfertigung einer Zulassung der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen beigebracht.⁷⁸ Trotzdem kann es von Interesse sein, den von Wicclair⁷⁹ zu unterschiedlichen ethischen Begründungen gemachten Vorschlag zu konsultieren: Toleranz zu üben in Bezug auf Moral und Verschiedenartigkeit⁸⁰ und Respekt zu wahren gegenüber der Selbständigkeit und der moralischen Integrität.⁸¹

g) Unter der Annahme, dass die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen zugelassen wird, „muss der Verweigerer dem Patienten die zur Rechtfertigung seines Verlangens erforderliche Information zur Verfügung stellen“

Hier handelt es sich um eine der Fragen, die in den letzten Jahren in der Diskussion über Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ständig präsent sind.⁸² Es gibt gewisse Tendenzen, die Leis-

tungsverweigerung aus Gewissensgründen unter der Auflage zuzulassen, den Patienten an einen anderen Fachmann zu verweisen, der dessen Wünschen nachkommen wird.⁸³ Dieses Ansinnen entbehrt der Logik, da man im Fall seiner Zulassung von einem Arzt, der eine Abtreibung nicht vornimmt, weil er sie für die Tötung eines Menschen hält, nicht verlangen kann, die Patientin zur Durchführung dieses Mordes an einen anderen weiterzuschicken.⁸⁴ Es ist gleichbedeutend mit dem Fall, wo man, statt selbst die Pistole zur Tötung eines Unschuldigen abzudrücken, einen anderen damit betraut, diese Tat zu begehen. Das „Privileg“, keinen Rat geben zu müssen, wird deshalb auf breiter Basis und mit hinreichender Festigkeit debattiert, so dass mit seiner Zulassung zu rechnen ist. Ukens⁸⁵ weist darauf hin, dass eine solche Zusammenarbeit passiver Mitwirkung an dem von dem betreffenden Fachmann vorgenommenen Eingriff gleich kommt.

10. Zusammenfassung

Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen leitet sich von der Meinungs- und Gewissensfreiheit her und ist ein wesentliches Merkmal jeder demokratischen Gesellschaft.⁸⁶ Diese Auffassung findet sich in zahlreichen Gesetzestexten. Das Spanische Verfassungsgericht hat beispielsweise darauf hingewiesen, dass „das Auftreten juristischer Konflikte auf Grund von Religionsbekenntnissen in einer die Glaubens- und Kultfreiheit des Einzelnen und von Vereinigungen sowie die Laizität und Neutralität des Staates proklamierenden Gesellschaft nichts Ungewöhnliches sei“⁸⁷. Demnach „vernachlässigen die Behörden nicht nur ihre Pflichten, wenn sie die Menschenrechte nicht anerkennen oder verletzen, sondern ihre Anordnungen verlieren auch ihren verpflichtenden Charakter“⁸⁸.

In den europäischen Staaten mit demokratischer Gesellschaftsordnung ist die Gewissensfreiheit ausreichend geschützt und – davon abgeleitet – auch die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen. Es wäre aber trotzdem eine ausdrückliche Anerkennung für einige Fälle der Leistungsverwei-

gerung im Gesundheitsdienst in den Gesetzestexten erforderlich. Hinsichtlich des Inhalts und der Anwendbarkeit der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen bedarf es daher einer Vertiefung bezüglich sich neu stellender Fälle⁸⁹ mit der Zielsetzung, Verstöße gegen fundamentale menschliche Werte zu vermeiden.

Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ist ein Mechanismus, der über Ausnahmen die Lösung von Konflikten, wie sie in jeder heutigen Gesellschaft zwischen der Mehrheit und den Minderheiten auftreten, ermöglicht. Man darf nicht vergessen, dass wir in einer globalisierten Welt leben, in der unterschiedliche Rassen, Kulturen und Glaubensüberzeugungen zusammenreffen. Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen kann ein wirksames Instrument zum Abbau von aus Gewissensproblemen entstehenden Spannungen sein. Diese Idee wird auch im Titel eines Vortrages von Kardinal Ratzinger gut umrissen: „Willst du den Frieden, so achte das Gewissen eines jeden Menschen“⁹⁰.

Die Gewissensfreiheit einer Person zu missachten, ist ein Angriff auf ihre Würde. Wenn man eine Fachkraft zur Mitarbeit an einer von ihr als Gewissensbelastung empfundenen Handlung zwingt, so stellt das für sie eine Instrumentalisierung seitens eines Sektors der Gesellschaft dar, das heißt, dass die Gemeinschaft von der „Person zu ihrem Nutzen Besitz ergreift“⁹¹. In den Beziehungen zwischen der Gemeinschaft und dem Einzelnen muss es einen Ausgleich geben. Mit den Worten von Maritain: „Nicht der Mensch steht der Gesellschaft zu Diensten und gänzlich zur Verfügung, wie es totalitäre Systeme behaupten, sondern die Gesellschaft soll der Person dienlich sein, da letztere im Wert über jeder Organisation steht. Andererseits ist die Person kein egoistisches Wesen, das nur an seinen eigenen Nutzen denken muss, wie das der Individualismus postuliert; sie ist ein soziales Wesen, auf Beziehung hingeordnet, das sich der Gemeinschaft schuldet, auch wenn ihr bewusst ist, dass sie aus ontologischer Sicht über derselben steht“⁹².

Referenzen

- 1 Gómez Pérez R., *Introducción a la Etica Social*, Rialp, Madrid (1989), S. 2
- 2 1793 wurde z. B. den Wiedertäufern die Befreiung vom Militärdienst zugestanden und es wurden ihnen vom französischen Komitee für das Gesundheitswesen verschiedene Dienstleistungen zugewiesen; Napoleon befreite die Wiedertäufer, Mennoniten, Dukhobozen und andere Sekten der eroberten Länder von der Wehrpflicht; 1875 wurde dann für die Mennoniten ein Zivildienst gebräuchlich (Waldarbeiten). Vgl. Escrivá Ivars J., *La objeción de conciencia al uso de determinados medios terapéuticos*, in: Guitarte V, Escrivá J., *La objeción de conciencia*, Generalitat Valenciana, Valencia (1993), S. 119 und Peláez Albendea F. J., *La objeción de conciencia al servicio militar en el Derecho positivo español*, Ministerio de Justicia, Madrid (1988), S. 11
- 3 http://en.wikipedia.org/wiki/Malcolm_Kendall-Smith (Stand vom 14. Mai 2006)
- 4 Das britische House of Lords hat einen Spruch des Appellationsgerichtes zu Gunsten des Rechtes einer jungen Muslimin widerrufen. <http://education.guardian.co.uk/schols/story/0,,1736769,00.html> (Entnommen am 31. Mai 2006)
- 5 Eine interessante Überlegung darüber, ob Ärzte mittels einer tödlichen Spritze an einer Hinrichtung mitwirken müssen, findet sich bei: Gawande A., *When Law and Ethics collide – Why physicians participate in executions*, N Engl J Med (2006); 354: 1221-1229
- 6 Wie man aus einem im November 2007 vom Komitee für Ethik des Kollegs für Geburtshilfe und Gynekologie der USA veröffentlichten Dokument (*The limits of conscientious refusal in reproductive medicine*, ACOG Committee Opinion (2007); 385: 1-6) ersehen kann, dauert die Debatte an. Aus besagtem Bericht geht der Standpunkt des Komitees bezüglich der Grenzen des Rechtes von Ärzten auf Weigerung aus Gewissensgründen hervor. Die Stellungnahme der Geburtshelfer und Gynekologen der amerikanischen „PROVIDA“ (AAPLOG: American Association Pro-Life Obstetricians & Gynecologists) findet sich unter www.aaplog.org (6. Februar 2008).
- 7 Die Weigerung aus Gewissensgründen bezüglich der Mitwirkung bei technischen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung wird in der britischen Gesetzgebung im „Human Fertilisation and Embryology Act 1990 (Statutes Ch. 37)“ wie folgt zusammengefasst: „38. (1) No person who has a conscientious objection to participating in any activity governed by this Act shall be under any duty, however arising, to do so.“

- (2) In any legal proceedings the burden of proof of conscientious objection shall rest on the person claiming to rely on it.
- (3) In any proceedings before a court in Scotland, a statement on oath by any person to the effect that he has a conscientious objection to participating in a particular activity governed by this Act shall be sufficient evidence of that fact for the purpose of discharging the burden of proof imposed by subsection (2) above.“
- 8 Zu dieser Frage kann man die wegen des Verkaufs eines „Euthanasiekits“ in belgischen Apotheken der Kette Multipharma entfachte Debatte konsultieren. In: *Dossiers de l'Institut Européen de Bioéthique. Pharmaciens et médecins face au "kit" euthanasie*, <http://www.amouretverite.org/fr/bioethique/documents/instances-europeennes/Pharmaciens-et-medecins-face-au-kit-euthanasie.pdf>
 - 9 Mullan K., Allen W. L., Brushwood D. B., *Conscientious objection to assisted death: can pharmacy address this in a systematic fashion?*, *Ann Pharmacother* (1996); 30(10): 1185
 - 10 Fernández E., *Introducción a la Teoría del Derecho*, Tirant lo blanch, Valencia (1994), S. 58
 - 11 García Herrera M. A., *La objeción de conciencia en materia de aborto*, Servicio de Publicaciones del Gobierno vasco, Vitoria (1991), S. 30
 - 12 Herbe D. W., *The right to refuse: a call for adequate protection of a pharmacist's right to refuse facilitation of abortion and emergency contraception*, *J Law Health* (2002-3); 17: 77
 - 13 Ex 1, 15-18
 - 14 Gascón Abellán M., *Obediencia al Derecho y objeción de conciencia*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid (1990), S. 264
 - 15 Dekret 3011/1976 vom 23. Dezember und Gesetz 46/1977 vom 15. Oktober
 - 16 Martín de Agar J. T., *Problemas jurídicos de la objeción de conciencia*, *Scripta Theologica* (1995); 27: 519-543
 - 17 Hervada J., *Libertad de conciencia y terapéutica*, *Persona y Derecho* (1984); 11: 43
 - 18 Martín de Agar J. T., siehe Ref. 16
 - 19 Vgl. Palomino R., *La objeción de conciencia*, Montecorvo, Madrid (1994), S. 20-21
 - 20 Cañal García F. J., *Perspectiva jurídica de la objeción de conciencia del personal sanitario*, *Cuadernos de Bioética* (1994); 19: 224
 - 21 Cámara Villar G., *La objeción de conciencia al servicio militar. Las dimensiones constitucionales del problema*, *Civitas*, Madrid (1991), S. 25
 - 22 De Lucas J., *El concepto de derecho subjetivo*, in: De Lucas J. (Ed.), *Introducción a la Teoría del derecho*, Tirant lo blanch, Valencia (1994)
 - Vidal E., *Los derechos humanos como derechos subjetivos*, in: Ballesteros J. (Ed.), *Los Derechos Humanos*, Tecnos, Madrid (1992)
 - 23 „Es gibt keine absolute oder unbegrenzte Freiheit und auch keine Gewissensfreiheit in Bezug auf Gesetzesübertretung, auf Grundrechte anderer und auf jene Mindestvoraussetzungen, die ein friedliches und erträgliches Zusammenleben aller Bürger ermöglichen“. Aus diesem Grund betrachten alle Rechtsordnungen die öffentliche Ordnung als eine Begründung für eine Begrenzung. Barrero A., *Vida, salud y conciencia moral*, *Derecho y Salud* (2006); 14(1): 107. So wird z. B. im Urteil des spanischen Verfassungsgerichtes 141/2000 vom 29. Mai darauf verwiesen, dass „el derecho que asiste al creyente de creer y conducirse personalmente conforme a sus convicciones no esta sometido a más límites que los que imponen el respeto a los derechos fundamentales ajenos y otros bienes jurídicos protegidos constitucionalmente“ (Das Recht zu glauben und sich gemäß seinen Überzeugungen zu verhalten wird nur durch die Grundrechte anderer und durch in der Verfassung verankerte Rechtsgüter begrenzt).
 - 24 Escobar Roca G., *La objeción de conciencia in la Constitución Española*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid (1993), S. 48-49
 - 25 von der zweiten Generalversammlung der AMM (Vereinigung von Ärzten aus aller Welt) im September 1948 in Genf, Schweiz, beschlossen und von der 22. Versammlung von Ärzten aus aller Welt in Sidney, Australien, im August 1986 und von der 35. Versammlung von Ärzten aus aller Welt in Venedig, Italien, im Oktober 1983 und von der 46. Generalversammlung der AMM in Stockholm, Schweden, im September 1994 abgeändert und in der 170. Sitzung des Rates von Divonne-les-Bains, Frankreich, im Mai 2005 revidiert und redigiert), <http://www.wma.net/s/policy/c8.html>
 - 26 B.O.E., 10. Oktober 1979.
 - 27 Martín-Retortillo L., *El derecho a la objeción de conciencia en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional*, *Sistema* (1984); 62: 18. Obwohl die Resolution 337 aufzeigt, dass die Verweigerung sich logischerweise vom Art. 9 des Römischen Vertrages ableitet, hat die Europäische Kommission für Menschenrechte mehrmals erklärt, dass diese Interpretation nicht angebracht ist. Vgl. Pelaez Albendea F. J., *La objeción de conciencia al servicio militar en el Derecho positivo español*, Ministerio de Justicia, Madrid (1988), S. 55
 - 28 Escobar Roca G., *La objeción de conciencia en la Constitución Española*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid (1993), S. 156-157

- 29 Hervada J., *Libertad de conciencia y terapéutica*, Persona y Derecho (1984); 11: 20-21
- 30 Erstmals wird in einem internationalen Dokument ausdrücklich die spontane (unerwartete) Weigerung aus Gewissensgründen anerkannt. Vgl. Oliver Araujo J., *La objeción de conciencia al servicio militar*, Civitas, Madrid (1993), S. 80-81
- 31 Offizielles Tagblatt der Europäischen Gemeinschaften (DOC) Nr. 68 vom 14. März 1983
- 32 Auch die Resolution vom 13. Oktober 1989 befasst sich mit der Wehrdienstverweigerung aus Gewissensgründen und der Ersatzdienstverpflichtung. Offizielles Tagblatt der Europäischen Gemeinschaften (DOC) Nr. 291, vom 20. November 1989. Ein Kommentar zu dieser Resolution in: Oliver Araujo J., siehe Ref. 30, S. 87-89.
- 33 Folgende Werte können kollidieren: „die Glaubens- und Gewissensfreiheit und die Freiheit zu religiösem und ideologischem Bekenntnis sind unverletzbar“, das „Grundrecht auf Leben“ und im Bereich des Strafrechtes die „Unterlassung der Verpflichtung zur Hilfeleistung“.
- 34 Navarro-Valls R., Martínez-Torrón J., Jusdado M. A., *La objeción de conciencia a tratamientos Etmüller médicos: Derecho comparado y Derecho Español*, Persona y Derecho (1988); 18: 215-217
- 35 Konstitution vom 18. April 1999
- 36 Etmüller hält fest, dass „die von den europäischen Staaten nach dem 2. Weltkrieg und nach der von sich als laizistisch bezeichnenden totalitären Staaten aufgrund der Ideologien ihres jeweiligen politischen Credo heraufbeschworenen Massenmorde angenommenen Verfassungsbestimmungen einen ausführlichen Katalog von Grundrechten und Freiheiten umfasst, unter welchen die Gewissens- und Religionsfreiheit angeführt sind.“ Etmüller E. U., *Gegenwart und Zukunft der Gewissensfreiheit in der Europäischen Union*, UNISCI Discussion Papers (2007); 14: 96
- 37 Über die Anerkennung der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen in Italien siehe Montesinos Sánchez N., *Italia: 1972-1991: zwei Gesetze, eine Parlamentsdebatte und verschiedene Entscheidungen der Rechtsprechung*, In: Guitarte V., Escrivá J., *La objeción de conciencia*, Generalitat Valenciana, Valencia (1993), S. 461-470
- 38 Der Artikel 16.1 der Spanischen Verfassung „garantiert ohne weitere Beschränkung die Freiheit in ideologischer und religiöser Hinsicht und des Kultes von Einzelnen und Gemeinschaften, sowie deren Manifestation, soweit nicht die nötige Einhaltung der durch Gesetz geschützten öffentlichen Ordnung entgegensteht“. Wenn man die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen als wesentlichen Teil der aus dem Inhalt der Anschauungs- und Religionsfreiheit hervorgehenden Befugnisse betrachtet, kann man behaupten, dass die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ein Grundrecht oder zu mindest eine Manifestation eines Grundrechtes ist. Die Rechtsprechung hat auch in Spanien große Bedeutung erlangt. Wenn auch die Spanische Verfassung aus 1978 nur die Wehrdienstverweigerung ausdrücklich anerkennt, so hat das die ordentliche Gesetzgebung und das Verfassungsgericht nicht gehindert, andere konkrete Weigerungen aus Gewissensgründen aufgrund der im erwähnten Artikel 16.1 der Spanischen Verfassung anerkannten Anschauungs- und Religionsfreiheit zu formulieren. Die notwendige Abwägung der kollidierenden Interessen und Rechte wird anhand dieser neuen Fälle realisiert. Der Verfassungsgerichtshof hat auf diesem Weg einige Anmerkungen zur Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen umrissen.
- 39 Daten aus der Berufung des Volksanwaltes wegen Verfassungswidrigkeit gegen das ganze Gesetz 48/1984 zur Regelung der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen und der Ableistung eines Ersatzsozialdienstes. In diesem Sinn kann man auch folgende Arbeit konsultieren: Oliver Araujo J., siehe Ref. 30, S. 66-73
- 40 Navarro-Valls R., Martínez-Torrón J., Jusdado M. A., siehe Ref. 34, S. 214
- 41 Arrêt de la Cour vom 4. Dezember 1974
- 42 López Guzmán J., *Objeción de conciencia farmacéutica*, EIUNSA, Barcelona (1997)
- 43 Martin B., *Conscience*, in: Reich W. T. (Hrsg.), *Bioethische Enzyklopedie*, Simon and Schuster MacMillan, New York (1995), S. 470
- 44 Escrivá Ivars J., *La objeción de conciencia al uso de determinados medios terapéuticos*, in: Guitarte V., Escrivá J., *La objeción de conciencia*, Generalitat Valenciana, Valencia (1993), S. 130-131
- 45 Nach Barrero ist die sogenannte „gewissensbedingte Behandlungsverweigerung des Patienten“ ein „ungeeigneter Fall von Verweigerung aus Gewissensgründen, da es keine juristische Pflicht zur Erhaltung von Gesundheit oder Leben (...) gibt. In diesem Fall fehlt also jede Voraussetzung für eine Weigerung: aus dem Gegensatz zwischen einer zwingenden Norm und dem Diktat des Gewissens leitet sich ab, dass es sich hier um keinen Verweigerungsfall *stricto sensu* handelt“. Barrero A., *Vida, salud y conciencia moral*, Derecho y salud (2006); 14(1): 114
- 46 Zu diesem Gesetz lohnt es sich zu konsultieren:

- Casini C., *Considerazioni in merito alla interpretazione dell'art. 9 della legge 194/78 sulla obiezione di coscienza alla interruzione volontaria della gravidanza*, *Medicina e Morale* (1998); 4: 759-772
- 47 Das Gesetz vom 17. Jänner 1975 anerkennt die Weigerung zur Mitwirkung an Abtreibungen seitens des Arztes, der Hebamme, des Pflegers oder Artzthelfers „quienquiera que sea“ (wer auch immer es sei). Mémeteau G., *Bioética y objeción de conciencia*. AA.VV. *Vivir y morir con dignidad*, Eunsa, Pamplona (2002), S. 141
- 48 Vgl. Navarro-Valls R., Martínez-Torrón J., *Las objeciones de conciencia en el derecho español y comparado*, McGraw-Hill, Madrid (1997)
- 49 Seira S., *La objeción de conciencia sanitaria*, Dykinson, Madrid (2000)
- 50 Aparisi A., López-Cerón M. R., López Guzmán J., *Matronas y objeción de conciencia*, *Revista ROL de enfermería* (1999); 22(6): 438-440
- 51 López Guzmán J., Aparisi A., *La píldora del día siguiente. Aspectos farmacológicos, éticos y jurídicos*, LaCaja, Madrid (2002); 133-187
- 52 Dickens B. M., Cook R. J., *The scope and limits of conscientious objection*, *Int J Gynecol Obstet* (2000); 71: 72
- 53 Herbe D. W., siehe Ref. 12
- 54 Goodman E., *Whose conscience rules?*, Boston Globe, 10. April 2005
- 55 Nach Mémeteau kann eine Person durch diese Auffassungen dazu gebracht werden an sich selbst zu zweifeln: „yo existo, pero dudo que el otro existe“ (Ich bin, aber ich bezweifle die Existenz der Anderen – wobei zusätzlich impliziert wird: Ich war nie ein Embryo und werde auch nie im Sterben liegen). Es handelt sich hier um einen zweifachen Verrat am sogenannten „Rechtsstaat“: einmal um ontologischen Verrat und auch um Verrat durch Ablehnung von Kritik in Form der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen. Mémeteau G., siehe Ref. 47, S. 145
- 56 Am 3. Februar 2006 hat z. B. eine Koalition von Abtreibungsbefürwortern im Staat Massachusetts – die Organización Nacional de mujeres (NOW), Planned Parenthood, NARAL Pro-Choice America und der Consejo Nacional de Organizaciones de Mujeres – von Wal-Mart, einer bedeutenden Großhandelskette, den Vertrieb der „Pille danach“ in ihren Apotheken gefordert. Die Handelskette überlegt deshalb, ihre Politik hinsichtlich des Verkaufs solcher Abtreibungsmittel zu ändern. Das Konsortium „anti vita“ hat nun beschlossen, diese Kampagne auch in andere Staaten weiterzutragen, um Wal-Mart zum Vertrieb der „Pille danach“ in allen Filialen zu bewegen.
- 57 Alta Charo R., *The celestial fire of conscience. Refusing to deliver medical care*, *N Engl J Med* (2005); 352: 2472
- 58 Thompson P., *La confiance publique et l'accès à la médication*, *CPJ/RPC* (2004); 137(8): 8
- 59 Herbe D. W., siehe Ref. 12
- 60 Alta Charo R., siehe Ref. 57
- 61 Hopkins J., *US House passes bill to protect health providers who won't provide abortions*, *Br Med J* (2004); 329: 703
- 62 Savulescu J., *Conscientious objection in medicine*, *Br Med J* (2006); 332: 295
- 63 Im Abschnitt 2 (Definitionen) des „Mississippi Health Care Rights of Conscience Act“ wird z. B. unter Hinweis auf den Begriff „Gewissen“ angeführt, dass er sich auf moralische, religiöse oder ethische Prinzipien der im medizinischen Dienst der Institution beschäftigten und eingesetzten Personen bezieht, oder jener, die für diese medizinische Betreuung bezahlen. <http://billstatus.ls.state.ms.us/documents/2004/html/SB/2600-2699/SB2619SG.htm>
- 64 López J. M., *Polémica sobre si prevalece la objeción o el deber de dispensar*, *Correo Farmacéutico*, 2. Mai 2005
- 65 Savulescu J., siehe Ref. 52
- 66 Diese für die Kollegen, die aus moralischen Gründen mit der Mehrheit nicht gleicher Meinung sind, wenig Verständnis zeigende Besorgnis, äußert ein im Jahr 2005 in *The Canadian Pharmaceutical Journal* publizierter Leitartikel: „Le pharmaciens qui refuse d'assumer cette responsabilité fondamentale à l'égard du patient n'est nullement désavantagé. Il peut embrasser une carrière qui ne provoquera aucun conflit entre ses croyances, ainsi que la confiance publique et les droits du patient“. Thompson P., *La confiance publique et l'accès à la médication*, *CPJ/RPC* (2004); 137(8): 8
- 67 In diesem Sinn kann man den Rückhalt, welchen die Einführung von Praktiken wie Abtreibung und Euthanasie bei den Fachleuten gefunden habe, relativieren, da sie von diesen mehrheitlich abgelehnt werden und es sogar zu gemeinsamen Erklärungen der Berufsverbände kommt, die darauf hinweisen, dass diese Handlungen, auch wenn sie erlaubt sind, weiterhin als verwerfliche Praktiken gelten. Wicclair M. R., *Conscientious objection in Medicine, Bioethics* (2000); 14(3): 205-206
- 68 Panicola M. R., Hamel R. P., *Conscience, cooperation, and full disclosure can Catholic Health Care Providers disclose "prohibited options" to patients following genetic testing?*, *Health Progress* (2006); 87(1)
- 69 Dickens B. M., Cook R. J., siehe Ref. 52
- 70 Abortion Act vom 27. Oktober 1967
- 71 Alta Charo R., siehe Ref. 57
- 72 Hinsichtlich der Behandlung vergewaltigter Frauen gibt es unterschiedliche Regeln. Hinsichtlich einer möglichen Schwangerschaft ist der Zeitpunkt des Ei-

- sprungs festzustellen und die seit der Vergewaltigung verstrichene Zeit. Mit der Theorie vom Doppeleffekt oder der des geringeren Übels hat man gelegentlich versucht, eine Abtreibung nach einer Vergewaltigung zu rechtfertigen. Das ist aber nicht zulässig, da dadurch die Tötung eines Menschen herbeigeführt wird. Siehe dazu: Hamel R., Panicola M., *Emergency contraception and sexual assault*, Health Progress (2002); 83(5)
- 73 Andererseits macht man geltend, dass die Akzeptanz der Leistungsverweigerung auch in katholischen Krankenhäusern eine Diskriminierung darstelle, weil ja dort in größerem Umfang arme Frauen betreut würden. Hopkins J., *US House passes bill to protect health providers who won't provide abortions*, Br Med J (2004); 329: 703
- 74 Savulescu J., siehe Ref. 62
- 75 Sich auf Leistungsverweigerer aus Gewissensgründen mit dem Ausdruck „Opferkomplex“ („victimismo“) zu beziehen, ist nur von solchen Einstellungen her erklärbar. Alta Charo R., siehe Ref. 57
- 76 Savulescu J., siehe Ref. 62
- 77 Das geht beispielsweise aus dem Abschnitt über Recht auf Gewissen für das Gesundheitsdienstpersonal des Mississippi Health Care Rights of Conscience Act hervor. <http://billstatus.ls.state.ms.us/documents/2004/html/SB/2600-2699/SB2619SG.htm>
- 78 Der Hinweis, dass vielen Verweigerungen aus Gewissensgründen die Absicht das Recht auf Leben zu schützen, zugrunde liegt, sollte genügen. Schließlich ist dieses die Grundlage für die Ausübung aller sonstigen Rechte und Freiheiten.
- 79 Wicclair M. R., siehe Ref. 67
- 80 “Toleration of moral diversity seems to have elevated to the level of a first principle, particularly in post-industrial, democratic societies” (...) “The resulting prescription is to tolerate divergent views and proceed by peaceful negotiation, without the use of coercion or force, when such differing views collide.” Wear S., Lagaipa S., Logue G., *Toleration of moral diversity and the conscientious refusal by physicians to withdraw life-sustaining treatment*, J Med Phil (1994); 19: 159
- 81 Über die Auffassung des Arztberufes als moralische Instanz siehe Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *The virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York (1993), S. 31-50
- 82 Z. B. bereits enthalten in: Model Statement Regarding Pharmacists’ Refusal to Provide Products or Services for Moral or Religious Reasons, approbiert in Canada, im Jahr 1999, durch National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA). Cfr. <http://www.napra.org/docs/>
- 83 Alta Charo R., siehe Ref. 57
- 84 Diesen Standpunkt vertritt Karen Brauer, Präsident von Pharmacists for Life. Vgl. Hopkins J., siehe Ref. 61
- 85 Ukens C., *Duty vs. Conscience: R. Ph.s who refuse to dispense raise ethical concerns*. Cfr. Herbe DW. *The right to refuse: a call for adequate protection of a pharmacist’s right to refuse facilitation of abortion and emergency contraception*, J Law Health (2002-3); 17: 89
- 86 „Eine Demokratie benötigt wirklich zu tiefst, dass sich die Grundrechte bis in die äußersten Ausläufer der Rechtsordnung auswirken.“ Barreo A., siehe Ref. 23
- 87 Spruch des Verfassungsgerichtes 154/2002 vom 18. Juli 2002 (BOE vom 7. August 2002)
- 88 Johannes XXIII., *Pacem in Terris* 61
- 89 Gambino G., Spagnolo A. G., *Ethical and juridical foundations of conscientious objection for health care workers*, Med Etika Bioet (2002); 9: 3-5
- 90 Ratzinger J., *Verdad, valores, poder*, Rialp, Madrid (1995), S. 41
- 91 Mémeteau G., siehe Ref. 47, S. 134-135
- 92 Vgl. Cañas J. L., *¿Renacimiento del personalismo?*, Anales del Seminario de Historia de la Filosofía (2001); 18: 162

Walter Rella

Neue Erkenntnisse über die Wirkungsweise der „Pille danach“

Zusammenfassung

Aktuelle Daten zur Wirkungsweise der sog. Pille danach (Vikela®) erlauben folgende Schlussfolgerungen: (1) Die Einnahme der „Pille danach“ bis zu 3 Tage vor dem zu erwartenden Ovulationstermin interferiert mit der Follikelreifung und dem Eisprung und verhindert so eine Befruchtung. Diese Wirkungsweise erklärt bis zu 30% der Wirksamkeit der „Pille danach“. (2) In mindestens 50 Prozent dieser Fälle verhindert sie die Einnistung einer befruchteten Eizelle in das Endometrium, vorwiegend deshalb, weil die Lutealphase zu früh abgebrochen wird. (3) In den verbleibenden Fällen, besonders bei später Anwendung, wirkt die Notfallpille nicht. Ein bereits eingenistetes Ei bleibt ungestört. Die Wahrscheinlichkeit, dass Vikela® bei sporadischer Einnahme tatsächlich zum Untergang einer Blastozyste führt, beträgt 4 bis 5 Prozent. Die sich daraus ergebenden moralischen Konsequenzen werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Notfallpille, Blastozyste, Zyklusstörung, Ovulationshemmung, Frühabort

Abstract

Recent data concerning the mechanism of action of the emergency contraceptive (EC) pill allow the following conclusions: (1) Intake of the EC-pill up to 3 days before ovulation interferes with follicle maturation and rupture, thus preventing fertilization. This mode of action accounts for up to 30 percent of the effect of the EC pill. (2) Later application does not inhibit ovulation. Instead, delay of transport through the Fallopian tube as well as a premature onset of bleeding will eventually prevent blastocytes from being received by the endometrium. This effect leads to a loss of at least half of otherwise surviving conceptions. (3) Application of the EC-pill from the day of ovulation onwards will do no harm any more to the blastocyte and may even support an ongoing implantation. The risk for a blastocyte to get lost by a single application of the EC-pill ranges from four to five percent. The moral implication of this result is being discussed.

