

Stephan P. Leher

Ethik in der Medizin

Vorlesungsskriptum

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen	
1. Die rationale und die empathische Perspektive der Ethik	1
2. Medizinische Ethik und Moralthologie	3
3. Ziel der Vorlesung	5
Die Entwicklung einer gut-begründeten Antwort (Well-reasoned Response) für eine medizin-ethische Entscheidung.....	6
1. Einleitung	6
2. Die Beurteilung ethischer Entscheidungen	9
3. Die Falldiskussion	10
4. Die Anwendung der Kriterien für die ethische Antwort	12
5. Die Anmerkungen für die Diskussion und das Assessment.....	14
Zusammenfassung	15
Auswertungsblatt für die Fallstudien	16
Der Fall des Oberarztes Dr. Freund und seines Patienten Herrn Ing. Moser	17
Der Fall des Patienten Herrn Braun	22
Der Fall von Frau Tell	30
Der Fall von Frau Grieb	36
Der Fall des Herrn Tischler.....	40
Der Fall der Hebamme Frau Binder und der Turnusärztin Frau Dr. Mäder.....	45
Der Fall des Asylwerbers Ali Mehmed	50
Die Ethik-Kommission in der Medizin.....	54
Der Fall der Dr. Diplercher verweigerten LIPID-Studie.....	65
Der Fall des Krebsforschers Dr. Günther.....	70
Der Fall der Studentin Kornelia Schröder	75

Der Fall des „Erlanger Babys“ 79

Vorbemerkungen

1. Die rationale und die empathische Perspektive der Ethik

Wie die Medizin gelernt hat und lernen muss, den Menschen nicht nur als Objekt zu sehen, sondern ihn in seiner bio-psycho-sozialen Einheit als Subjekt wahrzunehmen, so musste auch die Ethik lernen, die Entpersönlichung in den ethischen Reflexionen zurückzunehmen. Aufgrund ihres stark von der Entwicklung der modernen Naturwissenschaften beeinflussten Selbstverständnisses, nimmt man eher eine nur rationale Perspektive als die dominante Perspektive eines Problems wahr und leugnet, dass es auch eine andere, eher empathische Perspektive des Problems gibt. Beide Perspektiven sind wahrzunehmen, jede hat ihre Aufgabe. Die eher rationale Sicht kümmert sich um die Probleme des Unterscheidens, des Konsenses und der Neutralität, die Perspektive des «Care» sorgt sich um die Probleme des Verstehens, der Bewältigung und der Beziehung.¹

Auch die Ethik in der Medizin hat beide Perspektiven zu berücksichtigen. In den Krankengeschichten des Hippokrates ist stets zu lesen, wo der Kranke gelebt hat, z.B. in welchem Teil der Stadt. Und dies führt nicht nur zur Lebenswelt des Kranken, sondern auch zur Erkenntnis, dass jede Gruppe, Gesellschaft und Kultur ihr eigenes Regel- und Wertesystem für das Beste hält.² Die Ethik musste auch zur Kenntnis nehmen, dass das Verhalten und die Verhaltensregeln der Menschen sehr vielfältig sind. Verstehen-Wollen hat zur Voraussetzung, auch dem eigenen Wertesystem völlig widersprechende Ansichten und Überzeugungen tolerieren zu können. Gerade in der multikulturellen Gesellschaft der USA z.B., von der die Betonung der Autonomie ausging, musste zur Kenntnis genommen werden, dass Selbstbestimmung von den Schwarzen, Hispanics oder Asiaten anders gesehen wird als von ihren weißen mittelständischen Vordenkern, dass Selbstbestimmung also kontextabhängig ist.³

Für die kulturanthropologische Reflexion der medizinischen Anthropologie ist es eine traurige Erkenntnis, dass die Vertreter der modernen Medizin seit Beginn der Kolonialisierung überall versuchten, sich in den Sprachen fremder Kulturen verständlich zu machen, indem sie vorwiegend traditionelle Krankheitsbezeichnungen aus dem kulturellen Umfeld für ihre Übersetzung benutzten, in Unkenntnis der kulturellen, lebensweltlichen Bedeutung der benutzten Begriffe für den kulturellen Umgang mit Krankheit und ihrer Bewältigung und für kulturelles Heilen. Weltweit werden in den Entwicklungsländern in der kultureduktionistischen „modernen“ Gesundheitsversorgung medizinisch-kulturelle Kommunikationsstörungen beobachtet. Die psycho-soziale und die sozio-kulturelle Fähigkeit zum Coping - unter Coping versteht man das individuelle Umgehen-Können mit der Krankheit - und die zugrunde

¹ Illhardt, F.J., "Lebenswelt" und "Biomedizin". Wie kann man Medizin verstehen? In: Illhardt, F.J., Effelsberg, W. (Hg.), Medizin in multikultureller Herausforderung. Workshop der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz am 4./5. Dezember 1992. Stuttgart 1994, 11-28, 18.

²Ebd. 17.

³Ebd.

liegenden kulturellen Bedeutungssysteme von Krankheiten werden von der internationalen medizinischen Krankheitsklassifikation nicht beachtet.⁴

Ein besonderes Problem in dem Bemühen um Verständnis tritt in den Beziehungen der EthikerInnen mit den ÄrztInnen und umgekehrt zu Tage. Der französische Arzt und Wissenschaftler J. Bernard z.B. ist von der Ethik zweifach enttäuscht. Zuerst war für die Philosophie die Medizin von der Antike bis in das 19. Jahrhundert machtlos und deshalb uninteressant. Als es dann 1937 mit den Sulfonamiden gelingt, nach Jahrtausenden der Machtlosigkeit und Ohnmacht über die Tuberkulose, die Syphilis und die großen Septikämien zu triumphieren, nimmt die Ethik die Wirklichkeit des medizinischen Fortschrittes nicht wahr. Als mit der biologischen Revolution der Entdeckung des genetischen Kodes ganz neue Probleme entstehen, die die gesamte Medizin zu beherrschen beginnen, begegnet die Ethik diesen mit den alten Denkmustern einer Gesetzesethik.⁵

ÄrztInnen fühlen sich von den EthikerInnen nicht verstanden, die EthikerInnen haben ihre Schwierigkeiten mit den ÄrztInnen. Für den spanischen Ethiker D. Garcia war die Wissenschaft bis in die 30er Jahre des letzten Jahrhunderts "interesselos", "rein" und "stand jenseits von gut und böse". Die Wissenschaft galt als wesentlich gut und war daran, langsam aber sicher die weltlichen Probleme der Menschheit zu lösen. Warum von einer Ethik der Wissenschaft sprechen? Wenn die Wissenschaft an sich gut ist, ist die Frage nach ihrer Ethik redundant. Diese Art ursprünglicher Unschuld verlor sie in den 30er Jahren, die Wissenschaft entdeckte die Sünde. In Hiroshima und Nagasaki verlor die Atomphysik ihre Unschuld, die Medizin verlor sie kurz zuvor in Dachau und Auschwitz. Die reine Wissenschaft gibt es nicht - war die bittere Erkenntnis - sie kann sich als solche nicht einmal denken, denn sie ist untrennbar mit wirtschaftlichen, sozialen und politischen Interessen verbunden. Erkenntnis ohne Interesse gibt es nicht. Aufgrund dieser Diskussion hat die Ethik heute wieder eine neue Wichtigkeit erlangt. Und tatsächlich begegnet Garcia - wie viele seiner KollegInnen - dieser Anfrage an die Ethik zuerst mit einem neuen Imperativ: Die Ethik hat heute am Beginn des 20. Jahrhunderts "die Verteidigung und den Schutz des Lebens auf der Erde" zu sichern. Dabei ist die Ethik von den Naturwissenschaften und ihren Möglichkeiten nach wie vor fasziniert, sie fühlt sich aber auch gleichzeitig von ihnen bedroht: Atomenergie, Überbevölkerung, die Erschöpfung der natürlichen Ressourcen, die Vernichtung der Erdatmosphäre, die Vergiftung des Erdbodens und die Verschmutzung des Wassers sowie der pflanzlichen und tierischen Ökosysteme und die ungleiche Aufteilung des Reichtums machen klar: Die Wissenschaft ist heute Bedrohung und Hoffnung zugleich.⁶

⁴ Sich, D., Überlegungen zu Aufgaben einer kulturvergleichenden medizinischen Anthropologie, in: Illhardt, F.J., Effelsberg, W. (Hg.), Medizin in multikultureller Herausforderung. Workshop der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz am 4./5. Dezember 1992. Stuttgart 1994, 119-140, 132ff.

⁵ Bernard, J., De la biologie à l'éthique. Paris 1990, 23ff.

⁶ Gracia, D., Fundamentos de Bioética. Madrid 1989, 11.

2. Medizinische Ethik und Moralthologie

In der rationalen Perspektive begründet die Ethik als Theorie Normensysteme und Handlungsregeln. In der empathischen Perspektive fördert sie das Verstehen- und Bewältigenkönnen von Problemsituationen.

Wie die Ethik so hat sich auch die Moralthologie um die rationale und die empathische Perspektive zu kümmern. Es geht nicht nur um die rationale Perspektive, die lange Zeit in der Moralthologie die dominante Perspektive war. Das war eine Reaktion auf das dominante naturwissenschaftlich-positivistische Selbstverständnis in den Wissenschaften, das die Moralthologie zum Teil übernommen hatte. Es gibt auch die empathische Perspektive und beide - die rationale und die empathische Seite - sind von der Moralthologie wahrzunehmen.

Die Moralthologie hat die Lebenssituation des Menschen zu verstehen, sie hat zu helfen, dass sich die Menschen, Männer und Frauen, gut begegnen können; d.h. so, dass sie sich gegenseitig fördern, die Freiheit respektieren, die Selbstständigkeit wahren, sich der gegenseitigen Abhängigkeiten bewusst werden und die gemeinsamen Entscheidungen gemeinsam gewollte Entscheidungen sind.

In der rationalen Perspektive der Moralthologie geht es um die Begründung der christlichen Ethik als Theorie. Dem heutigen Selbstverständnis der Theologie als Darlegung von Glaubenssätzen steht es nicht mehr entgegen, wenn die Theologie auf die positive Beweisbarkeit ihrer Satzsysteme verzichtet. Dabei wird sich jede Theologie über ihre Art, die intellektuelle Berechtigung ihrer Aussagen zu verantworten, Gedanken machen müssen. Die Moralthologie hat vor dem Forum der Human- und Gesellschaftswissenschaften wie der zeitgenössischen Philosophie zu bestehen. Und es kann nicht darum gehen, den autonomen Wirkungsbereich der Humanwissenschaften und die Freiheit der philosophischen Reflexion dann nachträglich wiederum zurückzunehmen und zu theologisieren. Die Autonomie des selbstverantwortlich und frei entscheidenden Subjektes, seine Sinnsuche und Anstrengung nach Überwindung aller Entfremdungen sind als anthropologische Basisimplikationen in der theologischen Reflexion in ihrem Sinnverständnis auf den christlichen Glauben und seine Praxis hin zu thematisieren. Es kann aber nicht darum gehen, der vom handelnden Individuum frei für sich verfügbaren Selbstverpflichtung dann ein theologisches Sonderwissen über den Menschen, das z.B. aus der christlichen Offenbarung bezogen wird, einfach überzustülpen.

Katholische Moralthologie hat auch zu berücksichtigen, dass sittliche Ansprüche, Gesetze und Gebote an die ursprüngliche Erfahrung des Menschen gebunden bleiben, der seine Existenz vor Gott bringt. Wenn wir in der Moralthologie vom freien und selbstverantwortlichen Subjekt und dessen Handlungen sprechen, ist genau dies gemeint: Nicht, dass wir unreflektiert und unkritisch Lösungen, Regeln, Normen und Werte übernehmen und reagieren, sondern dass wir eigenständig handeln, beim Handeln unsere Autonomie - d.h. Selbstbestimmtheit - wahren und die Autonomie der anderen respektieren. Gelungene Kommunikation respektiert den anderen als anderen, und auch der andere respektiert mich in meinem Anderssein.

Die solidarische Liebe Jesu mit den Menschen kann nachgehandelt und geglaubt werden. Wie Jesus gehandelt hat, wie er die bio-psycho-soziale Einheit der Menschen, denen er begegnete, gehütet hat, wo er der Person half, autonom zu handeln, was er uns von Gott gesagt hat, erhält in der medizinischen Ethik, wo es auch wesentlich um die Auseinandersetzung mit Leiden und Tod geht, besondere Bedeutung. Wie Jesus der sozialen Ungerechtigkeit begegnete, wie seine Kommunikation aussieht, die Glaube und Gerechtigkeit verkündet, kann uns als Modell

dienen. Im Verhaltensmodell Jesu erfahren wir auch Wesentliches über unsere Kommunikation mit Gott, über unser Gebet:

Jesu Gebet ist Klage, Lob, Bitte, Dank und Preis Gottes. Jesus lässt die Person - sei sie gesund, sei sie krank, sei sie traurig, sei sie froh, unterdrückt oder auf der Suche nach Gerechtigkeit - mit ihren Problemen zu Ihm kommen. Er respektiert, was ist. Er lässt die Frauen von sich sprechen und sie selber sein. Die Evangelien erzählen von einem Jesus, der die Schwächen seiner Jüngerinnen und Jünger zur Kenntnis nimmt, sie aber dafür nirgends verurteilt. Erst nach der Auferstehungserfahrung werden die Jünger, die Jesus von Anfang an immer davongelaufen sind, fähig, nicht mehr davonzulaufen.

Wir können und sollen den Blick auf die befreiende Macht Jesu in seinem Lebensvollzug richten, auf seine Vision einer neuen, von unbarmherzigen Hierarchien befreiten Gesellschaft, auf die heilenden Kräfte, die er in den Menschen freisetzt und auf die Konsequenz, mit der er seine Lebenspraxis bis in den Tod hinein nicht verleugnete. Wir können uns an seine Vision der Erwartung des Heilwerdens im Vollzug gerechter Gemeinschaften, die auf gegenseitige Achtung und auf die Entwicklung verantwortlicher Beziehungen und Kommunikationen, die die Freundschaft von Mann und Frau, und nicht die Unterdrückung der Frau zum Ziel haben, anschließen und uns auf Jesu Glauben an das Reich Gottes gründen.

Dabei vergessen wir nicht die humanwissenschaftlichen Erkenntnisse, wonach Autonomie und Freiheit, Sinnerfahrung und Selbstverwirklichung zum gesunden und erwachsenen Menschsein notwendig sind. Wir dürfen uns vielmehr am Lebensweg Jesu ein Beispiel nehmen und fragen und suchen und Antwort finden, wie er den Grundkonflikt der menschlichen Existenz vor Gott gebracht und mit Gott ausgetragen hat:

Jesus hat auf seine Autonomie und die seiner Mitmenschen geachtet: Er verkündete die Freiheit und Versöhnung statt Gehorsam gegenüber starren Gesetzen. Von der primitiven Objektliebe führte er zu Freiheit und Autonomie aus einem Grundvertrauen, das aus seiner Geisterfahrung kommt, die uns - wie seinen Jüngerinnen und Jüngern zu Pfingsten - auch zugesagt ist.

Jesus lehrt uns auch, wie wir trotz Scheitern weitergehen können. Wie wir nicht an unserem primären Narzissmus festhalten müssen, sondern das Kreuz unserer endlichen Existenz mit Sinnerfahrung füllen dürfen, die wir vor allem in der Liebe suchen und verwirklichen. Und Jesus lebte nicht im Vorausphantasieren eines Äons, einer Utopie, in der plötzlich alles gut und problemlos und konfliktfrei ist, sondern er lässt uns Anteil haben an der Erfahrung der Hoffnung auf die Aufhebung aller Entfremdung und auf eine endgültige Identität, die wir jetzt nur partiell und fragmentarisch verwirklichen können. Das Reich Gottes hat begonnen, aber unsere Verheißung als Christinnen und Christen ist, dass Jesus wiederkommen wird, um sein Reich endgültig und für alle Menschen aufzurichten.⁷

Jesus gibt uns mit seinem Leben ein Modell desjenigen kommunikativen Verhaltens, das Autonomie garantiert, und uns zeigt, wie wir als freie Menschen selbstverantwortlich handeln können. Und er ermutigt uns, dies auch tatsächlich zu tun.

Diese Sätze über das Lebensmodell Jesu klingen sehr gut. Es ist aber an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass auch die schönsten Theorien meist in der Schublade verschwinden. Deshalb ist zu fragen, warum schöne Theorien sehr oft so wenig Relevanz für die Wirklichkeit zeigen? Der Grund liegt auch darin, dass die

⁷Die Narzissmus-, Objekt- und Identitätsproblematik in Bezug zu Jesus als „Modell des Menschen“ wurde von Heribert Wahl schon 1980 in die Moraltheologie eingebracht: Wahl, H., Christliche Ethik und Psychoanalyse. München 1980, 280-286.

moraltheologische Theorie einfach nicht in der Lage war, die Wirklichkeit angemessen zu erfassen und zu beschreiben.

Die Wirklichkeit ist größer als die Theorie über sie. Deshalb fordert Gustavo Gutiérrez, der Vater der Befreiungstheologie in Lateinamerika, den Primat der Lebenspraxis vor der Theorie. Und von der theologischen Reflexion der Lebenspraxis anhand des Lichtes der Botschaft Jesu verlangt er, dass sie zu mehr Solidarität mit den Schwestern und Brüdern beiträgt.⁸

Diese Vorlesung über Ethik in der Medizin ist dem Anliegen von Gustavo Gutiérrez verpflichtet und will die bio-psycho-soziale Wirklichkeit der Patientinnen und Patienten, der Ärztinnen und Ärzte, des Pflegepersonals und der Gesundheitsberufe, d.h. die Arbeitspraxis im Krankenhaus, an den Beginn stellen. Dies erfolgt mit Hilfe von „Falldarstellungen“, in denen ein kleiner Wirklichkeitsausschnitt mit seinen Problemsituationen beschrieben wird.

Abschließend soll noch eine begriffliche Klärung angesprochen werden. Wenn sich heute Ärztinnen und Ärzte - Gott sei Dank - z.B. in institutionalisierten Ethikkommissionen mit medizin-ethischen Problemen beschäftigen, dann habe ich in den zum Teil heftigen Diskussionen immer wieder den Ausruf gehört: „Dieses Vorgehen ist unethisch, das ist kein ethisches Verhalten!“

Diese Ärzte, Mediziner und Forscher gebrauchen das Prädikat „unethisch“ - im ausschließenden Gegensatz zum Prädikat „ethisch“ - im Sinne von: „Es ist schlecht und falsch, dies zu tun“, oder: „Es ist gut und richtig, dies zu tun“. In der Ethik geht es um die Untersuchung, was „gut und richtig“ bzw. was „schlecht und falsch“ ist. Dementsprechend verwende ich „ethisch“ um anzudeuten, dass in dem entsprechenden Problemzusammenhang die Frage gestellt und beantwortet werden muss, was ist hier gutes und richtiges Handeln, und welches Vorgehen ist schlecht und falsch?

Eine zweite Klärung verlangt die Übersetzung der Wörter „ethical“ und „moral“ aus dem Amerikanischen. Ich übersetze, entsprechend dem Gebrauch im Originaldokument, „ethical“ mit ethisch und „moral“ mit moralisch, verwende aber beide Prädikate synonym. Ein moralisches Problem, Urteil, Argument, Handeln, Verhalten etc. oder ein ethisches Problem, Urteil, Argument, Handeln, Verhalten etc. ist ein Problem, Urteil, Argument, Handeln, Verhalten, etc., das sich mit der Frage nach „gut und richtig“ bzw. „schlecht und falsch“ beschäftigt.

3. Ziel der Vorlesung

Ziel dieser Vorlesung ist es, die Argumentationsfähigkeit der StudentInnen bzgl. ethischer Probleme im allgemeinen und medizinisch-ethischer Fragen im besonderen zu entwickeln und auszubauen.

⁸Gutiérrez, G., La verdad os hara libres, in: Gutiérrez, G. La verdad os hara libres. Salamanca 1990, 102-220, 112.

Die Ergebnisse der moralpsychologischen Forschung zeigen, warum diese Zielsetzung sinnvoll ist:⁹

1. Die Entwicklung der Problemlösungskompetenz für ethische Probleme dauert bis ins frühe Erwachsenenalter an.
2. Die großen Unterschiede in der Problemlösungskompetenz, die zwischen Teenagern und Twens bestehen, weisen auf eine grundlegende Neukonzeptualisierung des ethischen Wertesystems in diesen Lebensjahren hin.
3. Die ethische Urteilsbildung kann durch eine formelle Ausbildung - wie z.B. eine Vorlesung - gefördert werden.
4. Die Ausbildung von Problemlösungskompetenz - wie sie z. B. anhand der folgenden Fallstudien erfolgt - erweist sich als wirksam.
5. Wissenschaftliche Untersuchungen weisen einen Zusammenhang zwischen ethischen Denkmodellen und Leitideen und dem Handeln und Verhalten auf.¹⁰

An der Entwicklung ethischen Handelns und Verhaltens sind aus moralpsychologischer Sicht folgende 4 Prozesse beteiligt:

1. Die Entwicklung einer Wahrnehmungsfähigkeit für ethische Problemsituationen und eine entsprechende Interpretationsfähigkeit der Problemsituation.
2. Die Entwicklung der ethischen Urteilsfähigkeit.
3. Die Entwicklung der ethischen Selbstverpflichtung, die ethischen Werten vor persönlichen Interessen den Vorzug gibt.
4. Die Entwicklung einer Ausdauer und Beharrlichkeit in der Verwirklichung und Erfolgskontrolle ethischen Handelns und Verhaltens.

Die Vorlesung konzentriert sich auf die Entwicklung des am besten erforschten zweiten Punktes, der ethischen Urteilsfähigkeit.

Die Entwicklung einer gut-begründeten Antwort (Well-reasoned Response) für eine medizin-ethische Entscheidung.¹¹

1. Einleitung

9 Bebeau, Muriel, J., Teaching Research Ethics. Indiana 1995, 2-4.

10 Für die ÄrztInnen und das Pflegepersonal im deutschsprachigen Raum werden diese Erkenntnisse bestätigt von: Leher, S.: Dialog im Krankenhaus. Wien, New York 1995.

11 Bebeau, Muriel, J., Developing a Well-Reasoned response to a Moral Problem in

Scientific Research, in: Bebeau, M., M., Teaching Research Ethics, Indiana 1995, 13-24.

Entscheidungen treffen, ist Teil unseres täglichen Lebens. Viele Alltagsentscheidungen sind einfache Vorzugsentscheidungen: Ob ich ein blaues Pololeibchen einem grünen vorziehe oder eine Orange einem Apfel, braucht keine besonderen ethischen Überlegungen. Ob ich einen Korkenzieher, eine Kombizange, einen Schraubenschlüssel, eine Schere oder einen Mixer verwende, richtet sich auch einfach danach, was ich zu tun beabsichtige.

Solange ich mit meinen Tätigkeiten nicht das Wohlbefinden anderer berühre, stehe ich dabei nicht vor großen ethischen Entscheidungen. Das ändert sich jedoch grundlegend, sobald ich z.B. beginne, einen Beruf auszuüben. Im Berufsleben werden aber dann Entscheidungen, die nach ethischen Überlegungen verlangen, oft nicht als solche erkannt und es wird wiederum nach einfachen Vorzugsentscheidungen gehandelt.

Auf ethische Probleme, auf die wir im Zusammenhang mit unserem Gesundheitssystem - speziell dem Krankenhaus und der Klinik - treffen, soll diese Vorlesung aufmerksam machen. Als Bürgerinnen und Bürger eines staatlich organisierten Gemeinwesens halten wir uns nicht nur an die bestehenden Regeln und Gesetze. Es ist uns klar, dass wir für deren Verletzung zur Verantwortung gezogen werden können. Wir werden darüber hinaus aber auch zur Verantwortung für die Folgen unseres Handelns gezogen, wenn wir jemandem aus Unwissenheit geschadet haben.

Im allgemeinen brauchen wir nicht besonders darüber nachdenken, warum Stehlen oder Lügen oder Betrügen „falsch“ und „schlecht“ ist. Für den Rechtsstaat ist es wesentlich, dass seine Bürgerinnen und Bürger diese Regeln und Gesetze kennen. Über die Gründe nachzudenken, was die einzelnen Regeln und Gesetze bezwecken, ist nicht mehr selbstverständlich.

Es gibt aber zweifellos einige Bereiche in unserer modernen Gesellschaft, für die eine gut entwickelte Fähigkeit, moralische Fragen zu erkennen und ethisch argumentieren zu können, wesentlich ist. Diese Bereiche finden wir nicht nur in der wissenschaftlichen Forschung, wo mit neuen Technologien und gesellschaftlichen Erwartungen neue moralische Probleme auftauchen, die gelöst werden wollen.

Nicht nur Ärztinnen und Ärzte und Krankenschwestern und -pfleger stehen heute moralischen Entscheidungsproblemen gegenüber, für die es keine bestehenden Lösungsstrategien, Verhaltensregeln oder ausdrückliche Gesetze und Rechtskodizes gibt. Dennoch zeigt uns die Rechtssprechung, dass Personen für die Folgen ihres Handelns auch in diesen Fällen zur Verantwortung gezogen werden:

Die Psychotherapeuten der Universitätsklinik an der University of California wurden z.B. 1976 in einem Musterprozess vom Kalifornischen Höchstgericht verurteilt, weil sie die frühere Lebensgefährtin eines Patienten nicht vor den Gewaltandrohungen gewarnt hatten, die der Patient in den Therapiesitzungen wiederholt geäußert hatte.

Das Gericht erwartete von den Psychotherapeuten, dass sie die Grenzen ihrer Schweigepflicht erkennen und entsprechend anders handeln hätten müssen, obwohl der Verhaltenskodex ihres Berufsstandes sich zu diesem Punkt gar nicht äußerte. Die Pflicht vor den Gewaltandrohungen zu warnen, begrenzt laut Gerichtsurteil die Schweigepflicht.

Dieses Urteil des Kalifornischen Höchstgerichtes soll uns in Österreich nicht erschrecken. Es gibt jedoch auch den Trend in der österreichischen und europäischen Rechtssprechung an, vom einzelnen Individuum vermehrt Verantwortung für sein Handeln und dessen Konsequenzen einzuklagen.

Als Seelsorgerinnen können Sie zwar gleichfalls in Entscheidungssituationen kommen, die Ihnen die Abwägung zweier oder mehrerer miteinander in Konflikt stehender Werte abverlangt. Es ist in Österreich jedoch höchst unwahrscheinlich, dass

Sie wegen der Bevorzugung ihrer Schweigepflicht gegenüber Dritten mit einem Strafverfahren belangt, geschweige verurteilt werden.

Wenn wir jedoch an die möglichen gewünschten und ungewünschten Folgen z.B. der wissenschaftlichen Forschung denken, ist die Frage nach den Werten und Normen, die wissenschaftliches Arbeiten leiten sollen und müssen, sehr wichtig. Einige Berufe, wie z.B. die Ingenieure, Rechtsanwälte, Richter, ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, JournalistInnen, etc., haben die Erwartungen und Verpflichtungen ihrer Mitglieder in Verhaltenskodizes ausdrücklich festgelegt.

Medizinische - und ähnlich wissenschaftliche - Gesellschaften beziehen sich jedoch im allgemeinen lieber auf traditionelle Handlungsprinzipien, Werte, Verhaltensstandards - wie z.B. Ehrlichkeit, Integrität, Ehre, Unparteilichkeit oder Kollegialität - und allgemeine Ziele und Ideale denn auf konkrete Verpflichtungen gegenüber der Gesellschaft.

Auch diese Tatsache unterstreicht die Notwendigkeit, in seinem Beruf die Fähigkeit zur gut begründeten Argumentation in den ethischen Entscheidungen und entsprechend der eigenen Verantwortung auszubilden.

2. Die Beurteilung ethischer Entscheidungen

Anhand welcher Kriterien wird entschieden, ob die Antwort auf ein moralisches Problem eine gut begründete, verantwortbare Entscheidung darstellt und ein verlässliches Urteil ist, das der Schwierigkeit des Problems gerecht wird?

Moralische Antworten können anhand folgender Kriterien beurteilt werden:

- (A) Wendet sich die Antwort jedem der im Problemfall zutage tretenden ethischen Streit- und Konfliktpunkte zu?
- (B) Werden die legitimen Interessen aller Konfliktparteien mit berücksichtigt?
- (C) Werden die verschiedenen Handlungsfolgen wahrgenommen, genau beschrieben und in die Entscheidung eingebaut?
- (D) Werden die Pflichten und Verpflichtungen aller handelnden Personen beschrieben und anhand von ethischen Werturteilen auch gut begründet?

In dieser Vorlesung sollen Sie lernen, diese Kriterien zu verstehen und mit deren Hilfe die Angemessenheit von ethischen Argumenten zu beurteilen. Dies soll Sie in die Lage versetzen, selbst ethische Entscheidungen in Problemfällen möglichst gut zu begründen und ihren Standpunkt verantwortlich und erfolgreich zu verteidigen.

3. Die Falldiskussion

Bevor ich die Kriterien zur Entscheidungsfindung und -prüfung näher erläutere, möchte ich das Vorgehen in der Falldiskussion darlegen:

Der 1. Schritt:

Ich werde Ihnen einen konkreten Fall schildern und Sie unmittelbar danach zu einer konkreten Antwort - d.h. „Ja, die Person soll dies tun“ oder „Nein, die Person soll dies unterlassen“ einladen. Sie werden dabei aufgefordert, auch zu sagen, warum die Person dies tun oder unterlassen soll.

Während des Lesens des Falles werden Sie sich schon Vorstellungen zu den strittigen Punkten machen. Versuchen Sie, den Konfliktpunkt zu beschreiben - z.B. einen Interessenskonflikt, die Rechte oder Bedürfnisse der beteiligten Personen, einander entgegenstehende Verpflichtungen oder sich widerstreitende Werte der Konfliktparteien. Schreiben Sie nach Möglichkeit ihre Gründe nieder, warum die Person dies oder jenes tun oder unterlassen soll und beschränken Sie sich nicht nur auf ein ethisches Werturteil.

Dabei kann es hilfreich sein, folgende Punkte zu beachten:

- * Für wen steht bei dieser bestimmten Handlung etwas auf dem Spiel?
- * Was können die Folgen dieser Handlung sein?
- * Welche Verpflichtungen könnten die handelnden Personen haben?
- * Welche Berufsnormen und -werte begründen diese Verpflichtungen?

Ein konkreter Fall beinhaltet in der Regel mehrere strittige Punkte. Versuchen Sie, möglichst alle von ihnen zu beschreiben.

Der 2. Schritt:

Während der Diskussion haben Sie Gelegenheit, die Meinungen anderer zu hören, Fragen zu stellen und so die strittigen Punkte besser verstehen zu lernen, mehr Information zu erhalten und ihre ursprüngliche Antwort überdenken zu können.

Der 3. Schritt:

Am Ende der Diskussion können Sie Ihre Antwort mit weiteren Argumenten festigen oder entsprechend umformulieren. Dabei kann es sein, dass Sie ihre Meinung geändert haben, weil ihnen ein Argument nicht mehr überzeugend genug ist oder andere Argumente in den Vordergrund gerückt sind. Wenn Sie aufgrund der Diskussion Ihre Meinung nicht geändert haben, sollten Sie jetzt in der Lage sein, Ihren Standpunkt besser zu vertreten, d.h. mehrere Gründe und Argumente vorlegen können. Wenn sich Ihre Antwort nicht geändert hat, und Sie auch keine neuen Argumente gehört haben, so können Sie die Argumente anderer DiskussionsteilnehmerInnen ansprechen und darlegen, warum Sie sie für unzureichend halten, Ihren eigenen Standpunkt zu verändern.

Ist es auch eines der Kennzeichen einer guten Wissenschaftlerin und eines guten Wissenschaftlers, bei überzeugenden Gründen den eigenen Standpunkt zu

ändern, so zählt doch die Angemessenheit der Argumentation mehr, als eine bestimmte einzig „richtige“ Antwort.

Der 4. Schritt:

Vergleichen Sie die Argumentation Ihrer ersten Antwort mit der Argumentation nach der Diskussion und fragen Sie sich, wie Sie beim nächsten Fall ihre Argumente vollständiger, kohärenter und überzeugender vorbringen können.

4. Die Anwendung der Kriterien für die ethische Antwort

Um die ethische Problemsituation zu analysieren und eine gut begründete Antwort, d.h. eine gute Lösung der Problemsituation, vorzulegen, sollen folgende Vorschläge zur Anwendung der Kriterien hilfreich sein:

1. Die Streit- und Konfliktpunkte:

Woraus besteht ein ethischer Konflikt? Ein Dilemma ist per definitionem eine Situation, in der verschiedene Rechte und unterschiedliche Verpflichtungen der beteiligten Personen einander entgegenstehen, sich gegenseitig einschränken und behindern.

Im berühmten Fall „Heinz und das Medikament“ z.B., geht es um die Frage, ob Heinz das Medikament für seine todkranke Frau stiehlt, da er nicht genügend Geld hat, um dafür den überhöhten Preis zu bezahlen, den der einzige Apotheker der Stadt und Hersteller des Medikamentes verlangt und der auch keine spätere Zahlung gestatten will?

Soll Heinz das Medikament stehlen, um damit seiner Frau das Leben zu retten? Soll das Eigentumsrecht des Apothekers oder das Recht auf Leben der Frau gewahrt werden? Heinz scheiterte mit seinem Lösungsvorschlag, beide Rechte zu wahren. Jetzt überlegt er, welchem Recht er den Vorzug gibt.

Probleme im Arbeitsleben stellen uns oft vor die Wahl zweier gleichermaßen ungünstiger und abzulehnender Alternativen. Denken Sie an den Fall des Wissenschaftlers, der seine spärlichen Versuchsergebnisse etwas anreichert, damit er weiter sein Forschungslabor finanziert bekommt. Er befindet sich zwischen der Verpflichtung, ehrlich seine Forschungsdaten zu dokumentieren und der Verpflichtung, die Arbeitsplätze seiner technischen Laborangestellten zu sichern. Nun können Sie der Meinung sein, dass Ehrlichkeit wichtiger ist als Arbeitsplätze. Es ist aber einsichtig, dass Arbeitsbedingungen und Zwänge berufliches Verhalten beeinflussen können.

Die ethischen Streitpunkte dann überhaupt erst einmal anzusprechen und zu analysieren, ist oft der härteste Teil der Arbeit in der Ethik. Es ist oft leichter, die Interessensparteien, Handlungsfolgen und Verpflichtungen zu diskutieren, bevor überhaupt alle zur Debatte stehenden Streitpunkte angesprochen und beschrieben sind.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien:

Hier geht es darum, verschiedene Perspektiven einnehmen zu können.

Es können hier Interessen das Handeln der ProtagonistInnen beeinflussen, die im Fall selbst nur indirekt erwähnt werden. Um sich über die angesprochenen Interessensparteien klar zu werden, kann es hilfreich sein, ausgehend von der Person, die unmittelbar mit dem ethischen Problem konfrontiert ist, größere Gruppen zu untersuchen:

Die unmittelbar betroffene Person, die Personen in der Institution (Spital, Labor, Universität, etc.), die Wissenschaftsgemeinde (scientific community) oder die Gesellschaft im allgemeinen.

Die vernünftigen Erwartungen und Rechte der interessierten Parteien sollen bedacht werden. Oft fördern diese Überlegungen weitere strittige Punkte und Konflikte ans Tageslicht.

3. Die Handlungsfolgen:

Für jede in Betracht genommene Handlung gibt es oft mehrere mögliche Folgen. Es geht darum, nur höchst wahrscheinliche Handlungsfolgen auszumachen, oder Handlungen mit sehr ernsten Folgen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass jemand stirbt, da in einem chemischen Experiment eine geringe Menge toxischer Substanz freigesetzt wurde, ist sehr gering. Die Folge wäre aber so katastrophal, dass sich die Frage an die Durchführung des Experimentes überhaupt stellt.

Es sollen die Handlungsfolgen für alle Interessensparteien bedacht werden. Handlungsfolgen zeigen viele Gesichter. Einerseits kann das schlechte und unrichtige Handeln einer Person aufgedeckt werden, sie kann Geld und Prestige verlieren. Andererseits kann das schlechte Handeln unentdeckt bleiben und die Person bekommt ihr Geld zur Forschungsförderung schneller, als wenn sie ethisch richtig und gut gehandelt hätte.

Ob die Handlung entdeckt wird oder nicht, so beschädigen doch Handlungen, die wir für schlecht halten, die Integrität der Person. Die Auswirkung einer Handlung auf den Charakter eines Menschen erscheint zunächst als sehr gering und vernachlässigbar. In Wirklichkeit führt wiederholtes unrichtiges und schlechtes Handeln zur Schwächung des Selbstvertrauens, zerstört die Selbstachtung und stärkt damit den Wiederholungszwang.

4. Die Pflichten und Verpflichtungen:

Zuerst sollen Sie die Verpflichtungen der handelnden Person gegenüber den verschiedenen Interessensparteien bedenken. Oft ist es eine Versuchung, die Verpflichtung der handelnden Person zu vergessen. Dies besonders, wenn eine am Fall beteiligte Person einer ihrer Verpflichtungen nicht nachkommt.

Sagt z.B. jemand „Jedermann fälscht seine Daten. Ich liege mit jedermann im Wettbewerb um die Gelder und habe also das Recht, meine Daten auch zu fälschen“, so ist dabei die eigentliche ethische Frage - dass ich Unrecht tue, wenn ich Daten fälsche - gar nicht angesprochen.

Es ist auch nicht ausreichend zu sagen, dass diese Berufsgruppe z.B. die Verpflichtung hat, „x“ zu tun. Sie müssen auch dazusagen, warum dieser Beruf diese Verpflichtung hat. Die moralische Argumentation erfolgt in Beziehung zu Werten, Prinzipien, Ideen, Charaktereigenschaften und Handlungserfolg. Jede Berufsgruppe hat eine besondere Verantwortung. Wissenschaftler - aber auch andere Berufe - haben z.B. für die Kalibrierung ihrer Messinstrumente - d.h. die Erstellung von unabhängigen Messstandards bei den Messungen - Sorge zu tragen. Nun ist es aber ein Unterschied, ob z.B. ein Beatmungsgerät aus Schlamperei überhaupt nicht mehr kalibriert wurde, oder ob der Anästhesieschwester in der Hektik ein Fehler unterlaufen ist, der jedem von uns auch in unserem Verantwortungsbereich passieren kann. Verpflichtungen sind im Zusammenhang konkreter Verantwortung zu untersuchen.

5. Die Anmerkungen für die Diskussion und das Assessment

Meine Anmerkungen zu den einzelnen Fällen folgen den einzelnen Kriterien: Beschreibung der strittigen Punkte, der legitimen Interessen, der Handlungsfolgen und Verpflichtungen der Handelnden.

Die beschriebenen Punkte sind das Ergebnis meiner Diskussion dieser oder ähnlicher Fälle mit Studentinnen und Studenten der Medizin, mit Professoren der Medizin und des Strafrechtes, mit SozialarbeiterInnen, Supervisoren und vielen Gesprächen in der Klinik, in Arbeitsgruppen und auf Kongressen.

Ich erhebe nicht den Anspruch, dass ich alle ethisch relevanten Streitpunkte angesprochen oder ausdiskutiert habe. Ich wollte auch nicht eine Sammlung sämtlicher Argumente für eine bestimmte Entscheidung oder gegen sie zusammentragen und sie systematisch ordnen. Der narrative Stil der Anmerkungen gibt Ihnen Ideen und Vorstellungen, die Ihr eigenes Denken anregen sollen, und auf die Sie reagieren können. Sie sind eingeladen, in Ihrer Fallarbeit die vorgebrachten Ideen zu verändern, neu zu formulieren und die Argumentation zu vervollständigen.

Als Studentinnen und Studenten der Theologie gibt Ihnen diese Vorlesung auch Gelegenheit, sich in der Rolle der Seelsorgerin und des Seelsorgers zu üben. Wie die Gesundheitsberufe, so hat auch die Seelsorge die Verpflichtung, mit den vertraulich erhaltenen Informationen verantwortlich umzugehen. Beachten Sie deshalb bitte, dass die in der Fallstudie vertretenen Personen auch ein Recht auf den Schutz ihrer persönlichen Integrität besitzen. Behandeln Sie deshalb die Ihnen im Rahmen dieser Vorlesung zukommenden Informationen mit dem nötigen Respekt und dem nötigen Maß an Unterscheidung im öffentlichen Gebrauch.

Zusammenfassung

In den bisherigen Ausführungen bin ich davon ausgegangen, dass Berufsangehörige in der heutigen Zeit eine besondere Verantwortung besitzen, ihre Fähigkeiten, zu einem gut begründeten Urteil in ethischen Fragen zu kommen, zu entwickeln. Um zu bewerten, inwieweit die ethische Argumentationsfähigkeit den Anforderungen des moralischen Problems gerecht wird, stellte ich folgende **Kriterien** vor:

- (A)Wendet sich die Antwort jedem der im Problemfall zutage tretenden ethischen Streit- und Konfliktpunkte zu?
- (B)Werden die legitimen Interessen aller Konfliktparteien mit berücksichtigt? (C)Werden die verschiedenen Handlungsfolgen wahrgenommen, genau beschrieben und in die Entscheidung eingebaut?
- (D)Werden die Pflichten und Verpflichtungen aller handelnden Personen beschrieben und anhand von ethischen Werturteilen auch gut begründet?

Dann beschrieb ich in 4 Stufen den Lernprozess:

1. Schritt: Sie schreiben Ihre Antwort zu dem Fall.
2. Schritt: Sie nehmen an der Diskussion teil.
3. Schritt: Sie überdenken ihre 1. Antwort.
4. Schritt: Sie vergleichen ihre 1. mit der 2. Antwort.

Zuletzt diskutierte ich die vier Kriterien, die ich Ihnen als Hilfe zur Entwicklung einer gut begründeten Antwort auf ein ethisches Problem vorgeschlagen habe.

Die folgende Checkliste dient zur Auswertung Ihrer schriftlichen Antworten zu einem der vorgestellten und diskutierten Fälle.

Fall:.....

1. Beschreibung der ethisch strittigen Punkte (5 Punkte)
5 = Beschreibung aller Streitpunkte
1 = Ansprechen nur des offensichtlichsten Punktes
2. Die Interessensparteien (3 Punkte)
3 = alle direkt Betroffenen werden genannt
1 = nur die Hauptperson wird angesprochen
3. Die Handlungsfolgen (4 Punkte)
4 = verschiedene Handlungsfolgen werden gesehen
1 = nur die naheliegendsten Folgen werden beschrieben
4. Die Verpflichtungen (5 Punkte)
5 = Beschreibung der Verpflichtungen aufgrund von Überzeugungen, Werten und Argumenten
1 = Andeutung von Verpflichtungen ohne rationale Begründung derselben.
5. Die Bereitschaft zur Selbstvergewisserung (assessment) (3 Punkte)
3 = klare Gründe, die erste Antwort beizubehalten oder sie zu ändern werden angegeben.
1 = Beibehalten oder Wechsel der 1. Antwort ohne Angabe besonderer Gründe

Insgesamt: 20 Punkte

- 20 bis 17 Punkte: Sehr gut
16 bis 14 Punkte: Gut
13 bis 11 Punkte: Befriedigend
10 bis 9 Punkte: 0 Genügend
bis 8 Punkte: Nichtgenügend

Der Fall des Oberarztes Dr. Freund und seines Patienten Herrn Ing. Moser.

Oberarzt Dr. Freund berichtet: „Mein Handeln ist ganz unterschiedlich. Einmal kann ich jemandem relativ leicht helfen. Wenn ich z.B. einen Patienten habe, dessen Leistenbruch ich operiert habe, dann geht dieser Patient nach 4 oder 5 Tagen wieder nach Hause, und damit ist der Fall erledigt. Wenn ich aber jemanden mit einer Tumorerkrankung habe, dann ist es eben eine ganz andere Situation. Manchmal kann ich da nicht mehr technisch helfen, da liegt die Handlungsweise auf einer ganz anderen Ebene. Dann geht es darum, den Patienten mit seiner Krankheit vertraut zu machen, ihm zu sagen, was er hat und dass er sich mit meiner Hilfe mit dieser Krankheit und dem, was auf ihn zukommt, auseinanderzusetzen lernt. Der Tumorpatient ist ja chronisch krank, den sehen wir dann über Jahre und wir sehen ihn dann ein 3~4 Jahr bei uns auf der Station zum Sterben. Da ist ein Patient, Herr Ing. Moser, er ist seit einem halben Jahr bei uns, ein 65 jähriger Mann. Er liegt jetzt seit einer Woche im Sterben. Aber er will noch nicht, er mobilisiert immer wahnsinnige Kräfte. Ich kann ihm jetzt die Hand halten, ich kann mit ihm reden, und wenn er jetzt stirbt, ist das für mich in gewisser Weise ein Erfolg, dass ich ihn habe begleiten können. Am Anfang, das war vor drei Jahren, da war meine Beziehung zu ihm sehr schwierig. Ich musste ihn über seine unheilbare Krebserkrankung aufklären. Bei der Aufklärung ist für mich wichtig, dass ich das Gefühl habe, dass er das verkraftet. Er hat sich monatelang gewehrt, seine Lage zur Kenntnis zu nehmen, er hat verdrängt, war aggressiv mir gegenüber und gegenüber den Schwestern. Ich habe ja nicht unendlich viel Zeit, und auch die Schwestern müssen noch die anderen schwerkranken KrebspatientInnen auf der Station versorgen. Er war lästig und hat mich stundenlang mit Fragen bombardiert, er hat Angst vor den Schmerzen gehabt und dass ihn seine Tochter alleine lassen wird. Er hat gesagt, ich bin jetzt bald tot und sagen Sie es meiner Tochter. Ich habe gesagt, wenn Sie so reden, dann sind sie auch bald tot. Und ich werde Ihre Tochter überhaupt nicht aufklären. Ich bitte Sie darum, dass Sie das selber machen. Akzeptieren Sie ihre Erkrankung und sprechen Sie mit Ihrer Tochter, dann hat sie auch weiter Vertrauen zu Ihnen. Er hat dann mit seiner Tochter gesprochen und ist selber sehr ruhig geworden. Die Tochter, Frau Maler, ist dann zu mir gekommen und hat von mir unbedingt wissen wollen, wie lange ihr Vater noch zu leben hat, denn Krebs ist ja gleich Tod oder zumindest schon das Todesurteil. Ich habe ihr gesagt, dass ich nicht sagen kann und auch nicht sagen will, wie lange ihr Vater noch zu leben hat. Wenn man den Verwandten sagt, ja, der Angehörige hat noch fünf Jahre oder weiß Gott wie lange, vielleicht viel weniger Zeit, zu leben, dann ist das Verhältnis zwischen Verwandten und Patienten sehr schnell gestört. Aber ich habe ihr gesagt, dass es wichtig ist, ihren Vater nicht als Tumorpatienten abzuqualifizieren und nur noch Mitleid mit ihm zu haben. Und ich habe ihr gesagt, dass es wichtig ist, dass sie ihrem Vater in relativ normaler Weise gegenübertritt und sich und ihm Zeit gibt, diese Situation miteinander leben zu lernen. Sie hat das dann akzeptiert und konnte ihren Vater mit der Zeit auch gut begleiten. Es ist in diesem Fall gut gegangen. Es gibt Patienten, mit denen habe ich meine Probleme, weil sie trotz jahrelanger Bemühung eigentlich nicht kapieren, was los ist mit ihnen, die andauernd nur verdrängen. Und das macht mich dann vollkommen verrückt. Da habe ich dann das Gefühl, als Arzt versagt zu haben und ich kann den Patienten nur mehr widerwillig sehen.“

Der Fall des Oberarztes Dr. Freund und seines Patienten Herrn Ing. Moser.

1. Antwort

Soll der Oberarzt die Tochter aufklären?

Ja

Nein

Warum oder warum nicht?

Anmerkungen für die Diskussion und das Assessment (Selbstvergewisserung)

Dieser Fall kann einmal als Modellverhalten für ein vorbildliches ärztliches Handeln in der Aufklärung und Begleitung tumorkrankter PatientInnen und dessen Angehörigen dienen. Ein ethisches Problem stellt die Entbindung Dr. Freunds von der Schweigepflicht durch seinen Patienten Herrn Ing. Moser gegenüber dessen Tochter, Frau Maler, dar. Soll der Arzt dem Wunsch des Patienten nachkommen oder soll er den Leitideen und Überzeugungen für sein berufliches Handeln folgen?

1. Streit- und Konfliktpunkte

Das Recht des Patienten Ing. Moser auf eine seinem physischen, psychischen und sozialen Wohlbefinden angemessene Aufklärung über die Diagnose seiner Erkrankung und die verschiedenen Therapiemöglichkeiten, gegen die begrenzte Zeit, die dem Arzt und den Schwestern dafür zur Verfügung stehen.

Das Recht des tumorkranken Patienten Ing. Moser, die Bewältigung seiner Erkrankung und das Annehmen des Sterbens entsprechend der Entwicklung seiner persönlichen Möglichkeiten zu leben, gegen die Grenzen der Belastbarkeit des Arztes Dr. Freund und der Schwestern.

Das Recht des Arztes und der Schwestern auf eine „humane Distanz“ (Strozka) zum Leiden des chronisch tumorkranken Patienten Ing. Moser gegenüber dem regressiven Anspruch des Patienten, dass ihm der Arzt die Probleme abnimmt und ihn wieder gesund macht.

Das Recht der übrigen PatientInnen auf der onkologischen Krankenstation auf eine entsprechende und gerechte Zuwendung durch den Oberarzt Dr. Freund und durch die Schwestern, gegenüber dem Anspruch des völlig mit seiner Diagnose überforderten Patienten Ing. Moser auf möglichst viel Zuwendung.

Das Recht des unheilbar tumorerkrankten Patienten Ing. Moser, nicht alleine gelassen zu werden und nach Möglichkeit keine Schmerzen leiden zu müssen, gegen die Angst der Tochter vor dem Tod durch Krebs und ihre Unerfahrenheit im Umgang mit einem krebserkrankten Menschen überhaupt.

Das Recht der Tochter, Frau Maler, von ihrem Vater die Wahrheit über den Schweregrad der Erkrankung zu erfahren und an der ihr zugemuteten Herausforderung zu reifen, gegen den Wunsch des Vaters, sich mit Hilfe des Arztes von dieser Pflicht zu befreien.

Das Recht des Arztes Dr. Freund, die Schweigepflicht zu wahren und dadurch sein Vertrauensverhältnis zum Patienten Ing. Moser zu schützen, gegen das Interesse des

Patienten Ing. Moser Dr. Freund von seiner Schweigepflicht gegenüber der Tochter Frau Maler zu entbinden, damit er nicht mit seiner Tochter sprechen muss.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien

Der Oberarzt Dr. Freund hat ein Interesse, dass sich die PatientInnen allgemein und Ing. Moser im besonderen an der Bewältigung ihrer Erkrankung aktiv mitbeteiligen.

Dr. Freund hat ein Recht, seinen Selbststand im Gleichgewicht mit der Empathie gegenüber seinem Patienten Ing. Moser zu halten.

Dr. Freund hat ein Interesse, die Vater-Tochter-Beziehung unterstützend zu verstärken.

Dr. Freund hat ein Recht, von Ing. Moser und Frau Maler fair behandelt zu werden.

Die Schwestern haben ein Recht, dass sie von Ing. Moser fair behandelt werden.

Der Patient Ing. Moser hat ein Interesse, sich und seine Tochter mit seiner Diagnose nicht zu überfahren.

Der Patient Ing. Moser hat ein Recht auf schonende und vollständige Aufklärung über Diagnose und Therapiemöglichkeiten seiner Erkrankung.

Die PatientInnen auf der Krankenstation haben das Recht, von Dr. Freund und den Schwestern gleich gut behandelt zu werden.

Frau Maler hat ein Recht, die Wahrheit über die Erkrankung ihres Vaters zu erfahren.

3. Die Handlungsfolgen

Wenn der Oberarzt Dr. Freund nicht unterscheiden kann, welcher Patient welches Maß an Zuwendung benötigt, so werden PatientInnen, die es nicht benötigen, zuviel Gesprächszeit in Anspruch nehmen, und der tumor Erkrankte Ing. Moser wird zu wenig Zeit vom Oberarzt Dr. Freund bekommen. Dasselbe gilt für die Schwestern.

Wenn Dr. Freund den tumor Erkrankten Patienten Ing. Moser nicht geduldig aufklärt und liebevoll begleitet, hat der Patient nicht die Voraussetzung, seine Erkrankung annehmen und bewältigen zu können. Über kurz oder lang wird auch die Arzt-Patient-Beziehung unter einem Vertrauensschwund leiden. Das Gespräch zwischen Dr. Freund und Ing. Moser wird nicht mehr in Richtung Offenheit laufen, und mögliche Therapieentscheidungen werden mit Ing. Moser nicht mehr besprochen werden. Diese Situation kann dann dazu führen, dass bereits für den Zustand von Ing. Moser unangebrachte Therapien durchgeführt werden, die dem Patienten nicht mehr nützen und unnötig Geld verschwenden.