Keywords: Emergency contraceptive pill, menstrual cycle, ovulation inhibition, abortive risk

Dr. Walter Rella
Küb 12, A-2650 Payerbach
walter@rella.at

Einleitung

In dieser Zeitschrift wurde bereits mehrmals über die Wirkungsweise der „Pille danach“ berichtet.¹ Wie ihr Name schon sagt, ist sie zur Verhinderung einer Schwangerschaft *nach* ungeschütztem Verkehr bestimmt. Eine möglichst frühzeitige Einnahme – jedenfalls innerhalb 72 Stunden – wird empfohlen. Die Wirkzusammenhänge sind relativ komplex und im Einzelnen nicht ganz erforscht.² Diese Defizite in unserer Kenntnis erlauben es Proponenten und offiziellen Dokumenten (z. B. www.not-2-late.com), die kontrazeptive – also empfängnisverhindernde – Wirkung von Vikela® in den Vordergrund zu stellen. Aus diesem Grund wird die „Pille danach“ im angloamerikanischen Schrifttum auch „emergency contraceptive pill“ genannt. Der Grund für einen solchen Vertrauensvorschuss leuchtet sofort ein: Es soll nahe gelegt werden, dass die „Pille danach“ nicht auf bereits gezeugtes Leben Einfluss nimmt oder die nach einer Empfängnis im weiblichen Organismus ablaufenden physiologischen Prozesse stört. Ist bereits menschliches Leben gezeugt, dann – so die offizielle Lehre – bleibe die „Pille danach“ wirkungslos. Angesichts ihrer Harmlosigkeit wird beklagt, dass die „Pille danach“ viel zu wenig bekannt und durch ihre häufigere Anwendung Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern wären. Auch ist der Name „Notfallpille“ (*emergency contraceptive pill*) geeignet, äußerste Dringlichkeit zu signalisieren, die die bei hochwirksamen Medikamenten sonst übliche Vorsicht (etwa ärztliche Verschreibung) als hinderlich oder zweitrangig erscheinen lässt.

Die vorliegende Untersuchung will aufgrund neuer Forschungsergebnisse zur Wirkungsweise der „Pille danach“ nochmals eine Klarstellung und moralische Wertung geben.

Zusammensetzung und Einnahmевorschrift

Die „Pille danach“ wird in Österreich unter dem Namen Vikela® (Gerot Pharma) vertrieben. Andere bekannte Firmennamen sind Postinor®, Levonelle® oder Plan B. Vikela® enthält 2 Tabletten zu je 0,75 mg des künstlichen Gestagens Levonorgestrel

(LNG), welche entweder auf einmal oder in einem Abstand von 12 Stunden, jedenfalls binnen 3 Tagen postcoital einzunehmen sind. Erfahrungsgemäß wird die „Pille danach“ in 45 Prozent der Fälle binnen 24 Stunden und in 80 Prozent der Fälle binnen 48 Stunden eingenommen. Die Einnahme erfolgt bevorzugt in Zyklusmitte, wenn die Wahrscheinlichkeit einer Empfängnis am größten ist.

Effektivität

In 3 randomisierten Studien³ mit insgesamt 3298 auswertbaren Anwendungen der „Pille danach“ wurden 54 Schwangerschaften beobachtet. Das entspricht einer Rate von 1,64 Prozent. Bezogen auf eine erwartbare Rate von 7,8 Prozent ergibt sich daraus eine durchschnittliche Wirksamkeit von knapp 80 Prozent. Das heißt, es können 4 von 5 erwartbaren Schwangerschaften verhindert werden. Je früher die postcoitale Einnahme erfolgt, desto größer ist die Wirksamkeit (innerhalb der ersten 24 Stunden liegt sie bei über 90 Prozent). Jenseits der 72-Stunden Frist sinkt die Wirksamkeit unter 60 Prozent. Diese Prozentsätze gelten aber mit Vorbehalt. Denn etliche Frauen hatten auch nach Einnahme der Notfallpille weiteren Partnerverkehr. Dadurch eintretende Schwangerschaften wurden in der Auswertung einem Pillenversagen zugeordnet. Hält man sich an jene Frauen, die von sich behaupteten nach Einnahme keinen weiteren ungeschützten Verkehr gehabt zu haben, dann steigt die Effektivitätsquote auf 89 Prozent.⁴ Zwei der drei Studien⁵ erlaubten auch eine Pilleneinnahme innerhalb 120 Stunden. In der Tat wird also bei korrektem Gebrauch die Wirksamkeit der Notfallpille über 80 Prozent betragen. Uns interessieren im Folgenden die Wirkungsmechanismen und damit verbunden die Frage, ob auch eine abortive Wirkung eine Rolle spielt. Wodurch also wird die Schwangerschaft verhindert?

Wirkungsmechanismen

(1) *Wirkung auf Spermien und Zervikalschleim:* LNG kann die Beweglichkeit und Befruchtungs-

fähigkeit der Spermien beeinträchtigen. Diese Wirkungen setzen frühestens 3 Stunden nach Hormongabe ein und kommen daher zu spät, da bereits Minuten nach Insemination Spermien im Eileiter zu finden sind und dort unter Östrogeneinfluss ihre Befruchtungsfähigkeit erwerben. Die 0 – 3 Tage später stattfindende Befruchtung kann demnach ungehindert erfolgen. Auch der Aufbau einer Schleimbarriere im Gebärmutterhalskanal kommt zu spät. Die Befruchtung selbst wird durch Gestagene eher gefördert.⁶

(2) *Wirkung auf den Eisprung*: Dem Eisprung geht ein Anstieg des Hypophysenhormons LH um zirka 18 Stunden voraus. Nur wenn dieser Anstieg verhindert wird, kann auch die Ovulation gehemmt werden. Aufwendige Studien⁷ haben gezeigt, dass bei Einnahme der „Pille danach“ bis 3 Tage vor dem LH-Anstieg die Ruptur des Eifollikels fast immer verhindert oder so weit verzögert werden kann, dass eine Empfängnis unmöglich ist. Bei Einnahme am Tag LH – 2 kann die Ruptur des Follikels in etwa der Hälfte der Fälle gestört oder verzögert werden. Bei Einnahme am Tag LH – 1 wird die Ovulation nur sehr selten und später auf keinen Fall mehr behindert. Eine Empfängnis ist also trotz Einnahme der „Pille danach“ gerade während dieser höchst empfängnisbereiten Zeit möglich.

(3) *Wirkung auf die Lutealphase* (Zeit nach dem Eisprung bis zum Eintritt der Monatsblutung) *und das Endometrium* (Gebärmutter Schleimhaut): Dieselben zitierten Studien an insgesamt 27 Frauen zeigten bei Anwendung der Pille danach 1 – 2 Tage vor dem zu erwartenden LH-Anstieg infolge einer Unterdrückung der pulsilen LH Signale⁸ eine signifikante Verkürzung der nachfolgenden Lutealphase um 1,5 bis 2 Tage. Auch wurden in einer großen Studie mit 2712 Frauen bei 46 Prozent der Anwenderinnen Schmierblutungen oder eine vorzeitige Regelblutung beobachtet.⁹ Eine neuere Studie an 120 Frauen¹⁰ untersuchte die Korrelation zwischen einer vorzeitigen Regelblutung und dem Zeitpunkt der Pilleneinnahme. Ein signifikant verkürzter Zyklus wurde vor allem bei Anwendung

der Notfallpille zur Zeit der 2. oder 3. Zykluswoche beobachtet, d. h. während des empfängnisbereiten Zeitraumes. Bei Anwendung während der 2. Zykluswoche betrug die *mediane* Verkürzung 8,6 Tage und während der 3. Zykluswoche 3,2 Tage. Es scheint schwer vorstellbar, dass Blastozysten (Keimlinge) einen so gravierenden Eingriff in den Zyklus überleben könnten und nicht vor ihrer Einnistung mit der vorzeitigen Blutung ausgeschwemmt würden. Bei Anwendung während der 4. Woche war der Zyklus hingegen eher verlängert. Eine weitere Studie zur selben Zeit an afrikanischen Frauen¹¹ erbrachte tendenziell ähnliche, aber weniger ausgeprägte Ergebnisse. Die Mitarbeit der Probandinnen war in dieser Studie deutlich schlechter. Hinsichtlich verschiedener Marker endometrialer Rezeptivität waren die Ergebnisse verschiedener Studien uneinheitlich. Neuere Studien zeigen eher nur geringfügige Veränderungen, zumal dann, wenn die ‚Pille danach‘ erst zum Zeitpunkt der Ovulation oder später verabreicht wird. Hingegen wurde in einigen Fällen eine gestörte Zeitabstimmung zwischen der Keimes- und Endometriumsentwicklung beobachtet, die Voraussetzung für eine erfolgreiche Einnistung ist (fehlende Phasenkonkordanz).¹²

(4) *Wirkung auf die Tubenfunktion*: Hohe Gestagendosen sind in der Lage, die Aktivität des tubaren Flimmerepithels und die Tubenmotilität zu lähmen.¹³ Als Folge davon wird der tubare Transport der Blastozyste verzögert. Dieser Effekt ist im Kontext einer manifesten Verkürzung der Lutealphase zu sehen. Es liegt nahe zu vermuten, dass der Blastozyste letztlich nicht genug Zeit bleibt, sich im Endometrium einzunisten, auch dann nicht, wenn dessen Rezeptivität kaum affiziert ist. Denn der mit Verzögerung in der Gebärmutterhöhle eintreffende Keimling findet ein Eibett vor, das bereits im Begriff ist, vorzeitig abgestoßen zu werden. Diese Wirkung muss indirekt erschlossen werden und ist klinisch experimentell nicht fassbar.

(5) Je später die „Pille danach“ verabreicht wird, das heißt, je länger eine Fertilisation zurückliegt, desto weniger kommen nachteilige Wirkungen von

LNG zur Geltung. Im Gegenteil, es treten nunmehr die schwangerschaftsschützenden Attribute der Gestagenpille in den Vordergrund. Dem entspricht die Beobachtung, dass bei später Pilleneinnahme Schwangerschaften paradoxerweise sogar häufiger auftreten können, als natürlicherweise zu erwarten wären.¹⁴ In diesen Fällen nämlich kommt es zur Diskordanzumkehr: die Natur wird diskordant, die Notfallpille korrigiert sie.

Wahrscheinlichkeitserwägungen

Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft nach einmaligem ungeschütztem Verkehr

Die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft pro Partnerverkehr beträgt für den Standardfall (regelmäßige ovulatorische Zyklen, kein Empfängnishindernis) 7,8 Prozent.¹⁵ Hier ist bereits der natürliche Abgang von Blastozysten (ca. 50 Prozent) eingerechnet. Die zeitliche Aufschlüsselung der Empfängniswahrscheinlichkeit ist in Abb. 1 (durchgezogene Kurve) dargestellt. Demnach umfasst der Zeitraum einer möglichen Empfängnis 7 Tage, beginnend am Tag 4 vor dem LH-Anstieg (LH - 4) und endend am 3. Tag danach (LH + 3). Die Hauptempfänglichkeit (ca. 30 Prozent) ist am Tag des LH-Gipfels gegeben. Wäre die Wahrscheinlichkeit eines ungeschützten Verkehrs auf 25 Zyklostage (3 Mensesstage ausgenommen) gleichmäßig verteilt, so ergäbe sich die Empfängniswahrscheinlichkeit als Funktion gegebener Flächenverhältnisse, mithin zum Verhältnis $120 \text{ (Fläche unter der Kurve) / } 25 \times 100 \text{ (Gesamtfläche)} = 4,8 \text{ Prozent}$. Dieser Wert entspricht der Schwangerschaftsrate bei Vergewaltigungsopfern. Die beobachtete Wahrscheinlichkeit von 7,8 Prozent ist Ausdruck einer Verschiebung der Koitusfrequenz zugunsten fertiler Tage. Die Empfängniswahrscheinlichkeit im Alltag beliebiger Paare, inkludierend irreguläre und anovulatorische Zyklen, sowie auch Empfängnishindernisse vonseiten des Mannes, wird in der Literatur mit 5,2 Prozent angegeben. Unsere Berechnungen müssen jedoch von Studienfällen ausgehen, die auf Standard-

fälle hin selektiert sind. Nur anhand solcher Fälle wurde auch die Wirksamkeit der Notfallpille gemessen. Eine neuere Studie¹⁶ verwendet eine andere Berechnungsbasis und erzielt damit eine um etwa 2 Prozent niedrigere natürliche Schwangerschaftsrate. Sie stützt sich auf die Konzeptionsrate von 213 Frauen nach Absetzen einer u. a. hormonellen Kontrazeption. Diese Konzeptionsrate ist erwiesenermaßen verzögert bzw. niedriger als jene von Frauen, die zuvor keine hormonelle Kontrazeption geübt hatten¹⁷, weshalb sie als Referenzwert nicht haltbar ist.

Wahrscheinlichkeit der Einnahme der Notfallpille

Nicht nur ist die Wahrscheinlichkeit für einen Partnerverkehr innerhalb eines Zyklus ungleich verteilt, sondern es trifft dies auch für die Einnahme der „Pille danach“ zu. Demnach machen Frauen von der Notfallpille an potentiell fruchtbaren Tagen, an welchen sie eine Empfängnis befürchten, etwa doppelt so häufig Gebrauch wie an potentiell unfruchtbaren Tagen. Die Studiendaten dazu sind in der strichlierten Kurve von Abb. 1 wiedergegeben. Es ist freilich anzunehmen, dass sich die Verteilung der Koitusfrequenz mit der Verteilung der Einnahmefrequenz der Notfallpille weitgehend deckt. Aus diesem Grund wird für die Wahrscheinlichkeitsberechnung die Frequenzvariable nur einfach berücksichtigt.

Die Rolle der Ovulationshemmung

Eine Beeinträchtigung der Ovulation und Empfängnis ist, wie unter Punkt 2 der Wirkmechanismen erläutert, höchstens bis zum Tag LH - 2 zu erwarten. Das bedeutet angesichts der beobachteten postkoitalen Einnahmelücke, dass geschlechtlicher Verkehr bereits 1 - 2 Tage früher (an den Tagen LH - 3/4) stattgefunden haben muss. Die Wahrscheinlichkeit einer Empfängnis zu einem so frühen Zeitpunkt ist a priori gering. Über 80 Prozent der Kinder werden später empfangen. Da andererseits die Notfallpille 80 Prozent möglicher Schwangerschaften verhindert,

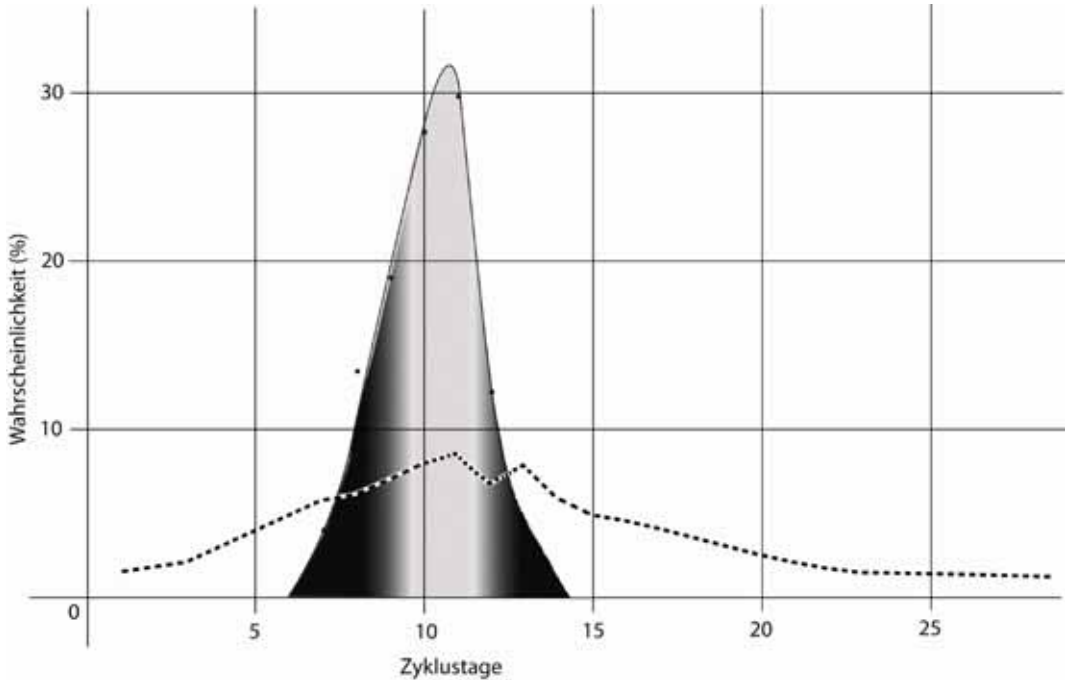


Abb. 1: Wirkungsweise der Notfallpille Vikela®

Die durchgezogene Kurve stützt sich auf gepoolte Daten aus 2 Studien mit 1027 Zyklen und gibt die Wahrscheinlichkeit für eine perzeptible Schwangerschaft nach einmaligem Verkehr an den angegebenen Zyklustagen an, sofern kein Empfängnis- oder Nidationshindernis vorliegt.¹⁸ Die Kurve ist auf einen Idealzyklus mit Ovulation am 12. Tag hin normiert. Tageswahrscheinlichkeiten sind Absolutwahrscheinlichkeiten.

Die strichlierte Kurve stützt sich auf gepoolte Daten aus 8 Studien mit 4058 Zyklen und gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit welcher Frauen an bestimmten Zyklustagen die Notfallpille einnehmen. Die Summe aller Tage ergibt 100%. Wie man sieht, machen Frauen von der Notfallpille an potentiell fruchtbaren Tagen häufiger Gebrauch als an potentiell unfruchtbaren Tagen.¹⁹

Der dunkel bis schwarz schattierte Bereich links (umfassend 28 Flächenprozent) signalisiert jenen Zeitraum, innerhalb welchem die Notfallpille vorwiegend ovulationshemmend oder ovulationsverzögernd wirkt und daher eine Empfängnis verhindert. Der dunkel bis schwarz schattierte Bereich rechts (umfassend 13 Flächenprozent) signalisiert jenen Zeitraum, innerhalb welchem die Notfallpille vorwiegend oder gänzlich unwirksam ist. Eine Schwangerschaft wird nicht verhindert oder gestört.

Der hellgrau schattierte Bereich in der Mitte (umfassend 59 Flächenprozent) signalisiert jenen Zeitraum, innerhalb welchem die Notfallpille weder ovulationshemmend oder verzögernd wirkt noch vorwiegend unwirksam ist. Während dieses Zeitraumes kommt es unter Einnahme der Notfallpille mit einer Wahrscheinlichkeit von 88% zu einem Abgang der Blastozyste aufgrund einer vorzeitig einsetzenden Regelblutung und/oder einer künstlich induzierten zeitlichen Diskordanz zwischen Keim und Endometrium.

Die Daten betreffend die schattierten Bereiche stützen sich auf die Studien in Referenz 20.

folgt daraus, dass der Großteil ihrer Wirkung nicht mit einer Behinderung von Ovulation oder Empfängnis zu tun haben kann. Dieser Schluss steht im Widerspruch zu Berechnungen von Trussell et al.²¹, die ergaben, dass 62 – 87 Prozent des Wirkungsanteils der Notfallpille einer Ovulationshemmung zuzuschreiben wären. In ähnlicher

Weise äußern sich Marions²² und Gemzell-Daniellson²³. Diese Einschätzungen beruhen einerseits auf unrichtigen Prämissen, - bis zum Tag LH o wird noch Ovulationshemmung unterstellt und generell eine Pilleneinnahme binnen 24 Stunden angenommen - andererseits vielleicht aus Ratlosigkeit, weil abgesehen von einer Ovulationshem-

mung kein klarer Wirkmechanismus für die „Pille danach“ experimentell fassbar ist.

Die Rolle einer möglichen Interzeption (Frühabtreibung)

Tatsächlich liegt zwischen dem Tag LH – 1 und LH + 1 – dem Zeitraum höchster Empfänglichkeit – ein Graubereich, für den kein Wirknachweis vorliegt. Abb. 1 stellt die Anteile des gesicherten und ungesicherten Wirknachweises durch unterschiedliche Grautönung der fertilen Periode dar: Der schwarz-dunkelgraue Bereich zur linken Seite veranschaulicht den Zeitraum der Ovulationshemmung. Dieser umfasst 28 Prozent der Fläche (der Empfängniswahrscheinlichkeit). Der schwarz-dunkelgraue Bereich zur rechten Seite veranschaulicht den Zeitraum weitgehender Wirkungslosigkeit der „Pille danach“. Er umfasst 13 Prozent der Fläche und macht daher den Großteil jener maximal 21 Prozent an Fällen aus, bei denen die „Pille danach“ nicht wirkt (Punkt 5 oben). Der in der Mitte befindliche hellgraue Abschnitt veranschaulicht jenen Zeitraum, für welchen ein definitiver Wirkmechanismus der „Pille danach“ nicht nachweisbar ist, in dem aber doch die Mehrzahl offenbar befruchteter Eizellen nicht in eine Schwangerschaft münden. Der Flächeninhalt dieses Graubereiches umfasst 59 Prozent der Gesamtfläche, das heißt, der Empfängniswahrscheinlichkeit. 8 Prozent dieser Gesamtfläche (resultierend aus der Differenz von 21 und 13 Prozent) kann dem Wirkversagen der „Pille danach“ während dieses Zeitraumes – der Blastozyste glückt es in wenigen Fällen knapp vor Beginn einer Blutung, oder ihr zum Trotz, sich im Endometrium noch zu verankern – zugerechnet werden. In mindestens 51 Prozent der Fälle hingegen muss eine frühabtreibende Wirkung, resultierend aus den unter Punkt 3 und 4 beschriebenen Wirkungen der Notfallpille, angenommen werden. Es gibt dafür keine andere Erklärung. Es ist wahrscheinlich, dass die frühabtreibende Wirkung sogar noch größer ist, wenn von einem korrekten Gebrauch der Pille ausgegangen wird. Dieses Ergebnis stimmt mit unseren früheren Aussagen überein.

Risiko einer frühabtreibenden Wirkung der „Pille danach“ im Einzelfall

Werden die Frequenzvariablen für Partnerverkehr und Pilleneinnahme nur einfach berücksichtigt, dann genügt es, die Konzeptionswahrscheinlichkeit (7,8 Prozent) nach einmaligem Verkehr mit dem oben errechneten Prozentsatz des Interzeptionsrisikos (51 Prozent) zu multiplizieren. Demnach ergibt sich das Risiko einer frühabortiven Wirkung für den Einzelfall zu 4 Prozent als unterstem Wert. Wird die Frequenzvariable teilweise doppelt berücksichtigt und der unter strengen Studienbedingungen sich ergebende Effektivitätswert von 89 Prozent herangezogen, dann liegt das Risiko im Einzelfall nahe 5 Prozent. Dieser relativ niedrige Prozentsatz folgt aus der simplen Tatsache, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle auch ohne Einsatz der „Pille danach“ eine Schwangerschaft nicht eingetreten wäre – und somit ihre Einnahme retrospektiv unnötig war.

Moralische Wertung

Selbstverständlich will kein Befürworter der Notfallpille sich sagen lassen, dass er für die Vernichtung menschlichen Lebens eintrete. Um diesem Vorwurf zu begegnen, bringen Befürworter je nach „philosophischem“ Background eines oder mehrerer der folgenden Argumente vor:²⁴

(1) Von Frühabort zu sprechen ist Etikettenschwindel. Nur eine Schwangerschaft kann abortiert werden. Es ist indes erwiesen, dass die Notfallpille eine Schwangerschaft nicht stört. Darauf ist zu antworten: Eine Handlung, die die Vernichtung eines Menschen in seinem frühesten Stadium zum Ziel hat, ist moralisch als Tötungshandlung zu bewerten und daher im Falle des Embryos als Abtreibung zu bezeichnen.

(2) Die Anwendung der Notfallpille führt zu keinem Verlust keimenden menschlichen Lebens. Denn sie wirkt praktisch ausschließlich ovulationshemmend. Dort, wo sie den Eisprung nicht verhindert, wirkt sie gar nicht. Antwort: Die Existenz des beschriebenen hellgrauen Bereiches wird in Abre-

de gestellt. Um diesen (moralisch einwandfreien) Schluss ziehen zu können, werden unrealistische Annahmen gemacht bzw. experimentelle Daten nicht zur Kenntnis genommen.

(3) Die Zahl natürlicherweise verloren gehender Blastozysten ist weit größer als die Zahl der durch die Notfallpille induzierten Verluste. Antwort: Dieses Argument vergleicht unzulässigerweise Tötung mit einem Naturgeschehen. Für Naturvorgänge trägt niemand Verantwortung. Eingriffe am Embryo, die seinen Tod herbeiführen, sind hingegen moralische Handlungen von Menschen an Menschen, keine Vorgänge.

(4) Der Prozentsatz der Anwendungsfälle, die zu einem Blastozystenverlust führen, ist lächerlich niedrig. Die Notlage rechtfertigt seine Inkaufnahme.

Dieses letztere Argument soll genauer untersucht werden. Die Notfallpille wirkt zwar in mindestens 50 Prozent der Fälle, in denen sie überhaupt zur Wirkung kommt, frühabtreibend, jedoch so nur in 4 – 5 Prozent der Anwendungsfälle. Das heißt konkret, in einem von 20 – 25 Fällen. Was bedeutet das für jene, die das Medikament verschreiben, jene, die es verkaufen, und jene, die es anwenden? Für letztere muss man zunächst die Absicht, mit der sie das Medikament verwenden wollen, prüfen. Nehmen wir zunächst jenen Fall an – und dieser dürfte auch der Normalfall sein –, in dem eine Frau ihre Schwangerschaft um jeden Preis, d. h. auch um den Preis der Vernichtung eines eventuell bereits entstandenen menschlichen Lebens verhindern will. In einem solchen Fall ist in der Absicht die Vernichtung menschlichen Lebens bereits voll enthalten. Es ist daher unerheblich, wie hoch oder niedrig die Prozentsätze einer Frühabtreibung sind, denn intentional will die Frau gegebenenfalls auch die Vernichtung. Da die Absicht ein maßgeblicher Faktor für die moralische Qualität einer Handlung ist, ist in diesem Fall die moralische Qualität der Handlung allein schon durch die schlechte Absicht verdorben.

Was wäre aber, wenn die Frau nicht die Vernich-

tung des neuen menschlichen Lebens will? Nehmen wir an, dass sie das Kind jedenfalls austragen würde, wenn sie wüsste, dass sie sicher schwanger ist. Sie hat sich auch beraten lassen und erfahren, dass die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, bei 7,8 Prozent liegt und dass das Risiko, dass die eingenommene Pille entstandenes menschliches Leben vernichtet, 4 bis 5 Prozent beträgt. Darf sie das Risiko auf sich nehmen? Wenn man hier die Regeln der Handlung mit Doppelleffekt²⁵ anwendet, und auch annehmen könnte, dass die Verhinderung der Schwangerschaft unter Umständen ein moralisch erstrebbares Ziel ist, müsste die betroffene Frau vor allem klären, ob es einen angemessenen Grund gibt, um dieses Risiko auf sich zu nehmen. Zur sicheren Rettung von Leben dürfte sie unter Umständen ein geringes Risiko auf Tötung, niemals aber eine sichere Tötung in Kauf nehmen. Man könnte nicht ganz hypothetisch an den Fall einer Frau denken, die durch eine eingetretene ungewollte Schwangerschaft, falls sie das Kind austrüge, selbst in Lebensgefahr geriete und ihre Wahrscheinlichkeit, infolge der Schwangerschaft zu sterben, deutlich über 5 Prozent läge. Dann könnte sie erwägen, ob eine Verhinderung der Schwangerschaft durch die „Pille danach“ berechtigt sein könnte. Hier läge auch ein Grund für eine ethisch zulässige medizinische Indikation, die die Einnahme der Pille rechtfertigt. In einem solchen Fall müsste der Arzt auch die Indikationsstellung und der Apotheker die Verabreichung der Pille mit seinem rechten Gewissen vereinbaren.

Man kann aber davon ausgehen, dass im Normalfall (empirisch-statistisch gesehen) die Pille mit der Absicht eingenommen wird, die Schwangerschaft um jeden Preis zu verhindern. Hier kann der Arzt nicht mitmachen. Er muss damit rechnen, dass jede 20. bis 25. Pille danach, die er verschreibt, eine Vernichtung eines Menschen im Blastozystenstadium bewirkt, d. h. wenn er z. B. 100 Pillen pro Jahr verschreibt oder verabreicht, er an 4 bis 5 Tötungen indirekt mitwirkt, was sicher ethisch nicht zu rechtfertigen ist. Nicht ganz dieselbe ist die Stellung des Apothekers. Er kennt die Absicht des

Patienten meistens nicht. Jedoch weiß er auch, dass jede 20. bis 25. Pille danach, die er verabreicht, eine Vernichtung eines Menschen im Blastozystenstadium bewirkt. Und er wird auch schwer davon ausgehen, dass jede Pille zu Recht verschrieben wurde und daher dem Arzt die ganze Verantwortung zu übertragen sei. Sich selbst als vernunft- und willenlosen Handlanger des Arztes zu sehen, wäre für den Apotheker anthropologisch und daher auch ethisch sehr problematisch. Zumindest kann man hier mit Sicherheit sagen, dass der Apotheker, der entscheidet, die Pille danach nicht zu führen, weil er dafür keine moralische Verantwortung tragen will, ethisch einwandfrei handelt. Deshalb wäre sehr wichtig, dass der Gewissensvorbehalt beim Apotheker gesetzlich verankert wird.

Referenzen

- 1 Rella W., *Entwicklungen und Wirkmechanismen der „Pille danach“*, *Imago Hominis* (2000); 7: 254-255
- 2 Stoll M., Rella W., *Rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“: Ein Schritt in die richtige Richtung?*, *Imago Hominis* (2006); 13: 9-11
- 3 Croxatto H. B. et al., *Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature*, *Contraception* (2001); 63: 111-121
- 4 Hamoda H. et al., *A randomized trial of Mifepristone (10mg) and levonorgestrel for emergency contraception*, *Obstet Gynecol* (2004); 104: 1307-1313
- 5 Von Hertzen H. et al., *Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial*, *Lancet* (2002); 360: 1803-1810
- 6 WHO Task Force on Postovulatory methods of fertility regulation, *Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception*, *Lancet* (1998); 352: 428-433
- 7 Von Hertzen H. et al., siehe Ref. 3
- 8 Hamoda H. et al., siehe Ref. 3
- 9 WHO Task Force on Postovulatory methods of fertility regulation, siehe Ref. 3
- 10 Bahamondes L. et al., *The in-vitro effect of levonorgestrel on the acrosome reaction of human spermatozoa from fertile men*, *Contraception* (2002); 68: 55-59
- 11 Yeung W. S. B. et al., *The effects of levonorgestrel on various sperm functions*, *Contraception* (2002); 66: 453-457
- 12 Durand M. et al., *On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception*, *Contraception* (2001); 64: 227-234
- 13 Hapangama D. et al., *The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle*, *Contraception* (2001); 63: 123-129
- 14 Marions L. et al., *Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action*, *Obstet Gynecol* (2002); 100: 65-71
- 15 Von Hertzen H., *Research on new methods of emergency contraception*, *J Reprod Med* (1996); 5: 12-18
- 16 Von Hertzen H. et al., siehe Ref. 3
- 17 Raymond E. G. et al., *Bleeding patterns after use of levonorgestrel emergency contraceptive pills*, *Contraception* (2006); 73: 376-381
- 18 Gainer E. et al., *Menstrual bleeding patterns following levonorgestrel emergency contraception*, *Contraception* (2006); 74: 118-124
- 19 Marions L. et al., siehe Ref. 7
- 20 Mahmood T. et al., *The effect of ovarian steroids on epithelial ciliary beat frequency in the human Fallopian tube*, *Hum Reprod* (1998); 13: 1991-1994
- 21 Novikova N. et al., *Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before ovulation – a pilot study*, *Contraception* (2007); 75: 112-118
- 22 Trussell J. et al., *Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception*, *Obstet Gynecol* (1999); 93: 872-876
- 23 Trussell J. et al., *New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception*, *Contraception* (1998); 57: 363-369
- 24 Wilcox A. J. et al., *Likelihood of conception with a single act of intercourse providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives*, *Contraception* (2001); 63: 428-433
- 25 Fraser I. S., Weisberg E., *Fertility following discontinuation of different methods of fertility control*, *Contraception* (1982); 26: 389-408
- 26 Rella W., *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts*, IMABE-Studie Nr. 1, Wien (1994), ISBN 978-3-900538-48-4, S. 48
- 27 Trussell J. et al., siehe Ref. 14, Tab. 1
- 28 Trussell J. et al., *Effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception by cycle day of intercourse: implications for mechanism of action*, *Contraception* (2003); 67: 167-171, Tab. 1
- 29 Durand M. et al., siehe Ref. 7
- 30 Hapangama D. et al., siehe Ref. 7
- 31 Marions L. et al., siehe Ref. 7
- 32 Novikova N. et al., siehe Ref. 14
- 33 Raymond E. G. et al., siehe Ref. 10
- 34 Trussell J. et al., siehe Ref. 14

- 22 Marions L. et al., siehe Ref. 7
- 23 Gemzell-Danielsson K., Marions L., *Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception*, Hum Reprod (2004); 10: 341-348
- 24 vgl. Trussell J., Jordan B., *Editorial: Mechanism of action of emergency contraceptive pills*, Contraception (2006); 74: 87-89
ebenso www.not-2-late.com
- 25 Für die Sittlichkeit der Handlungen mit Doppeleffekt werden in der moraltheologischen Tradition folgende Regeln geltend gemacht:
 - 1. Die Handlung und die intendierte Folge müssen an sich gut sein.
 - 2. Die negative Folge muss objektiv den Charakter einer Nebenwirkung haben und nicht die Hauptwirkung einer solchen Handlung sein. Sie muss, soweit es geht, sogar vermieden werden.
 - 3. Die negative Folge muss in einer angemessenen Proportion zum Zweck der Handlung stehen.

Margit Spatzenegger

Cooperatio ad malum?

Abgabe der „Pille danach“ durch Apotheker

Zusammenfassung

Die Abgabe der „Pille danach“ durch den Apotheker ist in der letzten Zeit Brennpunkt bioethischer Diskussionen sowohl in den USA als auch in Europa. Dabei wird deutlich, wie sehr dieses Problem eines genauen Verständnisses der *cooperatio ad malum* bedarf. Im vorliegenden Beitrag geht es deshalb zunächst um das Thema der Mitwirkung an unrechten Taten aus der Perspektive der katholischen Moraltheologie und der handelnden Person. Das Netzwerk der *cooperatio*, das die ethische und juristische Debatte um den Status des Embryo, die Manipulation der Information und das Spannungsfeld zwischen Arzt, Patient und Gesundheitssystem umfasst, lässt dem Apotheker nur wenig Spielraum für einen Gewissensvorbehalt. Es ist jedoch das Recht des Apothekers, seine ethische Intention in der Ablehnung der Abgabe der „Pille danach“ geltend zu machen und die Pflicht des Gesetzgebers und des Gesundheitssystems, ihn dabei zu unterstützen.

Schlüsselwörter: cooperatio ad malum, Pille danach, Abtreibung, Intention

Abstract

In these days the dispensation of the morning after pill by pharmacists has been a focus of interest within the discussion in bioethics in the USA and in Europe. In this context a thorough understanding of the issue of *cooperatio ad malum* is a prerequisite. Therefore, this contribution focuses first on the cooperation in evil taking into account traditional distinctions by the catholic moral theology and the perspective of the acting person. Caught in a network of cooperation between the ethical and juridical debate on the status of the human embryo, the manipulation of information and a position between physician, patient and health care system the pharmacist's possibility for conscientious objection is small. However, it is the pharmacist's right to refuse the dispensation of the morning after pill. And it is the duty of the legislator and the health care system to protect the pharmacist's right to conscientious objection.

Keywords: cooperation in evil, morning after pill, abortion, intention

Dr. Margit Spatzenegger
Pötzleinsdorferstraße 21-23/2/5, A-1180 Wien
Margit.Spatzenegger@gmx.net

1. Einleitung

In Anlehnung an das Griechische und das Lateinische beschreibt Hannah Arendt in ihrer *Vita activa* unser Handeln als „etwas [, das] begonnen oder in Bewegung gesetzt [wird] von einem einzelnen, der anführt, worauf ihm viele gleichsam zu Hilfe eilen, um das Begonnene weiter zu betreiben und zu vollenden“¹. Unser Handeln und damit unser Leben vollzieht sich in einem Netz von Beziehungen, in dem es geradezu unvermeidbar ist sowohl an guten als auch an unrechten Taten anderer mitzuwirken. Insofern unsere Zusammenarbeit (*cooperatio*) einem guten Ziel dient, ist dies natürlich gut und auch notwendig. Ethisch problematisch ist nur die Mitwirkung an unrechten Taten, denn in demselben Maß, wie die Mithilfe am Guten das Gute noch vermehrt, so vermehrt die Mitwirkung am Unrechten auch das Unrechte. Wobei man nicht vergessen sollte, wie eng in unserer spezialisierten Welt unrechtes und rechtes Zusammenwirken oft verknüpft sind. Aus unserer Erfahrung wissen wir, dass wir beinahe täglich direkt oder indirekt mit dem Problem der *cooperatio ad malum* konfrontiert sind. Selbst Christus und seine Jünger zahlten Steuern, die auch für ungerechte Zwecke verwendet wurden. Der Versuch jeder Vermeidung von Mitwirkung an möglichen negativen Handlungen scheint geradezu unmöglich, da er von uns den Rückzug aus den meisten Lebensbereichen verlangen würde und wir uns zusätzlich den Vorwurf der Unterlassung des Guten einhandeln würden. Aus diesem Paradox des Bewusstseins um unsere mögliche *cooperatio ad malum* und der Unmöglichkeit, dieser sowohl in Beruf als auch im gesellschaftlichen Alltag zu entinnen, erklärt sich wohl auch, warum wir zwar täglich direkt oder indirekt mit diesem Problem zu tun haben, dieses aber selten in eindeutiger Weise dargestellt wird. H. Davis bemerkte hierzu bereits vor einem halben Jahrhundert, dass es keine schwierigere Frage im Bereich der Moralthologie als die *cooperatio ad malum* gäbe.²

Im Folgenden wird zunächst versucht, die *cooperatio ad malum* aus dem Blickwinkel der handeln-

den Person zu analysieren. Von diesem Verständnis her soll die Abgabe der „Pille danach“ durch den Apotheker/die Apothekerin beleuchtet werden. Dabei soll auch deutlich gemacht werden, wie sehr der Apotheker von einem Netzwerk einer negativen Mitwirkung umgeben ist:

Vom geschichtlichen Netzwerk der bereits dritten Welle der Diskussion um den Status des Embryo, vom sprachlichen Netzwerk der manipulierten Informationen und Definitionen rund um Empfängnis und Schwangerschaft und schließlich vom gesellschaftlichen Netzwerk des Arztes, des Patienten und des Staates, die die Schnittstelle des Apothekers in ihrer Autonomie beschneiden wollen. Gerade aber in der Autonomie und im freien Willen ist ein zentraler Punkt der *cooperatio ad malum* zu finden. Daher ist auch die Frage an den Apotheker eine zweifache: Möchte er zum Heilen oder zum Vernichten von menschlichem Leben beitragen und möchte er aus freiem Willen in Übereinstimmung mit seinem Gewissen handeln oder nur ein Ausführer fremdbestimmter Handlungen sein?

2. Cooperatio ad malum

2.1. Definition

Mitwirkung an unrechten Handlungen anderer ist jede Beteiligung an der unrechten Tat eines anderen. Dabei ist der Mitwirkende nicht derjenige, der das moralisch negative Tun anstiftet, sondern jemand, der bei der Ausführung der Handlung hilft, die Mittel und Informationen zur Verfügung stellt und Ratschläge gibt. Somit ist die *cooperatio* a) nicht die Ursache einer moralisch schlechten Handlung, sondern nur Hilfe, um die bereits beschlossene Tat auszuführen.³ Weiters ist b) charakteristisch, dass die Handlung des Mitwirkenden von der unrechten Haupttat mehr oder weniger getrennt erfolgt. *Cooperatio* schließt c) sowohl die aktive als auch die passive Tat mit ein. Die Problematik der *cooperatio* ergibt sich aber meist daraus, dass die Handlung des Mitwirkenden zunächst für sich genommen ethisch akzeptabel erscheint, wobei eine genauere Analyse allerdings oft auch d) die mitwirkende Tat

als moralisch unrecht aufzeigt.⁴ Die oben genannten vier Punkte weisen auf verschiedene kritische Fragestellungen der *cooperatio* hin und machen deutlich, warum Mitwirkung an unrechten Handlungen einer sehr genauen Analyse bedarf und von Theologen unterschiedlich beurteilt wird.

2.2. Traditionelle Bewertung

In der katholisch moraltheologischen Tradition wird die Mitwirkung nach unterschiedlichen Kriterien beurteilt. Dabei wird zwischen positiver und negativer Mitwirkung unterschieden, je nachdem, ob der Mitwirkende durch eine Handlung den Hauptakteur unterstützt oder ob er es unterlässt, den Täter an der Ausführung seiner Handlung zu hindern. Zusätzliche Kriterien sind auch die Häufigkeit und die Wichtigkeit des Beitrags, die Willensfreiheit des Mittäters sowie die Unerlässlichkeit der *cooperatio* zur Ausführung der moralisch unrechten Tat. Außerdem wird noch zwischen unrechtmäßiger und ungesetzlicher Mitwirkung unterschieden.⁵

Die weitaus wichtigste Unterscheidung für die ethische Bewertung ist jedoch jene zwischen formeller und materieller Mitwirkung zum unrechten Tun anderer. Dabei stützen sich die katholische Moraltheologie und moraltheologische Handbücher vor allem auf die Definition des hl. Alfons von Liguori: „Jene [*cooperatio*] ist formell, die mit dem bösen Willen des anderen geschieht, und diese ist nicht ohne Sünde; jene [*cooperatio*] ist materiell, die nur in der unrechten Tat des anderen besteht, getrennt von der Intention des Mitwirkenden“⁶.

Formelle Mitwirkung liegt also dann vor, wenn jemand äußerlich zur unrechten Tat eines anderen beiträgt und zugleich innerlich zustimmt. Der materiell Mitwirkende hingegen teilt nicht die unrechte Absicht eines anderen. Die innere Zustimmung beziehungsweise die Absicht des Beteiligten ist also das Kriterium zur Unterscheidung zwischen formeller und materieller Mitwirkung. Aus diesem Grund ist formelle *cooperatio* ethisch niemals erlaubt. Da die Handlung daher auch nicht vernunftgemäß ist, ist die formelle Beteiligung an

moralisch schlechten Handlungen auch in sich selbst ethisch unrecht⁷. In der Enzyklika *Evangelium vitae* charakterisiert Papst Johannes Paul II. formelle Mitwirkung als eine „durchgeführte Handlung [, die] entweder auf Grund ihres Wesens oder wegen der Form... als direkte Beteiligung ...an einer [schlechten] Tat oder als Billigung der unmoralischen Absicht des Haupttäters [bezeichnet werden muß]“⁸. Dieser Satz wie auch die oben angeführte traditionelle moraltheologische Unterscheidung der *cooperatio* sind erst aufgrund der Struktur der menschlichen Handlung in ihrer ganzen Dichte und Aussagekraft verständlich.

2.3. Die menschliche Handlung

Dieses umfangreiche Thema kann hier nur angeschnitten werden, aber ist trotzdem unverzichtbar, um die eher kasuistische Lehre der katholischen Moraltheologie bezüglich *cooperatio ad malum* als ein organisches Ganzes zu verstehen.

Unser Handeln ist bestimmt durch die Suche nach dem Guten und letzten Endes nach dem Glück. In der klassischen Ethik aufbauend auf Aristoteles und Thomas von Aquin, einer Ethik aus der Perspektive der ersten Person, richtet sich daher die praktische Vernunft nicht so sehr am „Sollen“, sondern am „Guten“ aus, wobei mit dem Guten das wahrhaft Gute gemeint ist.⁹

Menschliches Handeln ist ein Handeln gemäß der Vernunft und aus freiem Willen (im Gegensatz zu einem rein physischen Ereignis). Das letzte Urteil über das moralische Gutsein einer Tat basiert daher nicht auf einer Vorschrift, sondern immer auf der Vernunft des Handelnden. Ethische Normen sind nur Minimalvoraussetzungen, um die Würde der Person zu respektieren.¹⁰ *Veritatis Splendor* weist im folgenden Abschnitt nicht nur auf den Zusammenhang zwischen der Vernunftordnung und der Güte des Willens hin, sondern auch darauf, dass wir für unsere frei gewählte Tat verantwortlich sind: „Das Objekt des Willensaktes ist ja ein frei gewähltes Verhalten. Insofern es mit der Vernunftordnung übereinstimmt, ist es Ursache der Güte

des Willens, macht es uns sittlich vollkommener und hilft uns, unser letztes Ziel im vollkommenen Guten, der ursprünglichen Liebe, zu erkennen. Unter ‚Objekt‘ einer bestimmten sittlichen Handlung kann man daher nicht einen Prozess oder ein Ereignis rein physischer Ordnung verstehen, die danach zu bewerten wären, dass sie einen bestimmten Zustand in der äußeren Welt hervorrufen“¹¹.

Im oben zitierten Absatz geht es zunächst um unseren Umgang mit der Freiheit. Die Vernunft ist die Wurzel unserer Freiheit, denn sie lässt uns das wahre Gute, die tatsächliche Realität einer Situation wissen und unser Streben und unseren Willen auf das Gute ausrichten. Die Aussage über die Erkenntnis unseres letzten Zieles, der ursprünglichen Liebe greift aber noch tiefer: Der menschliche Wille und seine Vernunft sind zwar auf ein letztes, universales Gut ausgerichtet, nämlich auf das größte Glück des Menschen. Allerdings sind wir trotzdem in unserem Wissen und Streben auf unsere Alltagswünsche und -sorgen beschränkt. D. J. M. Bradley beschreibt dies als „ein Paradox, dass der Weg zur Vollkommenheit durch das, was das Sein des Menschen ausmacht, selbst blockiert wird; die menschliche Vernunft ist zugleich offen als auch verschlossen bezüglich ihrer eigenen Vollkommenheit“¹². Das heißt nun aber auch, dass unser Streben und somit unsere Freiheit durch die Situation, in der wir uns gerade jetzt befinden, limitiert ist. Wir können nur realistische Ziele durch realistische Mittel erreichen. Das was unser Menschsein ausmacht, ist eben gerade unsere begrenzte Freiheit, eine persönliche Autonomie, die eben nur Teilhabe an der göttlichen Freiheit ist, weil wir Geschöpfe sind.¹³ In diesem Paradox ist ein wichtiger Punkt in den Überlegungen zur *cooperatio ad malum* enthalten. Denn unsere menschlichen Begrenzungen sind auch das Potential und die Herausforderung zum Handeln in Freiheit.¹⁴ Die Freiheit ermöglicht uns, mit unserer Realität verantwortungsvoll umzugehen, und nicht sie zu umgehen. Bezogen auf das Problem der Mitwirkung an unrechten Handlungen heißt dies, dass es weder für uns selbst noch

für einen Berater sinnvoll sein kann, sich darum zu bemühen, wie man eine moralische Norm am besten umgeht. Im Englischen wird dies als „tax lawyers“ Mentalität beschrieben, die fast alle Fälle der *cooperatio ad malum* auf materielle bzw. erlaubte Mitwirkung und damit zu einem sogenannten „Kavaliersdelikt“ reduziert.¹⁵

Ein zweiter wichtiger Punkt ist das Objekt des Willensaktes. Objekt einer menschlichen Handlung ist der Inhalt einer Handlung und somit jene Wirkung, die eine Tat direkt verursacht. Das Handlungsobjekt inkludiert ein erstes „Wozu“ der Handlung, das heißt, sie besitzt in sich bereits einen intentionalen Charakter, einen so genannten intentionalen Basis-Gehalt der Handlung, denn ansonsten würde die Handlung nicht ethisch beschreibbar sein.¹⁶ Es ist das Ergebnis des Aktes, unabhängig von den Umständen und Absichten des Handelnden.¹⁷ Weitere zum intentionalen Basis-Gehalt hinzukommende Absichten und Folgen gehören zwar zum Gesamtbild eines menschlichen Aktes, sind jedoch nicht Teil des Handlungsgegenstandes. Ist der unmittelbare Handlungsgegenstand sittlich unrecht, so können keine noch so gute Absicht und kein noch so guter Zweck die Tat zu einer objektiv guten Tat machen. Daraus resultieren die so genannten moralischen „Absoluta“, die Verbote von Handlungen, die ausschließlich wegen ihres Handlungsobjektes als absolut und innerlich böse zu bewerten sind. *Veritatis splendor* nennt diese Handlungen in Übereinstimmung mit der Überlieferung der Kirche als „in sich schlecht“ (*intrinsece malum*) und führt als Beispiele Mord, Abtreibung, Euthanasie, aber auch unmenschliche Lebensbedingungen und Arbeitsbedingungen an, die das menschliche Leben und seine Würde nicht respektieren.¹⁸ Wichtig ist dabei, dass es sich um ein Verbot der mit Absicht durchgeführten in sich schlechten Tat handelt. Die Mitwirkung an diesen absolut schlechten Handlungen ist bei innerlicher Zustimmung daher immer formell und sittlich unrecht.

Warum ist der innerliche Wille so wichtig? Zunächst einmal, weil man normalerweise für seine

Entscheidungen, die man im Lichte der abwägenden Vernunft über die Mittel und Ziele getroffen habe, verantwortlich ist. Natürlich gibt es aber auch Handlungen, die zu einem Zustand führen, den man zwar voraussieht, aber innerlich nicht will. Das Schulbeispiel ist dabei die Behandlung mit Opiaten, die mit der Absicht gegeben werden, Schmerzen zu lindern und nicht das Leben zu verkürzen (wobei dies in der heutigen medizinischen Praxis nicht mehr unbedingt der Fall sein muss)¹⁹. Ein zweiter Grund, warum der innerliche Willensakt mit absoluten Verboten in Verbindung gebracht werden muss, ist, dass die Wahl einer Handlung nicht aufgrund des Hervorbringens bestimmter äußerer Zustände bewertet werden kann. Diese zunächst durchaus plausible und pragmatische Begründung der sittlichen Bewertung einer Handlung ist aus zwei Gründen nicht möglich: Erstens, weil es über unsere Möglichkeiten hinausgeht, alle möglichen Konsequenzen einer Handlung abzusehen. Zweitens, weil uns der gemeinsame Maßstab fehlt, um die Vorteile aller möglichen Konsequenzen zu vergleichen.²⁰ Dies gilt sowohl für den Haupt- als auch für den Mittäter. Tatsächlich ist es so, dass mein praktisches Urteilen und meine Absicht bestimmen, zu welcher Tat oder zu welcher Lebensweise ich mich verpflichtet habe, um den gewünschten Zustand zu erreichen. Das Wollen des handelnden Subjektes ist in diesem Zusammenhang wichtig.

Daraus ergibt sich ein dritter wichtiger Punkt für die Analyse der *cooperatio*: Dass nämlich meine gewählten Handlungen meinen Charakter und mein weiteres Leben formen. Handlungen sind personale Akte, die unsere Leiblichkeit, Sinne, Affekte und Triebe miteinschließen und somit konstituierende Elemente des „Ichs“ sind.²¹ Das heißt, dass es bei unseren Überlegungen zur Mitwirkung an unrechten Taten nicht nur darum geht, was wir *tun sollen*, sondern insbesondere auch darum, wer wir *sein sollen*. Jede unserer Taten formt unseren Charakter, und umgekehrt bestimmt auch unser Charakter, welche Handlungen wir nie, welche wir unter bestimmten Bedingungen und welche wir

gerne ausführen oder an welchen Taten wir mitwirken. Wenn wir also eine Tat ausführen, von der wir uns bewusst sind, dass sie zu einer unrechten Tat eines anderen beiträgt, dann riskieren wir, dass die Art der Beschreibung unserer Handlung durch den Haupttäter auch zu der unseren wird und wir beginnen, uns selbst zu betrügen. Dieses Problem ist besonders wichtig im Zusammenhang mit wiederholter *cooperatio ad malum*.²² Wie sehr eine wiederholte unrechte Tat zur zweiten Natur des Menschen wird, schildert L. Gormally am Beispiel eines Gynäkologen, der einige Tausend Abtreibungen hinter sich hatte und danach gefragt wurde, ob er bei einer seiner durchgeführten Abtreibungen ein schlechtes Gewissen hatte. Dieser antwortete, dass er dieses schlechte Gewissen bei seiner ersten durchgeführten Abtreibung hatte, aber seitdem sei die Durchführung einfach nur reine Routine.²³

2.4. Analyse der *cooperatio ad malum*

Drei sogenannte „Quellen der Moralität“ wurden im obigen Absatz über die menschliche Handlung als wichtige zu beachtende Punkte für die *cooperatio ad malum* identifiziert: 1) Der freie mit dem Haupttäter übereinstimmende Wille. 2) Die Identifizierung des Handlungsobjektes als gut/unrecht oder indifferent. 3) Die Mitwirkung an unrechten Taten verändert uns selbst und hat Auswirkungen auf unsere Beziehung zu anderen. Diese Themen sollen im Anschluss analysiert werden anhand der Ausführungen des hl. Alfons von Liguori und in Anlehnung an G. Grisez's Appendix zur formellen und materiellen Mitwirkung an unrechten Handlungen anderer.²⁴

2.4.1. Teilhabe am unrechten Willen

Formelle Mitwirkung an ethisch unrechten Taten zeichnet sich dadurch aus, dass der Mittäter zumindest teilweise den schlechten Willen mit dem Haupttäter teilt. Die Intention richtet sich dabei nicht nur auf das unmittelbare Handlungsobjekt, sondern es können auch noch andere Ziele gewollt werden. Dabei unterscheidet man zwischen zwei Arten eines Willensaktes: Zunächst handelt es sich

um die Wahl eines Vollzugs einer konkreten Handlung. Diese Handlungswahl bezieht sich immer auf ein praktisches Gut, auf das Mittel zum Zweck. Weiters kann der Willensakt aber im Wählen und Handeln ein weiteres Ziel intendieren. Eine Zielintention oder Absicht richtet sich auf ein praktisches Gut, das außerhalb des unmittelbaren Handelns liegt und durch die Handlungswahl konkretisiert wird.²⁵ Dabei ist es wichtig, sich den Zusammenhang zwischen Ziel, Intention, Wählen und Handeln zu vergegenwärtigen: Intentional steht das Ziel am Anfang der Handlung, und mit der Intention beginnt das Überlegen, das zum Wählen und Handeln führt.²⁶ Ein Ziel kann außerdem als Mittel zum Erreichen eines weiteren Zieles dienen. Zu den eigentlichen Intentionen einer Handlung kommen noch die so genannten Motivationen oder Beweggründe hinzu, die erklären, weshalb überhaupt etwas getan wird (zum Beispiel aus Zorn oder Sympathie). Allerdings ist eine reine Motivation noch nicht Grund genug, um etwas Konkretes zu tun. Dazu benötigt man auch eine Intention.²⁷ Um von formeller und damit in allen Situationen unerlaubter Beteiligung sprechen zu können reicht ein einziges Element der intentionalen Übereinstimmung von Haupttäter und Mittäter aus. Das geteilte Element muss außerdem nicht dieselbe Rolle in den beiden Handlungen spielen. Als Beispiel nennt Grisez die gemeinsame Intention von zwei Bandenmitgliedern, ein Lagerhaus niederzubrennen, wobei der eine dies aus Rache tut, der andere aus perverser Lust an großen Feuern.²⁸ Tatsächlich sind aber die Fälle formeller *cooperatio* oft viel subtiler. Verantwortliche in höheren Positionen der Arbeitswelt nehmen oft formell an einer unrechten Tat teil, obwohl sie diese eigentlich im persönlichen Leben ablehnen. Durch ihr Mitwirken versuchen sie, die Teamarbeit zu erhalten und Güter zu schützen, für die sie verantwortlich sind.²⁹

2.4.2. Das Handlungsobjekt als Kriterium moralischer Akzeptanz

Alfons von Liguori schreibt zu diesem Thema: „Diese [Tat] aber ist erlaubt, wenn die Handlung in

sich selbst gut oder indifferent ist; und wenn jemand einen Grund hat dies zu tun, muss dieser gerecht sein...“³⁰. Eine Beteiligung an einer unrechten Handlung ist daher ethisch zu akzeptieren, wenn die Handlung des Mittäters für sich selbst genommen gut oder ethisch neutral ist. Eine weitere Bedingung ist, dass die Begründung der Tat ethisch gerechtfertigt ist.³¹ Während die beiden oben angeführten Bedingungen klar und verständlich erscheinen, führt eine weitere Bedingung, weshalb eine materielle *cooperatio* erlaubt sein kann, zu Diskussionen unter Theologen.

2.4.3. Angemessene Gründe für materielle Mitwirkung- psychologische Auswirkungen

Die Begründung des Mittäters zur Mithilfe muss im richtigen Verhältnis zu zwei Dingen stehen: einerseits zur Bedenklichkeit der Tat, zu der der Mittäter beiträgt, und andererseits zur Nähe des Beitrages zur unrechten Haupttat, wobei damit gemeint ist, wie stark die äußere Handlung des Mittäters mit der äußeren Tat des Haupttäters verbunden ist.

Grisez kritisiert diese Formel in vier Punkten:³² Zunächst sollte nicht nach dem Verhältnis zur Schwere und Nähe der Tat gefragt werden, sondern vielmehr nach dem Verhältnis zu denjenigen Begründungen, die die unrechte Tat *nicht* durchzuführen. Weiters sollten die psychologischen Auswirkungen des unrechten Tuns auf den Mittäter selbst, auf seine weiteren Entscheidungen, sowie auf Dritte beachtet werden. In Bezug auf den Mittäter ist wie oben bereits ausgeführt, der Gewohnheitseffekt wiederholter Handlungen nicht zu unterschätzen. Die Zusammenarbeit mit Ausführenden ethisch bedenklicher Handlungen führt zu psychologischen Abhängigkeiten und zur Versuchung, auch an anderen unrechten Handlungen mitzuwirken. Das Gespür für das Unrechte geht durch Routine verloren.³³ In Bezug auf Dritte können folgende Auswirkungen wahrgenommen werden: Zunächst wird der Haupttäter durch die bereitwillige Mithilfe anderer in seiner Sache ermutigt und bestärkt. Obendrein führt der Beitrag auch leichter zu

einem Erfolg. Wenn ansonsten ethisch gute Menschen an Unrecht mitwirken, könnten auch andere dazu ermutigt werden, die unrechte Handlung als nicht wirklich unrecht einzustufen und auch an ihr mitzuwirken. Außerdem empfinden die Opfer der unrechten Handlung oftmals auch die Mittäter als Schuldige, was zur Zerstörung von Vertrauen und Disharmonie führt. Schließlich führt Grisez die Problematik der Nichtübereinstimmung von Taten und Worten an. Auch wenn jemand noch so sehr bekräftigt, gegen das Unrecht zu sein, wird er nicht überzeugend für andere wirken, wenn er trotzdem zum von ihm kritisierten Unrecht beiträgt. Weiters wird auch noch die Möglichkeit angeführt, dass durch die Mittäterschaft an ethisch bedenklichen Taten auch andere Verpflichtungen in Mitleidenschaft gezogen werden können.³⁴

Die obigen Ausführungen mögen für eine theoretische Abwägung der Gründe für oder gegen eine *cooperatio* genügen. In der Praxis des täglichen Lebens spielen aber oft ganz andere Erwägungen eine Rolle.