Wenn Dr. Freund dem Wunsch seines Patienten Ing. Moser nachgibt und dessen Tochter aufklärt, macht sich Dr. Freund weder nach §121 des StGB strafbar, da es das „berechtigte Interesse der Person, die seine Tätigkeit in Anspruch genommen hat“,

nicht verletzt, noch würde es sich um eine Verletzung des Berufsgeheimnisses nach §26 Absatz (1) des Ärztegesetzes handeln, da entsprechend Absatz (2) des §26 die Verpflichtung zur Einhaltung des Berufsgeheimnisses - durch die Entbindung von derselben durch die „bedrohte Person“ Ing. Moser - nicht mehr besteht.

Wenn Dr. Freund dem Drängen seines Patienten Ing. Moser nachgibt und dessen Tochter Frau Maler aufklärt, wird das Vertrauen der Tochter in ihren Vater aber auch möglicherweise in den Arzt geringer. Dr. Freund wird sich Vorwürfe machen, seiner Überzeugung nicht gefolgt zu sein und er wird viel Zeit im Gespräch mit der Tochter verlieren, da er sie dem Gespräch mit dem Vater enthoben und an sich gebunden hat.

Wenn Dr. Freund vor Mitleid gegenüber seinem Patienten Ing. Moser zerfließt und nicht eine bestimmte Distanz dessen Leid gegenüber einhalten kann, wird er viel Energie verschwenden und Gefahr laufen, depressiv zu verstimmen und früher oder später in ein Burn-out-Syndrom zu kommen.

Wenn der Patient Ing. Moser seine Tochter Frau Maler nicht selber über seinen Krankheitszustand aufklärt und sich mit seinen Ängsten nicht an sie wendet, bricht er die Vertrauensbeziehung von sich aus und läuft Gefahr, in sozialer Isolation - sozialem Tod - zu vereinsamen.

Wenn die Tochter, Frau Maler, nicht lernt, mit der Erkrankung ihres Vaters umzugehen und nicht über ihre Probleme mit dem Krebs mit ihm spricht, wird sie sich später Vorwürfe machen, an Schuldgefühlen leiden und auch den Abschied von ihrem Vater nicht versöhnt leben können.

4. Die Pflichten und Verpflichtungen

Dr. Freund und die Schwestern haben die Pflicht, alle PatientInnen entsprechend ihren Bedürfnissen und gleich zu behandeln.

Dr. Freund ist rechtlich nur gegenüber Dr. Moser zur Aufklärung verpflichtet und auf keinen Fall gegenüber der Tochter, Frau Maler, oder anderen Dritten.

Dr. Freund hat die Pflicht, solange seinen Überzeugungen im Umgang mit der Schweigepflicht zu folgen, solange er von Ing. Moser nicht mit guten Argumenten eines Besseren belehrt wird. Derart festigt er seine Selbstverantwortung und Integrität.

Der Patient Ing. Moser hat die Pflicht, sich mit seiner Tumorerkrankung auseinander zusetzen, seiner Tochter, Frau Maler, gegenüber die Wahrheit zu sagen und entsprechend seinen Möglichkeiten die Erkrankung und ihre Folgen anzunehmen.

Die Tochter Frau Maler hat die Pflicht, sich mit der Tumorerkrankung ihres Vaters auseinander zusetzen, menschlich daran zu wachsen und ihren Teil zur liebevollen Begleitung ihres Vaters beizutragen, damit sie, mit sich und ihrem Vater versöhnt, von diesem Abschied nehmen können wird.

Der Fall des Oberarztes Dr. Freund und seines Patienten Herrn Ing. Moser.

2. Antwort

Soll der Oberarzt die Tochter aufklären?
Warum oder warum nicht?

Ja

Nein

Der Fall des Patienten Herrn Braun

Herr Braun ist 60 Jahre alt und leidet seit 3 Jahren an einem Bronchuskarzinom. Er ist an einer Klinik für Innere Medizin immer wieder in Behandlung gewesen und hat sich wegen starker Kopfschmerzen, großer Atemnot und einer allgemeinen Schwäche wiederum in stationäre Behandlung begeben. Eine Computertomographie des Schädels hat ergeben, dass das Bronchuskarzinom schon in das Gehirn metastasierte. Herr Braun wollte bei der Visite vom Oberarzt Dr. Kupfer wissen, was die Chemotherapie für einen Erfolg gebracht hat. Herr Braun: „Herr Doktor, jetzt habe, ich, bitte verstehen Sie mich nicht falsch, ich möchte nicht kritisieren, ich möchte bitte doch fragen, ist hier - Herr Braun zeigt auf seine rechte Brust - ein gewisser Erfolg vorhanden?“ Dr. Kupfer: „Wir kontrollieren nach einer gewissen Zeit, und dann sehen wir im Computertomograph, wie es sich entwickelt hat.“ Zurück bleibt ein Herr Braun in einer angsterfüllten Schwebehaltung, aus der ihn niemand entlässt. Als etwas später der Turnusarzt Dr. Leiher zu einer Blutabnahme kommt, fragt ihn Herr Braun: „Herr Doktor, jetzt ehrlich, wie groß sind die Chancen, dass das, was ich da - wiederum zeigt Herr Braun auf seine rechte Brust - in der Lunge habe, verschwindet?“ Dr. Leiher: „Die Chancen, dass die bösen Zellen jetzt zum großen Teil verschwunden sind, sind sehr groß. Das Problem sehe ich aber darin, dass die entarteten Zellen wiederum zu wachsen beginnen können.“ Herr Braun: „Ich brauche Glück, ich hab' viel Glück gehabt im Leben und jetzt wird es schon gehen.“ Die Ärztinnen und Ärzte auf der Station sind - bis auf den Turnusarzt - der Meinung, dass es sich bei Herrn Braun um einen über seine Erkrankung „Bronchuskarzinom“ aufgeklärten Patienten handelt. Anstelle von Bronchuskarzinom wird in der Klinik der Ausdruck „Bronchi“ verwendet. Einmal führte ein Konsiliararzt ein Aufklärungsgespräch mit Herrn Braun. Das wurde bei der Visite dem Chef der Klinik übermittelt. Im Zorn bebend sagte er: „Wenn der Herr Doktor glaubt, damit dem Patienten etwas Gutes getan zu haben, wenn er ihm die Hoffnung nimmt!“ Der Konsiliararzt hat mit Herrn Braun auch darüber gesprochen, dass die Erkrankung so weit fortgeschritten ist, dass Herr Braun vermutlich nur mehr ein halbes bis ein Jahr an Lebenserwartung zur Verfügung hat. Darauf fragt Herr Braun, ob er diese Zeit auch zu Hause verbringen könnte. Seine Gattin Frau Braun ist bei diesem Gespräch anwesend, und auch sie möchte ihren Mann zu Hause haben und nicht im Krankenhaus sterben lassen. Der Konsiliararzt überzeugt sich, dass der Hausarzt von Herrn Braun bereit ist, eine entsprechende Schmerztherapie mit den nötigen Morphindosen und die notwendige ärztliche Betreuung sicherzustellen. Frau Braun wird von der Krankenversicherung ein Sauerstoffgerät zugesagt, mit dessen Hilfe sie gegebenenfalls ihren Mann mit Sauerstoff versorgen kann. Frau Braun sieht sich auch über die Pflege ihres Mannes hinaus und erkundigt sich nach einer stundenweisen Aushilfe durch die Hauskrankenpflege. Herr Braun trägt seinen Entschluss dem Oberarzt Kupfer vor. Dieser verständigt den Klinikchef, der bzgl. der Morphinschmerztherapie nur noch ärgerlich feststellt: „Wenn er ihn umbringen will, bitte. Ich mache so etwas nicht!“ Dr. Kupfer bereitet den Arztbrief an den Hausarzt von Herrn Braun vor, händigt ihm diesen aus und wünscht ihm Alles Gute. Der Klinikchef verabschiedet sich nicht mehr von Herrn Braun.

Der Fall des Patienten Herrn Braun

1. Antwort:

Hat sich Dr. Kupfer gegenüber Herrn Braun in der Visite richtig verhalten? Ja Nein
Warum oder warum nicht?

Anmerkungen für die Diskussion und das Assessment

In diesem Fall stehen einander das traditionelle Arzt-Patient-Verhältnis - der Arzt weiß, was für den Patienten gut ist und der Patient hat sich danach zu richten - und die Arzt-Patient-Beziehung, die auf gegenseitiges Vertrauen, Respekt und das Selbstbestimmungsrecht gegründet ist, gegenüber. Dazu wird ein zentrales Problem der psychoonkologischen Betreuung tumorkranker PatientInnen angesprochen: die Schmerztherapie.

Zu Beginn einige Hinweise auf die gesetzlichen Folgen, die aus dem Selbstbestimmungsrecht folgen: Die Aufklärungspflicht und die Einwilligung in die Heilbehandlung:

Wir haben uns hier in Österreich dabei mit dem §110 StGB zu befassen, der das Delikt der "eigenmächtigen Heilbehandlung" abhandelt.

Im Unterschied zum deutschen Recht, stellen ärztliche Eingriffe, die medizinisch indiziert sind (Heilbehandlungen), tatbestandsmäßig keine Körperverletzung dar.

Der Begriff "Heilbehandlung" ist weit gefasst. Er deckt neben unmittelbar therapeutischen auch diagnostische, prophylaktische und schmerzlindernde Eingriffe ab. Unter Heilbehandlung kann man alle Eingriffe und sonstige Behandlungen verstehen, die auf Grund einer anerkannten medizinischen Indikation mit dem Ziel vorgenommen werden, beim Behandelten Krankheiten, Leiden, Körperschäden, körperliche Beschwerden oder seelische Störungen zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern.¹²

Das Delikt des § 110 StGB¹³

Wenn jemand einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft behandelt, ist er mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen (§110 Abs. 1 StGB).

Geschütztes Rechtsgut ist die freie Entscheidung (und nicht die körperliche Integrität), d.h., der Patient bestimmt darüber, ob er sich einer bestimmten Behandlung unterziehen möchte oder nicht. Daher ist es für den Tatbestand des §110 StGB völlig unerheblich, ob der Eingriff sachgemäß durchgeführt wurde oder ob er von Misserfolg oder von Erfolg gezeichnet ist. Das Tatbild ist erfüllt, sobald jemand ohne Einwilligung behandelt wird.

Die ärztliche Aufklärung ist die Voraussetzung für die rechtswirksame Einwilligung¹⁴

¹² Aigner, G., Emberger, H., Flössl-Emberger, K., Die Haftung des Arztes. Justiz- und Verwaltungsstrafrecht. Wien 1991, 212.

¹³ Ebd. 180f.

Die Aufklärung durch den Arzt stellt die Voraussetzung für eine rechtsrelevante Einwilligung dar. Daraus folgt, dass, wenn eine Aufklärung unterblieben ist (oder nur mangelhaft erfolgte), der Einwilligung keine Wirkung zukommt, und der Täter nach §110 StGB belangbar wird, egal ob der Eingriff geglückt oder missglückt ist.

Der Patient muss also durch die Aufklärung befähigt werden, die Tragweite seines Entschlusses zu erfassen.

Darin verbirgt sich aber ein nicht zu unterschätzendes Problem für den Arzt. Um zum Einverständnis zur Behandlung zu gelangen, muss er den Patienten gehörig über dessen Gesundheitszustand informieren. Gleichzeitig soll er ihn vor seelischen Belastungen, die sich auch aus der Information ergeben können, bewahren.

Der Umfang der Aufklärungspflicht an Hand von Judikatur und Lehre in Österreich:

Der juristische Maßstab für den Umfang der Aufklärungspflicht hat sich in den letzten 40 Jahren gewandelt.

Zuerst war die Grenze der Pflicht dort, wo sie der Gesundheit des einzelnen Patienten geschadet hat (1964).

Dann war die Aufklärung ein Teil der Heilbehandlung, dann diente als Maßstab der "verständige Patient". Diese Auffassung stieß auf heftige Kritik, denn man erkannte, dass ein Patient nicht nach den Maßstäben Dritter zur Vernunft gezwungen werden kann.

Seit 1981 wird die Maßfigur auf die Person des konkret Einwilligenden abgestellt.

Wie weit die Aufklärungspflicht des Arztes im Einzelfall reicht, kann nicht einheitlich beantwortet werden; sie liegt im Spannungsfeld des vom Arzt vor allem zu wahren Wohles des Patienten und dessen Selbstbestimmungsrechtes.

Je weniger dringlich die Behandlung, umso umfangreicher die Aufklärung.

Je größer die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung, desto umfangreicher die Aufklärung.

Der bisherigen Darstellung ist zu entnehmen, dass weder die Rechtsprechung noch die Lehre abschließend allgemein verbindliche Regeln für die Aufklärung festlegen. Im Rahmen des Aufklärungsgespräches muss unseres Erachtens nach der Arzt immer das Wohlbefinden des Patienten im Auge haben.

Zum Wohl des Patienten kann man als "therapeutisches Privileg" die Aufklärung einschränken, nicht unterlassen, etc. , und so das Selbstbestimmungsrecht hintansetzen, nicht aber übergehen.

Die Aufklärung geschieht, dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient entsprechend, mündlich. Schriftliche Reverse und Pauschalerklärungen erleichtern das Verfahren, beweisen jedoch nicht eine im Einzelfall ausreichende Aufklärung. Das Gespräch muss im Mittelpunkt bleiben, lässt aber eine schriftliche Dokumentation des Ergebnisses zu. (Auch Zeugen sind möglich).

Die Einwilligung:

Nach der Aufklärung durch den Arzt muss die Einwilligung des Patienten erfolgen.

¹⁴ Ebd. 180-194.

Die Einwilligung, als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes, ist der zentrale Begriff auch für die Straffreiheit derjenigen ärztlichen Eingriffe, die keine Heilbehandlung darstellen.

Zu den medizinischen Eingriffen außerhalb der ärztlichen Heilbehandlung zählen etwa rein kosmetische Operationen, medizinische Eingriffe mit experimentellem Charakter, Blut- oder Organentnahmen an Lebenden, Eingriffe in die körperliche Integrität im Rahmen der In-vitro-Fertilisation und auch Eingriffe zur Reduzierung eines abnormen Geschlechtstriebes (Kastration, chemische Kastration, stereotaktische Hirnoperationen), Eingriffe zur Geschlechtsumwandlung, Blutabnahme zum Zwecke der HIV-Antikörperbestimmung.

Auch bei der nicht eingeholten Einwilligung gibt es - die mutmaßliche Einwilligung vorausgesetzt, einen Strafausschließungsgrund:

§ 110 (2) StGB: Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, dass durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs.1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Anwendung der nötigen Sorgfalt (36) hätte bewusst sein können.

Einige Anmerkungen zur Karzinomschmerztherapie:¹⁵

Die Therapie mit Analgetika (Schmerzmitteln) „nach Bedarf“ ist obsolet. Es wird prophylaktisch behandelt, so dass der Patient immer schmerzfrei ist. Er erhält eine feste Dosis in bestimmten Zeitabständen. Bei der Therapie von Karzinom-Schmerzen tritt auch bei den Dosierungen von 5 bis 500 mg Morphin vierstündlich keine Sucht auf! Ziel der Schmerztherapie bei Karzinompatienten ist es, sie am alltäglichen Leben teilnehmen zu lassen.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Angst von TumorpatientInnen, unerträgliche Schmerzen erleiden zu müssen und deren Wunsch nach aktiver Euthanasie. Deshalb sind Aufklärung und Durchführung von Schmerztherapien dringend notwendig. Österreich hat hier noch einen großen Nachholbedarf.

Obwohl das Morphin - im Mohnsaft als Hauptalkaloid des Opiums enthalten - bei uns seit dem klassischen Altertum und in vielen anderen Medizinkulturen - chinesische, präkolumbianische, tibetische, etc. - zu therapeutischen Zwecken verwendet wurde und es dasjenige starke Analgetikum ist, mit dem der Mensch die meiste Erfahrung besitzt, wurde und wird Morphin in Österreich viel zu wenig zur Tumorschmerztherapie eingesetzt.

Natürlich wirkt Morphin lähmend auf das Atemzentrum, erregt das Brechzentrum und steigert den Tonus der glatten Muskulatur, was zu Verstopfung und Blasenentleerungsstörungen führen kann. Eine entsprechende Diät, Abführmittel und evtl. Antidepressiva helfen diesen Nebenwirkungen ab. Freilich darf Morphin bei genesenden PatientInnen - z.B. in der postoperativen Zeit - nicht länger als 14 Tage gegeben werden, da nach 3 Wochen eine Gewöhnung eintritt und nicht vorausgesagt werden kann, wer süchtig wird und wer nicht süchtig wird.

Der Fall des Patienten Herrn Braun

1. Streit- und Konfliktpunkte

¹⁵Kretz, F.-J., Schäffer, J., Eyrich, K., Anästhesie. Intensivmedizin. Notfallmedizin. Berlin 1989. 401ff.

Herrn Brauns Recht auf richtige und vollinhaltliche Beantwortung seiner Frage, gegen die Überzeugung von Dr. Kupfer, dass zu viel Wissen des Krebspatienten um seine Erkrankung ihm und seiner Gesundheit schadet, weil es ihm die Hoffnung raubt.

Das Interesse von Herrn Braun, etwas über den Verlauf seiner Erkrankung zu erfahren, gegen seine Angst, die Ärzte würden sich durch seine Fragen kritisiert fühlen.

Das Interesse Dr. Leihers, Herrn Braun die Wahrheit über seine lebensbedrohende Krankheit zu vermitteln, gegen die Angst von Herrn Braun, die er mit dem Hinweis auf sein Glück verdrängt.

Der Schweregrad der Erkrankung von Herrn Braun, gegen die große Unwissenheit in der er gegenüber seinem tatsächlichen Zustand gelassen wird.

Die tatsächliche Unaufgeklärtheit von Herrn Braun über seine Erkrankung, gegen die Meinung der ÄrztInnen, dass er in der Tat voll aufgeklärt sei.

Die ernste und lebensbedrohende Diagnose „Bronchuskarzinom“, gegen die verharmlosende Bezeichnung „Bronchi“ durch die ÄrztInnen.

Der Wunsch von Herrn Braun, zu Hause mit seiner Frau die ihm noch zur Verfügung stehende Lebenszeit schmerzfrei und möglichst angenehm zu verbringen, gegen die Abwertung dieser Entscheidung durch den Klinikchef und seine medizinisch überholte Meinung, die Morphinschmerztherapie wird Herrn Braun „umbringen“.

Das Interesse Dr. Leihers, dass die Aufklärung von TumorpatientInnen an der Station pflichtgemäß erfüllt wird, gegen die Weisung des Chefs, dies zu unterlassen.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien

Herr Braun hat ein Interesse, einen Behandlungserfolg seiner Erkrankung mitgeteilt zu bekommen.

Herr Braun hat ein Interesse, die ihm noch verbleibende Lebenszeit zu Hause und schmerzfrei zu verbringen.

Dr. Kupfer hat Interesse, den Fragen von Herrn Braun entsprechend seiner bzw. seines Chefs Überzeugung, zu viel Wahrheit schadet dem Patienten, begegnen zu können.

Dr. Kupfer hat Interesse, das Wohlwollen des Klinikchefs nicht zu verlieren.

Dr. Leihers hat Interesse, Herrn Braun die Möglichkeit zu eröffnen, sich mit seiner Tumorerkrankung auseinanderzusetzen.

Dr. Leihers hat Interesse, im Rahmen seiner Ausbildung zum praktischen Arzt auch das Aufklärungsgespräch mit tumorkranken PatientInnen zu erlernen.

Dr. Leiher hat Interesse an einem menschlichen Umgang im Behandlungsteam, der dem Ernst der Erkrankung des Patienten Herrn Braun entspricht und deren Bedrohlichkeit für alle im Team thematisierbar macht.

Dr. Leiher hat ein Interesse, am Ende seiner Ausbildungszeit an der Klinik vom Klinikchef ein positives Zeugnis ausgehändigt zu bekommen.

Der Konsiliararzt hat Interesse, dass Herr Braun aufgeklärt ist, selber über seine Entscheidungen verfügt und seine ärztliche Versorgung zu Hause sichergestellt ist.

Der Klinikchef hat ein Interesse, seine Einstellung zur Aufklärung von Herrn Braun und TumorpatientInnen sowie seine Schmerztherapie zu rechtfertigen.

Der Klinikchef hat Interesse, dass seine Station gut belegt ist.

Der Klinikchef hat Interesse, dass der Ruf seiner Klinik gewahrt bleibt.

3. Die Handlungsfolgen

Wenn Dr. Kupfer die Fragen von Herrn Braun vollinhaltlich beantwortet, muss er sich vor seinem Klinikchef dafür verantworten und muss mit einer Versetzung und finanziellen Einbußen rechnen.

Wenn Herr Braun vollständig aufgeklärt wird, erhält er die Möglichkeit, sich mit dem Ernst seiner Lage auseinanderzusetzen und sein Selbstbestimmungsrecht bzgl. der Einwilligung in die weiteren Therapieschritte auszuüben.

Wenn Dr. Leiher Herrn Braun trotz des enormen Druckes, der auf der Station herrscht, aufklärt, ist sein Zeugnis gefährdet und der Abschluss seiner Ausbildung verzögert sich.

Wenn Dr. Leiher den Anweisungen des Klinikchefs nachgibt, hat das negative Auswirkungen auf sein Selbstwertgefühl, die Entwicklung seiner Arztpersönlichkeit und damit auf seine späteren PatientInnenbeziehungen.

Wenn der Konsiliararzt Herrn Braun nicht aufklärt und sich nicht um dessen hausärztliche Betreuung bemüht, wird Herr Braun weiter in seinem ängstlichen Schwebezustand zwischen Hoffnung und Angst und an der Klinik bleiben und unaufgeklärt über seine Erkrankung und möglicherweise alleine versterben.

Wenn Herr Braun keine Schmerztherapie bekommt und er von Schmerzen gequält wird, kann das zu Depression, Verzweiflung und Suizidgedanken führen.

Wenn sich die Haltung des Klinikchefs, seine TumorpatientInnen generell nicht aufzuklären, herumspricht oder in die Medien kommt, werden der gute Ruf der Klinik und die Arzt-Patientenbeziehungen der darin arbeitenden ÄrztInnen geschädigt.

Wenn die ÄrztInnen nicht lernen, mit ihren eigenen Ängsten umzugehen, verlieren sie ihre eigene Freiheit und Fähigkeit zu Selbstbestimmung und werden unfähig zu lernen,

die Fragen der PatientInnen offen zu beantworten, ihnen in ihren Ängsten beizustehen und sie in ihrer Not zu begleiten.

Wenn Herr Braun die Klinik verlässt, entgeht dem Klinikchef das Privathonorar und Dr. Kupfer sein Anteil daran.

Wenn Herr Braun einen Strafprozess gegen den Klinikchef wegen Verletzung der Aufklärungspflicht anstrengen würde, würde der Klinikchef mit Berufung auf das „therapeutische Privileg“ in Österreich nicht zur Verantwortung gezogen werden.

Wenn Herr Braun die Klinik verlässt, spart die Solidargemeinschaft Geld.

4. Die Pflichten und Verpflichtungen

Der Klinikchef, Dr. Kupfer und Dr. Leiber haben die Pflicht, Herrn Braun schonend die notwendigen Informationen über seine Erkrankung zu geben, damit dieser in der Lage ist, seine Einwilligung zu den verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen zu geben und derart sein Selbstbestimmungsrecht wahren kann.

Der Klinikchef hat die Pflicht, an seiner Klinik dafür Sorge zu tragen, dass der Aufklärungspflicht vollinhaltlich genüge getan wird und er hat danach zu sehen, dass die TumorpatientInnen, die ÄrztInnen und das Pflegepersonal mit ihren Ängsten und Schwierigkeiten im Umgang mit Tumorerkrankungen kompetente Hilfe bekommen, da ihm das Wohl der PatientInnen wie die Sorge um die ÄrztInnen und das Pflegepersonal anvertraut sind.

Der Klinikchef hat als akademischer Lehrer die Pflicht, für Ausbildungsbedingungen zu sorgen, die es den TurnusärztInnen ermöglichen, das Aufklärungsgespräch mit TumorpatientInnen zu erlernen.

Die ÄrztInnen an der Klinik haben die Pflicht, bei Unterbindung der gebotenen Aufklärungspflicht durch den Klinikchef darüber beim ärztlichen Leiter des Krankenhauses Beschwerde zu führen, und so ihren Teil der Verantwortung zur Änderung eines Misstandes zu erfüllen.

Herr Braun hat das Recht, sich in die Behandlung des Arztes seines Vertrauens zu begeben, ohne dass ihm dadurch Nachteile für seine medizinische Betreuung entstehen.

Die ÄrztInnen haben die Pflicht zur Weiterbildung. Dies verlangt eine Auseinandersetzung mit dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften: § 22 (1) Ärztegesetz: Der Arzt ist verpflichtet, jedem von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat hierbei nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung, sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.

Diese Pflichten sind auch Bestandteil des Hippokratischen Eides sowie der Sponsionsformel für das Doktorat der Medizin.

Der Fall des Patienten Herrn Braun

2. Antwort:

Hat sich Dr. Kupfer gegenüber Herrn Braun in der Visite richtig verhalten? Ja Nein
Warum oder warum nicht?