2.4.4. Praktische Faktoren zur Begründung der materiellen cooperatio

Unser vielseitiges Beziehungsnetzwerk sowie unsere unterschiedlichen Verpflichtungen gegenüber anderen und uns selbst machen aber eine Abwägung der Gründe für und wider eine *cooperatio* viel komplexer als es zunächst scheint. So können Verpflichtungen gegenüber anderen nicht nur ein Grund gegen Beihilfe zu unrechter Tat sein, sondern auch eine fundierte Begründung, an der Tat trotzdem mitzuwirken.³⁵ Ein Beispiel hierfür wäre, dass ein Familienvater nicht einfach seine Arbeitsstelle kündigen kann, wenn er dort in unrechte Handlungen verwickelt ist. Er muss ja durch sein Gehalt seine Familie erhalten. Allerdings macht es natürlich einen Unterschied, ob er leicht an eine andere Arbeitsstelle wechseln könnte oder ob er aufgrund seines Alters oder anderer Umstände auf den gegenwärtigen Arbeitsplatz angewiesen ist. Zu den Gütern, die ebenfalls abzuwägen sind, ge-

hören natürlich auch die folgenden: Das Gute, das man zusätzlich durch seine Arbeit tun kann wie beispielsweise im Gesundheitssektor; das gesicherte Einkommen, das eine Existenzgrundlage bietet; die Freundschaft mit Kollegen³⁶; die mögliche Gesprächsbereitschaft des Arbeitgebers usw.

Negative Auswirkungen auf mich und andere können mit Fragen wie den folgenden erwogen werden: Wie sicher bin ich mir, dass meine Mitwirkung tatsächlich negative Folgen hat? Ist der negative Effekt eine sichere Tatsache oder nur ein mögliches Risiko? Welche Vorteile bietet meine Mitwirkung, für wie lange, in welcher Intensität und für wen? Welche Art von Verlust würde ich erleiden, falls ich mich weigere, an einer spezifischen Handlung mitzuwirken? Kann ich durch meine Leistungsverweigerung die Ausführung der Tat verhindern?³⁷

Allerdings muss man sich bei diesen Fragen immer auch der Erfordernisse für eine ethisch korrekte Begründung und des Risikos einer materiellen Mitwirkung bewusst sein. Fischer führt folgende Umstände auf, deren Schweregrad für eine Entscheidung für oder gegen eine *cooperatio ad malum* wesentlich ist:³⁸ das Unrecht der Haupthandlung selbst; der moralische Schaden, der dem Haupttäter durch Mithilfe zugefügt wird; der Schaden, der Dritten, insbesondere Unschuldigen zugefügt wird; der moralische Schaden, den sich der Mittäter selbst zufügt; die Möglichkeit eines Protestes gegen die unrechte Tat; Möglichkeiten einer Alternative ohne negative Auswirkungen; erschwerte Durchführung der ethisch bedenklichen Tat durch Leistungsverweigerung.

Aus den obigen Ausführungen geht hervor, dass das Thema der Mitwirkung an unrechten Taten zwar äußerst komplex ist, trotzdem aber auf einige grundlegende Fragen zurückgeführt werden kann. In der folgenden Analyse der Abgabe der „Pille danach“ durch den Apotheker soll ausgehend von den praktischen Voraussetzungen, die der Apotheker heute vorfindet, zu den Kernfragen vorgestoßen werden: Handelt es sich bei der Abgabe der „Pille danach“ um eine in sich schlechte

Tat? Ist es dem Apotheker möglich, seine innere Einstellung geltend zu machen? Ist ihm dabei das Gesetz eine Hilfe? In wie weit spielen psychologische Faktoren eine Rolle?

3. Die Abgabe der „Pille danach“

Zur ethischen Analyse ist eine Betrachtung der Voraussetzungen, mit denen der Apotheker bewusst oder unbewusst heute im Fall der „Pille danach“ konfrontiert ist, unumgänglich. Hier ist die ethische und juristische Diskussion um den Status des Embryos, die Manipulation von Informationen und Definitionen und die äußerst schwierige Stellung des Apothekers zwischen Arzt, Patient und Gesellschaft besonders zu beachten. Alle drei Faktoren sind nämlich *Tatsachen*, bei denen der Apotheker willentlich oder unwillentlich als Verantwortlicher mitwirken muss.

3.1. Ethische und juristische Debatte um den Status des Embryos

E. Sgreccia und J. Laffitte beschreiben die gegenwärtige Diskussion als „die dritte Welle“ in der geschichtlichen Entwicklung rund um die Identität des menschlichen Embryos.³⁹ Während es in der „ersten Welle“ hauptsächlich um die Legalisierung der Abtreibung in den europäischen Staaten ging, spielt in der „zweiten“ und „dritten Welle“ vor allem die Definition des so genannten Präembryos eine bedeutende Rolle. Der Begriff des Präembryos entspricht dabei der Entwicklungsphase des Embryos vor der Implantation in die Uterusschleimhaut. Unter dem Deckmantel dieses wissenschaftlich nicht haltbaren Begriffes versucht man, die *in vitro* Fertilisation, die Verwendung embryonaler Stammzellen, das Klonen menschlicher Embryonen und die „Pille danach“ ethisch zu rechtfertigen, beziehungsweise aus jeglicher Nähe zur Abtreibung auszuklamern. Obwohl die „Pille danach“ die Nidation in die Uterusschleimhaut hemmen kann und somit die Weiterentwicklung des menschlichen Embryos hemmt, wird sie als Notfallkontrazeption bezeichnet. Damit ist sie geradezu ein Symbol für die Pseu-

dowissenschaftlichkeit der „dritten Welle“ in der Diskussion um den Status des menschlichen Embryos geworden. In diesem Zusammenhang ist es interessant, darauf hinzuweisen, dass die FDA (*Food and Drug Administration*) der USA 1997 im *Federal Register* eine Deklaration bezüglich der Wirksamkeit und Sicherheit der Anwendung der Notfallkontrazeption veröffentlicht hat, die für bereits am Markt befindliche spezifische Produkte keine zusätzlichen klinischen Prüfungen für die Indikation der Notfallkontrazeption für die Marktzulassung verlangte.⁴⁰ Normalerweise wird aber eine Arzneimittelzulassung nur nach klinischer Prüfung des Arzneimittels auf eine bestimmte Indikation und Dosierung gewährt. Die Ausnahmeregelung erfolgte einerseits auf Druck einer Petition, die von Gruppen wie *Planned Parenthood* initiiert wurde, und andererseits, um das Interesse der Pharmaindustrie an der Produktion einer „Pille danach“ zu erhöhen.⁴¹ Inzwischen geht man allerdings noch einen Schritt weiter. In den USA wurde die „Pille danach“ (*Plan B*) als OTC (*over-the-counter*) Arzneimittel, d. h. ohne ärztliche Verschreibung, im Jahr 2006 für Frauen über 18 Jahre zugelassen.⁴² In Österreich gerät das Gesundheitsministerium wiederholt von Seiten der Pharmaindustrie und bestimmter politischer Fraktionen unter Druck, die Abgabe der „Pille danach“ rezeptfrei in Apotheken zuzulassen.⁴³ Dabei werden sowohl die mögliche frühabtreibende Wirkung als auch die hohe hormonelle Belastung der Frau durch das Präparat verniedlicht. Der Apotheker ist daher nicht nur mit einer wissenschaftlichen Verschleierung der Tatsachen, sondern viel mehr mit dem Versuch einer Umgehung von nationalen und internationalen Richtlinien zur Arzneimittelsicherheit durch Behörden konfrontiert. Seine Mitwirkung zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und seine Treue zur Wissenschaft werden durch diese Tatsache besonders herausgefordert.

3.2. Manipulation der Information und Sprache

Nicht nur für den Sophisten Gorgias war Sprache nicht Reflexion der Wahrheit, sondern nur Instru-

ment der Überzeugungs- und Manipulationskunst. Es scheint, dass sich in der „Pille danach“ geradezu ein Netzwerk der Mitwirkung an falscher Information und manipulierter Definition kristallisiert.

3.2.1. Erweiterung des Risikokonzeptes

Ursprünglich waren die primäre Zielgruppe für die Notfallkontrazeption Frauen, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind. Unter dem Deckmantel einer Deklaration der Vereinten Nationen zur Notfallhilfe für die reproduktive Gesundheit der Frau (*Emergency Reproductive Health Care*) wurde 1996 vom Internationalen Roten Kreuz und dem Roten Halbmond systematisch die „Pille danach“ zur Prävention einer unsicheren Abtreibung bei Vergewaltigung in Zentralafrika ausgeteilt. Die „Pille danach“ wurde praktisch zur Verpflichtung bei Fällen sexueller Gewalt.⁴⁴ Heute wird jedoch jede ungewollte Schwangerschaft als Risiko, besser gesagt als Notfall angesehen. So wurde auf Anfrage der Österreichischen Apothekerkammer, ob die Abgabe der „Pille danach“ ohne Rezept als „besonderer Notfall“ im Sinne § 4 Abs. 5 des Rezeptpflichtgesetzes gewertet werden kann, vom Gesundheitsministerium geantwortet, dass es in der Verantwortung des Apothekers liegt, sich durch gezielte Fragen vom Vorliegen einer Notfallsituation zu überzeugen.⁴⁵ Hinzugefügt wird in dieser Information noch: „Ein fehlendes Rezept sollte nicht eine verspätete oder unterlassene Schutzmaßnahme zur Folge haben“⁴⁶. Eine Schutzmaßnahme für wen und weshalb? Zu beachten ist, dass der „Notfallsparagraf“ normalerweise zur Anwendung kommt, wenn sich eine Person in einer lebensbedrohlichen Situation (plötzliche schwere Krankheit, Unfall etc.) befindet und beim Apotheker Hilfe sucht. Schwangerschaft wird also in diesem Zusammenhang zumindest als Gesundheitsgefahr, wenn nicht als Krankheit angesehen. Dazu das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: „Weiters kann im gegebenen Zusammenhang dem Umstand, dass der Apotheker/die Apothekerin eine besondere psychische Belastung feststellt, durch die die Schwelle einer

Gesundheitsgefahr überschritten wird oder dieser gleichwertig ist, von besonderer Bedeutung sein. In diesem Zusammenhang können auch familiäre Rahmenbedingungen von Relevanz sein“⁴⁷. Dabei wird weder die hohe Hormonbelastung durch das zu verabreichende Produkt noch eine mögliche früh-abtreibende Wirkung erwähnt. Hier kommt es also zu einer völlig neuen Bewertung des Notfalls und Risikos: Die Werte des Lebens und der leiblichen Gesundheit werden psychischen und sozialen Werten untergeordnet. Der Apotheker als ursprünglich für die leibliche Gesundheit Mitverantwortlicher wird hier mit einer ganz neuen Werteskala konfrontiert, die ihm unter dem Druck des Notfallparagrafen vorgeschrieben wird. Dies verlangt von ihm nicht nur eine genaue Analyse der ethischen Werte, sondern mutige Eigenverantwortung in der Einschätzung eines tatsächlichen Notfalls.

3.2.2. Information und Erziehung

Die Informationsquellen für den Apotheker sind vor allem das Lehrbuch, Publikationen und Fortbildungen. Im Zusammenhang mit der „Pille danach“ ist darauf hinzuweisen, dass in Lehrbüchern der Pharmakologie und Toxikologie die nidationshemmende und damit frühabtreibende Wirkung verschwiegen wird. So schreibt Lüllmann *et al.*: „Der Mechanismus der schwangerschaftsverhütenden Wirkung ist unklar“⁴⁸. In der ÖAZ finden sich ebenfalls Artikel, die behaupten, dass Vikela®, ein Präparat zur Notfallkontrazeption, weder den Befruchtungsvorgang noch die Einnistung in die Uterusschleimhaut beeinträchtigt.⁴⁹ Dies ungeachtet der Tatsache, dass in der Fachinformation von Vikela® darauf hingewiesen wird, dass das Präparat auch möglicherweise die Nidation verhindert.⁵⁰

Eine wesentliche Informations- und Erziehungsaufgabe der Jugend fällt neben den Eltern den Ärzten, besonders den Gynäkologen zu. Wenn diese die jungen Frauen nicht wahrheitsgemäß und ethisch verantwortlich beraten, ist es für den Apotheker in der Kürze und im öffentlichen Verkaufsräum der Apotheke wohl sehr schwer, eine Frau mit

den möglichen Folgen einer Einnahme der „Pille danach“ zu konfrontieren und sie zur ethisch richtigen Entscheidung zu führen. In einigen Staaten Europas werden die freie Handlungsentscheidung und damit eine Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen dem Apotheker noch durch direkte Eingriffe des Staates in das Abgabeverhalten der „Pille danach“ erschwert. So wurde mit Erlaubnis des französischen Gesundheitsministeriums ohne vorherige Information der Eltern ein Präparat der Notfallkontrazeption in den Schulen ausgeteilt. Diese Aktion wurde allerdings in Folge wieder per Gesetz rückgängig gemacht.⁵¹

Die subtile sowohl von Wissenschaftlern als auch Interessensgruppen manipulierte Verschleierung der wirklichen Fakten zur „Pille danach“ verlangt vom Apotheker eine kritische Weiterbildung, um sich nicht der Mitwirkung an einer unrechten Tat aufgrund von selbstverschuldeter Unwissenheit schuldig zu machen. Allerdings ist zu bedenken, dass ihm eine Leistungsverweigerung aufgrund der massiven Opposition durch Wissenschaftler, Ärzte und staatliche Aktionen, die die „Pille danach“ zu einem harmlosen Arzneimittel machen, sehr erschwert wird. Der Grund liegt auch in der Neudefinition von Schwangerschaft und Kontrazeption.

3.2.3. Definition der Begriffe Schwangerschaft und Kontrazeption

1972 wurde vom *American College of Obstetricians and Gynecologists* das Konzept der Schwangerschaft neu definiert, nämlich als jene Periode zwischen der Nidation der befruchteten Eizelle im Uterus und der Geburt.⁵² Diese Definition wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) übernommen. Folglich wird daher auch eine Abtreibung als die Beendigung einer schon bestehenden Schwangerschaft, d. h. als eine Methode, die nach vollendeter Nidation wirksam wird, definiert.⁵³ Diese „künstlich geschaffene“ Definition der Schwangerschaft widerspricht völlig der biologischen Realität, wo sich einerseits vom Zeitpunkt der Befruchtung an die embryonale Entwicklung durch einen gerichteten,

ununterbrochenen autonomen Prozess auszeichnet und andererseits auch der Organismus der Frau sofort nach der Befruchtung hormonell reagiert.

Aus den oben erwähnten Definitionen folgt aber auch eine Erweiterung des Kontrazeptionsbegriffes bis zur Implantationsphase im Uterus. So wird von der WHO die Notfallkontrazeption als empfängnisverhütende Methode beschrieben, um eine ungewollte Schwangerschaft zu verhindern.⁵⁴

Die oben angeführten Beispiele verdeutlichen die schwierige Situation, in der sich ein Apotheker befindet, der aufgrund einer möglichen frühabtreibenden Wirkung die Abgabe der „Pille danach“ verweigert. Apotheker, aber auch insbesondere Ärzte bedürfen „mehr denn je des Mutes, der Wahrheit ins Gesicht zu schauen und *die Dinge beim Namen zu nennen*“⁵⁵. Leistungsverweigerung ist hier vor allem mit dem Mut zur Wahrheit verbunden. Aber nicht nur manipulierte Definitionen, sondern auch die besondere Stellung des Apothekers im Gesundheitssystem erschweren eine Abgabeverweigerung.

3.3. Im Spannungsfeld zwischen Arzt, Patient und Gesundheitssystem

Der Apothekerberuf bildet eine Schnittstelle zwischen Arzt, Patient und Gesundheitssystem. Dies bedeutet, dass sein eigenverantwortliches Handeln in unserer Gesellschaft ständig Gefahr läuft, durch den Arzt und Patienten allzu sehr eingeschränkt zu werden. Während der Arzt den Apotheker hauptsächlich als Ausführenden seiner Verschreibungen sieht, ist er für den Patienten eine Art von Verkäufer, der ihm gemäß seinem Wunsch ein Produkt zu geben hat. Im Fall der „Pille danach“ ist die Patientin tatsächlich eine Konsumentin, da ja durch die „Pille danach“ keine Krankheit behandelt wird, sondern nur mögliche Konsequenzen einer Handlung verhindert werden sollen. Dies gilt übrigens auch für Kontrazeptiva angewendet in der empfängnisverhütenden Indikation und auch für andere „Life-Style Produkte“. Bei der „Pille danach“ kommt allerdings ein wichtiger Faktor hinzu: Es geht möglicherweise um Leben oder Tod eines Kindes.

In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, dass versucht wird, einen Schwangerschaftsabbruch immer mehr zu einer privaten Sache zu machen. Zunächst wird die Sache nur zu einer privaten Angelegenheit zwischen Arzt und Patientin, wobei der Arzt leider unter dem Vorwand des großen Zeitdrucks meist keine Beratung anbietet. Er beschränkt sich darauf, die „Pille danach“ zu verschreiben und bei eventuellen Komplikationen einzugreifen.⁵⁶

Durch eine Abschaffung der Rezeptpflicht für die „Pille danach“ würde nun ein möglicher Schwangerschaftsabbruch noch mehr zu einer privaten Angelegenheit. Denn im Gegensatz zum Arzt, der sehr wohl aufgrund eines Gesetzes einen Schwangerschaftsabbruch verweigern kann, gibt es für den Apotheker keinen gesetzlichen Schutz, die Abgabe der „Pille danach“ zu verweigern. Somit wird die Entscheidung für oder wider eine Einnahme der „Pille danach“ völlig der Frau überlassen. Interessant dabei ist, dass Kontrazeptiva, die eine viel geringere Konzentration an Hormonen enthalten (eine „Pille danach“ enthält 1,5 mg Levonorgestrel, was etwa der Hormondosis entspricht, die eine Frau bei gängiger oraler Kontrazeption über einen ganzen Monat verteilt einnimmt), sehr wohl der Rezeptpflicht unterstellt sind und es auch keine Bestrebungen gibt, diese aufzuheben.

Spätestens hier sollte auffallen, dass die Abgabe der „Pille danach“ durch den Apotheker (aber auch durch den Arzt) allen drei Grundelementen einer ethisch motivierten medizinischen Handlung widerspricht: der Beachtung des Wohles des Patienten (in diesem Fall möglicherweise zweier Patienten, nämlich Mutter und Kind), der verantwortlichen Zustimmung von Patient und Apotheker und der gesetzlichen Legitimation (hier ist möglicherweise eine Lücke im österreichischen Gesetz in Bezug auf die freie Gewissensentscheidung des Apothekers sowie bezüglich der „Pille danach“ und Abtreibung zu finden).

Aus den oben genannten Grundelementen einer ethisch rechten medizinischen Handlung ergeben sich auch die Kernfragen betreffend einer

cooperatio ad malum bezüglich der Abgabe der „Pille danach“: Worin besteht das Handlungsobjekt? Kann der Apotheker seinen freien Willen geltend machen? Wie wirken sich psychologische und praktische Faktoren aus?

3.4. Das Handlungsobjekt der Abgabe der „Pille danach“

Die unmittelbare Wirkung der Einnahme der „Pille danach“, wenn sie wirkt, ist die Verhinderung einer Schwangerschaft. Das bedarf näherer Erläuterung: Die Wirksamkeit von Levonorgestrel, dem wirksamen Agens der „Pille danach“, beruht dabei je nach Einnahmezeitpunkt im Zyklus der Frau entweder auf der Unterbindung der Ovulation oder aber auf der Hemmung der Nidation. Da es überhaupt nur in 7,8 Prozent der Fälle zu einer Schwangerschaft kommen würde, wäre die Einnahme der Notfallpille in 9 von 10 Fällen retrospektiv unnötig gewesen. Wenn die „Pille danach“ überhaupt zur Wirkung kommt, verhindert sie, wie Rella gezeigt hat, in 30 Prozent der Fälle eine Empfängnis durch Interferenz mit dem Eisprung. In mindestens 50 Prozent verhindert sie die Einnistung und wirkt somit frühabtreibend.⁵⁷ Neben einem neuen menschlichen Leben steht auch das Wohl der Frau, die einer hohen Hormondosis ausgesetzt wird, auf dem Spiel. Handlungen, die das menschliche Leben und seine Würde nicht respektieren, sind in sich schlechte Handlungen. Eine Abgabe der „Pille danach“ wird daher möglicherweise zum Tod eines Embryos führen und ist daher eine Mitwirkung an einer unrechtlichen Tat. Gegen die Tatsache einer unrechtlichen Handlung bzw. Mitwirkung wird in zweifacher Weise Einspruch erhoben: Zunächst wird bezweifelt, dass ein menschlicher Embryo vom Zeitpunkt der Zeugung an als menschliche Person respektiert werden muss. Dem ist wie unter 3.2.3. bereits erwähnt entgegenzuhalten, dass es sich von der Befruchtung an um eine kontinuierliche, koordinierte und autonome Entwicklung des menschlichen Wesens handelt, die keinerlei Einteilung in Präembryo und Embryo rechtfertigt. Der zweite

Einwand betrifft speziell die Wirksamkeit der „Pille danach“ und ihre nur teilweise abortive Wirkung. Reicht denn eine nur *wahrscheinliche* abortive Wirkung aus, um eine Mittäterschaft als ethisch unrecht zu qualifizieren? Ja, denn ethisches Verhalten verlangt, dass man sich nicht nur einer Tat enthält, die *mit Sicherheit* Unrecht ist, sondern auch einer Handlung, die *wahrscheinlich* unrecht ist.⁵⁹ *Evangelium vitae* antwortet auf beide Einwände, „dass unter dem Gesichtspunkt der moralischen Verpflichtung schon die bloße Wahrscheinlichkeit, eine menschliche Person vor sich zu haben, genügen würde, um das strikteste Verbot jedes Eingriffs zu rechtfertigen, der zur Tötung des menschlichen Embryos vorgenommen wird“⁶⁰. Somit kann die Abgabe der „Pille danach“ durch den Apotheker keinesfalls als ethisch neutral angesehen werden.

Ein zweiter, sehr wichtiger Aspekt wird in der ethischen Debatte zur „Pille danach“ gerne übersehen. Die verstärkte Instrumentalisierung der Frau. Hier geht es nicht nur um die möglichen Nebenwirkungen durch hohe Hormondosen, sondern vor allem um die Autonomie der Frau. Durch die „Pille danach“ gewinnt die Frau nicht an Selbstbestimmung, sondern ihr Handeln wird durch dieses Präparat mehr und mehr fremdbestimmt. Je leichter das Produkt zu erhalten ist, desto eher läuft die Frau Gefahr, zum Objekt der Fremdbestimmung durch den Partner und das Gesundheitssystem zu werden. Eine Abgabe der „Pille danach“ ist daher auch ein Beitrag zur Missachtung der Würde der Frau. Das Argument, man könne durch die „Pille danach“ Abtreibungen verhindern, läuft ins Leere, wie das Beispiel Großbritannien zeigt. Seit der rezeptfreien Abgabe der „Pille danach“ sind die Abtreibungen bei Teenager-Schwangeren gestiegen, nicht gesunken. Dies dürfte mit der Förderung eines laxen Sexualverhaltens bei Jugendlichen zusammenhängen. Wo schnelle „Lösungen“ für die Folgen des Sexualverkehrs angepriesen werden, sinkt die Hemmschwelle. Anne Glasier hat diese offensichtliche Fehleinschätzung der Verantwortlichen erstaunlich offen im Editorial des *British*

Medical Journal beklagt.⁵⁸ Die Notfallpille sei keineswegs ein Präparat, um die Abtreibungsrate zu senken. Was spricht dagegen, aus den Fehlern anderer zu lernen?

3.5. Die Intention des Apothekers

Die innere Einstellung des Apothekers ist nicht nur das wichtigste Kriterium, um sich von der ethisch unrechten Handlung der Abgabe der „Pille danach“ zu distanzieren. Im oben beschriebenen Netzwerk der *cooperatio ad malum* scheint sie die einzige Möglichkeit in einer öffentlichen Apotheke zu sein, um seine Autonomie und damit seine moralische Aufrichtigkeit zu wahren. Im Bewusstsein der sehr eingeschränkten Handlungsfreiheit des Apothekers aufgrund seiner Stellung zwischen Arzt und Patienten und der Gesetzeslage muss jeder Ausdruck der innerlichen Ablehnung einer Abgabe der „Pille danach“ als sehr mutig angesehen werden. Wie bereits erwähnt, ist eine wissenschaftlich kritische und wahrheitsgemäße Weiterbildung und Information der erste Schritt. Autonomie und Wahrheit gehören zusammen, und vielleicht würde gerade dieses Bewusstsein den Apothekern zu einer Aufwertung ihrer Stellung im Gesundheitssystem verhelfen. In einem weiteren Schritt hat der Apotheker die Möglichkeit, das Gespräch mit dem leitenden Apotheker zu suchen und ihm seine Gewissensgründe gegen die Abgabe der „Pille danach“ zu erklären und sich damit ausdrücklich von der von ihm verlangten Leistung zu distanzieren. Dabei ist zu bedenken, dass für den Apotheker hier keinerlei rechtlicher Schutz besteht, die Abgabe der Notfallkontrazeption zu verweigern. Denn in § 96 des österreichischen Strafgesetzbuches werden unter der Gewissensklausel nur der Arzt, das Krankenpflegepersonal, der medizinisch-technische Dienst und der Sanitätshilfsdienst erwähnt. Allerdings ist die Nicht-Bestrafung der Abtreibung von bestimmten Voraussetzungen abhängig, wobei der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft erst nach vorhergehender ärztlicher Beratung vorgenommen

werden darf. Es bleibt zu prüfen, inwiefern eine Abgabe der „Pille danach“ besonders auch gemäß dem Notfallparagrafen noch diesen Voraussetzungen entspricht und ob die Leistungsverweigerung des Apothekers im Fall der „Pille danach“ nicht nur eine ethische, sondern auch eine gesetzliche Pflicht ist. Auch Papst Benedikt XVI. verlangte in einer Ansprache vor katholischen Apothekern das Recht der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen für Pharmazeuten. Wenn es sich um „eindeutig unmoralische Entscheidungen“ handle, könne man von ihnen keinerlei Mitwirkung fordern. Apothekern müsse deshalb eine „Weigerung aus Gewissensgründen“ zugestanden werden, etwa wenn es um die direkte oder indirekte Mitwirkung an der Lieferung von Produkten geht, die eindeutig unmoralischen Zwecken dienen, wie zum Beispiel der Abtreibung und der Euthanasie. Der Apotheker habe außerdem eine erzieherische Rolle, gerade wenn es um ethische Folgen der Arzneimittelleinnahme gehe.⁶¹ Zumindest im selben Maß sind aber auch die Ärzte gefordert, einer ethisch verantwortlichen und wahrheitsgemäßen Beratungspflicht nachzukommen.

3.6. Psychologische und praktische Faktoren

Ein Faktor bei der innerlichen Abwägung, ob man die „Pille danach“ abgeben soll, wird wohl oft folgender Gedanke sein: „Wenn ich es nicht mache, wird es ein anderer an meiner Stelle tun.“ Dem ist entgegenzuhalten, dass jeder Beitrag zum Guten als auch zum Bösen zählt. Je kritischer der einzelne Apotheker der Abgabe der „Pille danach“ gegenübersteht, da sie seinem Berufsethos widerspricht, dem Kranken und Leidenden zu helfen, umso weniger ist ein verantwortungsloser Umgang mit denjenigen Frauen, die die „Pille danach“ verlangen, möglich. Wichtig ist dabei, ob der Apotheker seine berufliche Tätigkeit als *praxis* (als immanente Handlung) oder als *poiesis* (als transientes Machen und Produzieren) sieht. Falls er seine Tätigkeit nicht nur als Verkaufsleistung einstuft, sollte ihm bewusst sein, dass die Abgabe der „Pille danach“,

die zur Routine wird, auch sein weiteres Denken und Handeln prägen wird.

4. Conclusio

Es wäre allerdings viel zu einfach und kurzsichtig, die ganze Last der ethischen Verantwortung für die Abgabe der „Pille danach“ auf den Apotheker abzuwälzen. Einem angestellten Apotheker, der sich seine Existenz aufbauen bzw. eine Familie erhalten muss, bleibt oft nur der innere Widerstand als einzige Möglichkeit offen. Vielmehr ist das Gesundheitssystem mit den einzelnen Berufsgruppen aufgefordert, sich wieder neu seinem eigentlichen Auftrag, dem ethisch verantwortlichen Heilen, zu stellen. Dann wäre auch der Gewissensvorbehalt des Apothekers gegen die Abgabe der „Pille danach“ gesetzlich geschützt und akzeptiert. Denn mit Heilen hat diese Pille wirklich nichts zu tun.