Der Fall von Frau Tell

Frau Tell ist 34 Jahre alt, unverheiratet und kinderlos. Wegen Schmerzen im Unterbauch weist sie ihre Gynäkologin in die Klinik ein. Frau Tell wird vom Oberarzt Dr. Klaus untersucht und der Ultraschall zeigt eine faustgroße Wucherung im Bereich der Gebärmutter. Frau Tell erklärt sich zur sofortigen Operation bereit. Der Oberarzt ist ein Fachmann für endoskopisches Operieren. Er klärt Frau Tell über dieses Verfahren auf, das viel schonender ist als die normale Operationsmethode. Anstelle eines 15 bis 20 cm großen Schnittes am Unterbauch benötigt die endoskopische Operation nur drei etwa 5 bis 10 mm große Schnitte zur Einführung der Optik und der zwei Operationseinheiten in die Bauchhöhle. Die Operationsdauer ist mit einer bis eineinhalb Stunden nur etwas länger als die herkömmliche Operation. Dafür kann Frau Tell aber damit rechnen, schon nach 4 bis 5 Tagen - und nicht wie bisher erst nach 8 bis 10 Tagen - die Klinik wieder zu verlassen. Frau Tell erklärt sich auch damit einverstanden, dass die Gebärmutter im Falle, dass der Schnellschnitt einen bösartigen Tumor zeigt, entfernt wird. Sie macht Dr. Klaus auch darauf aufmerksam, dass es ihr nicht um die Schönheit geht, und daher auch mit einem großen Bauchschnitt einverstanden ist, wenn die Operationssituation dies erfordert. Der Operationstermin wird vereinbart. Die Operation dauert viereinhalb Stunden, Frau Tell verliert sehr viel Blut und bekommt Blutkonserven. Beim Tumor handelt es sich Gott sei Dank um ein gutartiges Myom an der Gebärmutterwand. Frau Tell ist verwundert, dass die Operation so lange gedauert hat. Sie kann Dr. Klaus nicht mehr darüber befragen, da dieser am nächsten Tag in den Urlaub gefahren ist. Frau Tell ist auch über ein Drain verwundert, das aus ihrem Unterbauch in ein Glas führt, in dem sich schon eine kleine Menge rot-gelber Flüssigkeit angesammelt hat. Frau Tell kommt nicht sehr zu Kräften und schreibt das der langen Operationszeit zu. Nach drei Tagen fragt sie den Oberarzt Dr. Brenner bei der Visite, warum sie so schwach sei, Schmerzen hätte und Beschwerden beim Harnlassen. Dr. Brenner versucht, Frau Tell zu beruhigen und entlässt sie trotz der anhaltenden Symptome am 5. postoperativen Tag. Frau Tell kann zu Hause nur im Bett liegen, die Schmerzen werden stärker, sie kann keinen Harn lassen, der Bauch ist prall und sie beginnt zu erbrechen. Ihr Zustand wird immer schwächer. Ihr Lebensgefährte, der inzwischen kein Vertrauen zur Klinik mehr hat, bringt sie in ein Bezirkskrankenhaus auf eine chirurgische Station. Der Primarius Dr. Schöpf besteht auf einer sofortigen Operation. Er stellt eine Darmlähmung, Bauchfellentzündung und undichte Nähte an der Gebärmutter fest. Er übernäht die Gebärmutter, saugt das Sekret ab und verschließt den jetzt doch notwendig gewordenen Bauchschnitt. Frau Tell ist nach der Operation sehr schwach, es geht ihr sehr schlecht und erst im Laufe von 4 Wochen Krankenhausaufenthalt erholt sie sich langsam. Sie ist aber froh, mit dem Leben davongekommen zu sein. Wiederum genesen sucht sie das Gespräch mit Dr. Klaus. Dieser entschuldigt sich vielmals. Das ist wichtig für Frau Tell. Sie will kein Schmerzensgeld und auch keine Anzeige. Dr. Klaus ist erleichtert, freilich weiß er, dass sein Ansehen in der Klinik jetzt wieder etwas kleiner geworden ist. Er würde nicht daran denken, von sich aus eine Wiedergutmachung zu zahlen. Dr. Schöpf überlegt, ob er mit dem Fall von Frau Tell an die Öffentlichkeit gehen soll, da er nun schon wiederholt bei Routineoperationen, die aber jetzt endoskopisch durchgeführt werden, von schweren Operationszwischenfällen gehört hat. Er ist als Primararzt aber auf gute Beziehungen zur Ärztekammer angewiesen und beschränkt sich deshalb auf eine Meldung an diese. Die Ärztekammer bemüht sich, für die Ausbildung in endoskopischen Operationsmethoden eine strengere Qualitätskontrolle durchzusetzen.

Der Fall von Frau Tell

1. Antwort:

Ist das Verhalten von Dr. Brenner gegenüber Frau Tell verantwortlich? Ja Nein
Warum und warum nicht?

Anmerkungen für die Diskussion und das Assessment

Dieser Fall macht viele ethische Probleme im Zusammenhang mit ärztlichen Kunstfehlern deutlich. ÄrztInnen sind Menschen, und wie allen Menschen unterlaufen auch ihnen bei peinlichster Gewissenhaftigkeit und bestem Wissen Fehler. Viele ethische Probleme kommen nun daher, dass die ÄrztInnen verunsichert sind, wie sie auf ihre Fehler reagieren sollen und dann sehr dazu neigen, die eigenen wie die Fehler der KollegInnen lieber im Dunkeln zu lassen.

Kunstfehler - Ärztlicher Behandlungsfehler - Ärztliches Fehlverhalten¹⁶

Der Begriff Kunstfehler wird mehr und mehr verlassen. Man zieht den Begriff ärztlicher Behandlungsfehler oder überhaupt den Begriff ärztliches Fehlverhalten vor. Bei Fragen des ärztlichen Behandlungsfehlers ist zu prüfen, ob gegen die Sorgfalt verstoßen wurde (ein sorgfältiger Arzt beachtet auch die *leges artis*).

§ 6 StGB definiert die Fahrlässigkeit:

Fahrlässig handelt, wer die Sorgfalt außer acht lässt, zu der er nach den Umständen verpflichtet und nach seinen geistigen und körperlichen Verhältnissen befähigt ist und die ihm zuzumuten ist, und deshalb nicht erkennt, dass er einen Sachverhalt verwirklichen könne, der einem gesetzlichen Tatbild entspricht (1).

Fahrlässig handelt auch, wer es für möglich hält, dass er einen solchen Sachverhalt verwirkliche, ihn aber nicht herbeiführen will (2). Unter dem Motto z.B.: Wenn etwas passiert, ist es mir egal!

In der Medizin spielt auch die Übernahmefahrlässigkeit eine große Rolle: Übernahme einer Aufgabe, bei der der Täter wissen müsste bzw. weiß, dass er über die erforderlichen Kenntnisse nicht verfügt. Fahrlässigkeit ist oft nicht ein Tun, sondern ein Unterlassen: Unterlassen der Röntgenaufnahme bei Prellung und Übersehen einer Fraktur; Unterlassen des Heranziehens eines Oberarztes bzw. Facharztes bei unklarem fieberhaften Zustand eines Säuglings durch einen Turnusarzt, Verletzung von Organisations- und Aufsichtspflichten, Kontrolle eingesetzter Geräte, das Zurücklassen von Operationsgeräten, das Verwechseln von Medikamenten.

Da Gerichtsverfahren in Haftungsfragen des Arztes wegen ärztlicher Behandlungsfehler sowohl für den Patienten als auch für den Arzt sehr belastend sind, wird nach

¹⁶ Misliwetz, J., Ellinger, A., *Recht für Ärzte und Medizinstudenten*. Wien 1995, 164-172.

Auswegen aus einer gegenseitigen Schuldzuweisung gesucht. Hierzu gibt es zwei Modelle:

Die Schlichtungsstelle der Ärztekammer und die No fault compensation (dabei wird die Schadensfrage komplett von der Verschuldensfrage abgelöst. Die Kompensationszahlungen werden aus einem Fonds bestritten).

Die Schiedsstelle der Ärztekammer für Tirol¹⁷

Die Schiedsstelle der Ärztekammer für Tirol beweist, dass behauptete Behandlungsfehler außergerichtlich geklärt und zum Wohle der Betroffenen bereinigt werden können. Dies kommt dem Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt zugute. Seit Einsetzung der Schiedsstelle im Dezember 1985 bis Juni 1992 wurden insgesamt 226 Anträge bei der Schiedsstelle eingebracht. Davon betrafen 11 niedergelassene Praktiker, 27 niedergelassene Fachärzte, 33 niedergelassene Zahnärzte, 70 Bezirkskrankenhäuser und 85 Universitätskliniken. 192 Fälle wurden in diesem Zeitraum abgeschlossen. Davon 40 durch Zahlung durch die Versicherung, 15 durch Verjährung, 8 kulant, 8 dem Grunde nach anerkannt, 34 durch sonstiges (Arzt bzw. Patient unterwerfen sich nicht dem Schiedsverfahren, bei Gericht anhängig, Antragsteller hat den Antrag zurückgezogen usw.) 87 Fälle wurden abgelehnt.

Der Fall von Frau Tell

1. Streit- und Konfliktpunkte

Das Recht und Interesse von Frau Tell, nach bestem medizinischem Wissen und ärztlichem Gewissen behandelt zu werden, gegen das Interesse von Dr. Klaus, mit dem neuen endoskopischen Operationsverfahren zu operieren, um dem medizinischem Fortschritt zum Wohle der PatientInnen zu dienen.

Das Recht von Frau Tell auf eine gewissenhafte postoperative Betreuung, gegen das Interesse von Dr. Brenner, mit den postoperativen Komplikationen, die bei der Patientin seines Kollegen auftreten, möglichst wenig belastet zu werden.

Das Recht von Frau Tell, gesund nach Hause entlassen zu werden, gegen die Entlassung durch Dr. Brenner trotz deutlicher Hinweise auf schwere postoperative Komplikationen.

Das Interesse von Dr. Klaus, nach der Operation von Frau Tell in den geplanten Urlaub zu fahren, gegen das Interesse von Frau Tell, von Dr. Klaus auch postoperativ bis zur vollständigen Genesung betreut zu werden.

Das Recht von Frau Tell auf Schadenersatz (Verdienstausfall, Schmerzensgeld, evtl. Unfruchtbarkeit), gegen das Interesse von Dr. Klaus, diesen Unglücksfall möglichst unter den Teppich zu kehren.

¹⁷Oberholzer, Franz, Die Haftung des Arztes, in: Mitteilungen Ärztekammer für Tirol 33/1992. Vortrag des Präsidenten a. D. des Landesgerichtes Innsbruck.

Das Recht und die Erwartung von Dr. Klaus, dass er sich auf die gute Betreuung seiner Patientin Frau Tell durch seinen Kollegen Dr. Brenner verlassen kann, gegen die Interessen von Dr. Brenner, nicht die Fehler von Dr. Klaus ausbaden zu müssen.

Das Interesse von Dr. Schöpf an einer öffentlich geführten Diskussion um Schadensverhütung durch ÄrztInnen, die in einer neuen Behandlungsmethode noch unerfahren sind, gegen das Recht der ÄrztInnen, nicht durch öffentliche Pauschalurteile an Ansehen zu verlieren und gegen das Interesse der ÄrztInnen im Rahmen der Standesvertretung selber für Reformen zu sorgen.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien

Frau Tell hat ein Recht auf eine Behandlung nach bestem Wissen und Gewissen.

Frau Tell hat ein Recht, dass ihre starken Beschwerden von Dr. Brenner ernstgenommen und untersucht werden.

Der Lebensgefährte von Frau Tell hat ein Interesse am Wohlbefinden von Frau Tell.

Frau Tell hat Interesse, ihre persönliche Verletztheit, Enttäuschung und Wut gegenüber Dr. Klaus auszudrücken.

Frau Tell hat kein Interesse an einer Anzeige und finanziellen Wiedergutmachung.

Dr. Klaus hat ein Interesse, Frau Tell mit einer ihre Gesundheit möglichst schonenden Methode zu operieren.

Dr. Klaus hat ein Interesse, dass sein Ruf als Fachmann für endoskopisches Operieren nicht Schaden leidet.

Dr. Klaus hat ein Interesse, sein schlechtes Gewissen gegenüber Frau Tell zu entlasten und damit seine persönliche Integrität zu bewahren.

Die Herstellungsfirma der endoskopischen Geräte hat großes Interesse, dass sich ihre Produkte komplikationslos und bestens bewähren.

Dr. Brenner hat ein Interesse, die Entlassung von Frau Tell gegenüber dem Klinikleiter verantworten zu können.

Dr. Brenner hat ein Interesse, seine gestörte Beziehung zu Dr. Klaus zu bereinigen.

Dr. Brenner und Dr. Klaus haben ein Interesse, dass ihr persönlicher Ruf innerhalb der Klinik nicht unter dem unvermeidbaren Klinikratsch Schaden nimmt.

Die KollegInnen von Dr. Klaus, Klinikleitung und der Krankenhauserhalter haben ein Interesse an möglichst wenigen Behandlungsfehlern.

Die Klinikleitung hat ein Interesse, dass die Übergabe von PatientInnen an KollegInnen gut organisiert und reibungslos abgewickelt wird.

Die ÄrztInnen der Klinik haben ein Interesse, nicht öffentlich ins Gerede zu kommen.

Die ÄrztInnen der Klinik haben Interesse, sich durch die Entwicklung neuer Operationsverfahren beruflich profilieren zu können.

Die Ärztekammer hat Interesse, ihre Selbstregelungskompetenz bei Problemen in der Ausbildung der ÄrztInnen unter Beweis zu stellen.

3. Die Handlungsfolgen

Wenn Dr. Klaus aufgrund der Schwierigkeiten während der endoskopischen Operation auf eine Operation am offenen Bauch umstellt, sieht er mit eigenen Augen, ob die Gebärmutternähte halten und erspart so Frau Tell den Leidensweg, den sie gegangen ist.

Wenn Dr. Klaus zur Operation mit Bauchschnitt umstellt, steht die endoskopische Operationsmethode als unzuverlässig da.

Wenn Dr. Brenner sich zu einer Revisionsoperation bei Frau Tell entschließt, kann er den späteren lebensbedrohlichen Zustand von Frau Tell abhalten.

Wenn Dr. Brenner in der Revisionsoperation fehlerhafte Gebärmutternähte feststellt, ist das eine harte Kritik an den Operationsfähigkeiten von Dr. Klaus.

Wenn der Lebensgefährte von Frau Tell sie nicht rechtzeitig neuerlich in ärztliche Behandlung bringt, kann das Leben von Frau Tell vielleicht nicht mehr gerettet werden. Dasselbe gilt für das entschlossene Handeln von Dr. Schöpf.

Wenn Frau Tell Anzeige gegen Dr. Klaus erstellt, muss sich Dr. Schöpf festlegen, ob ein Behandlungsfehler vorlag und sagen, welcher es war.

Wenn Frau Tell Anzeige gegen Dr. Brenner erstellt, muss Dr. Schöpf im Prozess darüber aussagen, ob die Entlassung von Frau Tell fahrlässig war oder nicht.

Wenn Dr. Schöpf gegen Dr. Klaus und/oder Dr. Brenner aussagt, muss er damit rechnen, dass er selber im Falle eines eigenen Prozesses von den KollegInnen eher belastet denn entlastet wird.

Wenn Dr. Schöpf in der Öffentlichkeit kritisiert, dass zu viele unerfahrene Fachärzte endoskopisch operieren würden, muss er zunächst mit einer Verurteilung durch den Disziplinarrat der Österreichischen Ärztekammer wegen Beeinträchtigung des Standesansehens rechnen. Dr. Schöpf kann aber damit rechnen, dass der Verfassungsgerichtshof in diesem Fall dem Recht auf Freiheit der Meinungsäußerung gemäß Artikel 10 der Europäischen Menschenrechtskonvention - die in Österreich Verfassungsrang hat - Vorrang gibt und die Verurteilung durch die Österreichische Ärztekammer aufhebt.

4. Die Pflichten und Verpflichtungen

Frau Tell hat das Recht auf eine medizinische Versorgung nach bestem Wissen und Gewissen.

Es ist die Pflicht von Dr. Klaus, nach bestem Wissen und Gewissen die Operationsmethode für Frau Tell zu wählen und eventuell auf eine andere Methode umzustellen, um Frau Tell keinen Schaden zuzufügen.

Es ist die Pflicht von Dr. Klaus, Dr. Brenner bei der Übergabe der Patientin Frau Tell genauestens alle nötigen Informationen zu geben, damit Dr. Brenner Frau Tell seinerseits nach bestem Wissen und Gewissen behandeln kann und es ist die Pflicht von Dr. Brenner, dies auch zu tun, um seinem Behandlungsauftrag nachzukommen.

Frau Tell hat das Recht auf Schadenersatz (Ersatz der Heilungskosten, Verdienstentgang, Schmerzensgeld).

Weder von Dr. Klaus noch von Dr. Brenner kann rechtlich verlangt werden, zu einer strafrechtlichen Verfolgung gegen sich selbst beizutragen.

Ebenso wenig verlangt die Rechtslage, dass die Klinikleitung zu einer strafrechtlichen Verfolgung gegen sich selbst beiträgt.

Ethisch ist der Umfang des Schutzes der Eigeninteressen der Ärzte durch die Pflicht, verursachten Schaden wiedergutzumachen, begrenzt. Dies umso mehr, da für den Schadenersatz nicht die Ärzte Dr. Klaus und Dr. Brenner, sondern zunächst der Krankenhausträger haftet, dessen Versicherung für den Schadenersatz voll eintreten würde.

Die Klinikleitung hat aufgrund ihrer Aufsichtspflicht Dr. Brenner bzgl. der fahrlässigen Entlassung von Frau Tell zur Verantwortung zu ziehen und dafür Sorge zu tragen und zu kontrollieren, dass die Standards der Entlassungskriterien in Zukunft derartige Fälle verhindern.

Die Klinikleitung hat die Pflicht, im Rahmen der Oberärztekonzferenz den Operationsverlauf und die Operationsentscheidungen von Dr. Klaus zu diskutieren und aus seinen Fehlern die entsprechenden Lehren zu ziehen, damit weiterer Schaden vermieden wird..

Der Fall von Frau Tell

2. Antwort:

Ist das Verhalten von Dr. Brenner gegenüber Frau Tell verantwortlich?

Ja

Nein

Warum oder warum nicht?

Der Fall von Frau Grieß

Frau Grieß ist eine 26jährige Patientin. Bis zur Nachricht ihres Gynäkologen, dass der Krebsvorsorgeabstrich am Muttermund der Gebärmutter auf ein Karzinom in der Gebärmutter Schleimhaut weist, war Frau Grieß völlig gesund. Sie ist verheiratet und hat eine 2 Jahre alte Tochter. Ein wiederholter Abstrich bestätigt den Befund. Frau Grieß wird an die Klinik überwiesen. Frau Oberarzt Dr. Wegner klärt Frau Grieß darüber auf, dass eine Ausweitung des Karzinoms auf die ganze Gebärmutterwand nur durch eine rasche operative Entfernung des kranken Gewebes möglich ist. Frau Grieß erklärt sich gerne zu dieser Gewebentnahme vom Muttermund und einer Ausschabung der Gebärmutter bereit. Sie unterschreibt eine Operationseinwilligung, in der sie angibt, über die möglichen Risiken und Komplikationen, insbesondere eine mögliche Verletzung der Gebärmutter, aufgeklärt worden zu sein und gibt zu allen sich während der Operation als notwendig erweisenden weiteren Eingriffen ihre Zustimmung. Frau Dr. Wegner führt die Operation komplikationslos durch. Die entnommenen Präparate gelangen an die Histologie, die auch bestätigt, dass das karzinomatöse Gewebe allseits - auch im Bereich des Gebärmutterhalses - im Gesunden entfernt wurde. Am Abend des Operationstages kam es zu einer verstärkten Blutung aus der Gebärmutter. Es zeigte sich in der Untersuchung kein spritzendes Gefäß, sodass konservativ mittels einer Streifentamponade die Blutung gestillt wurde. Am dritten postoperativen Tag traten wiederum Blutungen auf, wonach Dr. Wegner operativ mit Nähten die Wunde an der Gebärmutter versorgte. Während dieser Operation benötigte die Patientin Frau Grieß 5 Blutkonserven. 11 Tage nach dieser 2. Operation wird Frau Grieß nach Hause entlassen. Nach 8 Tagen zu Hause trat wiederum eine Vaginalblutung auf. Frau Grieß begab sich sogleich in das nächste Bezirkskrankenhaus. In einer dritten Operation wurde die Blutung mit Hilfe von Nähten gestillt. Weitere 3 Blutkonserven waren wegen des hohen Blutverlustes der Patientin notwendig. Vom Bezirkskrankenhaus wird Frau Grieß mit der Rettung an die Klinik überwiesen, da sich die ÄrztInnen die Frage stellten, ob die Gebärmutter von Frau Grieß entfernt werden müsste. Es treten aber keine weiteren Blutungen auf, und Frau Grieß kann nach weiteren 14 Tagen Klinikaufenthalt nach Hause entlassen werden. Frau Grieß ist in ihrem Vertrauen zu den ÄrztInnen an der Klinik sehr erschüttert. Sie ist nicht mehr Willens, von Dr. Wegner oder einem anderen Arzt darüber Auskunft zu verlangen, was wirklich passiert sei, da die ärztlichen Antworten zwar immer sehr freundlich sind, aber immer nur wiederholen: Das kann eben passieren und sie müsse sich mit der schwierigen Lage abfinden. Frau Grieß hat aber auch Angst, dass jetzt zu Hause wiederum Blutungen auftreten würden und eine Entfernung der Gebärmutter doch noch nötig ist. Durch die Operationen und den Blutverlust stark geschwächt, kann sie ihre Tochter zu Hause noch immer nicht alleine versorgen. Ihr Mann beklagt einen durch die Versorgung der Tochter und häufige Besuche bedingten Verdienstausschlag. Das Ehepaar Grieß versteht nicht, dass ein so kleiner ursprünglicher Eingriff so schwere Folgen haben kann und vermutet einen Behandlungsfehler. Es wendet sich an den Patientenanwalt der Klinik. Dieser weist das Ehepaar Grieß auf seine schwierige Lage hin: Wenn sie einen Prozess führen wollen, muss Frau Grieß ihre Ärztin Dr. Wegner anklagen. Sie muss den Fragen ihres Prozessgegners gewachsen sein, die Strapazen eines oder mehrerer Prozesse ertragen und eventuell die Prozess- und Anwaltskosten selber bezahlen. Der Patientenanwalt schlägt deshalb vor, dass sich Frau Grieß zur Durchsetzung der vermuteten Haftungsansprüche an die Schiedsstelle der Ärztekammer wendet.

Der Fall von Frau Grieb

1. Antwort

Soll sich Frau Grieb an die Schiedsstelle der Ärztekammer wenden? Ja
Nein

Warum oder warum nicht?

Anmerkungen für die Diskussion und das Assessment

Dieser Fall führt uns die große Bedeutung der empathischen Seite für die Argumentation in der Ethik in der Medizin vor Augen. Es geht in diesem Fall - wie in so vielen anderen ähnlichen Fällen - zuerst einmal darum, die persönliche Situation von Frau Grieb und ihrer Familie zu verstehen. Erst dieses Verständnis ermöglicht eine angemessene Beschreibung der Problemsituation, für deren Bewältigung dann nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen ist.

1. Streit- und Konfliktpunkte

Das Bemühen von Frau Dr. Wegner, Frau Grieb über die Wichtigkeit, die Art und möglichen Komplikationen und Risiken der Operation aufzuklären, gegen die Konfrontation mit einer medizinischen Komplikation, mit der niemand gerechnet hat und rechnen konnte.

Die Hoffnung von Frau Grieb, mit ihrem Einverständnis zur raschen Operation die Gefahr einer drohenden Krebserkrankung zu bannen, gegen die Enttäuschung und Verzweiflung, die die wiederholten Blutungen und das weitere Blutungsrisiko verursachen.

Das Bemühen der Ärztinnen nach bestem Wissen und Gewissen alles zu tun, um die Blutungsursache in den Griff zu bekommen, gegen das Faktum, dass Frau Grieb immer wieder vaginal Blut verliert und ihr Vertrauensschwund in die behandelnden Ärztinnen immer größer wird.

Der Anspruch der 2-jährigen Tochter von Frau Grieb auf baldige Versorgung durch ihre wieder genesene Mutter, gegen die Hemmung der ÄrztInnen, als medizinisch radikale Lösung die Gebärmutter von Frau Grieb zu entfernen.

Die völlige Verunsicherung von Frau Grieb, gegen die Ratlosigkeit der ÄrztInnen, die auch nicht wissen, wie sie das Blutungsrisiko abstellen können.

Die Vermutung der Familie Grieb, dass ein Behandlungsfehler vorliegt, gegen den medizinischen Sachverhalt, dass keine Blutungsquelle identifiziert - und damit gestillt - werden konnte.

Der Anspruch von Frau Grieb an die ÄrztInnen, sie wieder schnell gesund zu machen, gegen die Enttäuschung von Frau Grieb, dass dies nicht möglich war.

Die Überzeugung von Frau Grieb, dass in der ärztlichen Behandlung etwas schiefgelaufen ist und ihre Wiedergutmachungsforderung an die ÄrztInnen und die

Klinik mehr als berechtigt sind, gegen die Meinung der ÄrztInnen, dass solche Komplikationen eben möglich sind und die Patientin sich damit abfinden müsste.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien

Frau Dr. Wegner hat Interesse, Frau Grieß schnell zu operieren und derart eine Ausbreitung des Karzinoms verhindern zu können.

Frau Grieß hat Interesse, bald wieder gesund bei ihrer Familie zu Hause zu sein.

Frau Dr. Wegner und die ÄrztInnen der Klinik haben ein Interesse, dass die Blutungsursache ermittelt und behoben werden kann.

Die ÄrztInnen, die Frau Grieß an der Klinik behandeln und visitieren haben den Anspruch, dass sich Frau Grieß mit ihrer Lage abfindet.

Die Tochter und der Mann von Frau Grieß haben großes Interesse, dass Frau Grieß bald wieder gesund nach Hause kommt.

Frau Grieß hat Interesse, von den ÄrztInnen und der Klinik eine verständliche Erklärung für das zu bekommen, was sie durchmacht.

Der Patientenanwalt hat Interesse, Frau Grieß vor den Strapazen eines Prozesses und den möglichen finanziellen Verlusten zu schützen.

3. Die Handlungsfolgen

Wenn Frau Grieß die Gebärmutter entfernt wird, kann sie keine Kinder mehr bekommen.

Wenn Frau Grieß die Schiedsstelle der Ärztekammer anruft, wird ihre Beschwerde wahrscheinlich abgelehnt. Strebt sie dann einen Strafprozess an, hat sie gleichfalls geringe Aussicht, mit ihren Forderungen durchzukommen.

Wenn zwischen Frau Grieß und den sie behandelnden KlinikärztInnen das Vertrauensverhältnis zerstört ist, fehlt die notwendige Gesprächsbasis zu einer Auseinandersetzung über die ganze Breite der bio-psycho-sozialen Problemsituation. Das fehlende Gespräch zwischen Frau Grieß und den ÄrztInnen verführt Frau Grieß, ihren Protest, dass es ungerecht ist, was ihr widerfährt, gegen die ÄrztInnen zu lenken.

Wenn die ÄrztInnen der Klinik nur die medizinisch-biologische Ebene von Frau Grieß' Gesundheit wahrnehmen, ist die psycho-soziale Ebene der Problemsituation aus dem Gespräch gedrängt.

Wenn Frau Grieß und ihr Mann keine kompetente psycho-soziale Hilfe angeboten bekommen, sind sie und ihr Mann einfach überfordert, mit der Problemsituation fertig zu werden. Die Verschiebung einer Beziehungsstörung zu den ÄrztInnen auf die juristische Ebene erscheint als Folge dieser Überforderung.

Wenn die Blutungen von Frau Grieß nicht zum Stillstand kommen und immer wieder auftreten, besteht die Gefahr, dass aus der psychischen Belastung von Frau Grieß eine psychische Erkrankung - z.B. eine reaktive Depression - wird, die ihre Familiensituation zusätzlich schwer belasten wird.