Referenzen

- 1 Arendt H., *Vita activa oder Vom tätigen Leben*, Piper, München/Zürich (2005), S. 235
- 2 Keenan SJ J. F., *Prophylactic, toleration and cooperation: contemporary problems and traditional principles*, Int Phil Quarterly (1989); 29(2): 209
- 3 Peschke K. H., *Christliche Ethik. Grundlegungen der Moralthologie*, Paulinus Verlag, Trier (1997), S. 310
- 4 Grisez G., *The Way of the Lord Jesus. Volume Three Difficult moral questions*, Franciscan Press, Quincy, IL (1997), S. 872
- 5 Fisher OP A., *Cooperation in evil: understanding the issues*, in: Watt E. (Ed.), *Cooperation, Complicity & Conscience. Problems in healthcare, science, law and public policy*, The Linacre Centre, London (2005), S. 30
- 6 St. Alphonsus Liguri, *Theologia moralis*, Gaude L. (Ed.), 4 vols., Ex Typographia Vaticana, Rom, 1905-1912, 1: 357 (lib. II, § 63): „Sed melius cum aliis dicendum, illam esse formalem, quae concurrat ad malum voluntatem alterius, et nequit esse sine peccato; materiale vero illam, quae concurrat tantum ad malam actionem alterius, praeter intentionem cooperantis.“
- 7 Grisez G., siehe Ref. 4, S. 873
- 8 Johannes Paul II., *Evangelium vitae. Enzyklika über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens* (1995), § 74
- 9 Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral. Philosophische Grundlagen der Tugendethik*, Akademie Verlag, Ber-

- lin (2001), S. 15
- 10 Rhonheimer M., siehe Ref. 9, S. 145
 - 11 Johannes Paul II., *Veritatis splendor* (1993), § 78
 - 12 Bradley D. J. M., *Aquinas on the twofold human good. Reason and Human Happiness in Aquinas's Moral Science*, The Catholic University of America Press, Washington, D. C. (1997), S. 438-439: „Paradoxically, the way to this perfection is blocked by what man is; the human intellect is at once open and closed to its own perfection.“
 - 13 Rhonheimer M., *Natural Law and Practical Reason. A Thomist View of Moral Autonomy*, Fordham University Press, New York (2000), S. 321
 - 14 Johannes Paul II., *Veritatis splendor* (1993), § 86
 - 15 Fisher OP A., siehe Ref. 5, S. 56-57
 - 16 Rhonheimer M., siehe Ref. 9, S. 99 und S. 133
 - 17 Peschke K. H., siehe Ref. 3, S. 281
 - 18 Johannes Paul II., *Veritatis splendor* (1993), § 80
 - 19 Gormally L., *Why not dirty your hands? Or: on the supposed rightness of (sometimes) intentionally cooperating in wrongdoing*, in: Watt E. (Ed.), *Cooperation, Complicity & Conscience. Problems in healthcare, science, law and public policy*, The Linacre Centre, London (2005), S. 23
 - 20 Gormally L., siehe Ref. 19, S. 21-22
 - 21 Rhonheimer M., siehe Ref. 9, S. 166
 - 22 Kaveny M. C., *Tax lawyers, prophets and pilgrims: a response to Anthony Fisher*, in: Watt E. (Ed.), *Cooperation, Complicity & Conscience. Problems in healthcare, science, law and public policy*, The Linacre Centre, London (2005), S. 66-67
 - 23 Gormally L., siehe Ref. 19, S. 24-25
 - 24 Grisez G., siehe Ref. 4, S. 874-893
 - 25 Rhonheimer M., siehe Ref. 9, S. 102-103
 - 26 Rhonheimer M., siehe Ref. 9, S. 103
 - 27 Rhonheimer M., siehe Ref. 9, S. 92
 - 28 Grisez G., siehe Ref. 4, S. 874
 - 29 Grisez G., siehe Ref. 4, S. 875
 - 30 St. Alphonsus Liguri, siehe Ref. 6: „Haec autem est licita, quando per se actio est bona vel indifferens; et quando adest justa causa.“
 - 31 Grisez G., siehe Ref. 4, S. 876
 - 32 Grisez G., siehe Ref. 4, S. 876-882
 - 33 Grisez G., siehe Ref. 4, S. 880
 - 34 Grisez G., siehe Ref. 4, S. 880-882
 - 35 Grisez G., siehe Ref. 4, S. 882
 - 36 Fisher OP A., siehe Ref. 5, S. 54
 - 37 Grisez G., siehe Ref. 4, S. 883-884
 - 38 Fisher OP A., siehe Ref. 5, S. 54-55
 - 39 Sgreccia E., Laffitte J., *Presentation*, in: Sgreccia E., Laffitte J. (Ed.), *The human embryo before implantation. Scientific aspects and bioethical considerations. Proceedings of the twelfth assembly of the Pontifical Academy for Life*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano (2007), S. 6-7
 - 40 Food and Drug Administration, *Prescription Drug Products: Certain Combined Oral Contraceptives for Use as Emergency Postcoital Contraception*, Fed. Regist. 1997, 62(37): 8610-8612
 - Rutter T., *Emergency Contraception approved in USA*, Br Med J (1998); 317: 697
 - 41 Di Pietro M. L., Minacori R., *La contraccezione d'emergenza*, Medicina e Morale (2001); 51(1): 11-39
 - 42 FDA, *FDA approves over-the-counter access for Plan B for women 18 and older. Prescription remains required for those 17 and under*, FDA News, 24. August 2006
 - 43 Der Standard, 25. 11. 2005
 - Stoll M., Rella W., *Rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“: Ein Schritt in die richtige Richtung?*, Imago Hominis (2006); 13: 9-11
 - 44 Smugar S. S., Spina B. J., Merz J. F., *Informed consent for emergency contraception: Variability in hospital care of rape victims*, Am J Publ Health (2000); 90(9): 1372-1376
 - 45 Österreichische Apothekerkammer, *„Pille danach“ (Postinor, Vikela). Feststellungen des BMGF zur Abgabe ohne Rezept im Notfall*, Kammer-Info 28/05, 2005
 - 46 Österreichische Apothekerkammer, siehe Ref. 45
 - 47 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, *Betreff: Abgabe der „Pille danach“ im Notfall, Schreiben an die ÖApK*, 16. 08. 2005
 - 48 Lüllmann H., Mohr K., Wehling M., *Pharmakologie und Toxikologie. Arzneimittelwirkungen verstehen – Medikamente gezielt einsetzen*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (2003), S. 391
 - 49 Klement A., *Arzneimittel im Spannungsfeld zwischen Verhütung und Abtreibung. Ungewollte Schwangerschaft vermeiden!*, ÖAZ (2006); 7: 338-340
 - 50 Austria Codex Fachinformation 2005/2006, Band 3, S. 7157; Stand: Juli 2006
 - 51 Dorozynsky A., *France bans morning after pill from school*, Br Med J (2000); 321: 70
 - 52 Hughes E. C. (Ed.), *Committee of terminology, American College of Obstetricians and Gynecologists, Obstetric-Gynecologic Terminology*, FA Davis Company, Philadelphia (1972)
 - 53 Reproductive, Maternal and Child Health European Regional Office, World Health Organisation, *Definitions and indicators in family planning, maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe*, revised March 1999 and January 2001
 - 54 World Health Organisation (WHO), *Emergency contraception, A guide for service delivery* 7, WHO/FRH/FPP/98.19, 1998
 - 55 Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, siehe Ref. 8, § 58

- 56 Sgreccia E., *Manuel de Bioéthique. Les fondements et l'éthique biomédicale*, Hivon R. (Übersetz.), Wilson & Lafleur Itée, Montréal (1999), S. 507
- 57 Austria Codex Fachinformation 2005/2006, Band 3, S. 7157
Rella W., *Über die Wirkungsweise der „Pille danach“ – sog. Notfallpille. Ein Update und eine Klarstellung*, *Imago Hominis* 2008, 15: 121-129
- 58 Glasier A., *Emergency contraception: Is it worth all the fuss?*, *Br Med J* (2006); 333: 560-561
- 59 Centro di Bioetica, Università Cattolica del S. Cuore, *Identità e statuto dell'embrione umano* (22. 06. 1989), *Medicina e Morale* (1989); 39(4): 35
- 60 Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, siehe Ref. 8, § 60
- 61 Ansprache von Benedikt XVI. an die Teilnehmer des 25. Internationalen Kongresses der katholischen Apotheker, 29. Oktober 2007, http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2007/october/documents/hf_ben-xvi_spe_20071029_catholic-pharmacists_ge.html

Martin Schauer

Zum Umfang des Kontrahierungszwangs des Apothekers

Zusammenfassung

Die Aufgaben des Apothekers umfassen zahlreiche Verpflichtungen, die in ebenso zahlreichen Gesetzen normiert sind. Unter anderem besteht auch ein Kontrahierungszwang für diese Berufsgruppe. Dieser Kontrahierungszwang findet seine Begründung sowohl im allgemeinen bürgerlichen Recht als auch in öffentlich rechtlichen Vorschriften. Nunmehr wurde der Umfang dieses Kontrahierungszwangs einer Analyse unterzogen, die beweist, dass dieser nicht uneingeschränkt besteht.

Schlüsselwörter: Apothekenrecht, Arzneimittelbegriff, Grundrechte, Kontrahierungszwang, Recht auf Eigentum

Abstract

The duties of pharmacists include many commitments, which are standardised in many laws. Among these is the obligation to enter into a contract. This obligation is constituted by civil law as well as by public law. The range and impact of this obligation has been analysed and in this article, which demonstrates that the obligation to enter into a contract is not an absolute one.

Keywords: Law of pharmacists, Legal definition of pharmaceuticals, Human Rights, Obligation to enter into a contract, Right of ownership

Mag. Dr. Martin Schauer
Johannes Kepler Universität Linz, Institut für
Staatsrecht und Politische Wissenschaften
Altenbergstraße 69, A-4040 Linz
Martin.Schauer@jku.at

Der Kontrahierungszwang des Apothekers steht im Mittelpunkt der nachfolgenden Überlegungen. Diese aufgrund der Kürze schlaglichtartige Untersuchung versucht in Form eines Diskussionsbeitrages, den Umfang und die Grenzen dieser Verpflichtung auszuloten und gleichzeitig rechtspolitische Fragen aufzuwerfen.¹

A) Der Kontrahierungszwang nach bürgerlichem Recht

Innerhalb der österreichischen Rechtsordnung ist vom Grundsatz der Privatautonomie auszugehen. Dieser erlaubt es, prinzipiell mit jedermann und zu jeden vereinbarten Bedingungen Verträge abzuschließen oder einen solchen Abschluss aus welchen Gründen auch immer zu verweigern. Eine Einschränkung dieses Grundsatzes wird nur bei Vorliegen besonderer Umstände in Kauf genommen, so etwa im Falle monopolartiger Betriebe, denen Kontrahierungszwänge zu angemessenen Bedingungen auferlegt werden. Dies wird dem Verkehr jedoch nur in solchen Fällen zugemutet, in denen die Versorgung mit lebensnotwendigen Gütern oder Leistungen zu sichern ist und in denen die ungleichen Machtverhältnisse zwischen Anbietern und Nachfragenden nicht anders ausgleichbar sind, oder aber die Verweigerung des Vertragsabschlusses einen Schaden eintreten ließe. Neben dieser Vielzahl durch Rechtssprechung und Lehre entwickelten Fallkonstellationen werden Kontrahierungszwänge insbesondere auch durch Gesetz selbst² bestimmten Unternehmungen auferlegt.³

Für den Apotheker bedeutet dies, dass ihn aufgrund seiner monopolartigen Stellung schon aufgrund des bürgerlichen Rechts ein Kontrahierungszwang trifft, jedoch nur so weit als dies zur Versorgung mit lebensnotwendigen Gütern notwendig ist oder aber die Verweigerung der Verabreichung beziehungsweise des Verkaufes eines Arzneimittels beim Patienten einen Schaden eintreten ließe.⁴

Des Weiteren verpflichtet § 2 Abs. 1 Apothekergesamtvertrag den Apotheker Heilmittel auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers

abzugeben, wenn ein für einen Krankenversicherungsträger gültiges Rezept vorliegt. Insofern besteht also für den Apotheker ein Kontrahierungszwang qua vertraglicher Vereinbarung aufgrund des Apothekergesamtvertrages.

Der Apothekergesamtvertrag regelt die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Apothekern. Der Vertragsabschluss erfolgt nicht mit jedem einzelnen Apotheker, sondern von Seiten der Krankenversicherungsträger durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger und von Seiten der Apotheker durch die Apothekerkammer und ist für die Apotheker gemäß § 348a Abs. 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) ohne den Abschluss von Einzelverträgen und ohne gesonderte Zustimmung oder Beitrittserklärung wirksam. Aufgrund dieses Vertrages übernehmen die Apotheker die Sachleistungspflicht der Krankenversicherungsträger.⁵

Bezüglich der Heilmittel besagt § 136 Abs. 1 ASVG grundlegend: „Die Heilmittel umfassen a) die notwendigen Arzneien und b) die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen.“ Zur Kostenübernahme anderer Arzneimittel – so etwa auch der so genannten „Anti-Baby Pille“ – sind daher die Krankenversicherungsträger gesetzlich nicht verpflichtet, und aus diesem Grund stößt auch hier der Kontrahierungszwang des Apothekers aufgrund des Gesamtvertrages an seine Grenzen.

B) Der öffentlich-rechtliche Kontrahierungszwang des Apothekers

Der Betrieb von Apotheken und die daraus erwachsenden Verpflichtungen sind durch eine Vielzahl von Rechtsvorschriften geregelt, deren Erörterung den Rahmen dieser Untersuchung überschreiten würde, daher findet folglich eine Einschränkung der untersuchten Normen unter dem Aspekt der Ergebnisrelevanz statt.

Die besondere Rechtsstellung der Apotheken und der daraus erwachsenden Verpflichtungen innerhalb der wirtschaftlich tätigen Unternehmen

statuierte bereits der historische Gesetzgeber des Apothekengesetzes 1906, indem er erwähnte, dass eine Apotheke nicht irgendein Wirtschaftsbetrieb mit dem primären Zweck der Gewinnmaximierung sei, sondern auch eine Anstalt, die den sanitären Interessen der Allgemeinheit zu dienen habe und der Apotheker ein Organ der öffentlichen Sanitätspflege sei und ihn daher auch besondere Pflichten träfen.⁶

Im Zentrum des Betriebes von Apotheken steht folglich auch nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes vor allem das öffentliche Interesse an einer raschen und ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln.⁷ Diesem Zweck dient unter anderem die in § 13 Apothekengesetz statuierte Betriebspflicht für Apotheken. Demgegenüber findet sich im Apothekengesetz selbst jedoch keine Verpflichtung des Apothekers zum Vertragsabschluss über die Abgabe von Arzneimitteln im Sinne des oben dargelegten gesetzlichen Kontrahierungszwanges.

Gemäß § 1 Abs. 1 Apothekenbetriebsordnung obliegt den öffentlichen Apotheken die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. In dieser Formulierung könnte die normative Umschreibung des Kontrahierungszwanges – mittels Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen – für Apotheker gesehen werden.

Im Folgenden wird vor allem diese Regelung einer genaueren rechtlichen Analyse unterzogen, die es jedoch notwendig macht, zunächst einige Vorbemerkungen zum verfassungsrechtlichen Schutz der Privatautonomie voranzustellen.

C) Das verfassungsgesetzlich geschützte Recht auf Eigentum

Die österreichische Verfassungsordnung schützt das Recht jedes Menschen auf sein Eigentum durch zwei Bestimmungen. So enthalten sowohl Artikel (Art.) 5 Staatsgrundgesetz (StGG) als auch Art. 11. Zusatzprotokoll zur Europäischen Menschenrechtskonvention (ZProtEMRK), Eigentumsgarantien, wobei das 1. Zusatzprotokoll zur Menschenrechtskonvention ebenfalls in

Verfassungsrang gehoben wurde. Beide Normen stehen daher im Stufenbau der österreichischen Rechtsordnung an der Spitze, was wiederum bedeutet, dass sich alle Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsakte in Übereinstimmung mit diesen befinden müssen, da sie im gegenteiligen Fall verfassungswidrig wären und durch den Verfassungsgerichtshof aufgehoben werden könnten.⁸

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Überlegungen seien beide Gesetzesstellen – wobei Art. 11. ZProtEMRK nur auszugsweise in seiner Relevanz – wiedergegeben:

Staatsgrundgesetz

Artikel 5

Das Eigentum ist unverletzlich. Eine Enteignung gegen den Willen des Eigenthümers kann nur in den Fällen und in der Art eintreten, welche das Gesetz bestimmt.

1. Zusatzprotokoll zur Menschenrechtskonvention

Artikel 1 – Schutz des Eigentums

Jede natürliche oder juristische Person hat ein Recht auf Achtung ihres Eigentums. Niemandem darf sein Eigentum entzogen werden, es sei denn, daß das öffentliche Interesse es verlangt, und nur unter den durch Gesetz und durch die allgemeinen Grundsätze des Völkerrechts vorgesehenen Bedingungen.

Der Schutzzweck beider Normen besteht in der Garantie, dass durch die österreichische Rechtsordnung nur in Ausnahmefällen eine Enteignung oder Eigentumsbeschränkung vorgenommen werden darf. So umfasst der Schutzbereich dieser Grundrechte nicht nur Eigentümerrechte im engeren Sinn, sondern alle vermögenswerten Privatrechte wie zum Beispiel Urheberrechte, Patentrechte und Bauabzugsrechte, um nur einige zu nennen.⁹

Nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes wird durch Art. 5 StGG und durch Art. 11. ZProtEMRK auch die Privatautonomie, also das Recht zum Abschluss oder auch Nichtabschluss privatrechtlicher Verträge verfassungsgesetzlich geschützt.

Der Verfassungsgerichtshof legte in seiner Ju-

dikatur zu diesem Problemfeld den Grundsatz fest, dass ebenso wie ein gesetzgeberischer Akt, der ein bestimmtes Rechtsgeschäft über ein vermögenswertes Privatrecht im Einzelfall unmöglich macht, in das Eigentumsrecht eingreift,¹⁰ auch eine Norm, die zum Abschluss eines privatrechtlichen Vertrages verpflichtet,¹¹ einen Eingriff in das Eigentumsrecht seiner Normadressaten darstellt, da sich die verfassungsrechtliche Eigentumsgewährleistung – so der Verfassungsgerichtshof – auf alle privaten Vermögensrechte erstreckt und damit auch auf das Recht zum Abschluss privatrechtlicher Verträge. Ein hoheitlicher Akt darf demzufolge – unabhängig davon, ob er den Abschluss bestimmter Verträge verhindert oder umgekehrt dazu zwingt – in die Privatautonomie ausschließlich unter jenen Voraussetzungen eingreifen, die die Verfassungsordnung ganz allgemein für die Zulässigkeit von Eigentumseingriffen statuiert.¹²

Sowohl Art. 5 StGG als auch Art. 11. ZProtEMRK beinhalten einen Gesetzesvorbehalt, der sich bei Art. 5 StGG aus der Wendung *„Eine Enteignung gegen den Willen des Eigentümers kann nur in den Fällen und in der Art eintreten, welche das Gesetz bestimmt“* und bei Art. 11. ZProtEMRK *„Niemandem darf sein Eigentum entzogen werden, es sei denn, daß das öffentliche Interesse es verlangt, und nur unter den durch Gesetz und durch die allgemeinen Grundsätze des Völkerrechts vorgesehenen Bedingungen“* ergibt. Der Unterschied besteht darin, dass es sich bei Art. 5 StGG um einen so genannten formellen Gesetzesvorbehalt handelt, wohingegen Art. 11. ZProtEMRK einen materiellen Gesetzesvorbehalt statuiert. Diese für die Rechtswissenschaften bedeutsame Unterscheidung soll an dieser Stelle keiner eingehenden Analyse unterzogen werden, da sie in diesem Zusammenhang keine Ergebnisrelevanz besitzt. Festzuhalten bleibt lediglich, dass aufgrund dieser Gesetzesvorbehalte der Gesetzgeber in das Grundrecht auf Eigentum entweder unmittelbar durch Gesetz oder mittelbar durch Verwaltungsakt nur dann eingreifen kann,¹³ sofern die verfassungsrechtlichen Bedingungen dafür erfüllt sind.¹⁴

Der Verfassungsgerichtshof hat im Laufe seiner Judikatur Kriterien entwickelt, bei deren Vorliegen es dem Gesetzgeber erlaubt ist, in das Grundrecht auf Eigentum einzugreifen, und hat damit aber auch gleichzeitig die Grenzen der Eingriffsmöglichkeit beschrieben.

So kann der Gesetzgeber aufgrund des Gesetzesvorbehaltes zu Art. 5 StGG und Art 11. ZProtEMRK verfassungsrechtlich einwandfreie Eigentumsbeschränkungen und Enteignungen verfügen, sofern er dadurch nicht den Wesensgehalt des Grundrechtes auf Unversehrtheit des Eigentums berührt oder in anderer Weise gegen einen auch ihn bindenden Verfassungsgrundsatz verstößt.¹⁵ Des Weiteren muss die Eigentumsbeschränkung oder der gänzliche Entzug des Eigentums im öffentlichen Interesse liegen¹⁶ und darf nicht unverhältnismäßig¹⁷ sein.

Zusammenfassend sei somit festgehalten, dass aufgrund der Verfassungsjudikatur nachstehende Bedingungen für einen zulässigen gesetzlichen Eingriff in das Grundrecht auf Eigentum erfüllt sein müssen:

1. Die gesetzliche Regelung muss ausreichend determiniert sein; das heißt Umfang und Grenzen des Eingriffs müssen genau umschrieben sein.
2. Der Eingriff in das Grundrecht muss im öffentlichen Interesse liegen.
3. Die Einschränkung des Grundrechts muss verhältnismäßig sein; darf also die belastete Person oder Personengruppe nicht unverhältnismäßig im Vergleich zum angestrebten Zweck des Eingriffs belasten.

D) Anmerkungen zum Arzneimittelbegriff

Wie bereits zuvor erwähnt obliegt den öffentlichen Apotheken gemäß § 1 Abs. 1 Apothekenbetriebsordnung¹⁸ die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Eine umfassende Definition, deren Erweiterung und Konkretisierung das Gesetz in weiterer Folge vornimmt, findet sich zunächst einmal in § 1 Abs. 1 Arzneimittelgesetz. Danach sind Arzneimittel Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die nach der allgemeinen

Verkehrsauffassung dazu dienen oder nach Art und Form des Inverkehrbringens dazu bestimmt sind, bei Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper

1. Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, zu lindern, zu verhüten oder zu erkennen,
2. die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktionen des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen,
3. vom menschlichen oder tierischen Körper erzeugte Wirkstoffe oder Körperflüssigkeiten zu ersetzen,
4. Krankheitserreger, Parasiten oder körperfremde Stoffe abzuwehren, zu beseitigen oder unschädlich zu machen oder
5. die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktionen des Körpers oder seelische Zustände zu beeinflussen.

Ausgenommen vom Arzneimittelbegriff sind gemäß § 1 Abs. 3 Arzneimittelgesetz jedenfalls Lebensmittel, kosmetische Mittel, sofern ihre Anwendung und Wirkung auf den Bereich der Haut und ihre Anhangsgebilde und der Mundhöhle beschränkt sind, Tabakerzeugnisse, Futtermittel, Produkte aus einem natürlichen Heilvorkommen, sofern nicht deren Zusammensetzung durch die Beifügung von Stoffen mit Einfluss auf die Wirksamkeit verändert wurde, oder aufgrund der Wissenschaften auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch unerwünschte Wirkungen beim Menschen zu erwarten sind, Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die ausschließlich prophylaktischen Zwecken dienen, um Krankheitserreger, Parasiten oder körperfremde Stoffe abzuwehren, zu beseitigen oder unschädlich zu machen, sofern ihre Anwendung und Wirkung auf die gesunde Haut und deren Anhangsgebilde beschränkt sind und sofern sie nicht zur Anwendung am Patienten vor operativen oder anderen medizinischen Eingriffen, die eine Desinfektion der Haut voraussetzen, bestimmt sind, und viele andere Produkte mehr, deren Aufzählung an dieser Stelle jedoch vernachlässigbar erscheint.

Festzuhalten bleibt letztendlich, dass das Arzneimittelgesetz von einem umfassenden Arzneimittelbegriff ausgeht. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass der österreichische Gesetzgeber zunächst vor der Beschlussfassung dieses Gesetzes einen engeren Arzneimittelbegriff vorgesehen hätte, der aufgrund des Vorschlages des Ausschusses für Gesundheit und Umweltschutz jedoch in der heute bestehenden Fassung geändert wurde. Nach der ursprünglichen Version sollten als Arzneimittel nur jene Mittel gelten, die zu einer Beeinflussung „im überwiegend medizinischen Sinn“ führen. Daher wären vom Arzneimittelbegriff insbesondere Mittel ausgenommen gewesen, die der Auslösung von Euphorie, der Steigerung der sexuellen Potenz, der Stärkung der Muskulatur (Anabolika), der Bräunung der Haut – sofern sie oral einzunehmen sind – oder der Verhütung der Schwangerschaft aus nicht medizinischen Gründen dienen.¹⁹ Nunmehr ist auch diese Fülle an Medikamenten unter den Begriff „Arzneimittel“ zu subsumieren.²⁰

E) Zur Frage des öffentlichen Interesses

Mittlerweile gilt es als gesicherte Annahme, dass der Gesetzgeber auch bei der Verfügung bloßer Eigentumsbeschränkungen, wie sie etwa auch der Kontrahierungszwang darstellt, an das Vorliegen eines öffentlichen Interesses gebunden ist. Herrschende Ansicht der Rechtsprechung und Lehre ist es jedoch auch, dass bei der Beurteilung, was im öffentlichen Interesse liegt, der gesetzgeberische Spielraum größer ist als bei der gänzlichen Eigentumsentziehung. Dies ergibt sich aus dem Verhältnismäßigkeitsprinzip, da der Entzug des Eigentums verhältnismäßig schwerer wiegt als seine Beschränkung. Dennoch bildet die Balance zwischen dem Allgemeininteresse und das Verhältnis zwischen dem durch den Gesetzgeber angestrebten Ziel und den für die Zielerreichung eingesetzten Mitteln den zentralen Beurteilungsmaßstab.²¹

Nunmehr stellt sich die Frage, ob es tatsächlich im öffentlichen Interesse gelegen ist, die Bevölkerung umfassend mit allen Arzneimitteln zu

versorgen, die als solche vom Arzneimittelgesetz definiert sind?

Im Zentrum der Rechtfertigung von Eigentumsbeschränkungen steht das Allgemeininteresse. Prinzipiell liegt es beim Gesetzgeber, dieses festzulegen. Dennoch muss bezweifelt werden, dass ein allgemeines Interesse an der Versorgung der Bevölkerung beispielsweise mit Anabolika, Bräunungsmitteln oder potenzsteigernden Medikamenten besteht.

Die zentrale Aufgabe heilender Berufe ist es, physisches und psychisches Leiden zu mildern und Schmerzen – so weit dies möglich ist – zu lindern. Diese Überlegung steht auch zunächst im Zentrum apothekerischen Handelns, das die pharmazeutischen Mittel zur bestmöglichen Erfüllung dieser Aufgaben den Patienten zur Verfügung stellen muss. In diesen Bereichen lässt sich der Kontrahierungszwang des Apothekers auch rechtfertigen, denn nur hier besteht ein öffentliches Interesse an der Abgabepflicht beziehungsweise die Gefahr des Schadeneintrittes nach den Prämissen des bürgerlichen Rechts und damit auch des Obersten Gerichtshofes. Es ist mir daher unverständlich, warum der österreichische Gesetzgeber die tatbestandsmäßige Voraussetzung der medizinischen Indikation zur Qualifizierung eines Produkts als Arzneimittel ersatzlos gestrichen hat.

Festzuhalten bleibt, dass meines Erachtens das öffentliche Interesse an der Versorgung der Bevölkerung mit allen Arzneimitteln, die nach österreichischem Recht als solche gelten, verneint werden muss. Hier sei der österreichische Gesetzgeber angehalten, Klarheit zu schaffen, um nicht Gefahr zu laufen, dass ein überschießender Kontrahierungszwang verfassungsrechtliche Verstöße aufgrund mangelnder Determinierung beziehungsweise aus dem Grund des mangelnden öffentlichen Interesses impliziert.

F) Resümee

Der Kontrahierungszwang des Apothekers erscheint schon bei einer rudimentären Hinterfra-

gung in seiner Absolutheit zweifelhaft. Gesichert ist letztendlich nur, dass dieser jedenfalls für Arzneimittel besteht, die aufgrund medizinischer Indikation vom Patienten dringend benötigt werden. Es wäre daher meines Erachtens geboten und wünschenswert, dass klare Regelungen gesetzgeberisch statuiert werden, die vor allem für den Berufsstand der Apotheker Rechtssicherheit über den Umfang ihrer Kontrahierungspflichten schaffen würden. Die derzeitige Rechtssituation mag unter diesem Aspekt als unzulänglich bezeichnet werden.

Referenzen

- 1 Die oben angeführte Fragestellung würde eine sehr viel umfangreichere Untersuchung intendieren, die in ihrem Ergebnis jedoch nicht von dem vorliegenden wesentlich abweichen würde.
- 2 So etwa im Eisenbahnbeförderungsgesetz, Luftfahrtgesetz oder auch im Elektrizitätswirtschafts- und -organisationsgesetz.
- 3 Vgl. Hackl, *Vertragsfreiheit und Kontrahierungszwang im deutschen, im österreichischen und im italienischen Recht* (1980) 68 ff
Rummel in Rummel, *Kommentar zum ABGB I3* (2000) § 861 Rz 10 ff
Koppensteiner, *Kontrahierungszwang und Geschäftsverweigerung*, ÖBl (2007) 100
6 Ob 187/99i
5 Ob 129/02k
3 Ob 221/04b
- 4 Vgl. Feigl, *Das Apothekenunternehmen – Rechtliche und wirtschaftliche Verfügungsmacht, Errichtung, Betrieb und Übergang öffentlicher Apotheken als Einzelunternehmen oder als Gesellschaft*, Österreichische Apotheker-Vereinsgesellschaft m. b. H. (1987) 67 ff
- 5 Vgl. Ulrich, *Einführung in die pharmazeutische Gesetzeskunde* (1997) 129 f
- 6 Vgl. Stenographische Protokolle des Abgeordnetenhauses VII. Session 1903
Puck, *Die Prüfung des Bedarfes bei öffentlichen Apotheken*, FS Winkler (1997) 216
- 7 Vgl. VfSlg. 13328, 15103
- 8 Das nähere Verfahren über die Aufhebung von generellen Rechtsnormen interessiert an dieser Stelle nicht.
- 9 Vgl. Berka, *Die Grundrechte: Grundfreiheiten und Menschenrechte in Österreich* (1999) Rz 712 ff
- 10 Vgl. VfGH 22. 06. 1989, B1160/88, VfSlg 5149, 5683, 7538, 9014, 9913, 12.227, 14.500, 14.503

- 11 So etwa auch alle Formen des Kontrahierungszwangs.
- 12 Vgl. Fröhler/Oberndorfer, *Das Wirtschaftsrecht als Instrument der Wirtschaftspolitik*, 1969, S. 15 ff
Korinek, *Die Beschränkung der Privatautonomie durch Wirtschaftsgesetze*, JBl. 1982, S. 29
Wenger, *Grundriss des österreichischen Wirtschaftsrechts*, 1989, Rz 302 ff
VfSlg 1523, 1542, 4010, 6780, 7160, 8201, 9189, 9392, 9887, 10409, 12227, 12998
- 13 Vgl. Mayer, B-VG4 (2007) Art. 5 StGG III.1
- 14 Vgl. Berka, *Die Grundrechte: Grundfreiheiten und Menschenrechte in Österreich* (1999) Rz 730. Bezugnehmend auf die Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes VfSlg 1123/1928
- 15 Vgl. VfSlg. 9189
- 16 Vgl. VfSlg. 9911, 11402, 12227
- 17 Vgl. Mayer, B-VG4 (2007) Art. 5 StGG III.3
VfSlg. 13587, 13659, 13964
- 18 „Der öffentlichen Apotheke obliegt die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung [...]“.
- 19 Vgl. 1480 der Beilage u den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XV. GP 2
- 20 Vgl. dazu grundlegend und unfassend: Zeinhofer, *Der Begriff des Arzneimittels und seine Abgrenzung von anderen Produktkategorien* (2007) 99 ff
- 21 Vgl. statt vieler: Korinek, Art 5 StGG, in: Korinek/Holoubek, *Österreichisches Bundesverfassungsrecht. Kommentar* (Loseblattausgabe) (7. Lieferung 2005) Rz 38
Korinek, Art 5 1. ZPEMRK, in: Korinek/Holoubek, *Österreichisches Bundesverfassungsrecht. Kommentar* (Loseblattausgabe) (7. Lieferung 2005) Rz 14 ff

Enrique H. Prat

Der Gewissensvorbehalt des Apothekers aus sozial-ethischer Sicht

Zusammenfassung

Ein Gewissensvorbehalt des Apothekers ist im österreichischen Apothekergesetz nicht enthalten. In Europa wird diese Frage im Gegensatz zu den USA weder in der Öffentlichkeit noch in der Politik thematisiert. Die Apotheker, die dazu Fragen aufwerfen, stellen offenbar eine Minderheit dar, sie haben kaum Gewicht in der Standesvertretung, die Kammer hat sich auf den pragmatischen Standpunkt zurückgezogen, das Problem einfach zu ignorieren. Dem ist entgegenzuhalten, dass jeder Apotheker ein Menschenrecht auf Gewissensfreiheit und daher das Recht auf Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen haben muss. Die Analyse zeigt, dass die Argumente für eine gesetzliche Einschränkung der Gewissensfreiheit des Apothekers – etwa durch den Kontrahierungszwang oder durch die Anwendung des so genannten Notfallparagraphen – weit hergeholt und kaum nachvollziehbar sind.