4. Die Pflichten und Verpflichtungen

Frau Grieß hat das Recht auf eine ganzheitliche, d.h. bio-psycho-soziale medizinische Versorgung an der Klinik, da den sie behandelnden ÄrztInnen das Wohl der Patientin und nicht nur die rein biologische Versorgung anvertraut ist.

Die ÄrztInnen an der Klinik haben das Recht, von Frau und Herrn Grieß fair behandelt zu werden.

Die ÄrztInnen an der Klinik haben das Recht auf eine fachkompetente Supervision, in der auch ihre Belastungen durch die Blutungskomplikationen von Frau Grieß und die gestörte Arzt-Patienten-Beziehung zur Sprache kommen und aufgearbeitet werden können. Derart können auch die ÄrztInnen ihre eigene Gesundheit schützen und erhalten.

Die Ärztinnen an der Klinik haben die Pflicht, sich in bio-psycho-sozialer Medizintheorie weiterzubilden und praktische Kenntnisse im Umgang mit diesen Problemen zu erwerben, da die ihnen anvertrauten Patientinnen nicht nur für die biologische, sondern auch für psycho-soziale Problematik ärztlicher Hilfe bedürfen.

Frau Grieß hat das Recht auf vollständige Aufklärung über die Operationsrisiken, damit sie ihr Selbstbestimmungsrecht wahren kann. Vollständige Aufklärung heißt aber nicht, dass dabei jede mögliche Komplikation angesprochen werden müsste..

Der Fall von Frau Grieß

2. Antwort:

Soll sich Frau Grieß an die Schiedsstelle der Ärztekammer wenden?

Ja

Nein

Warum oder warum nicht?

Der Fall des Herrn Tischler

Herr Tischler ist 59 Jahre alt und begibt sich wegen Schmerzen im Unterbauch mit der Rettung an eine Klinik für Chirurgie in stationäre Behandlung. Die Schmerzen bessern sich rasch auf die Gabe eines krampflösenden Medikamentes und auch die anderen medizinischen Befunde - Brust-Röntgen, EKG, Ultraschalluntersuchung des Bauchraumes, Darmspiegelung und Blutwerte - weisen auf einen physisch gesunden Patienten hin. Da Herr Tischler aber vor einem halben Jahr an der Klinik wegen schmerzhafter Verwachsungen im Bauchraum operiert wurde, will der Oberarzt Dr. Senner vorsichtshalber wiederum im Rahmen eines operativen Eingriffes den Bauchraum kontrollieren.

Ein auch in psycho-somatischer Ausbildung begriffener Assistenzarzt, Dr. Wetter, nimmt sich die Mühe, in einem ausführlichen Anamnesegegespräch mit Herrn Tischler Klarheit über dessen bio-psycho-soziale Problemsituation zu erhalten, um die Operation nach Möglichkeit vermeiden zu können. Er stellt in diesem Gespräch fest, dass Herr Tischler mit 18 Jahren sehr früh heiratete und gleich nach der Geburt seiner ersten Tochter, ein Jahr darauf, an Magenbeschwerden zu leiden begann. Nach der Geburt der 2. Tochter, Herr Tischler war 28 Jahre alt, wurde er an zwei Krankenhäusern wegen einer eitrigen Prostatentzündung behandelt. Mit 35 Jahren trennte sich seine Frau von ihm und die Ehe wurde mit seiner Einwilligung geschieden. Daraufhin lebte Herr Tischler alleine und ging seinem Beruf als Beamter am Schreibtisch nach. Bald begann er, an Kreuzschmerzen zu leiden, er erlitt mehrere Gallenkoliken, klagte über diffuse Schmerzen im Oberkörper und wurde im Krankenhaus wegen Herzrhythmusstörungen stationär behandelt. Wegen der immer wieder notwendigen Krankenstände musste Herr Tischler den Amtsarzt aufsuchen. Die Amtsärztin hat ihn gefragt, ob er nicht in Frühpension gehen möchte. Die Schreibtischtätigkeiten, das Erledigen der Akten, das ist eine schwere Arbeit, sagt sie und: „Die degenerierte Wirbelsäule, die Gallenkoliken, die Magenbeschwerden, das Kreuz, schauen Sie, gehen Sie doch in Frühpension, dann haben Sie noch etwas vom Leben!“ Herr Tischler war von diesem Angebot nicht sehr begeistert. Er könne mit nicht viel weniger als seinem derzeitigen Gehalt in Frühpension gehen, da er die nötigen Arbeitsjahre zusammenbringt. Aber sein Vorgesetzter rät ihm, sich doch beurlauben zu lassen, damit er nach seiner Genesung nach ein oder zwei Jahren wieder in das Berufsleben einsteigen könne. Herr Tischler will aber nicht, dass in der langen Zwischenzeit die Arbeit an seine Kollegen aufgeteilt wird. Außerdem wird seine Behörde gerade auf EDV umgestellt, und er hat Angst, in zwei Jahren mit dieser Entwicklung nicht mehr mitzukommen. Außerdem ist die Arbeit anstrengend für ihn. Also willigt er in die Frühpension ein. Die meiste Zeit sitzt er jetzt alleine zu Hause. Er bekommt immer wieder eitrige Prostatentzündungen, der Blinddarm wird ihm entfernt und er wird weitere zwei Mal wegen Herzrhythmusstörungen stationär behandelt. Dr. Wetter vermutet einen psychosomatischen Anteil am Zustand von Herrn Tischler und überzeugt seinen Oberarzt Dr. Senner, den psychosomatischen Konsiliararzt zu Rate zu ziehen. Dieser unterhält sich mit Herrn Tischler, erlebt einen im Gegensatz zu seiner Krankengeschichte maskenhaft lächelnden Patienten, erfährt von Schlafstörungen und der Partnerproblematik, nimmt die starke Abwehr von Herrn Tischler, über seine Gefühle zu sprechen wahr und kann daher eine psychosomatische Reaktionsbereitschaft nicht ausschließen. Dann verschreibt er ein Schlafmittel und ein leichtes Antidepressivum. Oberarzt Dr. Senner entlässt darauf wegen der fehlenden organischen Befunde, die einen operativen Eingriff notwendig machen würden, Herrn Tischler aus der Klinik.

Der Fall von Herrn Tischler

1. Antwort

Ist es richtig von der Amtsärztin, Herrn Tischler frühzupensionieren?

Ja

Nein

Warum oder warum nicht?

Anmerkungen zur Diskussion und für das Assessment

Die bio-psycho-soziale Analyse des Falles von Herrn Tischler zeigt die gesellschaftliche Verantwortung ärztlichen Handelns auf und führt zur allgemeinen Problematik der sozialen Verantwortung der BürgerInnen im Sozialstaat.

1. Konflikt- und Streitpunkte

Ein Patient mit einer ausgeprägten bio-psycho-somatischen Problematik, gegen die erbarmungslos ablaufende apparatemedizinische Diagnosestraße des Gesundheitsversorgungssystems, die die Verschiebung seelischer und sozialer Probleme auf die körperliche Ebene verstärkt.

Die Angst von Dr. Senner, bei Herrn Tischler ja nichts zu übersehen und sein Bemühen, Herrn Tischler die beste medizinische Versorgung zu bieten, gegen das völlige Nichtbeachten der psycho-sozialen Problemsituation des Patienten.

Die organischen Schmerzen, Beschwerden und Symptome von Herrn Tischler, gegen seinen Widerstand und seine Sprachlosigkeit, seine Gefühle und Lebenssituation im allgemeinen zu überdenken.

Das Angebot der Amtsärztin auf Frühpension, dem sich Herr Tischler verpflichtet fühlt, seine Rücksicht auf die Kollegen - bzw. den stillen Druck, den Herr Tischler von ihnen vielleicht erfährt - und seine Angst, neue Arbeitsmethoden (EDV) nicht mehr erlernen zu können, gegen seinen inneren Widerstand, in die Frühpension zu gehen, der von seinem Vorgesetzten auch unterstützt wird.

Die psycho-soziale Vereinsamung von Herrn Tischler in der Frühpension, die Kosten für die - wegen der Chronifizierung der organischen Symptome - immer wieder notwendig werdenden medizinischen Behandlungen, sein - wenn auch geringer - Verdienstausschlag, das Minderaufkommen an Steuerabgaben - wegen gedämpften Konsumverhaltens besonders an Umsatzsteuer - die Belastung des Generationenvertrages, gegen die Befürchtung von Herrn Tischler, dass ihm die neuerliche Arbeitsbelastung zu schwer sein würde und er nur noch kränker werden wird.

Das Privileg des Kündigungsschutzes von Herrn Tischler als (pragmatisierter) Beamter, gegen die drohende Entlassung und Arbeitslosigkeit, die vor allem Arbeiter aber auch Angestellte betrifft, denen die notwendigen Informationen über ihren Kündigungsschutz bei Erkrankung oft fehlen. (Alleine 40 % der krebserkrankten Menschen sind nach ein, zwei Jahren wieder arbeitsfähig. Von den Menschen, die nach ihrem 50. Lebensjahr länger als 1~2 Jahr arbeitslos sind, schaffen nur mehr 4% den Schritt zurück in die Arbeit. Vorurteile der ArbeitgeberInnen in diesem Zusammenhang sind: Die verdienen zuviel und kosten zuviel, die sind zu alt, die sind viel zu

krank. 1% Arbeitslose kostet dem Staat 5 bis 6 Milliarden ÖS – ca. € 360 Millionen - pro Jahr.)

Die Bereitschaft der Amtsärztin, Herrn Tischler in Frühpension zu schicken, gegen das Recht von Herrn Tischler auf Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess nach seiner Genesung und wenn er mehr als 50% seiner Arbeitsleistung erbringen kann.

Das Interesse des Gemeinwohles, dass die StaatsbürgerInnen am Arbeitsleben lange teilnehmen - 250 Milliarden ÖS – ca. € 18 Milliarden - werden pro Jahr für die Pensionen bezahlt - gegen das schnelle Angebot der Amtsärztin auf Frühpension. Die Tatsache, dass bei den KontrollärztInnen der Krankenkassen heute von 3 Anträgen auf Berufsunfähigkeit nur 2 durchgehen, lässt den Eindruck entstehen, als wollte die Amtsärztin den „lästigen“ Fall des Herrn Tischler von ihrem Tisch haben.

Die kompetente Ausbildung des psychosomatischen Konsiliararztes, gegen die relative Folgenlosigkeit seiner bio-psycho-sozialen Diagnose - vermutlich kann er sich wegen der enormen Arbeitsüberlastung nicht mehr mit Herrn Tischler auseinandersetzen.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien

Herr Tischler hat Interesse, aus seiner sozialen Vereinsamung zu kommen und wie jeder Mensch das Recht auf Verständnis und Zuwendung erfüllt zu sehen.

Dr. Senner hat Interesse, medizinisch richtig zu handeln.

Dr. Wetter hat Interesse, durch seine Anamnese zur Abklärung der Operationsindikation beizutragen.

Die Kollegen von Herrn Tischler haben kein Interesse, seine Arbeit für 2 Jahre unter sich aufzuteilen.

Der Vorgesetzte von Herrn Tischler hat Interesse, dass Herr Tischler nach seiner Genesung wiederum in den Arbeitsprozess aufgenommen wird.

Die Amtsärztin hat Interesse, Herrn Tischler frühzupensionieren, damit er noch etwas vom Leben hat.

Der psychosomatische Konsiliararzt hat Interesse an der ganzheitlichen Diagnose von Herrn Tischler.

Es ist das Interesse des Gemeinwohles, dass Kranke gesund werden und Gesunde wieder arbeiten können.

3. Die Handlungsfolgen

Die Folge des Schwergewichtes, das die operativen, medikamentösen und medizintechnischen Behandlungen von Herrn Tischler bekommen, ist eine Chronifizierung

seiner organischen Leiden, die sich mit der Zeit eigendynamisch entwickeln und damit einer Therapie gänzlich entziehen werden.

Die Folgen der Frühpensionierung von Herrn Tischler durch die Amtsärztin sind die Belastung der Pensionskasse und des Gemeinwohles - auch durch den zu erwartenden Nachahmungseffekt - sowie die psycho-soziale Vereinsamung von Herrn Tischler.

Die Folgen der Bemühungen von Dr. Wetter führen zur Beiziehung eines psychosomatischen Konsiliararztes, dessen Parere es Dr. Senner erleichtert, von einer Operation bei Herrn Tischler Abstand zu nehmen, wobei die Chronifizierung der organischen Leiden verlangsamt wird.

4. Die Pflichten und Verpflichtungen

Dr. Senner hat die Pflicht, die Krankheitssymptome von Herrn Tischler auf organische Ursachen abzuklären.

Dr. Wetter hat die Pflicht, seine vom Oberarzt abweichende Vorstellung bzgl. des therapeutischen Vorgehens mit Dr. Senner zu besprechen, um die für das Wohl des Patienten geeignete Therapie zu ermitteln.

Dr. Senner hat die Pflicht, sich mit den Argumenten von Dr. Wetter auseinanderzusetzen, um seinen Beitrag zu einer richtigen Therapie zu leisten und seiner Ausbildungspflicht gegenüber dem Assistenzarzt nachzukommen.

Die Amtsärztin hat die Pflicht, bei Prüfung auf Anerkennung der Invaliditätspension die gesetzlichen Vorschriften einzuhalten und nicht von persönlichen Urteilen - "dann haben sie noch etwas vom Leben" - auszugehen.

Herr Tischler hat das Recht, dass er über die psycho-sozialen Folgen einer Frühpension aufgeklärt wird und ihm - zunächst von der Amtsärztin – Hilfemöglichkeiten zur Lösung der komplexen bio-psycho-sozialen Problematik angeboten werden. Die Amtsärztin kommt derart ihrer Pflicht nach, zur Genesung von Herrn Tischler beizutragen.

Herr Tischler hat dann die Pflicht, diese Angebote zu prüfen, sich darauf einzulassen oder sie abzulehnen, aber auf alle Fälle bei einer Lösung mitzuarbeiten und derart seine Verantwortung gegenüber sich selber und dem Gemeinwohl wahrzunehmen.

Die Ärztinnen haben die Pflicht, sich auch über die sozialen Folgen ihres Handelns Rechenschaft abzulegen, da auch sie nicht nur dem einzelnen Patienten, sondern auch dem Gemeinwohl der Gesellschaft verpflichtet sind.

Die Ärztinnen haben - wie eigentlich alle StaatsbürgerInnen auch - das Recht, dass sie über sozialgesetzliche Bestimmungen informiert werden. Nur wenn die StaatsbürgerInnen über ihre sozialen Rechte und Pflichten informiert sind, können diese auch wahrgenommen bzw. erfüllt werden. Die Weitergabe von Informationen, die den Mitmenschen in die Lage versetzen, legitime soziale Ansprüche wahrzunehmen, ist ein Gebot der Solidarität.

Der Fall von Herrn Tischler

2. Antwort:

Ist es richtig von der Amtsärztin, Herrn Tischler frühzupensionieren?

Ja

Nein

Warum oder warum nicht?

Der Fall der Hebamme Frau Binder und der Turnusärztin Frau Dr. Mäder

Im Rahmen ihrer Ausbildung zum praktischen Arzt unterziehen sich die TurnusärztInnen auch einer geburtshilflichen Grundausbildung im Kreißsaal. Die Gebärenden werden von einer Hebamme betreut, die dann kurz vor der Geburt die TurnusärztIn und AssistenzärztIn ruft. Es ist dann zunächst Aufgabe der TurnusärztIn, an der Gebärenden einen Dammschnitt (Episiotomie) durchzuführen, um Dammriss bei der Geburt zu verhindern. Dieser Dammschnitt wird während der letzten Wehe vor dem Austritt des Kopfes aus dem Becken mit der Operationsschere geschnitten. Der Schnitt darf nicht zu groß und nicht zu klein sein, er muss gerade und glatt geschnitten sein und nicht zu früh und nicht zu spät. Wird genau am Höhepunkt der Wehe geschnitten, ist der Schnitt für die Gebärende nicht spürbar. Für die TurnusärztInnen ist es eine große nervliche Belastung, ob sie sich bewähren werden oder nicht. Frau Dr. Mäder hat sehr schlechte Erinnerungen an den Dammschnitt, den ihr ein Turnusarzt vor zwei Jahren bei der Entbindung ihrer Tochter zu spät geschnitten hat. In Erinnerung an ihre damaligen Schmerzen und aus Angst, der Gebärenden weh zu tun, kostet es jetzt Frau Dr. Mäder eine große Überwindung, im Rahmen ihrer Ausbildung den Dammschnitt zu setzen. Sie hat über ihre Angst mit den ArztkollegInnen gesprochen. Diese haben sie beruhigt, aber auch darauf hingewiesen, davon nichts den Hebammen zu sagen. Gegenüber Ärztinnen sind die Hebammen außerdem besonders kritisch und gegenüber den TurnusärztInnen besitzen sie einen großen Wissens- und Erfahrungsvorsprung. Deshalb hat Frau Binder auch klargestellt, dass Frau Dr. Mäder - wie alle TurnusärztInnen - erst dann schneidet, wenn sie das Kommando dazu gibt. Und sie fügt hinzu: Wenn sie nicht auf mich horchen, dann schneide ich selber. Nun kommt bei der Gebärenden Frau Hofer die letzte große Wehe. Frau Binder gibt das Kommando, Dr. Mäder will schneiden, ist aber zu nervös und schafft es nicht. Der Kopf des Kindes tritt aus dem Becken, der Dammschutz der Hebamme kann aber einen Dammriss nicht verhindern, der Beckenausgang ist zu klein. Die Hebamme beginnt Frau Dr. Mäder vor - der über die Geburt ihres gesunden Kindes glücklichen - Frau Hofer, den Assistenz- und Oberarzt unbeherrscht zu schelten. Frau Dr. Mäder beginnt zu weinen, eilt aus dem Kreißsaal und ist nicht mehr in der Lage, den Dammschnitt mit Nähten zu versorgen. Der Assistenzarzt übernimmt diese Aufgabe. Frau Dr. Mäder wird von ihren ArztkollegInnen getröstet, aber das nutzt wenig. Sie kann einige Nächte nicht mehr schlafen, hat einen Horror vor der Hebamme und fürchtet sich vor dem nächsten Dammschnitt, der ihr abverlangt werden wird. Sie wird während ihrer Ausbildungszeit im Kreißsaal keinen Dammschnitt mehr machen und teilt sich die Aufgaben mit den anderen TurnusärztInnen, die ihre Kollegin schützen. Die Hebammen bekommen von den Problemen Frau Dr. Mäders mit ihnen wenig mit.

Der Fall der Hebamme Frau Binder und der Turnusärztin Frau Dr. Mäder

1. Antwort:

Soll Frau Dr. Mäder mit Frau Binder über ihre Angst und Hemmung vor der Episiotomie sprechen? Ja Nein Warum oder warum nicht?

Der Fall der Hebamme Frau Binder und der Turnusärztin Frau Dr. Mäder

Dieser Fall führt in die Problematik der Zusammenarbeit der ÄrztInnen mit anderen Gesundheitsberufen. Bei dieser Zusammenarbeit handelt es sich nach dem Gesetz nicht um eine gleichrangige Teamarbeit, sondern um eine vertikale Mitwirkung von „Hilfspersonen“ wie „Assistenzberufen“. Mit dieser Zusammenarbeit ist natürlich auch das Verhältnis von „Schulmedizin“ und den sg. „alternativen Heilmethoden“ (wie z.B. Akupunktur, Homöopathie) angesprochen.

Ende des 19. Jahrhunderts war es dem „modernen Staat“ aufgrund der Industrialisierung möglich, die Aufgaben des Gesundheitswesens mit der Kranken- und Sozialversicherungsgesetzgebung zu übernehmen. Dabei musste er sicherstellen, dass die medizinischen Leistungen möglichst vielen Menschen unabhängig von ihrer sozialen und finanziellen Lage zugänglich gemacht werden.

Es war in diesem Strukturwandel des Gesundheitssystems, dass sich der Stand der Ärzte zu einer Berufsgruppe entwickeln konnte, die ihre Professionalisierung erreichte. Den ÄrztInnen wurde vom Staat die Aufgabe übertragen, sicherzustellen, was im Krankheitsfall zu tun ist, was wer tun darf bzw. muss, und darüber zu entscheiden, wer in den Genuss dieser Leistung kommt. Den ÄrztInnen wurde mit einer großen Verantwortung auch individuelle Handlungsautonomie übertragen. Das diagnostische und therapeutische Handeln des Arztes wurde damit zugleich zum gesellschaftlichen Kontrollhandeln.

Der §1 Abs.1 des Ärztegesetzes (Stand 1.3.1994) sagt, dass es der Arzt ist, der zur Ausübung der Medizin berufen ist. Und §2 Abs. 4 macht klar, dass anderen Personen jede Ausübung des ärztlichen Berufes verboten ist. Mit diesem gesellschaftlichen Mandat bieten die ÄrztInnen seit 100 Jahren ihre Leistungen weitgehend als Monopol an. Ganze Berufszweige, wie z.B. der freie Hebammenberuf, der bis ins 18. Jahrhundert in den Händen weiser Frauen lag, verloren durch diese Vormachtstellung der ÄrztInnen ihre berufliche Selbständigkeit bzgl. des eigenverantwortlichen medizinischen Handelns. Das Hebammengesetz legt zwar die Rechte und Pflichten der Hebammen fest, es ist aber gesetzlich klar, dass z.B. auch eine im Krankenhaus arbeitende Hebamme den Anweisungen des Arztes zu folgen hat, der seinen Beruf eigenverantwortlich ausführt.

Anmerkungen zur Diskussion und für das Assessment

1. Streit- und Konfliktpunkte

Die vertikale hierarchische Ordnung der ÄrztInnen und Hebammen, gegen die Geschlechtersolidarität zwischen Frau Binder und Frau Dr. Mäder.

Das offene Ansprechen von Schwierigkeiten sowohl von Seiten der ÄrztInnen, wie von Seiten der Hebammen, gegen das Interesse der ÄrztInnen, sich keine Blöße gegenüber den Hebammen zu geben.

Das Recht von Frau Hofer auf eine optimale medizinische Versorgung während ihrer Geburt, gegen das Recht von Frau Dr. Mäder, die Episiotomie zu erlernen.

Die Ungeduld von Frau Binder gegenüber der unerfahrenen Turnusärztin, gegen die Angst von Frau Dr. Mäder, ja richtig zu handeln.

Die Hemmung von Frau Dr. Mäder, der Gebärenden mit einem Dammschnitt Schmerzen zu bereiten, gegen den Schutz von Frau Hofer gegen einen Dammriss.

Die Pflicht der ÄrztInnen und Hebammen, gemeinsam zum Wohl der Gebärenden zu arbeiten, gegen eine Arbeitsorganisation die sich gegen das Wohl der Gebärenden richten kann.

Der Anspruch von Frau Binder, selber den Dammschnitt vorzunehmen, gegen das Recht des Arztes, das alleine ihm diese Handlung überantwortet.

Das Angewiesensein der TurnusärztInnen auf die Hilfe durch die Hebammen, gegen den Frust der Hebammen gegenüber den ihnen vorgesetzten ÄrztInnen, der durch die völlige geburtshilfliche Unerfahrenheit der TurnusärztInnen noch verstärkt wird.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien Die Hebammen haben

ein Interesse, möglichst unabhängig zu arbeiten.

Die ÄrztInnen haben ein Interesse - bzw. lernen, es zu haben - die Hebammen möglichst eng zu kontrollieren.

Die Turnusärztin hat ein Interesse, die Episiotomie zu erlernen und über ihre Schwierigkeiten damit mit allen Beteiligten sprechen zu können.

Frau Hofer hat ein Interesse, nicht später an den Folgen eines Dammrisses leiden zu müssen.

Frau Binder hat ein Interesse, Frau Dr. Mäder - vielleicht auch stellvertretend für andere ÄrztInnen - ihre Kompetenz zu demonstrieren.

Frau Hofer hat ein Recht, dass sie in dieser schwierigen Geburtssituation vor Streitereien im Behandlungsteam verschont wird.

Das Neugeborene hat ein Recht, von einer freundlichen Hebamme auf dieser Welt begrüßt und versorgt zu werden.

Die TurnusärztInnen haben ein Interesse, dass alle KollegInnen zu gleichen Teilen ihre Aufgaben erledigen.

Die TurnusärztInnen haben ein großes Interesse an guten Beziehungen zu den Hebammen.

Die Familie von Frau Dr. Mäder hat ein Interesse, dass ihre Mutter und Ehefrau in der Klinik nicht mit Problemen überlastet und völlig alleine gelassen wird.

3. Die Handlungsfolgen

Wenn die Hebammen ihre Interessen in der selbständigen Berufsausübung durch die Unterordnung unter die ärztlichen Entscheidungen verletzt sehen, es darüber aber mit

den ÄrztInnen kein partnerschaftliches Gespräch gibt, führt dies bei den Hebammen zur Versuchung zu sozialen Deviationen, wie z.B. zum Schelten einer Turnusärztin vor einer Gebärenden.

Wenn Frau Dr. Mäder über ihre Probleme mit der Episiotomie mit den Hebammen nicht sprechen kann, können die Hebammen ihre Situation einfach aus dem Informationsdefizit heraus nicht verstehen.

Wenn Frau Dr. Mäder mit der Hebamme, Frau Binder, über ihre Probleme spricht, und diese dann ein zu großes Verständnis für die Ärztin zeigt, kann das dazu führen, dass Frau Binder von ihren Hebammenkolleginnen geschnitten wird.

Wenn die Beziehung der ÄrztInnen zu den Hebammen eine gestörte ist, leidet Frau Hofer darunter, die durch die Streitereien vor ihr verunsichert wird.

Weil Frau Dr. Mäder die Episiotomie nicht schneidet, erleidet Frau Hofer einen Dammriss.

Wenn Frau Dr. Mäder gegen den Ratschlag ihrer vorgesetzten Ärzte mit den Hebammen spricht, unterläuft sie die hierarchische Trennung der ÄrztInnen von den Hebammen und wird von den ÄrztInnen in Zukunft nicht geschützt werden.

Wenn sich die Arbeitsorganisation im Kreißaal nicht auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit hin entwickelt, wird die Kluft zwischen den ÄrztInnen und den Hebammen vertieft, das Arbeitsklima sich weiter verschlechtern und auch die Versorgung der Gebärenden darunter leiden.

Wenn Frau Hofer Frau Dr. Mäder auf Schadenersatz klagt, wird der Klage nur stattgegeben, wenn der Schaden durch den Dammriss größer ist, als der Schaden durch die Episiotomie gewesen wäre.