Schlüsselwörter: Gewissen, Gewissensfreiheit, Gewissensvorbehalt, Pille danach, Leistungsverweigerung

Abstract

The Austrian law for pharmacists carries no hint concerning a conscientious objection. Contrary to the USA, this question is not raised in Europe, neither in public nor in politics. Pharmacists raising such questions obviously belong to a minority with practically no influence on representatives of their profession. The Chamber of Pharmacists has simply decided to ignore this problem. In turn, it should be clear that each pharmacist has the human right to practice according to his/her freedom of conscience, even to the point of rejection of the performance principle. This analysis demonstrates that arguments for a legal restriction of freedom in conscience of the pharmacist – be it by appealing to an obligatory contract or case of emergency – are far fetched and obscure.

Keywords: Conscience, Freedom of Conscience, Conscientious Objection, The "Pill-After", Rejection of Performance

Prof. Dr. Enrique H. Prat, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

1. Die Gewissenskonflikte in der Apotheke

Es ist Mitternacht vorbei, jemand klopft an die Tür der Nachtdienstapotheke an. Ein junges, circa 16 Jahre altes Mädchen sagt, sie brauche dringend eine Notfallpille. Ihre Augen weichen dem Blick des Apothekers aus. Nach einer langen Pause fügt sie leise hinzu, sie habe gerade mit einem Mann geschlafen, es sei nicht geplant gewesen und sie hätte keine Verhütungsmittel verwendet. Der Apotheker versucht sie zu beruhigen und sagt, sie soll noch einige Stunden warten und morgens in die gynäkologische Ambulanz gehen. Die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, liege statistisch bei 7,8 Prozent. Und selbst wenn sie sich in der Fruchtbarkeitsphase befände, sei die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft maximal 30 Prozent. Es gäbe noch Zeit, sie könne morgen alles in Ruhe klären. Das Mädchen lässt sich aber nicht beruhigen, bricht in Tränen aus und sagt mit gebrochener Stimme, dass sie sich keine Schwangerschaft leisten könne. Sie ist sehr aufgeregt. „Die Eltern dürfen nichts erfahren, und überhaupt muss ich morgen zur Schule.“ Den Fall wolle sie sofort hinter sich bringen. Der Apotheker erwidert, dass er ihrem Wunsch nicht entsprechen kann, weil er aus Gewissensgründen keine solche Pille führt. Sie sagt: „Bitte, wo kann ich schnell eine Notfallpille bekommen?“ Er antwortet, dass er dies auch nicht sagen kann, weil es dasselbe wäre, wie ihr gleich die Pille zu geben.

Diese Geschichte könnte sich so oder ähnlich abgespielt haben. Einzig die Rolle des Apothekers scheint hier in einem neuen Licht. Das Mädchen leidet sehr, ist total zerstört, hat panische Angst. Jeder empfindet großes Mitleid mit ihr, und die Sache scheint mit einer Notfallpille geradezu leicht lösbar. Viele Apotheker in unserem Land und auch anderswo sehen es offensichtlich so und würden ohne große Bedenken das begehrte Präparat verabreichen. Viele, vielleicht die Mehrheit, sicherlich aber nicht alle. In den USA sind die Bedenken offenbar größer. Dort wollen Apotheker solche Substanzen nicht verkaufen müssen. Ist der Apotheker in der erzählten Eingangsgeschichte hartherzig? Sicherlich leidet

auch er mit. Würde er nach rein emotionalen Kriterien reagieren, würde er die „Pille danach“ wohl aushändigen. Doch er hat auch ein Gewissen, das über seinen Emotionen steht. Auch er möchte helfen und sich auf keinen Fall aus der Verantwortung stehlen. Was wäre leichter, als die Pille zu geben und den Fall zu vergessen? Aber er hat es sich überlegt. So einfach geht es nicht. Es geht nicht nur um eine Angelegenheit zwischen ihr und ihm und sonst niemandem mehr. Seine Handlung hat auch eine soziale Relevanz. Er hat mit seinem ersten Ratschlag recht: Warum nicht bis zum Gynäkologen warten? Ist die Schule am darauf folgenden Tag ein ausreichendes Argument? Und die Angst vor den Eltern? Dieser Apotheker möchte so wie alle anderen, das Mädchen nicht daran hindern, zu tun, was es will, er möchte das Mädchen nicht zwingen, nach seinem Gewissen zu handeln. Er wehrt sich aber dagegen, nach ihrem Willen statt nach seinem eigenen Gewissen handeln zu müssen. Hat er dieses Recht nicht? Auch er hat Überzeugungen, die gut zu begründen sind. Müssen Apotheker freiwillig auf das Menschenrecht auf Gewissensfreiheit verzichten?

In Europa wird die Frage der Gewissensfreiheit in der Apothekerarbeit nur wenig thematisiert. In Deutschland und Österreich ist es in Öffentlichkeit und Politik praktisch kein Thema. Es gibt zwar vereinzelt Apotheker, die dazu Fragen aufwerfen, sie sind allerdings eine ganz kleine Minderheit und haben kaum Gewicht in der Standesvertretung, sodass die Kammer die pragmatische Stellung einnimmt, das Problem einfach zu ignorieren. Die Gerichte mussten sich bis jetzt nicht damit befassen. Im Kontrast dazu gab es in den USA etliche Gerichtsurteile zu diesem Thema und eine breit angelegte Debatte in Öffentlichkeit und Politik, die ganz konkrete Ergebnisse zum Schutz der Gewissensfreiheit des Apothekers gebracht haben.

Die Gewissensfreiheit des Apothekers in Österreich und Deutschland

In der österreichischen Verfassung ist das Grundrecht auf Gewissensfreiheit (vgl. EMRK

Art. 40) festgeschrieben, die Gesetzgebung jedoch sieht einen Gewissensvorbehalt des Apothekers nicht explizit vor.¹ Die Österreichische Apothekerkammer weist immer wieder auf den sogenannten Kontrahierungszwang² des Apothekers hin und schließt aus, dass der Apotheker sich aus Gewissensgründen weigern darf, anerkannte Arzneimittel gegen ärztliche Rezepte auszuhändigen, andernfalls würde er sich „einer unterlassenen Hilfeleistung schuldig machen“.³ Außerdem wird darauf hingewiesen, dass diese Präparate unter Umständen auch ohne Rezept – z. B. in der Nacht – abgegeben werden sollen, weil § 4 Abs. 5 (Notfallparagraf) des Rezeptpflichtgesetzes wirksam wird.⁴ Diese Haltung der Kammer verursacht große Schwierigkeiten bei einigen Mitgliedern, die aus Gewissensgründen keine Notfallpille, manche auch keine Kontrazeptiva, verabreichen wollen.

In Deutschland ist die Haltung der Bundesapothekerkammer anders, denn sie erkennt den Gewissensvorbehalt in ihrem Berufsleitbild an.⁵ Kein Kontrahierungszwang also, aber ähnlich wie in den Vereinigten Staaten eine Verpflichtung zur Versorgung durch Hinweis auf andere Apotheken.

Die Gewissensfreiheit des Apothekers in den Vereinigten Staaten von Amerika

In den USA beschäftigt die Frage der Gewissensfreiheit die Gerichte.⁶ Es gibt aber eine ziemlich offene Debatte in den Medien und in den Fachjournalen⁷ um das Recht des Apothekers auf Leistungsverweigerung, die dort sehr gut dokumentiert ist.⁸ Die gesetzliche Regulierung dieses Themas liegt in der Kompetenz der einzelnen Bundesstaaten. Als Ergebnis der Diskussion zeichnet sich ein Trend zur Anerkennung des Gewissensvorbehalts ab, gleichzeitig wird jedoch gefordert, Vorsorge zu treffen, um die Versorgung mit Kontrazeptiva und besonders mit Notfallkontrazeptiva zu sichern.⁹ In vier Staaten (Arkansas, Georgia, Mississippi und South Dakota) wird dem Apotheker das Recht auf Leistungsverweigerung gesetzlich eingeräumt. In vier weiteren Staaten (Colorado, Florida, Maine,

and Tennessee) wird der Gewissensvorbehalt allgemein allen Gesundheitsberufen zugestanden, ohne den Apotheker explizit zu erwähnen. Im Staat Illinois müssen nach einem 2005 verabschiedeten Gesetz die Apotheken, aber nicht die in den Apotheken Beschäftigten vom Arzt gültig verschriebene Kontrazeptiva verabreichen. In Kalifornien und New Jersey sieht das Gesetz vor, dass die Apotheke die Kontrazeptiva führen muss und jeder Angestellte sich nur dann weigern kann, wenn es in der Apotheke jemand anderen gibt, der dazu bereit ist, sie auszuhändigen. In den anderen Staaten ist noch alles offen, die Gesetzgebung ist im Werden.

In der amerikanischen Debatte gibt es auf akademischer Ebene auch Positionen, die meinen, der Apotheker habe kein Recht auf Verweigerung und solle eher seinen Beruf aufgeben, falls er das aus Gewissensgründen tun muss. Krass ist dabei die Position von Savulescu „When duty is true duty, conscientious objection is wrong and immoral“¹⁰. Er schränkt ein, dass der Gewissensvorbehalt anerkannt werden möge, wenn es ausreichend Ärzte oder Apotheker gibt, die die Versorgung sicherstellen. Dennoch plädiert er für die Maßregelung jener, die die Versorgung gefährden. Ähnlich ist die Position von Wicclair.¹¹ Er stellt die Frage, wie der Apotheker die Verpflichtung, ärztlich verordnete Pharmaka zu verabreichen, mit der Verpflichtung, seinem Gewissen zu folgen, um seine moralische Integrität zu bewahren, in Einklang bringen kann. Savulescu, Wicclair und andere setzen den „standard of care“, den medizinisch anerkannten Standard als Kriterium dessen, was nicht zur Gewissensdisposition zur Verfügung stehen darf. Der Arzt oder der Apotheker darf keine medizinische Standardtherapie verweigern. Andernfalls würde er die Grenze der passiven Verweigerung (engl. objection) zur aktiven Behinderung (engl. obstruction) überschreiten.¹² Dies würde Grund genug sein, um von ihm zu fordern, den Beruf zu wechseln, denn das Ethos der medizinischen Berufe verbiete jede Art der Behinderung von indizierten Standardtherapien. Diese Extrempositionen stellen jedoch eher die Ausnahme dar.

Die American Society of Health-System Pharmacist (ASHP) spricht in ihrem Verhaltenscodex den Apothekern ausdrücklich das Recht auf Verweigerung (refusal) der Mitwirkung bei einer Therapie aus Gewissensgründen zu.¹³ Allerdings spricht sie auch von der Pflicht, dem Patienten Hinweise zu geben (referring), wie er zu seiner „Therapie“ kommen kann. Wenn man von den extremen Positionen absieht, zentriert sich die Diskussion in den USA im Wesentlichen auf diese zwei Begriffe: *refusal* und *referring*. Es herrscht ein sehr breiter Konsens darüber, dass der Apotheker das Recht hat, eine Leistung abzulehnen, wenn er sie mit seinem Gewissen nicht vereinbaren kann.¹⁴ Heftig debattiert wird in erster Linie, ob der Apotheker hier informativen Beistand leisten soll.¹⁵ Die Fragestellung hat sich also bei dieser Debatte eigentlich auf den zweiten Begriff verlagert: Hat der Apotheker die Pflicht, soweit entgegenzukommen, dass er darüber informieren muss, wo der Klient ein verweigertes Pharmazeutikum bekommen kann? Leistet er durch Erfüllung dieser Pflicht doch eine Mitwirkung zur Tat, die er im Gewissen ablehnt?

Das Berufsethos des Apothekers

Das Apotheker-Berufsethos ist der Gesundheit und dem Lebensschutz verpflichtet. Es gibt keinen moralisch sensibleren Bereich als den des Lebensschutzes: Zwischen Leben und Tod kann man kaum Kompromisse schließen. Nicht selten werden Kompromisse gefordert – auch vom Apotheker –, und zwar gegen sein Berufsethos.

Das allgemein anerkannte Menschenrecht auf Gewissensfreiheit sollte den Apotheker davor schützen, gegen sein Gewissen handeln zu müssen. De facto ist es in Österreich wie auch in vielen Ländern Europas so, dass die Gesetzgebung weit davon entfernt ist, dem Apotheker einen Gewissensvorbehalt, d. h. das Recht einer Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen explizit anzuerkennen, ein Recht, das zugleich dem Arzt sehr wohl zugestanden wird. In diesem Artikel soll der Gewissensvorbehalt des Apothekers aus der sozialetischen Perspektive diskutiert werden. Die

konkrete Fragestellung ist folgende: Kann man in einer modernen, pluralistischen Gesellschaft eine triftige Begründung dafür geben, dass die große Er rungenschaft der Moderne, das Menschenrecht auf Gewissensfreiheit, eingeschränkt und dem Apotheker der Gewissensvorbehalt verweigert wird?¹⁶

2. Gewissenskonflikte und ihre gesellschaftliche Relevanz

Hat es je einen Menschen ohne Gewissenskonflikte gegeben? Wer eine Überzeugung hat und sich zu einem bestimmten Welt- und Menschenbild bekennt, d. h. wer sich zu einer Werteidentität durchgerungen hat, gerät nicht selten in Situationen, wo er sich ganz genau überlegen muss, ob das, was er gerne tun oder unterlassen würde oder was von ihm gefordert wird, im Einklang mit seinen Überzeugungen steht. Manchmal lässt sich nach entsprechender Beratung und Reflexion feststellen, dass kein wirkliches Dilemma besteht. In der Regel wird ein Ausweg aus einem Gewissenskonflikt dadurch gefunden, dass man (a) den Überzeugungen treu bleibt, (b) eine Ausnahme zu den eigenen Prinzipien zulässt, ohne diese Überzeugungen aufzugeben, oder (c) die Überzeugungen zum Teil oder ganz aufgibt, indem man die Prinzipien ändert bzw. sich von ihnen trennt.

Die Gewissenskonflikte in der privaten Sphäre ohne direkte Relevanz für Dritte sind zwar für den Betroffenen existentiell sehr wichtig, ihre Lösung ist jedoch eine rein private Angelegenheit. Ganz anders verhält es sich, wenn persönliche Überzeugungen mit Pflichten kollidieren, die aus der Sozialität des Menschen erwachsen. Hier gerät das Individuum mit seinen Überzeugungen in Konfrontation mit der Gesellschaft. Das friedliche Zusammenleben steht auf dem Spiel. Es entsteht ein Konflikt mit sich selbst, aber auch mit der Gemeinschaft. Das Dilemma hat drei Lösungsmöglichkeiten: (1) das Individuum bleibt seinem Gewissensdiktat treu und nimmt die vorgesehenen gesellschaftlichen Sanktionen in Kauf; (2) es gibt durch eine in (b) und (c) des vorigen Absatzes skizzierten Handlungen nach, oder (3) die Gesellschaft sucht einen

Ausweg, um das Individuum von der gesellschaftlich auferlegten Pflicht zu entlasten und es ihm zu ermöglichen, dem Spruch seines Gewissens zu folgen. Letztere Möglichkeit ist die Anerkennung des Rechtes auf Gewissensfreiheit, dessen konkretes Instrument der Gewissensvorbehalt ist.

Die Anerkennung des Gewissensvorbehalts bewirkt nicht nur die Befreiung des Einzelnen von einem schweren sozialen Druck, sondern hat auch, wie Luhmann systemtheoretisch hervorhob, eine stabilisierende Funktion für die Gesellschaft. Die mit Zwang gelösten Gewissenskonflikte sind nach Luhmann bedrohliche „Quellen sozialer Störungen und Enttäuschungen“. Überdies sieht er den Sinn der gewährten Gewissensfreiheit „nicht mehr darin, dass er die Gewissensorientierung ermöglicht, sondern darin, dass er sie erspart“¹⁷. Obwohl Luhmann sicherlich zu weit geht, wenn er aus rein systemtheoretischer, reduktionistischer Sicht in der Gewissensfreiheit in erster Linie einen Selbstschutz der Gesellschaft vor der Willkür des individuellen Gewissens sieht, so stellt doch die stabilisierende Komponente der Gewissensfreiheit in Zusammenhang mit unseren sozialetischen Überlegungen einen wichtigen Faktor dar.

Beispiele in der Geschichte

In den Dramen und Tragödien der Weltliteratur werden, meistens zeitgebunden und doch zeitlos zugleich, Gewissenskonflikte von Menschen in unendlichen Variationen dargestellt. Besonders die Helden und Märtyrer der Geschichte liefern Paradebeispiele von existentiellen Dilemmata, die sie gewissenskonform lösen. Helden haben entweder übermäßige Risiken auf sich genommen, indem sie sich großmütig nahezu aussichtslose Ziele gesetzt haben, zu denen sie niemand verpflichten könnte, und sie haben dabei die Situation gemeistert, d. h. mit ihrem Einsatz Erfolg gehabt. Die Erhabenheit und der Glanz der Heldentat selbst verdeckt meistens zumindest teilweise die vielen Stunden der Verzweiflung, die beklemmende Isolation und die Todesängste, die das innerliche Ringen mit Pflicht-

ten- und Interessenskonflikten begleiten. Bei den Helden ist ihre Anerkennung und Bewunderung durch die Zeitgenossen und folgenden Generationen Teil des Lohns für ihr inneres Ringen mit dem eigenen Gewissen. Der Held ist ein Sieger, auch wenn er seinen Mut mit dem Tod bezahlen musste.

Der Märtyrer ist zunächst für seine Zeitgenossen ein Verlierer, der meist aber im geschichtlichen Rückblick als Held erkannt und gefeiert wird. So etwa im Fall von Sophie Scholl, Thomas Morus oder Sokrates, um nur drei Beispiele aus ganz verschiedenen Epochen zu nennen. Sie wurden von Gerichten zum Tode verurteilt, weil sie sich aus Gewissensgründen der ungerechten staatlichen Gewalt nicht gebeugt hatten.

Sophie Scholl (1921 – 1943) hatte gemeinsam mit ihrem Bruder Hans und einigen Freunden unter dem Losungswort „Die weiße Rose“ eine Flugblätterserie gegen den Nationalsozialismus verfasst, in größerer Zahl hergestellt und in verschiedenen Städten Deutschlands und Österreichs verbreitet. Sie wurde im Alter von 21 Jahren bei der Verteilung der Flugblätter in der Münchner Universität erwischt, gefasst und eingesperrt. Sie hätte leicht mit mildereren Strafen davonkommen können. Der Gestapo-Offizier Robert Mohr, der ihr Verhör führte, versuchte ihr auch, eine goldene Brücke für einen Ausweg zu bauen.¹⁸ Sie hätte sich nur von ihrem Bruder und der gemeinsamen agitatorischen Tätigkeit zu distanzieren brauchen. „Sie haben mit falschen Parolen, aber mit friedlichen Mitteln gekämpft“, sagte Mohr. Darauf fragte Scholl, warum sie dann überhaupt bestraft werden soll. „Weil das Gesetz es so vorschreibt! Ohne Gesetz keine Ordnung.“ Sophie Scholl erwidert, dass sie sich an ihr Gewissen hält. Die Gesetze ändern sich, das Gewissen nicht.¹⁹ Am 22. 02. 1943 wurde sie wegen Hochverrats hingerichtet. Sie musste sterben, weil der Staat seinen Bürgern willkürlich das Menschenrecht auf Meinungsfreiheit und das Menschenrecht auf Gewissensfreiheit verweigerte.

Sir Thomas Morus,²⁰ Lordkanzler Englands unter Heinrich VIII. im 16. Jh., widersetzt sich nicht

offen den Plänen seines Monarchen, seine Ehe mit Katharina von Aragón entgegen geltendem Kirchenrecht aufzulösen. Er legt alle Ämter nieder und ist damit vom Suprematseid befreit, durch den der König als Haupt der anglikanischen Kirche anerkannt wird. Diesen Eid mussten nur Kleriker und Staatsbeamte leisten. Aber Morus wurde willkürlich verpflichtet, den im „Act of Succession“ vorgesehenen Eid zu schwören, der die Legitimität aller Kinder aus der neuen Ehe anerkennt und wieder nur von Klerikern und Staatsbeamten geschworen werden musste. Heinrich bestand auf dem Eidschwur von Morus. Dieser weigerte sich jedoch und wurde nach einem Gerichtsverfahren im Londoner Tower enthauptet.

Sokrates lehnte im 4. Jh. v. Chr. den an die Bedingung geknüpften Freispruch ab, die Wahrheit nicht mehr zu suchen und zu lehren und die Jugend nicht mehr zu „verderben“.²¹ Er lehnte auch das Angebot mächtiger Freunde ab zu fliehen, denn dies wäre ungerecht gegenüber der Gemeinschaft. Nicht die Willkür der Gerichte, sondern die gerechten Gesetze verpflichten auch das Gewissen dessen, der Ungerechtigkeit erleiden muss.²²

Diese drei geschichtlichen Fälle ebenso wie viele ähnliche, die angeführt werden könnten, haben eines gemeinsam: Die Protagonisten waren bereit, für sehr hohe Ideale scharfe Sanktionen in Kauf zu nehmen. Sie haben den Tod weder gesucht noch gewünscht und alles versucht, ihm zu entkommen. In ihrem Fall gab es kein Entrinnen. Diese Beispiele zeigen, zu welch grausamen Ungerechtigkeiten die Staatsgewalt fähig ist, wenn ihre Organe ähnlich wie Robert Mohr die Formel „Ohne Gesetze keine Ordnung“ so verstehen, dass prinzipiell jedes Gesetz über dem Gewissen steht. Darf das Gesetz überhaupt die Gewissenskonflikte der Bürger ignorieren?

3. Gewissen, Gewissenskonflikte und Gewissensfreiheit

Das Gewissen (conscientia, d. h. Mit-Wissen) ist ein persönliches moralisches Wissen, das jede Handlungsentscheidung begleitet. Das Gewissens-

urteil ist die Anwendung von diesem persönlichen moralischen Wissen auf konkrete Handlungsurteile bzw. vollzogene Handlungen. Das Gewissen wird als ein besonderes Vermögen oder eine „Anlage“ bezeichnet, *de facto* ist es aber einfach ein *besonderes* Urteil der praktischen Vernunft. *Besonders* deshalb, weil es nicht wie die Urteile des freien Willens im engeren Sinn (praktische Urteile) affektiv gebunden ist. In diesem Urteil spielen die Affekte kaum eine Rolle, da das Ziel des Urteils nicht eine begehrte Handlung ist, sondern eine Erkenntnis. Es ist gut, das zu tun, also tue ich es, lautet das Urteil. So konnte Thomas von Aquin sagen: „Das Urteil des Gewissens besteht in reiner Erkenntnis, das Urteil des freien Willens jedoch in einer Anwendung der Erkenntnis auf die Affektivität: dieses Urteil ist das Wahlurteil“²³, ein praktisches Urteil also, das zum Handeln führt. Der Mensch kann seine immer affektiv gebundenen Wahlurteile noch einmal kognitiv auf ihr Gut-Sein hin hinterfragen. Das ist es, was das Gewissen leistet. So „erfahren wir auch die ‚Stimme des Gewissens‘, die mit derjenigen unserer Affektivität, mit dem, worauf wir hinneigen, in Konkurrenz stehen kann. Als etwas ‚Objektives‘ im Gegensatz zur ‚Subjektivität‘ des Affektiven“²⁴. Ein Wahlurteil, die Entscheidung eines Menschen, ist also im engeren Sinn keine Gewissensentscheidung. Der Unterschied zwischen praktischem Wahlurteil und Gewissensurteil darf nicht übersehen werden.

Moderne ethische Ansätze in Anlehnung an Kant treffen aber diese Unterscheidung nicht. Jedes praktische Urteil sei ein Gewissensurteil. Was das bedeutet, ist klar: Auf der einen Seite ist, wie Kant sagt, „ein irrendes Gewissen ein Unding“²⁵, das es nicht mehr gibt. Ganz problematisch ist es aber auf der anderen Seite, wie Rhonheimer hervorhebt, die Konsequenz im Zusammenhang mit dem obersten moralischen Imperativ, man müsse seinem Gewissen folgen: „Problematisch ist dies keineswegs wegen der Forderung als solcher, man müsse seinem Gewissen folgen. Das Problem liegt darin, dass dieser Imperativ als absolut und nichthintergebar verstanden wird, also zu der

Vorstellung eines Gewissens führt, dem zu folgen sittlich gut ist, ganz unabhängig davon, welcher Art das subjektiv-praktische Urteil ist, dem dieses Gewissen zu folgen gebietet, einem Gewissen zudem, das sich selbst inhaltlich gar nicht in Frage stellen kann oder in Frage stellen braucht, da der einzige Imperativ, den es zu erlassen vermag, darin besteht, ihm zu folgen.“²⁶

Die neuzeitliche Gleichsetzung von Gewissens- und Wahlurteil stellt allerdings de facto eine Auflösung des Gewissens als innere Richterinstanz dar. Es fragt sich, ob wir hier nicht vor einem jener Widersprüche der Moderne stehen, die die Postmoderne, als zu Ende gedachte Moderne, damit lösen will, dass sie jede Wahrheit, ob praktische oder theoretische, aufhebt: „anything goes“. Das ist eine neue, radikalere Form des Relativismus: Alles ist gleich gültig, es wird damit aber auch gleichgültig. Es hat jedenfalls Widersprüchliches in sich, wenn man auf der einen Seite den Gewissensbegriff de facto auflöst und auf der anderen Seite die Gewissensfreiheit als Menschenrecht, das in jeder modernen Verfassung als Grundrecht seinen Platz gefunden hat, feierlich proklamiert.

Das Menschenrecht auf Gewissensfreiheit

Die Gewissensfreiheit ist das Recht auf Verweigerung (staatlicher) Befehle, deren Ausführung einer Gewissensüberzeugung widersprechen. Die Gewissensfreiheit unterliegt keinem Gesetzesvorbehalt, d. h. kein Gesetz kann sie explizit einschränken. Sie unterliegt jedoch gleichwohl verfassungs-immanenten Grenzen.²⁷

Die Religions- und Gewissensfreiheit als greifbares Grundrecht tritt erst im 19. und 20. Jh. auf die Bühne der Politik und des Rechtes. Als Idee war sie in der Welt der philosophischen, theologischen und sogar der ideologiepolitischen Ideen schon lange vorher bekannt. Obwohl diese Idee durch und durch christlich ist, konnte sie sich aber als positives Recht im christlich verwurzelten Abendland nur langsam durchsetzen. Man muss bedenken, dass bis weit ins 19. Jh. hinein die Religion als zwei-

felsfreier Maßstab der Gewissensfreiheit galt. Dies bedeutet nicht nur, dass Religions- und Gewissensfreiheit praktisch dasselbe war, sondern auch, dass das Gewissen nur dann zu respektieren sei, wenn sein Urteil mit den offiziellen Glaubensdogmen übereinstimmt. Ein Recht auf Irrtum gab es weder für Kirche noch Staat. Bis weit in die Neuzeit hinein galt, dass der Irrtum kein Existenzrecht hat: „So wie religiöser und moralischer Irrtum ein Übel für die Seele ist, so ist er das auch für die bürgerliche Gesellschaft und deshalb kann er in ihr kein Existenzrecht besitzen, er darf höchstens zum Schutze höherer Güter – etwa des Friedens – vom Staat toleriert werden.“²⁸ Erst im II. Vatikanischen Konzil löst sich die Kirche endgültig von der vorchristlichen, polis-ethischen Tradition und anerkennt den politischen Primat der Freiheit des Individuums über die „Rechte der Wahrheit“.

Als großes Hindernis für die Durchsetzung des Rechtes auf Gewissensfreiheit erweist sich die Tatsache, dass der Gewissensbegriff von der modernen und postmodernen Philosophie nicht mehr eindeutig bestimmt wird und auch sonst aus der zeitgenössischen Wissenschaftssprache der Humanwissenschaften verschwunden ist.²⁹ Er wird aber in der Umgangssprache doch als Instrument zur Geltendmachung von Autonomierechten noch viel und gerne verwendet. Das Grundrecht auf Gewissensfreiheit kann aber aus dem Selbstverständnis eines jeden Weltbildes seit der Neuzeit nicht mehr weggedacht werden. Man muss sich mit Schockenhoff fragen, wie die Rechtsordnungen demokratischer Gesellschaften mit diesem ernstesten Dilemma umgehen können, dass einerseits „das Gewissensverständnis (sich) durch den Rückgriff auf humanwissenschaftliche Erkenntnisse oder auf die Aussagen der philosophischen und theologischen Anthropologie nicht eindeutig bestimmen“ lässt und andererseits „verweist das Grundrecht der Gewissensfreiheit auf eine im sozialen Leben vorgegebene Wirklichkeit, die das Recht schon deshalb nicht übergehen darf, weil sie zur Quelle verschiedenartiger Rechtskonflikte

werden kann³⁰. Es kann aber nicht Aufgabe der Rechtswissenschaft und noch viel weniger des Staates sein, den Begriff des Gewissens zu definieren. Jeder Versuch, Wesen und Funktion des Gewissens in ein Gesetz zu fassen, wäre nichts anderes als eine Einschränkung jener Freiheit, die der Staat durch dieses Gesetz sichern wollte. Es ist auch nicht Funktion des Staates, als Garant der Religionsfreiheit, Religion zu definieren und sich als Beurteilungsinstanz über die Religion zu setzen, die darüber zu befinden hat, was Religion ist und was nicht. Dasselbe gilt auch für die Kunst. Nach vielen Missbräuchen ist es mittlerweile klar, dass die Freiheit der Kunst nicht garantiert werden kann, indem der Staat definiert, was Kunst ist, sondern indem er sich von jedem Einfluss enthält und dafür sorgt, dass bei Konflikten zwischen den Grundfreiheiten ein Ausgleich gefunden wird.

Die oben angesprochene Gleichsetzung von Gewissensurteil und Wahlurteil geht mit der Säkularisierung der Gewissensfreiheit, d. h. der Auflösung ihrer Allianz mit der Religionsfreiheit, einher. Obwohl es nicht bei jedem Gewissensurteil einen religiösen Hintergrund geben muss, kann sich die erwähnte Allianz zu Recht auf eine tiefe und enge anthropologische Beziehung zwischen religiösen Überzeugungen und Gewissen stützen. Dostojewski hat treffend diesen Zusammenhang in den „Brüdern Karamasov“ in den berühmten Satz gefasst: „Wenn Gott nicht existiert, ist alles erlaubt.“ Wer sich nicht vor Gott, sondern nur vor der Gemeinschaft oder vor sich selbst für die eigenen Überzeugungen verantworten muss, tut sich um vieles leichter, sie zu ändern oder gar aufzugeben, wenn er unter gesellschaftlichen Druck kommt oder wenn er daraus einfach einen Vorteil zieht. Wo die religiöse Verankerung von Überzeugungen nicht erlaubt ist oder als sozial und politisch irrelevant angesehen wird, wird die Gewissensfreiheit de facto in Frage gestellt.

Tatsächlich sind heute die Religionsfreiheit und in der Folge die Gewissensfreiheit starken Bedrohungen ausgesetzt.³¹ Der vor allem im euro-

päischen modernen demokratischen Staat stark geprägte Wertrelativismus, der in einigen Staaten mehr und anderen weniger mit laizistischen Tendenzen einhergeht, versucht diese Freiheiten de facto einzuschränken. Der Laizismus, – anders als eine gesunde Säkularität, die kirchliche und staatliche Gewalt getrennt hat –, will die Ausübung der Religion ins rein Private oder den sakralen Raum einsperren und verbietet unter Berufung auf wertneutrales Handeln als oberstes Prinzip jede Interferenz mit der zivilen oder politischen Welt.³² In Frankreich haben solche Tendenzen schon eine lange Tradition, inzwischen scheint sich die EU-Zentrale in Brüssel diesen Tendenzen zu verschreiben und sie über ganz Europa ausbreiten zu wollen. Der Relativismus will sich für die Tugend der Toleranz stark machen, aber er begeht den Fehler, „den Wert gerade dessen (zu verneinen), was Toleranz überhaupt erst begründet: Überzeugungen“³³. Toleranz bewirkt keine Relativierung von Überzeugungen, sondern die Duldung bis hin zur Respektierung der Überzeugung anderer und verhindert überdies, dass der Pluralismus in Beliebigkeit umkippt.³⁴ Für den radikalen Relativismus sind alle Werte austauschbar und jede Überzeugung verhandelbar. Sophie Scholl, Thomas Morus oder Sokrates hätten ja nicht sterben müssen, wie sie sich nur unterworfen hätten.

Dass die mehrheitlich festgelegten Rechtsnormen auch jene achten müssen, die sich zur Wehr gesetzt haben, stellt für jede demokratische Gesellschaft einen konstitutiven Konsens dar. Aber die Geltung dieses Konsenses hat dort ihre Grenzen, wo es um Menschenrechte geht. Und das gilt für die zentralen Fragen der Bioethik, die – abgesehen von ihrer großen politischen Relevanz – unmittelbar die Menschenwürde betreffen und daher individuelle Brisanz enthalten, d. h. persönliche Gewissensfragen sind. Sie lassen sich durch Mehrheitsentscheidungen nicht zufriedenstellend lösen. Mit anderen Worten, solche Lösungen würden an sich gegen die Menschenwürde, d. h. gegen das Gebot der Achtung des persönlichen Gewissens, verstoßen.³⁵

Die Allianz von Relativismus und Laizismus versucht immer wieder jene Überzeugungen, die sich dem einfachen politischen Konsens widersetzen, als religiös motivierte und daher als Zeichen einer dem modernen Ideal des autonomen Menschen widersprechende Fremdbestimmtheit des Menschen zu disqualifizieren, um sie vom Konsensfindungsprozess auszuschließen. Man versucht, eine Mehrheitsmoral, die zugleich eine minimale Moral ist, durchzusetzen. Das ist in den Debatten um den Lebensschutz, wie Abtreibung, Stammzellenforschung, Euthanasie, Kontrazeption und Klonung der Fall.

Diese Entwicklung hat Uwe Volkmann richtig bewertet: „Das Recht wird zum Vehikel einer Mehrheitsmoral“. Damit fallen wir heute weit hinter die Moderne zurück. Für die scharfe Trennung zwischen Recht und Moral hatte sich Kant stark gemacht. Diese Trennung wurde als die große Errungenschaft der Moderne betrachtet, die dem Staat verbietet, die Bürger zu entmündigen: „Das Recht setzt nur den Rahmen, innerhalb dessen es dem Einzelnen ermöglicht, moralisch zu sein. In der Trennung steckt deshalb nicht zuletzt ein Freiheitsgewinn: zu den Gesinnungen dringt der Staat nicht vor, sie bilden den Raum, in dem der Einzelne ganz für sich ist und niemand über ihn zu Gericht sitzen darf als er selbst.“³⁶

Diese Verrechtlichung der Mehrheitsmoral steht der großen Errungenschaft der Neuzeit entgegen. Die Religions- und Gewissensfreiheit enthalten nämlich eine „entschiedene Absage an den Versuch, im Staat selbst oder im Politischen so etwas wie eine metaphysische, dem Individuum vorgeordnete Größe zu erkennen, der eine für alle maßgebliche Deutungskompetenz im Bereich des Wahren, Guten und Richtigen zukommt“.³⁷ Diese Verrechtlichungstendenzen sind also ein mehr oder weniger verschleierter Versuch, die anerkannten Grundrechte durch die Hintertür der einfachen Gesetze einzuschränken. Das ist im Gesundheitsbereich ganz konkret der Fall, wenn man unter anderem den Gewissensvorbehalt des Apothekers

nicht anerkennt, weil sonst – so lautet die pragmatische Begründung – die medizinische Versorgung nicht mehr garantiert werden kann. Die Mehrheit diktiert die Moral. Das friedliche Zusammenleben der Gesellschaft dürfe nicht dadurch gefährdet werden, dass gewissensgeplagte Bürger von der Erfüllung jenes Minimums an Gesetzespflichten befreit werden, die vermeintlich das Funktionieren der Gesellschaft sichern.

Man müsse entschieden fordern – so wird gesagt –, dass der einzelne sich dem allgemeinen Konsens beugt und entsprechend handelt.³⁸ Wenn jedes Wahlurteil respektiert werden müsste, wäre tatsächlich keine Gesetzesregelung durchführbar und folglich keine Medikamentenversorgung gewährleistet. Aber ein Gewissensurteil hat eine ganz andere moralische Qualität als ein einfaches Wahlurteil. Daher müsste die Gesellschaft tunlichst Regelungen beschließen, die nicht dazu führen, dass eine Mehrheitsmoral einzelnen gegen ihr Gewissen aufgezwungen wird.

Abschließend soll die österreichische Situation genauer betrachtet und der Frage nachgegangen werden, ob es wirklich einen legitimierenden Grund geben könnte, den Gewissensvorbehalt nicht anzuerkennen.

4. Plädoyer für den Gewissensvorbehalt des Apothekers

Ein Gewissensvorbehalt des Apothekers ist im österreichischen Apothekergesetz nicht enthalten. Dies bedeutet aber noch lange nicht, dass dieser aberkannt wird, da eigentlich das geltende Grundrecht auf Gewissensfreiheit für seine Geltung ausreichen müsste. So hat z. B. am 24. April 2005 der spanische Verfassungsgerichtshof das Urteil gefällt, dass für das Recht des Apothekers auf Gewissensvorbehalt die verfassungsmäßige Verankerung der Grundrechts auf Gewissensfreiheit (Art. 16 der spanischen Verfassung) genüge. Aber die Österreichische Apothekerkammer vertritt die Position, dass es keine Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen geben darf. Die Kammer stützt sich

natürlich nicht auf eine original österreichische Argumentation, sondern auf Argumente, die überall verwendet werden und die sehr schwer nachvollziehbar sind, wenn man die Gewissensfreiheit als ein Menschenrecht versteht, das keinem Gesetzesvorbehalt unterliegt, d. h. für den Staat nicht zur Disposition steht. Es geht der Apothekerkammer um Ordnung, d. h. Sicherung der Versorgung mit Arzneimitteln.

Man muss ganz pragmatisch feststellen, dass es nur ganz wenige Situationen gibt, die für den Apotheker in der Ausübung seines Berufes eine Frage der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen aufwerfen. Sie beschränken sich auf die Versorgung mit Kontrazeptiva und Drogenersatzsubstanzen. Bei den letzteren sind die Gewissenskonflikte überhaupt minimal, weil es sich meistens um einen Missbrauch handelt, den der Apotheker unterbinden kann und darf. Anders ist der Fall aber mit der Abgabe von Kontrazeptiva. Dies erlaubt auch die ganz pragmatische Frage, ob nicht für solche Situationen eine Regelung gefunden werden kann, die sich nicht über das Gewissen des Apothekers hinwegsetzt.

Die Kammer besteht aber immer wieder darauf, dass ein gesetzlicher Kontrahierungszwang für den Apotheker besteht. Das bedeutet, dass die Apotheker gesetzlich verpflichtet sind, jedes mit Rezept verordnete Arzneimittel zu verkaufen. Die Position der Kammer ist nicht leicht zu verstehen. Denn einerseits sollte man erwarten, dass die Kammer als Standesvertretung für die Respektierung der Gewissensfreiheit ihrer Mitglieder eintritt. Andererseits soll man diesen Zwang juristisch relativieren. Schauer legt in diesem Heft sehr gut dar, dass ein absoluter Kontrahierungszwang auf sehr schwachen juristischen Füßen steht.³⁹ Ein solcher Zwang könnte aufgrund des Apothekergesamtvertrages, der die Beziehung zwischen Apothekern und Krankenversicherungsträger regelt, „für lebensnotwendige Mittel“ geltend gemacht werden. Die Anti-Baby-Pillen als lebensnotwendige Heilmittel zu bezeichnen, ist mehr als skurril. Sie ist eher ein

lebensverhinderndes Mittel und unter Umständen ein lebensvernichtendes Mittel. Dies dürfte auch die Gesundheitsbehörde so gesehen haben, zumal diese Pille nicht unter jenen Substanzen angeführt wird, deren Kosten von den Krankenversicherungsträgern übernommen werden.⁴⁰ Schauer hat darüber hinaus ganz deutlich dargelegt, dass in Österreich ein absoluter Kontrahierungszwang keine verfassungsrechtliche Stütze findet.⁴¹

Aber der sozialetische und der juristische Diskurs finden auf verschiedenen Rationalitätsebenen statt. Die Zeiten der engen Bindung zwischen Ethik und Recht sind längst vorbei. Ein Gesetz ist Quelle des Rechts, weil es von einem legitim gewählten Parlament erlassen wurde, aber wie die Geschichte schon zur Genüge gezeigt hat, ist es nicht schon allein deswegen ein gerechtes Gesetz. Das zeigen die Beispiele von Sophie Scholl, Thomas Morus und Sokrates. Darüber hinaus, wie oben erwähnt wurde, garantiert der politische Konsens, der in der Demokratie die Grundlage der Gesetze ist, nicht ihre Gerechtigkeit. Für den sozialetischen Befund über eine Institution oder einen Sachverhalt – in unserem Fall über den Gewissensvorbehalt des Apothekers – ist es deswegen nicht so sehr relevant, was die Gesetze vorschreiben oder verbieten, sondern vor allem die Konformität mit den Prinzipien der Sozialethik, d. h. mit der Würde des Menschen als Grundlage seiner Sozialität und mit den drei Ordnungsprinzipien, dem Prinzip der Solidarität, des Gemeinwohls und der Subsidiarität.

Unsere Frage hier ist also, ob es – von der konkreten gesetzlichen Lage abgesehen – gerechtfertigt sein könnte, dem Apotheker das Recht auf Gewissensfreiheit in der Ausübung seines Berufes in Form des Gewissensvorbehalts zu verweigern. Man müsste an sich davon ausgehen, dass das Recht auf Gewissensvorbehalt besteht. Offensichtlich leugnet nun die Kammer dieses Recht, statt sich als Berufsvertretung für die Gewissensfreiheit ihrer Mitglieder stark zu machen. Die Kammer argumentiert,⁴² dass wegen der Monopolstellung des Apothekers eine Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, die

als ein unbedingter Bestandteil des Gemeinwohls anzusehen sind, nur durch einen Kontrahierungszwang, der keine Ausnahme zulässt, gesichert werden kann. Da gibt es keinen freien Raum mehr für den Gewissensvorbehalt. Prägnant formuliert: Das Gemeinwohl der Bevölkerung, d. h. ihre Gesundheit, steht vor dem Gewissen des einzelnen Apothekers.

Man kann dieser Argumentation folgendes entgegenhalten:

1. Wenn man sich auf das Gemeinwohl beruft, um ein persönliches Freiheitsrecht einzuschränken, muss man nicht nur prüfen, um welche Rechte es sich handelt, sondern auch, welcher tatsächliche Beitrag zum Gemeinwohl damit geleistet wird. Der Apothekenkammer geht es darum, die Versorgung der Bevölkerung zu garantieren. Dass die Versorgung mit Medikamenten zum Gemeinwohl beiträgt, ist nicht zu leugnen. Aber es darf auch erlaubt sein, anzuzweifeln, dass die in den Konfliktsfällen von den Apothekern verlangten Handlungen als Heilhandlungen bezeichnet werden dürfen. Ob diese Handlungen zum Gemeinwohl beitragen, ist deshalb schon fraglich, weil sie den betroffenen Apothekern große Gewissensprobleme bereiten. Was wird da unter Gemeinwohl verstanden? Auch Heinrich VIII. und Robert Mohr meinten, dass das, was sie von Thomas Morus und von Sophie Scholl verlangten, ein geschuldeter Beitrag zum Gemeinwohl wäre. Die Frage ist also, ob es nicht einen Weg zu einer Lösung gibt, mit der alle leben können.

2. Die Gewissensfreiheit ist nicht nur in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen, sondern auch in den meisten Verfassungen, so auch in der österreichischen, als Grundrecht festgeschrieben. Als Menschenrecht steht dieses Recht nicht zur Disposition der staatlichen Gewalt, die für Menschenrechte keine Zuschreibungskompetenz beanspruchen kann. Wie bereits im 3. Abschnitt erwähnt wurde, unterliegt das Recht auf Gewissensfreiheit nur jenen Grenzen, die sich aus der Kollision mit den Grundrechten anderer Menschen ergeben. So wird z. B. der Wunsch eines Zeugen Jehovas, keine indizierten Bluttrans-

fusionen zu erhalten, respektiert, allerdings darf der Wunsch, dem eigenen Kind Bluttransfusionen vorzuenthalten, nicht respektiert werden. Die Gewissensfreiheit des Apothekers könnte nur begrenzt werden, wenn diese mit einem zumindest gleichrangigen Menschenrecht kollidieren würde.

3. Eine Monopolstellung des Apothekers gilt vielleicht für die Branche als ein Ganzes, aber nicht für den einzelnen Apotheker. Es gibt nicht nur Apothekenbetriebe, es gibt auch Krankenhausapotheken und in kleineren Gemeinden auch Arztapotheken. Sie sind zwar konzessionierte Betriebe, aber dies schließt nicht die Freiheit der einzelnen Konzessionsträger aus, ihren Beruf nach eigenen Vorstellungen auszuüben und ihren Betrieb dementsprechend zu gestalten. Man sollte auch hinterfragen, ob dieses Monopol in der gegenwärtigen Form unbedingt notwendig ist. Man könnte Wege finden, um die Versorgung zu garantieren, ohne jeden Apotheker zu verpflichten, alle Produkte zu führen (vgl. Punkt 5).

4. Es wäre nicht logisch zu denken, dass jemand eine Leistung leichtfertig verweigert, wenn er dafür mit sicheren Sanktionen zu rechnen hat. Auch dort, wo der Gewissensvorbehalt anerkannt wird, sind oft nicht-gesetzliche Sanktionen zu erwarten: Neben einem Geschäftsentgang hat der Apotheker bei Leistungsverweigerung mit dem Unmut der Kundschaft, der zuweilen zu einem partiellen Boykott führen kann, zu rechnen. Jedenfalls wäre es für ihn aus diesem Blickpunkt allemal behaglicher, den Konflikt zu verdrängen und die Leistung zu erbringen. Wer sich ihm aber stellt, der darf deswegen nicht so wie Sokrates, Thomas Morus oder Sophie Scholl verurteilt werden. Mancher hat sogar die absurde Position vertreten, dass es wichtig ist, solche Sanktionen aufzustellen, weil sie einen Test für die Echtheit der Gewissensnot und überdies Respekt vor dem Gesetz darstellen.⁴³ Derjenige, der die Gewissenskonflikte nicht teilt, kann sich auf keinen Fall ein Urteil über ihre Zulässigkeit anmaßen. Es ist sicher gut, mit dem in Gewissensnot Geratenen in Dialog zu treten, um zu versuchen, ihn zu über-

zeugen und so zu helfen, den Konflikt zu lösen, aber immer bei voller Respektierung seiner Freiheit.

5. Nun ganz pragmatisch: Angesichts der geringen Zahl der Fälle und der geringen Zahl der Apotheker, die darin einen Konflikt sehen: Was spricht dagegen, die Versorgung anders zu organisieren, sodass bei konfliktträchtigen Substanzen Apotheker, die sie nicht wollen, entlastet werden? Es wäre meines Erachtens Aufgabe der Berufsvertretung, solche Lösungen vorzuschlagen und dann auszuführen. Das Argument, dass es wohl ginge, aber nur mit unnötigen zusätzlichen Kosten, die wegen der Gewissensprobleme einiger weniger nicht verantwortbar wären, ist aus sozialetischer Sicht nicht stichhaltig. Die Würde des Menschen ist unantastbar, ihre Achtung kann nicht von den Kosten abhängig gemacht werden. Die Demokratie z. B. hat auch ihre Kosten. Die Kosten für den Willensbildungsprozess bei Präsidentenwahlen liegen sicherlich höher als in einer Diktatur, wo keine Wahlen stattfinden. Niemand würde aber daraus schließen, dass niedrigere Kosten eine Diktatur rechtfertigen könnten. Langfristig gesehen rechnet sich wahrscheinlich die Demokratie, ebenso wie sich auch eine Gesellschaft rechnet, die die Menschenwürde und Menschenrechte, darunter auch die Gewissensfreiheit, respektiert.

6. Von den Apothekern zu verlangen, dass sie bei Verweigerung einer Leistung zumindest informieren müssten, wo sie anderswo zu bekommen ist, wäre weder aus sozialetischer noch aus individuellethischer Sicht eine Lösung des Problems. Für denjenigen, der die Leistung aus Gewissensgründen verweigern muss, ist es einerlei, die Leistung selber zu erbringen oder sie zu delegieren. Er darf sich bei der Leistungserbringung in keiner Weise beteiligen, auch nicht mit der Information, wo die Leistung erhältlich ist. Das käme sonst einer Doppelmoral gleich, wenn man selber keine „Schmutzarbeit“ machen wollte, nur um andere damit zu beauftragen.

Resümee: Dass Freiheit für alle etwas kostet, ist klar. Nur ein Relativist, der bereit ist, in allem nachzugeben, sieht diesen Preis nicht ein. Jeder muss

sich aber darüber im Klaren sein, dass bei willkürlicher Einschränkung der Freiheit der Bürger, und sei es nur für eine Gruppe von Menschen, auch er irgendwann ein Betroffener von Gesetzen sein wird, gegen die er sich nicht wehren kann. Wenn der Gewissensvorbehalt nicht anerkannt wird, dann nur deshalb, weil der Geist der Aufklärung und der Menschenrechte noch nicht ausreichend rezipiert worden ist; die internationalen Debatten gehen aber Gott sei Dank in Richtung zu einer besseren Anerkennung der Gewissensfreiheit. Österreich sollte da nicht hinten an stehen.

Referenzen

- 1 Apothekengesetz, <http://www.aphar.at/pdfs/apothekengesetz.pdf>
- 2 Vgl. z. B. Österreichische Apothekerkammer, Kammer-Info 31/05
- 3 Klement A., *Die orale Notfallskontrazeption*, Österreichische Apothekerzeitung (2003); 57(5): 230-232
- 4 Klement A., siehe Ref. 3
Klement A., *Ungewollte Schwangerschaft vermeiden*, Österreichische Apothekerzeitung (2006); 60(7): 338-340
- 5 Vgl. Broschüre „*Berufsbild des Apothekers*“, herausgegeben von der Bundesapothekerkammer, Kap. 2, Nr. 8: „Der Apotheker sichert den Fortgang der Behandlungen auch im Falle von Konflikten aufgrund von persönlichen ethischen Überzeugungen. Verpflichtung: Hinweis auf andere Apotheken, um die Versorgung des Patienten.“
- 6 Evans E. W., *Conscientious Objection: A Pharmacists Right or Professional Negligence?*, *Am J Health-Syst Pharm* (2007); 64(2): 139-141
- 7 López Guzmán J., *Gewissensvorbehalt im Gesundheitswesen und die europäische Gesetzgebung*, *Imago Hominis* (2008); 15: 101-119
- 8 Anderson R. A. et al., *Pharmacists and Conscientious Objection*, *Kennedy Inst Ethics J* (2006); 16(4): 379-396
- 9 Guttmacher Institute, *Emergency Contraception*, State Policies in Brief, 1. Februar 2008, vgl. http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_EC.pdf
- 10 Savulescu J., *Conscientious objection in medicine*, *Br Med J* (2006); 332: 294-297
- 11 Wicclair M. R., *Pharmacies, Pharmacists, and Conscientious Objection*, *Kennedy Inst Ethics J* (2006); 16(3): 225-250
- 12 Wicclair M. R., siehe Ref. 11
- 13 http://www.ashp.org/s_ashp/doc1c.asp?CID=512&

DID=7320

- 14 Hepler C. D., *Balancing Pharmacist's Conscientious Objection With Their Duty To Serve*, J Am Pharm Assoc (2005); 45(4): 434-436
- 15 Charo R. A., *The Celestial Fire of Conscience - Refusing to Deliver Medical Care*, N Engl J Med (2005); 352: 2471-2473
Harvey S. E. et al., *Do Pharmacists Have The Right To Refuse To Dispense a Prescription Based On Personal Beliefs?*, http://www.nm-pharmacy.com/body_rights.htm (besucht 01. 05. 2008)
Bramstädt K., *When pharmacists refuse to dispense prescriptions*, Lancet (2006); 367: 1219-1220
Cantor J., Baum K., *The Limits of Conscientious Objection — May Pharmacists Refuse to Fill Prescriptions for Emergency Contraception?*, N Engl J Med (2004); 351: 2008-2012
- 16 Die individualetische Analyse von konkreten Konfliktsituationen, d. h. der Verwerflichkeit von Handlungen zu der der Apotheker mitwirken soll und die Art der Mitwirkung selbst werden von J. López Guzmán, M. Spatenegger und W. Rella in dieser Ausgabe von *Imago Hominis* dargelegt.
- 17 Luhmann N., *Die Gewissensfreiheit und das Gewissen*, Archiv des öffentlichen Rechts (1965); 90: 92
- 18 Beinersdorfer F., *Sophie Scholl. Die letzten Tage*, Fischer, Frankfurt/Main (2005)
- 19 Beinersdorfer F., siehe Ref. 18, S. 242
- 20 Berglar P., *Die Stunde des Thomas Morus. Einer gegen die Macht*, Fischer, Frankfurt/Main (1987), S. 246-336
- 21 Platon, *Apologie*, 30, c ff.
- 22 Platon, *Kriton*, 47 ff.
- 23 Thomas von Aquin, *De veritate*, q. 17, a. 1 ad 4, *Differt autem iudicium conscientiae et liberi arbitrii, quia iudicium conscientiae consistit in pura cognitione, iudicium autem liberi arbitrii in applicatione cognitionis ad affectionem: quod quidem iudicium est iudicium electionis.*
- 24 Rhonheimer M., *Perspektiven der Moral*, Akademie Verlag, Berlin 2001, S. 274
- 25 Kant I., *Metaphysik der Sitten*, A 38 (IV, S. 532)
- 26 Rhonheimer M., siehe Ref. 23, S. 276
- 27 Schauer M., *Zum Umfang des Kontrahierungszwangs des Apothekers*, *Imago Hominis* (2008); 15: 147-153
Muckel S., *Die Grenzen der Gewissensfreiheit*, NJW (2000); 53: 689-692
- 28 Rhonheimer M., *Verwandlung der Welt*, Adamas, Köln, 2006, 87
- 29 Schockenhoff E., *Wie Gewiss ist das Gewissen*, Herder, Freiburg/Breisgau (2003), S. 14 ff.
- 30 Schockenhoff E., siehe Ref. 28, S. 15
- 31 Ratzinger J., *Wahrheit, Werte, Macht. Prüfsteine der pluralistischen Gesellschaft*, Herder, Freiburg/Breisgau (1993), S. 55 ff. (Predigt des Dekans des Kardinalkollegiums bei der Heiligen Messe Pro Eligendo Romano Pontífice am 18. 04. 2005 zur Eröffnung des Konklave)
- 32 Ratzinger J., *Europa in der Krise der Kulturen*, Die Tagespost, 14. 05. 2005
- 33 Spaemann R., *Der gefährliche Irrtum des ethischen Relativismus*, L'Osservatore Romano, dt. Ausgabe vom 07. 02. 2003, S. 12
- 34 Heberle L., *Anker gegen den Relativismus*, *Communio* (2007); 36: 586-616
- 35 Prat E. H., *Bioethik: Konsens und Tugendethik*, *Imago Hominis* (2000); 7: 125-138
Prat E. H., *Die Bioethik-Debatte: Konsens statt Wahrheit?*, Die Tagespost Nr. 90, 29. Juli 2000, S. 9
- 36 Volkmann U., *Gute policy oder Das Recht als Vehikel der Mehrheitsmoral*, FAZ, 29. April 2008, S. 9
- 37 Schockenhoff E., siehe Ref. 28, S. 22
- 38 Lopéz Guzmán J., siehe Ref. 7
- 39 Schauer M., siehe Ref. 26
- 40 Schauer M., siehe Ref. 26
- 41 Schauer M., siehe Ref. 26
- 42 Österreichische Apothekerkammer, *Kammer-Infos* 31/05, 13/06 und 43/06
- 43 Charo R. A., siehe Ref. 15

Studie: Teure Placebos wirken besser als billige

Ohne die unterstützende Wirkung des Placeboeffekts wären viele Medikamente weniger wirksam – eine Tatsache, die in der Medizin seit langem bekannt ist. US-Forscher fügen dem Placeboeffekt nun eine neue Note hinzu: Teure wirkstofflose Pillen wirken ihnen zufolge bei Patienten noch besser als billige. Das ist das Ergebnis einer im *Journal of the American Medical Association* veröffentlichten Studie. Das ließe auch den Schluss zu, dass auch richtige Medikamente effizienter sind, sobald sie mehr kosten, meinen der Verhaltensökonom Dan Ariely und seine Mitarbeiter von der *Duke-Universität* in Durham. Die Forscher hatten insgesamt 82 Versuchsteilnehmern leichte Elektroschocks verabreicht, um die individuelle Schmerzempfindlichkeit der Probanden zu bestimmen. Dann gaben sie allen Teilnehmern eine Tablette. Eine Gruppe erhielt ein vergleichsweise teures Placebo-Schmerzmittel, das die zugehörige Broschüre als neu zugelassenes Schmerzmittel beschrieben. Die zweite Gruppe erhielt ein laut Broschüre preislich auf wenige Cent reduziertes Schmerzmittel. Die teure Placebo-Schmerztablette verhalf 85 Prozent der Teilnehmer zu einer Schmerzminderung. Die billige Tablette hingegen schaffte es nur, die Schmerzen von 61 Prozent der Probanden zu reduzieren. Angesichts des Ergebnisses müssten Mediziner sich die Frage stellen, wie sich billigere Präparate verschreiben lassen, ohne dass die Patienten deren Wirkung infrage stellten. Immerhin bestehe doch die Gefahr, dass das Preisschild die Wirksamkeit beeinflusse. Die Forscher vermuten, dass ein wenig Enthusiasmus der Ärzte den Therapieerfolg steigern und auch ein billiges Medikament aufwerten könnte.