Wenn Frau Dr. Mäder das Schneiden und Versorgen von Episiotomien nicht erlernt, wird ihr in ihrer ärztlichen Praxis dieses Können fehlen.

Wenn genügend viele ÄrztInnen mit den Hebammen und Schwestern etc. reden, dann kippt das hierarchische System und wird partnerschaftlich.

4. Die Rechte und Pflichten

Frau Dr. Mäder hat das Recht, eine gute geburtshilfliche Ausbildung zu bekommen.

Frau Dr. Mäder hat die Pflicht, ihre Hemmungen gegenüber Dammschnitten zu überwinden und ihre Ängste kontrollieren zu lernen.

Die Hebamme, Frau Binder, hat die Pflicht, Frau Dr. Mäder bei ihrer ersten Episiotomie verständnisvoll zu unterstützen.

Frau Binder hat die Pflicht, zum Wohle der Frau Hofer zu arbeiten und diese nicht zu verunsichern. Da sie durch das Schelten von Frau Dr. Mäder auch Frau Hofer verunsichert hat, soll sie sich bei Frau Hofer dafür entschuldigen.

Der Fall des Asylwerbers Ali Mehmed

Der Türke Ali Mehmed wird im Februar im Bahnhof Hall mit schweren Erfrierungen an den Füßen aus einem plombierten Güterwagen geholt. Er war zwei Tage in Eiskälte von Bulgarien nach Österreich unterwegs gewesen. In seiner Heimat sah er einem Strafprozess entgegen, da er sich geweigert hatte, Gefangene zu misshandeln. An seinen Füßen trug er hinten ausgeschnittene Turnschuhe, weil diese zu klein waren. Die Erfrierungen zweiten Grades waren auf diesen Bekleidungsmangel zurückzuführen. Die Bezirkshauptmannschaft Innsbruck-Land verhängte noch am gleichen Tag die Schubhaft. Herr Ali Mehmed wurde in die Klinik in Innsbruck eingeliefert und zwölf Tage lang behandelt. Die Kosten für die medizinische Behandlung hat die Stadt Innsbruck zu tragen. Aufgrund der zweifellos politisch motivierten Verfolgung von Herrn Mehmed in der Türkei ist der ihn behandelnde Oberarzt der Überzeugung, dass Herrn Mehmed in Österreich der Status eines Konventionsflüchtlings zustehe. Damit wäre er bzgl. Arbeitsberechtigung und Aufenthaltserlaubnis österreichischen StaatsbürgerInnen gleichgestellt. Der Oberarzt Dr. Voll ruft auch sofort die Bezirkshauptmannschaft an und verlangt, dass Herrn Ali Mehmed Asyl gewährt wird. Da Gesundheit nicht nur das Fehlen von Krankheit ist, sondern auch das psychische und soziale Wohlbefinden miteinschließt, argumentiert Dr. Voll gegenüber der Behörde, ist die Gewährung von Asyl für Herrn Mehmed eine Voraussetzung für seine vollständige Genesung. Die Behörde antwortet Dr. Voll sehr gereizt: Seine Meinung bzgl. des Verfahrens der Behörde gegenüber von Herrn Mehmed sei nicht gefragt und er solle sich auf seine ärztlichen Pflichten beschränken. Herr Mehmed wanderte vom Krankenhaus aus sofort wieder in das Polizeigefangenenhaus. Von dort holte ihn die Beratungsstelle für Ausländer - SozialarbeiterInnen, die vom Arbeitsmarktservice, einem privaten Verein, angestellt sind - heraus und brachte ihn privat unter. Die Ausländerberatungsstelle hatte vom Fall Mehmed von der Sozialarbeiterin an der Klinik erfahren. Die Schubhaft für Herrn Ali Mehmed stellte eine Rechtswidrigkeit dar, da Herr Ali Mehmed die Bedingungen zur Abschiebung nicht erfüllte: Er hatte keinerlei Papiere bei sich und war bei seiner Flucht auch nicht durch ein Drittland gefahren, in dem er einen Antrag auf Asyl stellen und in welches er jetzt hätte abgeschoben werden können. Außerdem beklagte der ehrenamtlich für die Ausländerberatung engagierte Rechtsanwalt, dass Herrn Mehmed zwar von der Behörde nie ein Dolmetscher zur Verfügung gestellt wurde, er aber ein in deutscher Sprache abgefasstes Dokument der Bezirkshauptmannschaft unterschreiben musste. Die Ausländerberatungsstelle half Herrn Mehmed, einen Antrag auf Asyl in Österreich zu stellen.

Der Fall des Asylwerbers Ali Mehmed

1. Antwort:

Ist das Verhalten von Dr. Voll gegenüber der Behörde richtig?

Ja

Nein

Warum oder warum nicht?

Bemerkungen für die Diskussion und das Assessment

Mit diesem Fall wird das Spannungsfeld beleuchtet, in das ÄrztInnen geraten, wenn sie ein komplexes rechtliches, politisches, soziales oder kulturelles Problem auf die medizinische Ebene verschieben und damit auch vereinfachen. Die ÄrztInnen geraten dabei in das Spannungsfeld staatlich-rechtlicher und sozial-politischer Interessen und meinen, im Interesse des Patienten in dieses Spannungsfeld hineinwirken zu müssen. Dabei ist die Struktur der aufgeworfenen Probleme, die der Arzt meint, lösen zu müssen, nur zum Teil medizinischer Art. Darüber hinaus stellen die ÄrztInnen dann nicht die tatsächlichen rechtlichen und ethischen Fragen, sondern werfen diese Fragen dort auf, wo sie nicht sind.

Der Arzt Dr. Voll gerät dabei ungewollt und unwissend in einen Rollenkonflikt, weil er die Wahrung der sozialen Interessen seines Patienten auf Anerkennung des Asylstatus - das ist die Aufgabe einer rechtlichen Beratung, sozialarbeiterischen Arbeit und behördlichen Untersuchung - mit seinen ärztlichen Aufgaben und Pflichten vermischt.

1. Streit- und Konfliktpunkte

Das Interesse von Dr. Voll an einer humanen Lösung für Herrn Ali Mehmed, gegen die Grenzen seiner ärztlichen Pflichten und Rechte.

Das Interesse von Herrn Ali Mehmed, aus dem Gefängnis frei zu kommen, gegen das rechtswidrige Vorgehen der Behörden.

Das Engagement von Dr. Voll, gegen sein mangelndes rechtliches Wissen und seine mangelnde Sach- und Tatbestandskenntnis im Fall des Herrn Ali Mehmed.

Das gutgemeinte Handeln von Dr. Voll, gegen die Sachkompetenz der MitarbeiterInnen der Ausländerberatungsstelle.

Das Recht von Herrn Ali Mehmed auf einen Dolmetscher und die gesetzlichen Rechtsmittel (z.B. einen Anwalt), gegen das rechtswidrige Vorgehen der Behörden.

Das Überschreiten seiner rechtlichen Verantwortung als Arzt aus humanem Engagement auf Seiten von Dr. Voll, gegen das unmenschliche Vorgehen einer völlig von der Ausländerproblematik überforderten Behörde.

Das kompetente und problembezogene Vorgehen der Sozialarbeiterin, gegen das Versäumnis des Arztes Dr. Voll, sie rechtzeitig zu kontaktieren.

Das Versagen der staatlichen Behörden gegenüber Herrn Ali Mehmed, gegen das subsidiäre Handeln privater Vereine und hilfsbereiter BürgerInnen.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien

Herr Ali Mehmed hat Interesse, in einem Land wohnen zu können, wo er keine Angst vor Menschenrechtsverletzungen zu haben braucht.

Herr Ali Mehmed hat Interesse an einer medizinischen Behandlung seiner Erfrierungen und am Status eines Konventionsflüchtlings.

Dr. Voll hat Interesse an der Genesung wie an der Asylmöglichkeit von Herrn Ali Mehmed.

Dr. Voll als Arzt, hat Interesse an einer Einwirkungsmöglichkeit auf die Bezirkshauptmannschaft zugunsten von Herrn Ali Mehmed.

Die Behörde hat Interesse, gegen die Überschreitung der ärztlichen Verantwortung sowie die ungebetene Einmischung des Arztes Dr. Voll in Angelegenheiten außerhalb seines Kompetenzbereiches zu protestieren.

Die Stadt Innsbruck hat Interesse, nicht die Krankenhauskosten von Flüchtlingen bezahlen zu müssen, weil deren Status nicht geklärt ist.

Herr Ali Mehmed hat Interesse an einer humanen Behandlung der Gefangenen in seinem Land.

Die SozialarbeiterInnen der Ausländerberatungsstelle und Tiroler BürgerInnen haben ein Interesse am Wohle von Herrn Ali Mehmed und versuchen, dies im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zu gewährleisten.

3. Die Handlungsfolgen

Weil Dr. Voll in der Überschätzung seiner Machtbefugnisse keinen Kontakt mit der Sozialarbeiterin auf seiner Station aufnimmt, verzögert sich die rechtliche Aufklärung der Situation von Herrn Ali Mehmed um eine Woche und er muss zuerst wieder in das Gefängnis.

Weil die Behörde keine Untersuchung der Situation von Herrn Ali Mehmed vornimmt, fehlen ihr die Informationen zu einer angemessenen Beurteilung des Falles.

Weil Herr Ali Mehmed keinen Dolmetscher bekommt, kann er seine Lage nicht erklären.

Da Herr Ali Mehmed schnell einer medizinischen Behandlung zugeführt wird, können seine Erfrierungswunden bald abheilen.

Da Herr Ali Mehmed nach dem Krankenhausaufenthalt sofort wieder in das Gefangenenhaus gebracht wird, verschlimmert sich seine psychische Situation abermals.

Da Dr. Voll seine ärztliche Kompetenz überschreitet, trägt er auch zu einer allgemeinen Verschlechterung der Zusammenarbeit zwischen den ÄrztInnen und den Ausländerbehörden bei.

Da die Behörde von Dr. Voll unter Druck gesetzt wird, fühlen sich die BeamtInnen in der Flüchtlingsproblematik noch mehr von der Gesellschaft und ihren PolitikerInnen alleine gelassen und schalten in ihrer Überlastung auf stur.

Da die Ausländerberatungsstelle in ihrer Arbeit soziale und rechtliche Fachkompetenz mit humanem Engagement verbindet, kann sie effizient arbeiten und die Freilassung von Herrn Ali Mehmed erreichen.

4. Die Pflichten und Verpflichtungen

Herr Ali Mehmed hat ein Recht auf ein menschenwürdiges Leben in seiner Heimat, der Türkei, als Gründungsmitglied der Vereinten Nationen. Als solches hat sie die Menschenrechtserklärung unterschrieben und sich zu deren Einhaltung verpflichtet.

Herr Ali Mehmed hat in Österreich das Recht auf eine medizinische Versorgung, einen Dolmetscher und die entsprechenden Rechtsmittel.

Die Behörde hat die Pflicht, die Rechte von Herrn Ali Mehmed in Österreich zu wahren.

Dr. Voll hat die Pflicht, zum Wohle seines Patienten zu wirken, die Grenzen seiner ärztlichen Kompetenz zu respektieren und mit der Sozialarbeiterin zusammenzuarbeiten.

Der Fall des Asylwerbers Ali Mehmed

2. Antwort:

Ist das Verhalten von Dr. Voll gegenüber der Behörde richtig?

Ja

Nein

Warum oder warum nicht?

Die Ethik-Kommission in der Medizin

1. Historische Bedingungen, Aufgaben und Grundlagen der Ethik-Kommissionen¹⁸

Die Ethik-Kommissionen sind in der Geschichte der Medizin ganz junge Institutionen.

Das Problem, mit dem sich die Ethik-Kommission konfrontiert sieht, heißt in seiner undifferenziertesten Formulierung: Der Versuch am Menschen. In dieser Feststellung ist das Grunddilemma der modernen Medizin ausgesprochen, das sich in der folgenden ethischen Aporie beschreiben lässt: Seit den Tagen des Hippokrates verpflichtet sich der Arzt, nur nach «bestem Wissen und Gewissen» zu handeln und den Patienten «vor Schaden zu bewahren». "Bestes Wissen" kann heute nur wissenschaftlich gesichertes Wissen sein; wissenschaftlich gesichertes Wissen - über Arzneimittelwirkungen etwa - kann aber nur durch den wissenschaftlich einwandfreien Versuch am Menschen gewonnen werden. Der Versuch am Menschen jedoch widerspricht, wegen des nicht auszuschließenden Risikos einer Schädigung, der Verpflichtung des Arztes, niemals zu schaden. Die ethische Aporie heißt dann, auf einen kurzen Nenner gebracht: Es ist unethisch, eine Therapie anzuwenden, deren Sicherheit und Wirksamkeit nicht wissenschaftlich (d.h. experimentell) geprüft ist; es ist aber auch unethisch, die Wirksamkeit einer Therapie wissenschaftlich zu prüfen.

Die historische Analyse dieses Konfliktes und seiner Lösungsversuche zeigt, dass dieses Nebeneinander inkompatibler Normen erst mit der programmatischen Einführung der naturwissenschaftlichen Methode in die klinische Medizin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entsteht.

Bis dahin hatten zweieinhalbtausend Jahre lang allein die Normen der ärztlichen Heilkunst, der *ars medica*, gegolten.

In der Beurteilung ärztlichen Handelns stellte sich die Frage nach dem wissenschaftlichen oder sogar naturwissenschaftlichen Wissen nicht. Das Vertrauen des Patienten bezog sich auf die ethische Zuverlässigkeit der ärztlichen Handlung, nicht auf die Zuverlässigkeit seines Wissens.

Ungezählte Opfer *lege artis et bona fide* durchgeführter ärztlicher Heilversuche haben daher das Vertrauen in den Arzt und seine Kunst nie prinzipiell erschüttert.

Ein Beispiel für das unbegreiflich große Vertrauen der Patienten gegenüber den Ärzten und ihren Heilversuchen noch im 19. Jahrhundert:

Josef Viktor Broussais (1772-1838) war einer der berühmtesten Kliniker von Paris von hohem Ansehen und in hohen Stellungen. Er hatte im Anschluss an die Lehre des schottischen Arztes, John Brown (1735-1788), eine Krankheitstheorie entwickelt, die als letzte Krankheitsursache eine entweder zu starke oder zu schwache Reizung des Organismus annahm. Beides manifestierte sich für ihn in der Gastro-Enterité, die er therapeutisch mit der Blutentziehung durch Applikation von Blutegeln anging. In seiner Pariser Klinik floss das Blut in Strömen. Obwohl Hunderte seiner Patienten starben, mussten 1824 schon 100 000 Blutegel nach Frankreich eingeführt werden, eine Zahl, die sich bis 1827 auf 33 Millionen steigerte, ehe sie unter dem Eindruck der tödlichen Misserfolge langsam zurückging.

¹⁸ Toellner, R., Problemgeschichte: Entstehung der Ethik-Kommissionen, in: Toellner, R., (Hg.), Die Ethik-Kommission in der Medizin. Problemgeschichte, Aufgabenstellung, Arbeitsweise, Rechtsstellung und Organisationsformen Medizinischer Ethik-Kommissionen. Stuttgart 1990, 3-18.

Die Reaktion darauf war ab der Mitte des 19. Jh. der Ruf nach Verwissenschaftlichung der Medizin. Josef Dietl (1804-1878) formulierte das Glaubensbekenntnis des sog. "therapeutischen Nihilismus" am konsequentesten:

«Die Medicin, als Naturwissenschaft betrachtet, kann sich nicht die Aufgabe setzen, Lebenselixiere zu erfinden, Wunderkuren zu verrichten, den Tod zu bannen..., sondern die Bedingungen zu erforschen, unter denen der Mensch ... erkrankt, genest und untergeht, mit einem Worte: Eine aus der Naturgeschichte, Physik und Chemie hervorgehende, somit wissenschaftlich begründete Naturlehre des Menschen oder Anthropologie zu entwerfen. Die praktische Medicin oder Therapeutik ist daher in der Anthropologie begriffen und kann nur aus dieser entwickelt werden. Da diese jedoch selbst unentwickelt ist, so ist es begreiflich, dass wir bis zum heutigen Tage noch keine wissenschaftlich begründete Therapeutik haben konnten. ... Indes die alte Schule früher zu heilen als zu forschen begann, hat die neuere Schule zu forschen begonnen, um zu heilen. ... Im Wissen und nicht im Handeln liegt unsere Kraft.» (In einem programmatischen Vorwort zu einer Reihe «Praktische Wahrnehmungen nach den Ergebnissen im Wiener Bezirkskrankenhaus». (Zeitschrift der kaiserlichen Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1845.)

Der allzu bedenkenlose und ehrgeizige Gebrauch des - im Namen der Menschheit - für den Erkenntnisfortschritt unternommenen Experimentes war es dann, der die öffentliche Kritik am Human-Versuch wachrief und damit all die Fragen, die die heutige Debatte um den Versuch am Menschen noch beschäftigen.

So hatte Alber Neisser (1855-1916), der Entdecker des Gonokokkus, als Direktor der Breslauer dermatologischen Klinik, Serum syphilitischer Personen nicht an Syphilis erkrankten Prostituierten - zum Teil minderjährigen - injiziert, ohne die Betroffenen darüber zu informieren - geschweige denn ihre Einwilligung einzuholen. Die Versuche Neissers, für die er immerhin in einem Disziplinarverfahren mit einem Verweis und einer Geldstrafe von 300.- RM belegt worden war, lösten zum ersten mal eine generelle Diskussion über die Berechtigung zur Vornahme medizinischer Versuche an Menschen aus, an deren Ende eine Verfügung des preußischen Kultusministers vom 29.12.1900 stand, in der medizinische Eingriffe zu Versuchszwecken an minderjährigen oder geschäftsunfähigen Personen verboten und in den anderen Fällen die Zustimmung nach sachgemäßer Belehrung gefordert wurde.

In der Weimarer Republik verursachten einige schwere Zwischen- und Todesfälle infolge von wissenschaftlichen Versuchen am Menschen, vornehmlich an Kindern, eine heftige und polemisch geführte Diskussion zwischen der Schulmedizin und ihren Gegnern, vor allem im Lager der Naturheilkunde. Hier sei z.B. an die großangelegte BCG-Schutzimpfungsaktion im Jahre 1930 in Lübeck erinnert, an deren Folgen 14 Kinder starben.¹⁹

Nach einer hitzigen Diskussion im Deutschen Reichstag wurden dann unter dem Vorsitz des Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes jene berühmten Richtlinien abgefasst, die am 28. 2. 1931 vom Reichsminister des Inneren den Landesregierungen zugestellt wurden. Diese vor mehr als einem halben Jahrhundert erlassenen Richtlinien behandeln in vierzehn Abschnitten präziser und umfassender als alle späteren Deklarationen sämtliche noch heute gültigen Gesichtspunkte für das Verfahren bei neuartigen Heilbehandlungen und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen. Vor allem wurde die Unzulässigkeit von Experimenten unter

¹⁹ Losse, H., Ethische Probleme der medizinischen Forschung am Menschen, in: Toellner, R., (Hg.), Die Ethik-Kommission in der Medizin. Problemgeschichte, Aufgabenstellung, Arbeitsweise, Rechtsstellung und Organisationsformen Medizinischer Ethik-Kommissionen. Stuttgart 1990, 19-29, 21.

Ausnutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses oder einer Notsituation zum ersten Mal klargestellt. Darüber hinaus wurde bereits verlangt, dass Tierexperimente dem Humanversuch vorausgehen müssen, und dass der Patient nach vollständiger Aufklärung dem Versuch zustimmen müsse. Auch die Errichtung von Ethik-Kommissionen für Experimente am Menschen wurde bereits gefordert. Die Wirkung dieser Richtlinien blieb leider sehr gering, da bald nach ihrer Herausgabe die nationalsozialistische Ära begann, in der ethisch verwerfliche Humanexperimente von einigen Vertretern unseres Berufsstandes durchgeführt wurden. Gerade diese Vorkommnisse sind eine schwere Hypothek für die heutige Forschergeneration und sie verpflichten uns zu besonders sorgfältiger Abwägung unseres Handelns.²⁰

Im Rahmen der Nürnberger Ärzteprozesse wurden im Jahre 1947 bestimmte Richtlinien für die Forschung am Menschen aufgestellt (sog. Codex von Nürnberg). Insbesondere wurde hier die Freiwilligkeit der Teilnahme an Versuchen gefordert.²¹

Was die Prüfung von Arzneimitteln betrifft, stehen wir heute vor einer gänzlich anderen Situation als in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Die Pharmaindustrie ist heute in eine auf Leistungs- und Verdrängungswettbewerb eingestellte Wirtschaftsstruktur eingebettet. Bei einer unübersehbaren Menge von bereits auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln werden ständig neue oder als neu ausgegebene Produkte angeboten, deren Wirksamkeit überhaupt oder im Vergleich zu bereits vorhandenen Medikamenten sehr schwer zu beurteilen ist. In dieser Situation ist der therapeutische Versuch zwingend. Es geht ja nicht nur um die Beurteilung der Wirksamkeit des Arzneimittels, sondern auch um die Beurteilung seines evtl. Risikos.²²

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts stellte sich die Einführung neuer Medikamente anders dar. Denken sie an eine Sternstunde der Medizin, nämlich die Erprobung des Syphilismittels Salvarsan durch seinen Entdecker, den Begründer der Chemotherapie und Nobelpreisträger Paul Ehrlich. Ehrlich entschloss sich 1910 zu einem Vorgehen, das wir heute zweifellos nicht billigen würden, das uns aber vor Augen führt, dass ethische Begriffe und ethisches Handeln im Laufe der Zeiten einem beständigen Wandel unterliegen, abhängig von Kultur, Tradition und Zeitgeist. Den heroischen Selbstversuch zweier behandelnder Ärzte stelle ich nicht so sehr in Frage, wie die anschließende Erprobung des Mittels an Geisteskranken. Dieses Vorgehen würde heute strafrechtliche Konsequenzen für den verantwortlichen Forscher haben.

Wir können auch fragen, ob die erste Herztransplantation von Barnard im Jahre 1967 ein außerordentliches Ereignis der med. Forschung oder ein fragwürdiges therapeutisches Experiment war.

Ein anderes Problem, das wir zur Kenntnis zu nehmen haben, besteht darin, dass selbst die strengste Prüfung Katastrophen nicht verhindern kann. Dies zeigt die Contergan-Affäre. Contergan erwies sich als ideales Sedativum, insbesondere für Schwangere, das praktisch keine Nebenwirkungen gezeigt hatte und durch alle damals gültigen gesetzlichen Prüfungen abgesichert war. Jede Ethik-Kommission würde die Verwendung freigegeben haben. Es war der Humangenetiker Lenz der Universität Münster, der vermutete, dass der Anstieg von kindlichen Fehlbildungen auf der Verwendung von Contergan beruhen könnte. Dies war eine bis dahin nie gesehene Komplikation, die auch durch nichts hätte vorausgesehen werden können, außer durch

²⁰ Ebd.

²¹ Ebd. 21 f.

²² Ebd. 23 f.

Versuche an geeigneten schwangeren Tieren, die bis zu dieser Zeit nicht für nötig gehalten wurden.²³

Die prinzipielle und generelle Erlaubnis zur biomedizinischen Forschung am Menschen ist heute an sittliche, ärztliche, rechtliche und wissenschaftliche Bedingungen geknüpft, die in allgemeinen sittlichen und rechtlichen Normen verankert, in der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki 1964 / Tokio 1975 / Venedig 1983 / Hongkong 1988 formuliert, in Menschen- und Grundrechten kodifiziert und einer Vielzahl nationaler rechtlicher Bestimmungen niedergelegt und in den Standards wissenschaftlicher Methoden enthalten sind.²⁴

Aufgabe der Ethik-Kommission ist es, zu prüfen, ob ein biomedizinisches Forschungsvorhaben am Menschen die dafür vorgegebenen Normen beachtet und die geltenden Werte nicht verletzt. Es ist nicht Aufgabe der Ethik-Kommission, autonome Normen oder Werte setzen zu wollen.

2. Die Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck von 1984 bis 1995²⁵.

Gesetzesgrundlage für die Arzneimitteltestung in Österreich ist das Arzneimittelgesetz von 1984 (sehr spät!!!).

Durch diesen Text wurde in Österreich zum ersten Mal sichergestellt, dass ein Prüfungsleiter ein neues Medikament erst nach Prüfung durch eine unabhängige Kommission (den Arzneimittelbeirat) am Menschen testen konnte. Vor dieser Zeit konnte jeder Arzt am Patienten eine neue Substanz nach seiner persönlichen Entscheidung testen.

Der Arzneimittelbeirat stellt also einen wichtigen Schritt dar, um die Patienten vor einer Studie mit ungenügend getesteten Medikamenten zu bewahren. Diese weitgehend unabhängige Bewertung der präklinischen Unterlagen ist auch deshalb gewährleistet, da die Mitglieder des Arzneimittelbeirates keine fachlichen oder finanziellen Interessen an der Durchführung der Tests haben (im Gegensatz zur produzierenden Firma und zum Prüfungsleiter).

Der Arzneimittelbeirat bewertet aber nur generell die Unterlagen über ein zu testendes Medikament. Er kann keine Aussage machen über die Planung und Qualität einer Studie (also z.B. über die Risiko-Nutzen-Abwägung, über die Qualifikation des Prüfungsleiters, über die Auswahl der Patienten und anderes mehr). Der Text des Arzneimittelgesetzes sieht hier zwar klare Regelungen vor, es sind aber keine wirksamen Kontrollen eingebaut, um diese Punkte in den einzelnen Kliniken und Krankenhäusern zu überprüfen. International hat sich hier schon lange die Bewertung der einzelnen Studien durch Ethik-Kommissionen bewährt. Dies wurde aber 1984 leider nicht in den Text des Arzneimittelgesetzes aufgenommen.

Trotzdem haben medizinische Fakultäten und auch einige andere Institutionen Ethik-Kommissionen gegründet, die allerdings nur diejenigen Studien bewerten

²³ Ebd. 24.

²⁴ Ebd. 11f.

²⁵ Winkler, H., Arzneimittelbeirat und Ethik-Kommissionen bei der Arzneimitteltestung in Österreich, in: Toellner, R., (Hg.), Die Ethik-Kommission in der Medizin. Problemgeschichte, Aufgabenstellung, Arbeitsweise, Rechtsstellung und Organisationsformen Medizinischer Ethik-Kommissionen. Stuttgart 1990, 141-145, 142.

können, die freiwillig eingereicht werden. Es ist offensichtlich, dass man dadurch vor allem diese Studien erfasst, bei denen die Prüfungsleiter an ethische Probleme denken. Es ist anzunehmen, dass gerade jene Studien dringend einer ethischen Bewertung bedürfen, die nicht eingereicht werden.