JAMA (2008); 299: 1016-1017

Rauchen: Entwöhnungserfolg hängt stark von sozialem Netzwerk ab

Raucher folgen in ihren Abstinenzversuchen eher einem Herdentrieb. Das ist das Ergebnis einer über 32 Jahre angelegten amerikanischen Multicenter-Langzeitstudie, in der das soziale Netzwerk von 12.067 Personen mitberücksichtigt wurde. Je mehr Leute es in der Umgebung geschafft haben, abstinenter zu werden, desto eher gelingt der Versuch, selbst aufzuhören. Wer einen Abstinenzversuch startet und erfolgreich sein will, sollte deshalb zunächst einmal seinen Bekanntenkreis analysieren, sagt Studienleiter Nicholas Christakis von der *Harvard Universität* in Boston. Befinden sich darunter viele aktive Raucher, sind die Chancen das Laster zu beenden, eher gering. Freunde von Rauchern rauchen zu 61 Prozent häufiger. Glücklicherweise kann, wer einen Lebenspartner

hat, der dem Rauchen bereits abgeschworen hat. Die Erfolgchancen des eigenen Abstinenzversuchs steigen um 67 Prozent. Auch Geschwister können ein gutes Vorbild sein (plus 25 Prozent). Günstiger ist es aber, wenn ein Freund es bereits geschafft hat (plus 36 Prozent) oder wenn ein Mitarbeiter am Arbeitsplatz sich für rauchfrei erklärt (plus 34 Prozent), was aber nur in kleinen Firmen funktioniert. Für Gesundheitsplaner bedeuten die Ergebnisse, dass die rezeptfreie Abgabe von Abstinenzhilfen wie Nikotinpflaster eventuell weniger effektiv ist, als gezielte Maßnahmen in Peer-Gruppen, also die Unterstützung von kleineren Betrieben oder Schulen, vielleicht auch die Gruppentherapie für Familien.

N Engl J Med (2008); 358: 2249-2258

Deutsche Ärzteblatt online, 22. Mai 2008

Sterbehilfe: Bereitschaft von Ärzten zur Euthanasie ist vom Fachgebiet abhängig

Ärzte, die hauptsächlich mit Schwerst- und Totkranken zu tun haben, stehen der Euthanasie weitaus ablehnender gegenüber als andere Kollegen. Das ergab eine unter 1.400 australischen Ärzten durchgeführte Studie, die im *Medical Journal of Australia* veröffentlicht wurde. Jene Ärzte, die täglich mit Schwerstkranken zu tun haben, legen ihren Fokus vielmehr darauf, das Leiden ihrer Patienten zu lindern. Ihre Bereitschaft, Beihilfe zum Suizid zu leisten, sei äußerst gering, ergab die Studie: Nur ein Prozent der Onkologen und Fachärzte für Geriatrie befürwortete Sterbehilfe. Anders bei Ärzten anderer Fachrichtungen: Jeweils über ein Viertel der Anästhesisten und Gynäkologen zeigten sich laut der Studie bereit, Schwerstkranken, denen eine geringe Lebenserwartung von zwei Wochen bis zu drei Monaten prognostiziert wurde, Beihilfe zum Selbstmord zu leisten. Studienautor Malcolm Parker, Professor für Medizinethik an der *Universität von Queensland*, zeigte sich über ein weiteres Resultat seiner Studie erschrocken: Vier Prozent aller befragten Ärzte sind demnach bereit, den Tod von Patienten mit einer Lebenserwartung von weniger als drei Monaten auch ohne deren Einwilligung mit Medikamenten zu beschleunigen. Laut Malcolm haben die Studienergebnisse Bedeutung für die Ausbildung von Medizinern, die Kommunikation zwischen den medizinischen Berufen sowie das Verhältnis zwischen Medizinern und Gesellschaft.

Med J Austr (2008); 188(8): 450-456

Italien: Immer mehr Ärzte weigern sich, Abtreibungen durchzuführen

In Italien steigt die Zahl jener Ärzte im öffentlichen und privaten Dienst, die keine Schwangerschaftsab-

brüche vornehmen wollen, kontinuierlich. Inzwischen sind es schon 70 Prozent der italienischen Gynäkologen, so ein im Mai 2008 veröffentlichter Bericht des italienischen Gesundheitsministeriums. Im Jahr 2003 weigerten sich erst 58 Prozent der Ärzte. Zur Dienstverweigerung bei Abtreibungen entscheiden sich auch immer mehr Anästhesisten. In Italien gilt seit 1978 die Fristenregelung, der Arzt hat aber das Recht auf Gewissensvorbehalt. Abtreibungen sind bis zum dritten Monat der Schwangerschaft straffrei, im Falle einer vermuteten Behinderung des Kindes auch noch später. Laut Bericht sinkt die Zahl der Abtreibungen in Italien seit Jahren kontinuierlich. Im Vergleich zum Jahr 1982, als ein Rekord von 234.801 Eingriffen registriert worden war, ist die Zahl fast um die Hälfte auf 127.038 (2007) gesunken. Der Vatikan begrüßte die Entwicklung als positiven Trend, der einen Mentalitätswechsel bezeuge. Noch vor Jahren fühlten sich Ärzte, die Abtreibungen verweigerten, „isoliert“, sagte der „Gesundheitsminister“ des Vatikans, Kardinal José Lozano Barragan.

Der Standard online, 23. April 2008

Prävention: Rauchverbot in Restaurants macht US-Teena-ger abstinent

Laut einer Beobachtungsstudie bewahrt ein absolutes Rauchverbot in Gaststätten viele Jugendliche davon, zu dauerhaften Rauchern zu werden. Im US-Staat Massachusetts ist es den einzelnen Gemeinden und Städten überlassen, ob sie das Rauchen in Gaststätten erlauben oder nicht. Zwischen einem strengen Verbot und absoluter Freizügigkeit gibt es alle möglichen Zwischenstufen. Dies erlaubte es Michael Siegel von der *Boston University School of Public Health* und Mitarbeitern, den Einfluss der Verbote auf das Rauchverhalten von Teenagern zu untersuchen. 3.834 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren aus 301 Orten wurden zum ersten Mal 2001/2002 interviewt. Zwei Jahre danach wurden 2.791 und weitere vier Jahre später 2.217 von ihnen erneut befragt. 9,3 Prozent waren während dieser Zeit zu dauerhaften Rauchern geworden. Wie hoch der Anteil war, hing sehr stark von der lokalen Gesetzgebung zum Rauchverbot in Gaststätten ab. Nach den Berechnungen von Siegel ist die Gefahr, zum permanenten Raucher zu werden, in den Orten mit strengen Verboten um 40 Prozent niedriger als in den Orten ohne Verbote. Laut Siegel lassen sich die Jugendlichen auch in den Orten mit strengen Verboten nicht davon abhalten, Zigaretten zu probieren. Doch der Übergang vom gelegentlichen Rauchen zur festen Gewohnheit erfolgt nur halb so häufig wie an Orten ohne Verbot. Mit diesem Ergebnis

könnte das Rauchverbot in Gaststätten die effektivste Methode sein, Jugendliche vor einer Tabakabhängigkeit zu bewahren, schreibt Siegel. Die präventive Wirkung führt der Epidemiologe auf die Signalwirkung zurück. Sie zeige Jugendlichen, dass Rauchen sozial nicht akzeptiert sei. Vielleicht fehlt den Jugendlichen aber auch der Ort, an dem aus Neugier eine Gewohnheit wird, von der viele später nur schwer wieder loskommen.

Arch Pediatr Adol Med (2008); 162: 477-483

Deutsches Ärzteblatt online, 6. Mai 2008

Public Health: Adipositas-Therapien ohne dauerhafte Lebensumstellung nutzlos

Die Anzahl der Fettzellen lässt sich nach der Kindheit durch Diäten nicht reduzieren, berichtet ein Forscherteam um Kirsty Spalding vom *Karolinska-Institut* in Stockholm. Die Zahl der Fettzellen nimmt bis zum 20. Lebensjahr ständig zu. Danach bleibt sie lebenslang konstant, lautet das Ergebnis einer in *Nature* veröffentlichten Untersuchung. Diese Studie erklärt, warum Diäten versagen und Menschen für Gewichtszunahmen anfällig bleiben, und sie liefert gleichzeitig Anregungen für neue Behandlungsformen der Adipositas. Einmal gebildete Fettzellen erneuern sich dynamisch im Erwachsenenleben, im Durchschnitt um etwa 10 Prozent pro Jahr. Bemühungen zur Gewichtsreduktion scheitern häufig daran, dass keine Diät der Welt die Zahl der Fettzellen vermindert, auch nicht chirurgische Eingriffe am Magen (Band, Verkleinerung), die heute als die effektivste Methode zur Gewichtsreduktion gelten. Dies zeigt eine weitere Untersuchung der schwedischen Forscher an 20 Personen, die sich einer Magenverkleinerung unterzogen. Zwei Jahre später hatten die Probanden zwar deutlich an Gewicht verloren (minus 18 Prozent), doch die Zahl der Adipozyten (etwa 80 Milliarden) war gleich geblieben. Die chirurgische Radikalmaßnahme hatte nur den Füllzustand der Fettzellen verringert. Sollten die Probanden sich einer Revision der Magenverkleinerung unterziehen, würden sie vermutlich innerhalb kurzer Zeit wieder zunehmen. Fazit: Kurzfristige Diäten ohne Lebensumstellung bringen nichts. Eine Diät kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie mit einer dauerhaften Umstellung der Ernährung und mit einem lebenslangen Verzicht auf frühere Gewohnheiten verbunden ist.

Nature (2008), doi:10.1038/nature06902

Schwangerschaftsabbruch: Britische Psychiatrische Gesellschaft fordert Aufklärung über psychische Folgen

Nach 40 Jahren und 6,6 Millionen Abtreibungen in Großbritannien bricht das britische *Royal College of*

Psychiatrists ein Tabu: In einer offiziellen Erklärung vom 14. März 2008 warnen die Psychiater vor den psychischen Folgen, unter denen Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch leiden und fordern angesichts neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine systematische Aufarbeitung dieses Aspekts. Frauen, die eine Abtreibung vornehmen lassen wollen, sollten auch klar über mögliche Nebenwirkungen ihre mentale Gesundheit betreffend aufgeklärt werden. Damit wird erstmals von einer hochrangigen Ärztesgesellschaft die seit Jahrzehnten vertretene These in Frage gestellt, wonach Frauen in jedem Fall mehr unter einer ungewollten Schwangerschaft leiden würden als unter einer Abtreibung. In Großbritannien werden laut einem Bericht der *Sunday Times* mehr als 90 Prozent der jährlich 200.000 Abbrüche von Ärzten in der Meinung durchgeführt, dass die ungewollte Schwangerschaft eine größere Belastung für die Mutter bedeute als eine Abtreibung. Demgegenüber empfiehlt das *Royal College of Psychiatrists* eine Überarbeitung von Informationsblättern über Abtreibung, in denen auch Details über Risiken wie Depression und Suchtgefahr beschrieben werden sollen.

Position Statement on Women's Mental Health in Relation to Induced Abortion, 14. März 2008

(<http://extras.timesonline.co.uk/abortion.pdf>)

Sunday Times online, 19. März 2008

Gentechnik: Briten schaffen Mensch-Kuh-Embryo als Rohstofflager

Stammzellforscher haben zum Teil empört auf Experimente britischer Kollegen reagiert, denen es gelungen sein soll, Embryonen aus Rinder-Eizellen und menschlichen Zellkernen zu schaffen. Das Team der Universität Newcastle hat nach eigenen Angaben aus menschlichen Hautzellen Zellkerne entnommen, in denen die Erbinformation des Menschen als Desoxyribonukleinsäure (DNS) gespeichert ist. Diese Kerne wurden Kuh-Eizellen eingepflanzt. So entstand unter Einwirkung von Elektroschocks, der die so manipulierte Eizelle zur Teilung brachte, ein Embryo, der zu 99 Prozent Menschen-Erbgut enthielt. Aus ihm sollten später ES-Zellen gewonnen werden. Selbst Befürworter der Forschung mit ES-Zellen kritisieren dieses Vorgehen. Die Methode sei weder neu noch sinnvoll, sagte etwa Oliver Brüstle, Direktor des *Instituts für Rekonstruktive Neurobiologie der Universität Bonn*. Da die Rückprogrammierung von Hautzellen zu stammzellähnlichen Zellen wesentlich besser erforscht sei, müsste der Sinn solcher Experimente überprüft werden. In den USA, Südkorea und China gab es seit 1998 ähnliche Experimente. Die

britische Organisation *Comment on Reproductive Ethics* (CORE) hatte angekündigt, gerichtlich gegen die Zulassung des Experiments vorgehen zu wollen. „Tier-Mensch-Hybride sind unerwünscht, unnötig und illegal“, heißt es in einer Presseerklärung (09. 04. 2008). Es sei Zeit, auf den Boden der wissenschaftlichen Erkenntnisse zurückzukehren. Dort gebe es keinerlei stichhaltige Argumentation für die Erzeugung von Mischembryonen, weshalb man gegen die Lizenz der HFEA klagen werde.

<http://www.corethics.org/index2.php?d=press&item=26>

Tagesspiegel online, 4. April 2008

Stammzellen: Ethisch saubere Stammzellen (iPS) lindern Symptome von Parkinson

Eine in *Proceedings of the National Academy of Sciences* veröffentlichte Studie einer Forschergruppe rund um Rudolf Jaenisch vom *Whitehead-Institut* in Cambridge (US-Bundesstaat Massachusetts) zeigte, dass durch iPS-Zellen die Symptome der Parkinson-Krankheit bei Ratten erfolgreich behandelt werden konnten. Die US-Forscher programmierten zunächst Zellen aus dem Bindegewebe der Nager zu so genannten iPS-Zellen zurück. Diese ließen sie zu Nervenzellen heranreifen und spritzten sie den Ratten. Die Zellen entwickelten sich zu verschiedenen Typen funktionsfähiger Nervenzellen weiter. In Folge hätten sich die Anzeichen der Nervenerkrankung deutlich gebessert. Eine anschließende Untersuchung des Hirngewebes bestätigte, dass sich die Zellen im Gehirn angesiedelt hatten und funktionsfähig waren. Ein großer Vorteil der iPS-Zellen besteht darin, dass sie vom Patienten selbst stammen. Abstoßungsreaktionen des Immunsystems sind daher nicht zu erwarten. Die Untersuchung zeige, dass sich iPS-Zellen medizinisch nutzen ließen, meinen die Wissenschaftler. Bis das Verfahren jedoch beim Menschen angewendet werden könne, müssten noch zahlreiche Risiken beseitigt werden. Die größte Schwierigkeit ist bisher das deutlich erhöhte Krebsrisiko, das bei der Verwendung von ES-Zellen auftritt.

Proc Natl Acad Sci, doi:10.1073/pnas.0801677105

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

54/1, 2008

Abhandlungen:

Günter Pöhlner: Sorge um den Leib

– Verfügen über den Körper;

Christian Lenk: Gibt es das Recht

auf Eigentum am eigenen Körper?

Ein Beitrag zur Forschungsethik

in der kantischen Tradition der

Aufklärung;

Mathias Hirsch: Zur Verwendung

des (eigenen) Körpers als Objekt;

Jürgen Manemann: Das Verschwin-

den des Körpers. Transhumanis-

tische und posthumanistische

Visionen;

Urban Wiesing: Ethische Aspekte

der Gesichtstransplantation.

54/2, 2008

Abhandlungen:

Peter Fonk: „Mein Tod gehört mir“

– Überlegungen zu den Möglichkei-

ten und Grenzen einer Patienten-

verfügung;

Matthias Remenyi: Selbstbestimm-

tes Sterben und medizinische Ent-

scheidungen am Lebensende – eine

ethische Problemexposition;

Roland Kipke: Schiefe-Bahn-Argu-

mente in der Sterbehilfe-Debatte;

Ulrich H. J. Körtner: Der margi-

nalisierte Patient – Medizinische

Realität oder polemische Fiktion?;

Eva C. Winkler: Zur Ethik von

ethischen Leitlinien: Sind sie die

richtige Antwort auf moralisch

schwierige Entscheidungssituati-

onen im Krankenhaus und warum

sollten Ärzte sie befolgen?.

Anthropotes

Rivista ufficiale del Pontificio

Istituto Giovanni Paolo II per Studi

su Matrimonio e Famiglia. Città del

Vaticano, Italien.

Halbjährliche Zeitschrift in Itali-

enisch

Anno XXIII, n. 1 – 2007

Articoli:

Pierpaolo Donati: Perché “la” fa-

miglia? Le risposte della sociologia

relazionale;

Carl Albert Anderson: Building a

Culture of Life Out the Ruins of

Divorce and Abortion;

Il Young Park: Life & Family in

Korean Traditional Culture Un-

derstanding of Life viewed by the

Folk Belief in Samshin-Maternity

Goddess;

Anibal Fornari: Generatividad:

copertenencia entre familia y sujeto

historico.

Medicina e Morale

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch

2008/2

Editoriale: Ambiguità ed inganni

della legge 194/1978;

Articoli: A. Bompiani: Aspetti etici

dell'assistenza intensiva e “pro-

vvvedimenti di fine vita” in epoca

neonatale al limite della vitalità;

L. Romano, M. L. Di Pietro, M. R.

Vitelli, L. Berrino: RU486: Aspetti

farmacologici e tossicologici;

D. Sacchini, P. Refolo, A. Virdis:

Gli approcci alle valutazioni etiche

nei processi di *Health Technology*

Assessment;

V. Mele: Il dibattito in bioetica: la

laicità a favore della vita.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in

Deutsch

16. Jahrgang Heft 1, 2008

Leitartikel:

Johannes Brantl: Jedem seinen

eigenen Tod? Suizidprävention in

theologisch-ethischer Perspektive;

Heike Kämpf: Macht das Gewissen

Subjekte aus uns allen? Kritische

Überlegungen zum Zusammen-

hang von Wissensentstehung

und Subjektbildung;

Dieter Witschen: Theologische

Moral versus Moralthologie. Eine

Kantische Opposition.

Acta Philosophica

Rom, Italien.

Quartalzeitschrift in Italienisch

Vol. 17 (2008), fasc. 1

Quaderno: Teoria dell'Evoluzione e

Creazione;

R. A. Martínez: Presentazione.

Creazione, teleologia e disegno:

un nuovo dibattito sulla teoria

dell'evoluzione neodarwinista;

S. Collado González: Panorámica

del “Diseño Inteligente”;

P. Dalleur: Finalité, téléologie et

progrès en biologie;

M. Rhonheimer: Teoria

dell'evoluzione neodarwinista,

Intelligent Design e creazione. In

dialogo con il Cardinal Christoph

Schönborn.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch

Band 20, Heft 1, 2008

Klaus Gahl: Editorial;

Originalarbeiten:

Katja Wagner-Westerhausen: Gra-

dualistische Konzepte und Alterna-

tiven in der Embryonendebatte;

Michael Wunder: Demenz und

Selbstbestimmung;

Uwe Fahr: Die Entwicklung emotio-

nalener Kompetenz in einzelfallbezo-

genen Lernarrangements;

Bert Heinrichs: Zum Beispiel. Über

den methodologischen Stellenwert

von Fallbeispielen in der Ange-

wandten Ethik.

Hastings Center Report

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch

Volume 38 No. 2, 2008

From the Editor: Unrest about

Research;

Another Voice: Lynn A. Jansen:

Doctor vs. Scientist?;

In Practice: Mark R. Mercurio:

Rituals of Unburdening;

At Law: Lawrence O. Gostin: The

Deregulatory State;
Policy & Politics: Ezekiel J. Emanuel: What Are Bioethicists Doing about Health Care Reform?;
Essays:
Susan Gilbert: Trials and Tribulations;
Karen J. Maschke: Human Research Protections: Time for Regulatory Reform?;
Paul Gelsinger, Adil E. Shamoo: Eight Years after Jesse's Death, Are Human Research Subjects Any Safer?;
Lois Snyder And Paul S. Mueller: Research in the Physician's Office: Navigating the Ethical Minefield;
Greg Koski: Tipping Point, Over the Top, or Just Noncompliance as Usual?
Articles:
Steven Joffe, Franklin G. Miller: Bench to Bedside: Mapping the Moral Terrain of Clinical Research;
Sara Goering, Suzanne Holland, Kelly Fryer-Edwards: A clinical trial is purely science, not medical care. Transforming Genetics Research Practices with Marginalized Communities: A Case for Responsive Justice;
Review: Dena S. Davis: A Thoughtful Look at Disability;
Perspective: Dov Fox: The Regulation of Biotechnologies: Four Recommendations.

Volume 38 No. 3, 2008
From the Editor: Ethics and Evidence;
Another Voice: Bruce K. Lin, Alan R. Fleischman: Screening and Caring for Children with Rare Disorders;
At Law: Rebecca Dresser: The Limits of Apology Laws;
Policy & Politics: Anna C. Mastroianni: Sustaining Public Trust: Falling Short in the Protection of Human Research Subjects;
Essays: Erika Blacksher: Carrots and

Sticks to Promote Health Behavior: A Policy Update;
The choices that affect health risks are tied to social status.
Laura D. Hermer: Personal Responsibility: A Plausible Social Goal, but Not for Medicaid Reform;
Michael Stolberg: Two Pioneers of Euthanasia around 1800;
Articles: Mary Ann Baily, Thomas H. Murray: Ethics, Evidence, and Cost in Newborn Screening;
Virginia A. Moyer, Ned Calonge, Steven M. Teutsch, And Jeffrey R. Botkin, on behalf of the United States Preventive Services Task Force: Expanding Newborn Screening: Process, Policy, and Priorities;
Robert Streiffer: Informed Consent and Federal Funding for Stem Cell Research;
Perspective: Raymond de Vries: The Propositions of Bioethics.

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch
15. Jahrgang, Heft 2, 2008
Wolfgang Mazal: Editorial;
Beiträge:
Gerhard Muzak: Ist die Zwangsernährung in der Schubhaft nach dem FPG zulässig?;
Andreas Scheil: Wer ist für die Einholung einer juristisch korrekten Einwilligung bei klinischen Studien verantwortlich?;
Lukas Stärker: Arbeitszeit an den Medizinischen Universitäten. Zum Verhältnis der Regelungen von UG, KA_AZG, AZG und ARG.

15. Jahrgang, Heft 2, 2008
Wolfgang Mazal: Editorial;
Beiträge:
Leopold-Michael Marzi, Aline Leischner, Rene Kempf: Integriertes Risikomanagement im Krankenhaus – eine Notwendigkeit?;
Matthias Schrader, Michael Zach: Rechtsprobleme der Behandlung kardialer Erkrankungen;

Lukas Stärker: AZG-Mehrarbeitszuschlag für Teilzeitbeschäftigte gilt auch für Privatangestellte und Arbeiter in KA;
Claudia Zeinhofer: Zum Stand der Harmonisierung im europäischen Arzneimittelrecht am Beispiel von Knoblauchkapseln.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch
XLI/1, 2008
Estudios:
Silvana Filippi: La resignificación de la ley moral natural en el pensamiento medieval;
Claudio Calabrese: La vida humana entre la perfección y la caída según San Agustín;
Rubén Peretó: L ley natural en el alto medioevo. El caso del Alcuino;
Laura E. Corso de Estrada: Natura y ratio en la especulación sobre el cosmos: Guillermo de Auxerre y Felipe el Canciller;
Manuel Lázaro Pulido: Vivenicia interior de la ley natural en San Buenaventura: sínéresis, superación de la dialéctica sujeto-objeto;
José Luis Widow: La unidad de la ley natural y la distinción de preceptos en Tomás de Aquino;
Olga L. Larre: El conocimiento de la naturaleza en el Comentario a las Sentencias de Juan Duns Escoto;
Carolina Julieta Fernández: Iusnaturalismo, voluntarismo, derechos subjetivos y otros problemas de la Opera Política de Ockham;
Juan Cruz Cruz: La reconducción práctica de las leyes a la ley natural: la epiqueya.

Kinder in klinischen Studien – Grenzen medizinischer Machbarkeit?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Ethiker Matthias Dahl und Claudia Wiese-

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Pädiater Gerard Pons stellt gemeinsam mit

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

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

F. Kummer

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

Kurt Fleischhauer

Karl Alber Verlag, Freiburg 2007

133 Seiten

ISBN 978-3-495-48248-3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F. Kummer

Der preisgegebene Mensch. Überlegungen zum biotechnischen Umgang mit Embryonen

Adrienne Weigl
Resch Verlag, Gräfeling 2007
320 Seiten
ISBN 978-3-935197-53-3

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

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

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

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

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

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

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

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

timental begründetem Voluntarismus andererseits gekennzeichnet zu sein.

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

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

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

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

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

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

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

P. Mihály

Medizin, Ideologie und Markt

Symposium zum 20-Jahr-Jubiläum von IMABE

Ehrendschutz

Kardinal Dr. Christoph Schönborn
Nationalratspräs. Dr. Michael Spindelegger
Ärztchammerpräs. Prim. MR Dr. Walter Dörner

Datum und Ort

21. November 2008 im Festsaal des Erzbischöflichen
Palais, Wollzeile 2, A-1010 Wien

Referenten

Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck, Institut für Moral-
theologie, Universität Wien
OA Dr. Franz Harnouncourt, Ärztlicher Direktor
und Geschäftsführer des Krankenhauses der Elisa-
bethinen Linz
Dr. Michael Heinisch, Vorsitzender der Geschäfts-
führung der Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteili-
gungs- und Management GmbH, Wien
Dr. Josef Kandlhofer, Generaldirektor im Haupt-
verband der österreichischen Sozialversicherungs-
träger
Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Lenzhofer, Ärztli-
cher Direktor des Kardinal Schwarzenberg'schen
Krankenhauses Schwarzach
Prof. Dr. Giovanni Maio, Direktor des Instituts für
Ethik und Geschichte der Medizin, Universität
Freiburg
Univ.-Prof. Dr. Hildegunde Piza-Katzer, Vorstand
der Universitätsklinik für Plastische und Wieder-
herstellungschirurgie, Medizinische Universität
Innsbruck
PD Dr. Stephan Sahm, Chefarzt der Medizinischen
Klinik I des Ketteler-Krankenhauses Offenbach

Anmeldung

anmeldung@imabe.org

Eintritt frei

Programm

15.00 Begrüßung

Gesundheit und Ideologie

Keynote-Speaker

15.15 *Der moderne Patient und seine Ansprüche an
die Medizin*
Stephan Sahm

Co-Referate

15.45 *Gesundheit als Sinnersatz? Kritische Anmer-
kungen zur WHO-Definition von Gesundheit*
Matthias Beck

16.00 *Der instrumentalisierte Patient im Gesund-
heitswahn*
Reinhard Lenzhofer

16.15 *Menschlichkeit in der Medizin*
Michael Heinisch

16.30 Diskussion

17.00 Pause

Gesundheit und Markt

Keynote-Speaker

17.30 *Die Grenzen der marktwirtschaftlichen Ord-
nung im Gesundheitswesen*
Giovanni Maio

Co-Referate

18.00 *Der Arzt zwischen Heilauftrag und Geschäft*
Hildegunde Piza-Katzer

18.15 *Das Selbstverständnis des modernen Kranken-
hauses*
Franz Harnouncourt

18.30 *Grenzen der Sozialmedizin*
Josef Kandlhofer

18.45 Diskussion

19.30 Einladung zum Empfang

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen. Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen. Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten. Das Manuskript sollte den Umfang von 15 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten.

2. Gestalten der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Name aller Autoren
3. Kontaktadresse
4. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (max. 1200 Zeichen mit Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter
5. Englische Übersetzung von Zusammenfassung und Schlüsselwörtern

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Datenformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen.

Grafiken werden in Druckqualität und mit klar lesbarer Schrift (2mm Schrifthöhe) erbeten. Nach Drucklegung werden dem Autor 3 Belegexemplare zugesandt. Weitere kostenpflichtige Sonderdrucke können bei der Redaktion bestellt werden.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtliche Autorennamen oder erster Autorennamen und „et.al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: MacKenzie T. D. et al., *Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation*, Lancet (2002); 359: 1323–1330

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl

Beispiel: MacKenzie T., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 59–79

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens, Fassbaender Verlag, Wien (1989), ISBN 978-3-900538-17-0

Aus der Reihe Medizin und Ethik

Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), Leben – Sterben – Euthanasie?, Springer Verlag, Wien (2000), ISBN 978-3-211-83525-8

Mayer-Maly T., Prat E. H. (Hrsg.), Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung, Springer Verlag, Wien (1998), ISBN 978-3-211-83230-1

Schwarz M., Bonelli J. (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Springer Verlag, Wien (1995), ISBN 978-3-211-82688-1

Bonelli J. (Hrsg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Springer Verlag, Wien (1992), ISBN 978-3-211-82410-8

Studienreihe

Nr. 6: Moritz B., Moritz H., Über Naturgesetze und Evolution. Ein Beitrag zu einem interdisziplinären Dialog (2007), ISBN 978-3-85297-004-2

Nr. 5: Sexualaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005), ISBN 978-3-85297-003-5

Nr. 4: Rhonheimer M., Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen

Staat“ (1996), ISBN 978-3-85297-002-8
Nr. 3: Rhonheimer M., Sexualität und Verantwortung (1995), ISBN 978-3-85297-001-1

Nr. 2: Schwarz C., Transplantationschirurgie (1994), ISBN 978-3-85297-000-4

Nr. 1: Rella W., Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts (1994), ISBN 978-3-900538-48-4

IMABE-Info (Download: www.imabe.org)

2008: Nr. 1: Ethik in der Schönheitsmedizin, Nr. 2: Der ethische Ruf der Pharmaindustrie, Nr. 3: Stammzellen, Nr. 4: Gender

2007: Nr. 1: Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten, Nr. 2: Placebo, Nr. 3: Präimplantationsdiagnostik

2006: Nr. 1: Klonen, Nr. 2: IVF

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft, Nr. 3: AIDS

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen, Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin

2002: Nr. 1: Therapieabbruch beim neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen, Nr. 3: Kardinaltugenden und ärztliche Praxis

Vorschau

Imago Hominis · Band 15 · Heft 3/2008
Schwerpunkt: Familie und Krankheit

Editorial	91	
Aus aktuellem Anlass	94	Kurt Usar Halbherzige Anti-Tabakpolitik in Österreich
	96	Jan Stejskal HIV: 25 Jahre danach – Eine Bestandsaufnahme
	99	Rupert Klötzl Zum Thema „Impfen“
Schwerpunkt	101	José Lopéz Guzmán Gewissensvorbehalt im Gesundheitswesen und die europäischen Gesetzgebungen
	121	Walter Rella Neue Erkenntnisse über die Wirkungsweise der „Pille danach“
	131	Margit Spatzenegger Cooperatio ad malum?
	147	Martin Schauer Zum Umfang des Kontrahierungszwangs des Apothekers
	155	Enrique H. Prat Der Gewissensvorbehalt des Apothekers aus sozialetischer Sicht
Nachrichten	168	
Zeitschriftenspiegel	171	
Buchbesprechungen	173	
Ankündigung	179	Symposium „Medizin, Ideologie und Markt“, 21. November 2008