Aufgaben der Ethik-Kommission

Immerhin, der Ethik-Kommission in Innsbruck kommt eine gewisse Aufgabe bei der Klärung von Forschungsprojekten zu. Es ist auch klar, dass - bei aller Diskretion - die zweite Aufgabe von Ethik-Kommissionen - die Öffentlichkeitsarbeit - in Innsbruck wahrgenommen wird.

Öffentlichkeitsarbeit heißt, die Vermittlung zwischen medizinischen Institutionen und politischen Entscheidungsträgern sowie die Beratung der Politiker bei Gesetzgebung und Planung der medizinischen Versorgung und Forschungsförderung. Die erste und wichtige Aufgabe einer Ethik-Kommission - die Beratung bei klinischen Behandlungsproblemen - wird in Innsbruck nicht von der Ethik-Kommission wahrgenommen.

Wenig bekannt sind die Ethik-Kommissionen in Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen, die in der individuellen Krankenversorgung arbeiten. Ethik-Kommissionen haben hier z.B. die Beratung des medizinischen Personals bei problematischen Entscheidungen, wie Behandlungsabbruch, Schwangerschaftsabbruch, Aufklärung des Patienten u.ä., zu leisten, übernehmen gelegentlich die Beratung der betroffenen Patienten selber, werden bei Fragen der Beziehungen zum Träger der Institution bzw. zum politischen Gemeinwesen zu Rate gezogen oder haben es mit der Bestätigung und Rechtfertigung von Prognosen, Diagnosen und Indikationen vor Dritten (Familien, Arbeitgebern, Gerichten usw.) zu tun. Die Anfänge solcher Kommissionsarbeit reichen im anglo-amerikanischen wie im deutschsprachigen Raum in die sechziger Jahre zurück. In Innsbruck werden diese Aufgaben zum Teil in Konsilien der diensthabenden Oberärzte beraten, teilweise den Sozialarbeitern übergeben, teilweise ohne Beratung entschieden.

3. Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck seit 1996.

Es hat in Tirol bis 1995 gedauert, bis mit dem Tiroler Krankenanstaltengesetz die im Bundeskrankenanstaltengesetz von 1988 geforderten gesetzlichen Ausführungsbestimmungen für das Land Tirol Gesetz wurden.

Entsprechend den Abkommen des Europäischen Wirtschaftsraumes und den Vorschriften der Europäischen Union (EU) wurden 1995 im Tiroler Krankenanstaltengesetz der Ethikkommission neben der Beurteilung der klinischen Prüfungen von Arzneimitteln auch die Beurteilung neuer Medizinprodukte sowie neuer medizinischer Methoden als Aufgabe gesetzt.

Das Tiroler Krankenanstaltengesetz ermöglicht es der Medizinischen Fakultät, dass die bisher an ihr nach universitätsrechtlichen Vorschriften eingerichtete Ethikkommission die oben beschriebenen Aufgaben erledigt.

Die EU-Bestimmungen für die klinische Prüfung von Arzneimitteln entsprechend den Richtlinien für eine Good Clinical Practice (GCP) führten zu den Novellen des Arzneimittelgesetzes von 1994 und 1996 sowie zu einem Medizinproduktegesetz, das seit 1. Jänner 1997 Rechtskraft besitzt.

Seit Anfang 1995 überprüft ein vom Gesundheitsministerium engagierter Inspektor

die Durchführung klinischer Studien an der Prüf stelle. Bisher wurden Mängel an der Struktur der Prüf stelle und Flüchtigkeitsfehler bei der Datenübertragung aufgewiesen.

Unter Medizinprodukten versteht man z.B. Kernspintomographen, Nierenlithotripter, Röntengeräte, medizinische Beschleuniger, medizinische Laser, Ultraschallgeräte, Endoskope, Herzklappen, Brustimplantate, künstliche Gelenke, Intraokularlinsen, Kontaktlinsen und ihre Pflegeprodukte, zahnärztliche Werkstoffe und Geräte, Intrauterinpressare, Kondome, Verbandstoffe, Pflaster, Katheder, Knochenplatten und -nägel, Spritzen, Infusionspumpen, Blutdruckmessgeräte, Rollstühle, Hörgeräte, chirurgische Instrumente, chirurgische Handschuhe und Untersuchungshandschuhe, Fieberthermometer, Korrekturbrillen, Stützstrümpfe usw.

Für die Arbeit der Ethikkommission an der Medizinuniversität Innsbruck sind folgende Gesetzestexte und Texte Grundlage der Beurteilung von eingereichten Studien. Das Tiroler Krankenanstaltengesetz (TKG), das Arzneimittelgesetz (AMG) und das Medizinproduktegesetz (MPG). Mit Jahresbeginn 2006 sind AMG und MPG Novellen in Kraft getreten.

Im TKG und im Universitätsgesetz 2002 (UG 2002) werden die Grundlagen für die Aufgaben und die Zusammensetzung der Ethikkommission gelegt.

Daneben sind noch spezifische Gesetze wie Datenschutzgesetz, Blutsicherheitsgesetz usw. fallweise von Bedeutung. Auf EU Ebene sind v.a. zwei Richtlinien wichtig. Die RL 2001/20/EU wurde bereits in die nationale Gesetzgebung umgesetzt, an der Umsetzung der RL 2005/28/EU wird gearbeitet.

Historisch und aktuell ist die Bedeutung der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki 1964 über Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen, die immer wieder verbessert wurde. Zuletzt geschah dies in 2004 in Tokyo.

Der Weltärztebund wurde 1947 unter dem Eindruck des Zweiten Weltkrieges gegründet. Nationale Ärzteorganisationen haben sich zur Förderung der Zusammenarbeit der ÄrztInnen und zur Stärkung des PatientInnen-ÄrztInnen-Verhältnisses sowie der PatientInnenrechte zusammengeschlossen. Der Weltärztebund vertritt zur Zeit über 3 Millionen ÄrztInnen.

4. Die Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki 1964 / Tokio 1975 / Venedig 1983 / Hongkong 1989 / Somerset West, Republik Südafrika 1996 / Edinburgh, Schottland 2000 / Washington 2002 / Tokio 2004.

A. Einleitung

1. Mit der Deklaration von Helsinki hat der Weltärztebund eine Erklärung ethischer Grundsätze als Leitlinie für Ärzte und andere Personen entwickelt, die in der medizinischen Forschung am Menschen tätig sind. Medizinische Forschung am Menschen schließt die Forschung an identifizierbarem menschlichen Material oder identifizierbaren Daten ein.
2. Es ist die Pflicht des Arztes, die Gesundheit der Menschen zu fördern und zu erhalten. Der Erfüllung dieser Pflicht dient der Arzt mit seinem Wissen und Gewissen.
3. Die Genfer Deklaration des Weltärztebundes verpflichtet den Arzt mit den Worten: "Die Gesundheit meines Patienten soll mein vornehmstes Anliegen sein", und der internationale Kodex für ärztliche Ethik legt fest: "Der Arzt soll bei der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit ausschließlich im Interesse des

Patienten handeln, wenn die Therapie eine Schwächung des physischen und psychischen Zustandes des Patienten zur Folge haben kann".

4. Medizinischer Fortschritt beruht auf Forschung, die sich letztlich zum Teil auch auf Versuche am Menschen stützen muss.
5. In der medizinischen Forschung am Menschen haben Überlegungen, die das Wohlergehen der Versuchsperson (die von der Forschung betroffene Person) betreffen, Vorrang vor den Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft.
6. Oberstes Ziel der medizinischen Forschung am Menschen muss es sein, prophylaktische, diagnostische und therapeutische Verfahren sowie das Verständnis für die Aetiologie und Pathogenese der Krankheit zu verbessern. Selbst die am besten erprobten prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Methoden müssen fortwährend durch Forschung auf ihre Effektivität, Effizienz, Verfügbarkeit und Qualität geprüft werden.
7. In der medizinischen Praxis und in der medizinischen Forschung sind die meisten prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Verfahren mit Risiken und Belastungen verbunden.
8. Medizinische Forschung unterliegt ethischen Standards, die die Achtung vor den Menschen fördern und ihre Gesundheit und Rechte schützen. Einige Forschungspopulationen sind vulnerabel und benötigen besonderen Schutz. Die besonderen Schutzbedürfnisse der wirtschaftlich und gesundheitlich Benachteiligten müssen gewahrt werden. Besondere Aufmerksamkeit muss außerdem denjenigen entgegengebracht werden, die nicht in der Lage sind, ihre Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern, denjenigen, die ihre Zustimmung möglicherweise unter Ausübung von Zwang abgegeben haben, denjenigen, die keinen persönlichen Vorteil von dem Forschungsvorhaben haben und denjenigen, bei denen das Forschungsvorhaben mit einer Behandlung verbunden ist.
9. Forscher sollten sich der in ihren eigenen Ländern sowie der auf internationaler Ebene für die Forschung am Menschen geltenden ethischen, gesetzlichen und verwaltungs-technischen Vorschriften bewusst sein. Landesspezifische, ethische, gesetzliche oder verwaltungstechnische Vorschriften dürfen jedoch die in der vorliegenden Deklaration genannten Bestimmungen zum Schutz der Menschen in keiner Weise abschwächen oder aufheben.

B. Allgemeine Grundsätze für jede Art von medizinischer Forschung

10. Bei der medizinischen Forschung am Menschen ist es die Pflicht des Arztes, das Leben, die Gesundheit, die Privatsphäre und die Würde der Versuchsperson zu schützen.
11. Medizinische Forschung am Menschen muss den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen entsprechen, auf einer umfassenden Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur, auf anderen relevanten Informationsquellen sowie auf ausreichenden Laborversuchen und gegebenenfalls Tierversuchen basieren.

12. Besondere Sorgfalt muss bei der Durchführung von Versuchen walten, die die Umwelt in Mitleidenschaft ziehen können. Auf das Wohl der Versuchstiere muss Rücksicht genommen werden.
13. Die Planung und Durchführung eines jeden Versuches am Menschen ist eindeutig in einem Versuchsprotokoll niederzulegen. Dieses Protokoll ist einer besonders berufenen Ethikkommission zur Beratung, Stellungnahme, Orientierung und gegebenenfalls zur Genehmigung vorzulegen, die unabhängig vom Forschungsteam, vom Sponsor oder von anderen unangemessenen Einflussfaktoren sein muss. Diese unabhängige Kommission muss mit den Gesetzen und Bestimmungen des Landes, in dem das Forschungsvorhaben durchgeführt wird, im Einklang sein. Die Kommission hat das Recht, laufende Versuche zu überwachen. Der Forscher hat die Pflicht, die Kommission über den Versuchsablauf zu informieren, insbesondere über alle während des Versuchs auftretenden ernstesten Zwischenfälle. Der Forscher hat der Kommission außerdem zur Prüfung Informationen über Finanzierung, Sponsoren, institutionelle Verbindungen, potentielle Interessenkonflikte und Anreize für die Versuchspersonen vorzulegen.
14. Das Forschungsprotokoll muss stets die ethischen Überlegungen im Zusammenhang mit der Durchführung des Versuchs darlegen und aufzeigen, dass die Einhaltung der in dieser Deklaration genannten Grundsätze gewährleistet ist.
15. Medizinische Forschung am Menschen darf nur von wissenschaftlich qualifizierten Personen und unter Aufsicht einer klinisch kompetenten, medizinisch ausgebildeten Person durchgeführt werden. Die Verantwortung für die Versuchsperson trägt stets eine medizinisch qualifizierte Person und nie die Versuchsperson selbst, auch dann nicht, wenn sie ihr Einverständnis gegeben hat.
16. Jedem medizinischen Forschungsvorhaben am Menschen hat eine sorgfältige Abschätzung der voraussehbaren Risiken und Belastungen im Vergleich zu dem voraussichtlichen Nutzen für die Versuchsperson oder andere vorauszugehen. Dies schließt nicht die Mitwirkung von gesunden Freiwilligen in der medizinischen Forschung aus. Die Pläne aller Studien sind der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.
17. Ärzte dürfen nicht bei Versuchen am Menschen tätig werden, wenn sie nicht überzeugt sind, dass die mit dem Versuch verbundenen Risiken entsprechend eingeschätzt worden sind und in zufriedenstellender Weise beherrscht werden können. Ärzte müssen den Versuch abbrechen, sobald sich herausstellt, dass das Risiko den möglichen Nutzen übersteigt oder wenn es einen schlüssigen Beweis für positive und günstige Ergebnisse gibt.
18. Medizinische Forschung am Menschen darf nur durchgeführt werden, wenn die Bedeutung des Versuchsziels die Risiken und Belastungen für die Versuchsperson überwiegt. Dies ist besonders wichtig, wenn es sich bei den Versuchspersonen um gesunde Freiwillige handelt.
19. Medizinische Forschung ist nur gerechtfertigt, wenn es eine große Wahrscheinlichkeit gibt, dass die Populationen, an denen die Forschung durchgeführt wird,

von den Ergebnissen der Forschung profitieren.

20. Die Versuchspersonen müssen Freiwillige sein und über das Forschungsvorhaben aufgeklärt sein.
21. Das Recht der Versuchspersonen auf Wahrung ihrer Unversehrtheit muss stets geachtet werden. Es müssen alle Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden, um die Privatsphäre der Versuchsperson und die Vertraulichkeit der Informationen über den Patienten zu wahren und die Auswirkungen des Versuchs auf die körperliche und geistige Unversehrtheit sowie die Persönlichkeit der Versuchsperson so gering wie möglich zu halten.
22. Bei jeder Forschung am Menschen muss jede Versuchsperson ausreichend über die Ziele, Methoden, Geldquellen, eventuelle Interessenkonflikte, institutionelle Verbindungen des Forschers, erwarteten Nutzen und Risiken des Versuchs sowie über möglicherweise damit verbundene Störungen des Wohlbefindens unterrichtet werden. Die Versuchsperson ist darauf hinzuweisen, dass sie das Recht hat, die Teilnahme am Versuch zu verweigern oder eine einmal gegebene Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass ihr irgendwelche Nachteile entstehen. Nachdem er sich vergewissert hat, dass die Versuchsperson diese Informationen verstanden hat, hat der Arzt die freiwillige Einwilligung nach Aufklärung ("informed consent") der Versuchsperson einzuholen; die Erklärung sollte vorzugsweise schriftlich abgegeben werden. Falls die Einwilligung nicht in schriftlicher Form eingeholt werden kann, muss die nicht-schriftliche Einwilligung formell dokumentiert und bezeugt werden.
23. Beim Einholen der Einwilligung nach Aufklärung für das Forschungsvorhaben muss der Arzt besonders zurückhaltend sein, wenn die Person in einem Abhängigkeitsverhältnis zu dem Arzt steht oder die Einwilligung möglicherweise unter Druck erfolgt. In einem solchen Fall muss die Einwilligung nach Aufklärung durch einen gutunterrichteten Arzt eingeholt werden, der mit diesem Forschungsvorhaben nicht befasst ist und der keine Beziehung zu den Personen hat, die in diesem Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen.
24. Im Falle einer Versuchsperson, die nicht voll geschäftsfähig ist, infolge körperlicher oder geistiger Behinderung ihre Einwilligung nicht erteilen kann oder minderjährig ist, muss die Einwilligung nach Aufklärung vom gesetzlich ermächtigten Vertreter entsprechend dem geltenden Recht eingeholt werden. Diese Personengruppen sollten nicht in die Forschung einbezogen werden, es sei denn, die Forschung ist für die Förderung der Gesundheit der Population, der sie angehören, erforderlich und kann nicht mit voll geschäftsfähigen Personen durchgeführt werden.
25. Wenn die nicht voll geschäftsfähige Person, wie beispielsweise ein minderjähriges Kind, fähig ist, seine Zustimmung zur Mitwirkung an einem Forschungsvorhaben zu erteilen, so muss neben der Einwilligung des gesetzlich ermächtigten Vertreters auch die Zustimmung des Minderjährigen eingeholt werden.
26. Forschung an Menschen, bei denen die Einwilligung, einschließlich der Einwilligung des ermächtigten Vertreters oder der vorherigen Einwilligung, nicht

eingeholt werden kann, darf nur dann erfolgen, wenn der physische/geistige Zustand, der die Einholung der Einwilligung nach Aufklärung verhindert, ein notwendiger charakteristischer Faktor für die Forschungspopulation ist. Die konkreten Gründe für die Einbeziehung von Versuchspersonen, deren Zustand die Einholung der Einwilligung nach Aufklärung nicht erlaubt, ist in dem Forschungsprotokoll festzuhalten und der Ethikkommission zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen. In dem Protokoll ist festzuhalten, dass die Einwilligung zur weiteren Teilnahme an dem Forschungsvorhaben so bald wie möglich von der Versuchsperson oder dem gesetzlich ermächtigten Vertreter eingeholt werden muss.

27. Sowohl die Verfasser als auch die Herausgeber von Veröffentlichungen haben ethische Verpflichtungen. Der Forscher ist bei der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse verpflichtet, die Ergebnisse genau wiederzugeben. Positive, aber auch negative Ergebnisse müssen veröffentlicht oder der Öffentlichkeit anderweitig zugänglich gemacht werden. In der Veröffentlichung müssen die Finanzierungsquellen, institutionelle Verbindungen und eventuelle Interessenkonflikte dargelegt werden. Berichte über Versuche, die nicht in Übereinstimmung mit den in dieser Deklaration niedergelegten Grundsätzen durchgeführt wurden, sollten nicht zur Veröffentlichung angenommen werden.

C. Weitere Grundsätze für die medizinische Forschung in Verbindung mit ärztlicher Versorgung

28. Der Arzt darf medizinische Forschung mit der ärztlichen Betreuung nur soweit verbinden, als dies durch den möglichen prophylaktischen, diagnostischen oder therapeutischen Wert der Forschung gerechtfertigt ist. Wenn medizinische Forschung mit ärztlicher Versorgung verbunden ist, dann sind für den Schutz der Patienten, die gleichzeitig Versuchspersonen sind, zusätzliche Standards anzuwenden.
29. Vorteile, Risiken Belastungen und die Effektivität eines neuen Verfahrens sind gegenüber denjenigen der gegenwärtig besten prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Methoden abzuwägen. Dies schließt nicht die Verwendung von Placebos, oder die Nichtbehandlung, bei Versuchen aus, für die es kein erprobtes prophylaktisches, diagnostisches oder therapeutisches Verfahren gibt.
30. Am Ende des Versuchs sollten alle Patienten, die an dem Versuch teilgenommen haben, die sich in der Erprobung als am wirksamsten erwiesenen prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Verfahren erhalten.
31. Der Arzt hat den Patienten ausführlich über die forschungsbezogenen Aspekte der Behandlung zu informieren. Die Weigerung eines Patienten, an einem Versuch teilzunehmen, darf niemals die Beziehung zwischen Patient und Arzt beeinträchtigen.
32. Bei der Behandlung eines Patienten, für die es keine erwiesene prophylaktische, diagnostische und therapeutische Methoden gibt oder diese keine Wirkung zeigten, muss der Arzt mit der Einwilligung des Patienten nach Aufklärung die Freiheit haben, nicht erprobte neue prophylaktische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen anzuwenden, wenn sie nach dem Urteil des Arztes

die Hoffnung bieten, das Leben des Patienten zu retten, seine Gesundheit wiederherzustellen oder seine Leiden zu lindern. Gegebenenfalls sollten diese Maßnahmen zur Evaluierung ihrer Sicherheit und Wirksamkeit zum Gegenstand von Forschungsvorhaben gemacht werden. In allen Fällen sollten neue Informationen aufgezeichnet und gegebenenfalls veröffentlicht werden. Die anderen relevanten Leitlinien dieser Deklaration sollten befolgt werden.

Klarstellender Kommentar zu Punkt 29 der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki

Der Weltärztebund bekräftigt hiermit seine Position, dass bei der Verwendung von placebo-kontrollierten Versuchen mit extremer Sorgfalt vorgegangen werden muss und dass diese Methode generell nur angewandt werden sollte, wenn es keine erprobte Therapie gibt. Selbst wenn es eine erprobte Therapie gibt, kann ein placebo-kontrollierter Versuch unter den folgenden Bedingungen ethisch vertretbar sein:

- wenn seine Verwendung aus zwingenden und wissenschaftlich begründeten methodischen Gründen erforderlich ist, um die Wirksamkeit und Sicherheit einer prophylaktischen, diagnostischen oder therapeutischen Methode festzustellen; oder
- wenn eine prophylaktische, diagnostische oder therapeutische Methode bei einer nicht schwerwiegenden Krankheit erprobt wird und die Patienten, die die Placebos erhalten, nicht der zusätzlichen Gefahr eines ernsten oder irreversiblen Schadens ausgesetzt werden.

Alle anderen Bestimmungen der Deklaration von Helsinki müssen befolgt werden, insbesondere die Notwendigkeit einer entsprechenden ethischen und wissenschaftlichen Überprüfung.

Klarstellender Kommentar zu Punkt 30 der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki

Der Weltärztebund bekräftigt hiermit seine Position, dass es bei dem Versuchsplanungsprozess von Bedeutung ist, dafür Sorge zu tragen, dass die Versuchsteilnehmer nach dem Versuch die prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die sich in der Studie als vorteilhaft erwiesen haben, oder eine andere geeignete Behandlung erhalten. Vereinbarungen darüber, dass die Versuchsteilnehmer nach dem Versuch die im Versuch erprobten Verfahren bzw. eine andere geeignete Behandlung erhalten, sollten im Versuchsprotokoll festgehalten werden, damit der Ethikausschuss diese Vereinbarungen bei seiner Prüfung berücksichtigen kann.

Der Fall der Dr. Diplercher verweigerten LIPID -Studie

Ein Pharmakonzern entwickelte das Medikament Pravastatin, das in der Lage ist, die Biosynthese von Cholesterin in der Leber zu hemmen, und damit den Blutcholesterinspiegel zu senken. Die Entwicklung eines derartigen Medikamentes von der Epruvette bis zur industriellen Herstellung dauert in der Regel 10 Jahre und kostet 3 Milliarden DM. Pravastatin ist in Österreich ein zugelassenes Medikament zur diätresistenten Behandlung von erhöhten Blutfettwerten.

Der Pharmakonzern stellte sich wegen der guten Wirkung von Pravastatin die Frage, ob es nicht zur Sekundärprophylaxe (d.h. zur vorbeugenden Behandlung nach bereits durchgemachter Erkrankung) bei PatientInnen mit vorbestehender Herzkrankgefäßerkrankung eingesetzt werden kann. Die Forschungsfrage lautete: Kann die präventive Gabe von Pravastatin bei zugrundeliegender koronarer Herzkrankheit die Gesamtsterblichkeit, das Auftreten von akuten Neuinfarkten und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus verringern?

Von einer unabhängigen Forschergruppe von ÄrztInnen an verschiedenen Universitätskliniken in Europa wurde ein Studie entwickelt, die Antwort auf obige Frage geben kann. In 85 medizinischen Zentren sollten 9000 PatientInnen, die bereits einen Herzinfarkt erlitten oder an einer instabilen Angina pectoris und einem mittelgradig (d.h. 155 bis 270 Milligramm/dl) erhöhten Blutcholesterinspiegel leiden, 7 Jahre lang untersucht werden. Diese „Long Term Intervention with Paravastatin in Ischaemic Disease“ (LIPID) Studie sollte als randomisierte und plazebokontrollierte Doppelblindstudie durchgeführt werden.

In Österreich wollte sich u.a. Dr. Diplercher an dieser Multizenterstudie beteiligen. Die Ethikkommission war mit dem vorliegenden Aufklärungstext und der Einverständniserklärung einverstanden und die entsprechende Versicherung der Probanden wie von Dr. Diplercher wurde auch sichergestellt. Dr. Diplercher war um 15.00 Uhr vor die Ethikkommission bestellt. Er wurde nach 17.00 Uhr - und wegen des abermaligen Zeitverlustes war er entsprechend verärgert - in die Sitzung gebeten und stellte seine Studie vor. Da die Pravastatintherapie effektiv den Blutcholesterinspiegel auf normale Werte senkt und ein erhöhter Blutcholesterinspiegel eine Bedrohung der Gesundheit darstellt, würde das Verweigern einer Pravastatintherapie bei den Probanden der Placebogruppe deren Gesundheit unverantwortlich gefährden, sodass die Ethikkommission dieser Studie die Unbedenklichkeit nicht ausstellen könne. So argumentierte ein Teil der Kommissionsmitglieder. Der Ethiker meinte, dass die Forschungsfreiheit, der zu erwartende Nutzen, die Einwilligung der Probanden nach vollständiger Aufklärung über die drohenden Gefahren und deren regelmäßige sorgfältige medizinische Kontrolle eine Durchführung der Studie rechtfertigen würden. Schließlich lehnte es die österr. Ethikkommission ab - und unabhängig von ihr auch eine deutsche Ethikkommission - der Studie die ethische Unbedenklichkeit zu bescheinigen.

Daraufhin wandte sich der Pharmakonzern an den nationalen Forschungsrat für klinische Studien im Bereich Gesundheit und Medizin der Universität Sidney, der gerne die Studienleitung für die LIPID-Studie in Australien übernahm. Die Studienkommission der LIPID-Studie befand aufgrund von Zwischenresultaten, dass ein derart deutlicher Vorteil der Pravastatin- im Vergleich zur Placebogruppe bestehe, dass es ethisch nicht mehr gerechtfertigt sei, die Studie fortzusetzen.

Der Fall der Dr. Diplercher verweigerten LIPID-Studie

1. Antwort:

War es von der österr. Ethikkommission richtig, die Studie als ethisch bedenklich zu erklären? Ja Nein
Warum oder warum nicht?

Anmerkungen für die Diskussion und das Assessment

1. Die Streit- und Konfliktpunkte

Das Interesse des Pharmakonzerns, die Entwicklungskosten für ein vermutlich sehr hilfreiches Medikament durch ein breites Anwendungsspektrum hereinzubekommen, gegen die Unsicherheit über den Nutzen von Pravastatin in der Sekundärprophylaxe.

Das Bemühen der WissenschaftlerInnen, eine wissenschaftlich einwandfreie Studie zu entwerfen, gegen das dadurch unvermeidbar werdende Gesundheitsrisiko für die 4500 ProbandInnen der Placebogruppe.

Das Interesse des Pharmakonzerns und der WissenschaftlerInnen, ihre Studie einer Prüfung durch die Ethikkommissionen zu unterziehen, gegen ihr Interesse, die Studie durchführen zu können.

Das Interesse der PatientInnen mit vorbestehender koronarer Herzkrankheit an einer wirksamen Vorsorge, gegen die mögliche zusätzliche gesundheitliche Gefährdung der ProbandInnen in der Placebogruppe.

Das Interesse der möglichen ProbandInnen der LIPID-Studie, ihren Beitrag zu Gunsten der Behandlung von sehr vielen kranken Menschen zu leisten, gegen das Interesse und das Recht der ProbandInnen auf die Bewahrung ihrer Gesundheit.

Das Interesse von Dr. Diplercher, an einer großen und wichtigen Studie zum Wohle vieler PatientInnen teilzunehmen und am wissenschaftlichen Ruhm teilzuhaben, gegen das Interesse von Dr. Diplercher an einer ethisch einwandfreien Vorgehensweise in der Studie.

Das Interesse der Ethikkommission, wichtigen Forschungsvorhaben durch ihre Beratung die ethisch unbedenkliche Verwirklichung zu ermöglichen, gegen das Interesse der Ethikkommission dem Wohl der ProbandInnen vorrangig verpflichtet zu sein.

Das Interesse der Medizinischen Fakultät, dass die Ethikkommission bedeutende Studien unbedenklich erklären kann und damit den Ruf der Fakultät und den Fortschritt der Wissenschaft fördert, gegen das Interesse der Universität, dass ihr Ruf auch bzgl. ihrer hohen ethischen Maßstäbe ein geachteter ist.

Die Abwägung des Ethikers, dass die Risiken für die Placebogruppe durch regelmäßige medizinische Kontrollen sehr klein gehalten werden können, gegen die

Einschätzung, dass das Risiko für die Placebogruppe unverantwortbar sei und man ihr eine bestehende erfolgreiche Heilbehandlung nicht vorenthalten dürfe.

Die in österr. und deutschen Ethikkommissionen strengeren Maßstäbe zum Schutze von ProbandInnen, die sich an Humanexperimenten beteiligen, gegen die Bereitschaft des australischen Forschungsrates, die Studie aufgrund ihrer zu erwartenden Vorteile für viele PatientInnen durchführen zu lassen.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien

Der Pharmakonzern hat ein Interesse, sein Medikament zum Wohle vieler PatientInnen verkaufen zu können.

Die WissenschaftlerInnen haben ein Interesse an der Klärung des Nutzens von Pravastatin in der Sekundärprophylaxe koronarer Herzerkrankungen.

Die PatientInnen mit koronarer Herzerkrankung haben ein Interesse an einer wirksamen Behandlung ihrer Krankheitsursachen.

Die möglichen ProbandInnen der LIPID-Studie haben ein Interesse, dass ihnen durch die Teilnahme an der Studie keine gesundheitlichen Nachteile entstehen.

Die ProbandInnen der LIPID-Studien haben ein Interesse, durch ihre Teilnahme an der Studie vielen kranken Menschen helfen zu können.

Dr. Diplercher hat ein Interesse, dass der LIPID-Studie von der Ethikkommission die Unbedenklichkeit ausgestellt wird.

Dr. Diplercher hat ein Interesse, an wichtigen Forschungsprojekten mitzuarbeiten.

Dr. Diplercher hat ein Interesse, durch das unzulängliche Zeitmanagement der Ethikkommission nicht wichtige Arbeitszeit zu verlieren.

Die an der Universitätsklinik arbeitenden ÄrztInnen haben ein Interesse an der Mitarbeit bei bedeutenden internationalen Forschungsprojekten.

Die Universität hat Interesse, bedeutende Forschungsprojekte und -ergebnisse vorlegen zu können.

Das Land Österreich hat Interesse, dass seine Universitäten wegen ihrer bedeutenden Forschungsarbeiten im Ausland ein hohes Ansehen genießen.

Das Land Österreich hat Interesse, durch die Zusammenarbeit seiner Universitäten mit der Industrie die Gesundheitsversorgung seiner Bevölkerung zu verbessern und die Gesundheitsausgaben verringern zu können.

Die WissenschaftlerInnen in Australien haben das Interesse, im Forschungswettbewerb mit den Amerikanern und Europäern Vorteile zu erzielen.

3. Die Handlungsfolgen

Werden für die Behandlung der koronaren Herzerkrankungen keine Medikamente entwickelt, so wird die Mortalität (Sterblichkeit) aufgrund von Herz-Kreislauf-erkrankungen - in den Industrieländern macht sie 60% der Gesamttodesursachen aus - weiter steigen.

Bewähren sich die von den Pharmafirmen entwickelten Medikamente in der Behandlung nicht, können die Pharmafirmen keine Gewinne erzielen und werden unfähig, in die Entwicklung weiterer Medikamente zu investieren.

Wenn die Universitäten bei Großprojekten der Industrie nicht mitarbeiten können, sind die unabhängigen Forschergruppen nicht in der Lage, entsprechend große Projekte zu finanzieren und durchzuführen.

Wenn das Studiendesign der LIPID-Studie auf die Randomisierung - d.h. die Zufallsauswahl, wer der Placebo- und wer der Pravastatingruppe zugeteilt wird - und die doppelte Blindung - d.h. keiner der ProbandInnen noch der Arzt darf wissen, in welcher Gruppe sie oder er sich befindet - verzichtet, wird die Signifikanz der wissenschaftlichen Aussagen unverantwortlich gering.

Wenn Dr. Diplercher an der LIPID-Studie nicht mitarbeiten kann, hat die Pharmafirma kein Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit mit Dr. Diplercher. Dr. Diplercher wird zu den internationalen Fettstoffwechsellkongressen nicht mehr eingeladen werden, weil er keine neuen Forschungserkenntnisse mehr vortragen kann.

Wenn die Ethikkommission auf eine vollständige Information der ProbandInnen über die möglichen Gefahren und Risiken bei der Teilnahme an der LIPID-Studie besteht, den Versicherungsschutz der ProbandInnen kontrolliert und die Verhältnismäßigkeit von Risiko und zu erwartendem Nutzen im Interesse der einzelnen ProbandInnen untersucht, dann haben die einzelnen ProbandInnen die Voraussetzungen, ihr Einverständnis unter Wahrung ihres Selbstbestimmungsrechtes zu geben.

Wenn die LIPID-Studie nicht die Unbedenklichkeitserklärung der Ethikkommission erhält, kann sie nicht durchgeführt werden.

Wenn die LIPID-Studie nicht durchgeführt worden wäre, wüssten wir nicht, dass Pravastatin ein hervorragendes Medikament zur Sekundärprophylaxe von koronaren Herzerkrankungen ist.

4. Die Pflichten und Verpflichtungen

Die Pharmafirma ist verpflichtet, Medikamente zu entwickeln, die der effektiven Behandlung von Krankheiten dienen.

Die Pharmafirma ist im Interesse der Arbeitsplätze ihrer MitarbeiterInnen verpflichtet, eine positive Geschäftsbilanz zu schreiben.

Die Pharmafirma ist zum Schutze der Gesundheit der ProbandInnen und des

einwandfreien Rufes der StudienleiterInnen verpflichtet, das Studiendesign ihrer Studien von einer unabhängigen Ethikkommission auf wissenschaftliche und ethische Unbedenklichkeit hin prüfen zu lassen.

Dr. Diplercher ist als Universitätslehrer auch zur medizinischen Forschung verpflichtet.

Dr. Diplercher ist gesetzlich und in Bezug auf seine persönliche Integrität als verantwortlicher Arzt und Wissenschaftler verpflichtet, die LIPID-Studie von der Ethikkommission prüfen zu lassen.

Die Mitglieder der Ethikkommission sind verpflichtet, ihre Zustimmung zur Unbedenklichkeit oder Bedenklichkeit der Studie nach bestem Wissen und Gewissen, aus der Abwägung der Verhältnismäßigkeit von Risiko und zu erwartendem Erkenntnisgewinn als freie Entscheidung und unabhängig von persönlichen oder beruflichen Interessen zu tätigen. Diese frei verantwortete Entscheidung ihrer Mitglieder ist Grundlage des Vertrauens in die Ethikkommission, das Wohl und die Rechte der ProbandInnen wie das Ansehen der Wissenschaft wirkungsvoll zu schützen.

Die möglichen ProbandInnen der LIPID-Studie sind verpflichtet, ihr Selbstbestimmungsrecht und damit die Autonomie ihrer persönlichen Entscheidung wahrzunehmen und sich genau über Inhalt und Risiko der Studie zu informieren, bevor sie ihr Einverständnis geben.

Die ProbandInnen sind im Interesse an der Erhaltung ihrer Gesundheit bzw. im Bemühen, keinen Schaden durch die Studienteilnahme zu erleiden, nicht verpflichtet, an einer Studie teilzunehmen, die ihre Gesundheit gefährden könnte.

Der Fall der Dr. Diplercher verweigerten LIPID-Studie

2. Antwort:

War es von der österr. Ethikkommission richtig, die Studie als ethisch bedenklich zu erklären?

Ja

Nein

Warum oder warum nicht?

Der Fall des Krebsforschers Dr. Günther

Der 47jährige Molekularmediziner Dr. Günther ist der Shooting-Star in der deutschen Krebsforschung. Mit Studien über die Wirkung von Botenstoffen des Immunsystems, die Tumore abwehren können, hatte sich Prof. Günther Renommee, Forschungspreise, Fördergelder und Karriere erkämpft. Das Ziel seiner Arbeit galt der Erforschung neuer Therapien gegen Krebs.

Prof. Günther ist Mitglied sämtlicher wichtigen Forschungsgesellschaften, Sprecher der deutschen Getherapeuten und kann weltweit 398 Publikationen vorweisen. Ab 1992 arbeitete er am Berliner Max-Delbrück-Centrum, einem der wichtigsten deutschen Forschungsinstitute für die Molekularmedizin. Anfang 1996 konnte die Universität Ulm den Forscher abwerben. Prof. Günther wurde Leiter der Abteilung III der Inneren Medizin.

Ein früherer Kollege des Max-Delbrück-Centrums packte gegenüber anderen Forschern aus: Im Labor von Dr. Günther sei gefälscht worden. Bei vier veröffentlichten Studien habe man Tabellendaten erfunden. Für die Fälschungen sei insbesondere Claudia Bach verantwortlich, die jetzt an der Universität Lübeck arbeite. Frau Bach gestand die Fälschungen ein. Und sie versicherte, sie habe die Daten auf Wunsch ihres Chefs, Dr. Günther, manipuliert. Man habe die Daten manipuliert, weil andere Forscher an einer ähnlichen Studie arbeiteten. Sie hätten das Rennen um die Veröffentlichung im Journal of Experimental Medicine gewinnen wollen. Vom Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Ulm befragt, blieb Dr. Günther dabei, er habe von den Fälschungen nichts gewusst. Der Dekan war mit den Dementi nicht zufrieden und setzte zur Prüfung der Vorwürfe gegen Dr. Günther eine Kommission der Fakultät ein. Der Wissenschaftsminister und ein nationales Gremium von WissenschaftlerInnen wird sich mit dem Urteil dieser Kommission dann weiter befassen. Die Deutsche Krebshilfe hat sämtliche Fördergelder gestoppt. Sie hatte Prof. Günther und seine Crew mit 515.000 DM gefördert, die Deutsche Forschungsgemeinschaft - für die Günther auch Gutachten erstellte - unterstütze ihn mit 300.000 DM. Die Laborbücher von Dr. Günther sind beschlagnahmt. Es geht nicht nur um die Rückzahlung von Forschungsgeldern. Die manipulierten Studien wurden in den wissenschaftlich bedeutendsten Fachzeitschriften der Welt veröffentlicht. Wenn Dr. Günther seine Veröffentlichungen zurückziehen muss - und das hat die Universität Ulm bereits gefordert - ist die Karriere eines der renommiertesten deutschen Mediziner beendet und die deutsche Krebsforschung in Verruf. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft, eine der größten europäischen Wissensagenturen, war dadurch in ihrem Ruf, unbestechlich und nur im Einzelfall fehlbar zu sein, stark angeschlagen. Einen vergleichbaren Wissenschaftsskandal hat es in Deutschland noch nicht gegeben.

Der Fall des Krebsforschers Dr. Günther

1. Antwort:

Ist es vom Dekan in Ulm richtig, eine Fakultätskommission zur Prüfung der Vorwürfe gegen Dr. Günther einzusetzen? Ja Nein
Warum oder warum nicht?

1. Die Streit- und Konfliktpunkte

Der kollektive Auftrag der Gesellschaft an die Wissenschaft wirksame Therapien gegen Krebs zu erforschen, gegen die personalisierte Forschungsorganisation der einzelnen Projekte.

Der individuelle Gewinn - Freude über gute Forschungsergebnisse, Renommee, Geld, Einfluss, Karriere - des einzelnen erfolgreichen Forschers, gegen die Interessen der Allgemeinheit - vertreten in den verschiedenen Forschungsinstitutionen - an einem gerechten Kosten/Leistungsverhältnis der Forschung.

Die Beschränktheit der menschlichen Ressourcen - Zeit, Energie, Motivation, andere Verpflichtungen, etc. - des einzelnen Wissenschaftlers, gegen den unbarmherzigen Druck der Wissenschaft und Forschungsgesellschaften zu forschen und zu publizieren.

Die persönlichen Charakterstärken und -schwächen der einzelnen Wissenschaftler, gegen das existentielle Interesse gerade so sensibler Forschungszweige wie Krebs- und Gentherapie an peinlichster wissenschaftlicher und ethischer Korrektheit der WissenschaftlerInnen.

Das Interesse der Wissenschaftsgemeinde (scientific community) an der Kontrolle von Forschungsdaten durch unabhängige Fachleute, gegen die Tatsache, dass sich Forschungsteams dieser Kontrolle immer wieder entziehen.

Das Geständnis von Frau Bach, die Dr. Günther schwer belastet, gegen die Dementi von Dr. Günther, der von Fälschungen nichts gewusst haben will.

Das Fälschen - d.h. blanke "Erfinden"- von Labordaten und Veröffentlichen erfundener Ergebnisse, gegen das Bemühen mehr oder weniger beteiligter KollegInnen, dieses betrügerische Handeln öffentlich zu machen.

Die Einsetzung einer Untersuchungskommission durch den Dekan der Medizinischen Fakultät, gegen die Rufschädigung dieser und der Berliner Fakultät allein durch den Verdacht, ihre MitarbeiterInnen hätten Daten gefälscht.

Das Interesse von Dr. Günther, sich und noch unbekannte Beteiligte vor persönlichem Schaden zu schützen, gegen das Interesse der Wissenschaftsinstitutionen und der Öffentlichkeit, verursachten Schaden festzustellen und die Schuldigen zur Rechenschaft zu ziehen.

Die Veröffentlichung des Fälschungsverdacht in den Medien, gegen die mangelhaften Kontrolltätigkeiten der Med. Fakultäten und Wissenschaftsgesellschaften.

Das Vertrauen der Deutschen Krebshilfe und Forschungsgemeinschaft in Dr. Günther, gegen den angeblichen Missbrauch seiner wissenschaftlichen und ärztlichen Verantwortung gegenüber diesen Institutionen und der Allgemeinheit.

Der geringe Zuwachs an Renommee - des bereits aufgrund von 394 weltweiten Veröffentlichungen maximal renommierten Dr. Günther - durch die Vortäuschung von

Daten und Veröffentlichung von 4 Artikeln mit falschen Daten, gegen den riesigen Schaden, der durch diese Manipulation entstand: Die gesamte Deutsche Krebshilfe - mit ihr der deutsche Wissenschaftsbetrieb - ist ins Gerede gekommen. Der Schaden für Dr. Günther und seine an der Fälschung beteiligten KollegInnen ist ebenfalls sehr groß.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien

Der Dekan der Med. Fakultät von Ulm hat ein großes Interesse an der Klärung der Vorwürfe gegen Dr. Günther, an der Schadensbegrenzung für das Ansehen der universitären Forschung und an den nötigen Konsequenzen zur Wiederherstellung des Vertrauens der Allgemeinheit in die deutschen Forschungsinstitutionen.

Dr. Günther hat ein Interesse, sich gegen die gegen ihn vorgebrachten Anschuldigungen zu verteidigen.

Das Nachrichtenmagazin „Focus“ hat Interesse, die Fälschung von Labordaten im Verantwortungsbereich von Dr. Günther und der deutschen Krebshilfe und Forschungsgemeinschaft der Öffentlichkeit bekanntzumachen.

Frau Dr. Bach und die an den Fälschungen beteiligten WissenschaftlerInnen haben ein Interesse, ihre Gewissen zu entlasten und an der Schadensbehebung - vollständige Aufklärung der Verantwortlichkeiten, Wiedergutmachung, Verhinderung zukünftigen Wissenschaftsbetruges - mitzuarbeiten.

Die Fakultätskommission der Universität Ulm hat Interesse, einen Untersuchungsbericht mit vollständiger Klärung der Vorwürfe zu erarbeiten.

Die Deutsche Krebshilfe, die Deutsche Forschungsgemeinschaft und von den Fälschungen geschädigte andere wissenschaftliche Institutionen haben ein Interesse an der Aufklärung der Vorwürfe gegen Dr. Günther und der Fälschungen sowie an einer Wiedergutmachung des ihnen zugefügten Schadens.

Die in ihrem Ruf durch die Veröffentlichung gefälschter Daten geschädigten Wissenschaftsjournale und Fachzeitschriften haben ein Interesse an der Wiederherstellung ihres untadeligen Rufes und der Wiedergutmachung des ihnen zugefügten Schadens.

Die deutschen WissenschaftlerInnen haben ein Interesse an einem einwandfreien wissenschaftlichen und ethischen Ansehen in der Allgemeinheit und Wissenschaftswelt.

Die deutsche Allgemeinheit hat ein Interesse am verantwortlichen Umgang mit ihren für die Krebsforschung ausgegebenen Steuergeldern, an der Bestrafung von Missbräuchen und Wiedergutmachung von Schaden.

Die KrebspatientInnen haben ein Interesse an Krebstherapien, deren Wirksamkeit wissenschaftlich einwandfrei geprüft wurde.

3. Die Handlungsfolgen

Durch die sofortige Einsetzung einer Fakultätsuntersuchungskommission kann der durch die Fälschungen entstandene Schaden begrenzt werden.

Durch die Veröffentlichung der Vorwürfe gegen Dr. Günther in „Focus“ entsteht öffentlicher Druck auf die Verantwortlichen, den Fall Dr. Günther schnellstens und gründlich zu klären.

Durch die Veröffentlichung der Vorwürfe gegen Dr. Günther in „Focus“ werden diese einer breiten Öffentlichkeit bekannt und die Ansehensminderung der deutschen Wissenschaftsinstitutionen in der Allgemeinheit verstärkt.

Durch die Forderung, dass Dr. Günther seine gefälschten Veröffentlichungen zurückzieht, und den Stop der Forschungsgelder an Dr. Günther werden nicht mehr nur ein Verdacht gegenüber Dr. Günther untersucht, sondern - im Rahmen einer Schadensbegrenzung - schon Konsequenzen aus einem Tatbestand gezogen, der noch gar nicht vollständig erhoben ist.

Durch den „Einzelfall“ der Fälschungen im Verantwortungsbereich von Dr. Günther wird eine ganze Wissenschaftsgemeinschaft in Verruf gebracht und viele KrebspatientInnen, die auf wirksame Therapien hoffen, werden enttäuscht und verunsichert. Dies hat wiederum Folgen für das gesundheitliche Wohlbefinden dieser PatientInnen.

Der riesige Wettbewerbs- und Erfolgsdruck in der Krebs- und Gentherapieforchung bildet zusammen mit den persönlichen Schwächen der einzelnen ForscherInnen ein Ambiente, wo persönliche Entlastung vom Leistungsdruck durch kriminelle Handlungen gesucht wird.

4. Die Pflichten und Verpflichtungen

Der Dekan der Med. Fakultät Ulm hat die Pflicht, alles Nötige zur unverzüglichen und restlosen Klärung der Vorwürfe gegen Dr. Günther zu veranlassen. Damit kommt er seiner Aufsichtspflicht als Dekan nach sowie seinen Pflichten als Wissenschaftler zur Förderung der Wissenschaft und als Arzt, zum Wohle der PatientInnen zu wirken.

Dr. Günther hat die Pflicht, angerichteten Schaden wiedergutzumachen. Als Wissenschaftler hat er die Wissenschaft zu fördern und als Arzt zum Wohle der PatientInnen zu wirken und Schaden von ihnen abzuwenden. Da er die deutsche Wissenschaft in Verruf gebracht hat, kann er jetzt nur mehr helfen, den guten Ruf der deutschen Forschung wiederherzustellen.

Dr. Günther hat die Pflicht, seine persönliche Integrität zu wahren. Das verlangt von ihm einerseits, sich vor Vorverurteilungen wirksam zu schützen um sich gegenüber Vorwürfen verteidigen zu können. Andererseits kann er seine Integrität nur wahren, wenn er begangene Fehler eingesteht, bereut und den angerichteten Schaden wiedergutzumachen hilft.

Die öffentlichen Medien haben die Pflicht, die Öffentlichkeit über missbräuchliche Verwendung von Forschungsgeldern, über Fälschung von Labordaten und die Folgen für die Wissenschaft zu informieren. Die Öffentlichkeit hat ein Interesse an der Kontrolle der Verwendung öffentlicher Gelder. Sie hat Interesse zu erfahren, welche Ergebnisse von der Forschung erzielt wurden und ein Recht, wahrheitsgemäß informiert zu werden. Es sind die Medien, denen diese Informations- und Kontrollpflichten in der Gesellschaft maßgeblich zukommen.

Die deutsche Krebsforschung und die Deutsche Forschungsgemeinschaft sind verpflichtet, die wissenschaftlichen und ethischen Standards ihrer MitarbeiterInnen durch geeignete Maßnahmen zu kontrollieren und in Zukunft Fälschungen und ähnliches Fehlverhalten verhindern zu können.

Auch die wissenschaftlichen Publikationsorgane haben die Pflicht, ihren Teil an der Verantwortung wissenschaftlich und ethisch einwandfreie Studienergebnisse zu veröffentlichen, wahrzunehmen. Auch die Redaktionen sind der wissenschaftlichen Wahrheit verpflichtet.

Der Fall des Krebsforschers Dr. Günther

2. Antwort:

Ist es vom Dekan in Ulm richtig, sofort eine Fakultätskommission zur Prüfung der Vorwürfe gegen Dr. Günther einzusetzen?

Ja

Nein

Warum oder warum nicht?

Der Fall der Studentin Kornelia Schröder

Die 22jährige Studentin Kornelia trifft auf einer Hochzeitsgesellschaft ihren Jugendkaplan Pfarrer Peter. Sie nützt die Gelegenheit zu einem Gespräch und beginnt zu erzählen: „Ich habe großen Mist gebaut. Als ich vor vier Jahren schwanger wurde, habe ich das Kind abgetrieben. Mein 25jähriger Freund wollte das Kind nicht. Meinen Eltern habe ich nichts gesagt, weil ich Angst hatte, sie würden mich sowieso nicht verstehen. Ich bin zu einem Gynäkologen gegangen und habe mich untersuchen lassen. Er hat die Schwangerschaft bestätigt. Ich habe ihm gesagt, dass ich nicht weiß, ob ich das Kind will oder nicht. Ich habe ihm auch gesagt, dass ich mich mit der Entscheidung völlig überfordert fühle und nicht aus noch ein weiß. Der Arzt war sehr verständnisvoll, ich hatte Vertrauen zu ihm. Da ich nichts gegen den Willen meines Freundes tun und keine Schwierigkeiten haben wollte, entschloss ich mich zur Abtreibung. Ich habe den Arzt gefragt, ob er das machen wolle. Er hat gesagt, er würde keine Abtreibungen vornehmen. Und er hat mir geraten, dass ich in das Landeskrankenhaus des Nachbarbundeslandes gehen solle. Er würde mich überweisen. Ich wollte aber nicht ins Krankenhaus. Also bin ich hier zu einem Arzt gegangen, der Abtreibungen macht und habe es ambulant machen lassen. Ich habe mit niemandem darüber gesprochen. Auch mein Freund wollte mit mir nicht mehr darüber sprechen. Die Sache war für ihn erledigt. Aber mir hat es keine Ruhe gelassen. Ich habe oft so große Schuldgefühle gehabt, dass ich nicht schlafen konnte. Jetzt geht es mir besser, aber mich drückt noch immer die Schuld. Glaubst Du, dass Gott mir meinen Fehler verzeihen wird und ich wieder ruhig sein kann?“ Pfarrer Peter hat Kornelia verständnisvoll zugehört. Es ist gut, meint er zunächst, dass sie über ihr Gewissensproblem mit ihm darüber sprechen würde. Er sieht, dass sie ihren Fehler bereut, dass es ihr leid tut. Und er nimmt ihr Verlangen wahr, sich mit Gott auszusöhnen. Er ermutigt sie, Gott um Verzeihung zu bitten. Er versucht, ihr Vertrauen in die Barmherzigkeit Gottes, der dem reuigen Sünder sein Erbarmen und seine Verzeihung schenkt, zu bestärken. Kornelia ist etwas beruhigter und froh, einmal mit jemandem über ihr Problem gesprochen zu haben. Pfarrer Peter gibt ihr seine Telefonnummer und bietet ihr weiteren Beistand an. Kornelia bedankt sich erleichtert.

Der Fall der Studentin Kornelia Schröder

1. Antwort:

Hat der Gynäkologe Kornelia richtig beraten?

Ja

Nein

Warum oder warum nicht?

Anmerkungen für die Diskussion und das Assessment

1. Die Streit- und Konfliktpunkte

Die 18jährige Schülerin Kornelia, die schwanger ist, gegen das Desinteresse ihres Freundes, seinen Teil der Verantwortung und die Gewissensnot von Kornelia wahrzunehmen, und das Misstrauen in die Eltern, die Kornelia auch nicht verstehen würden.

Die völlig verunsicherte schwangere Kornelia und ihre Überforderung, ihre Entscheidung, das Kind auszutragen oder abtreiben zu lassen, autonom und selbst verantwortlich zu treffen, gegen die große Schutzlosigkeit des ungeborenen Lebens in ihrem Leib.

Die soziale Isolierung von Kornelia in ihrer Entscheidungsfindung, gegen die Pflichten der Gesellschaft, Kornelia - und Frauen in ähnlichen Notsituationen - zu helfen und dadurch das Leben von Ungeborenen zu schützen.

Die Gewissensentscheidung des Arztes, selber keine Abtreibungen vorzunehmen, weil er seine ärztliche Aufgabe zum Schutz des ungeborenen Lebens ausüben möchte, gegen sein Bemühen, für Frauen, die abtreiben lassen wollen, eine gute medizinische Versorgung sicherzustellen, um neben dem Unrecht der Abtreibung nicht auch noch die Frauen einer gesundheitlichen Gefährdung auszusetzen.

Die schnelle Entscheidung zur Abtreibung, die Kornelia vom Druck ihres Freundes, von möglichem Streit mit den Eltern und den persönlichen Konsequenzen für die weitere Lebensplanung als werdende Mutter „befreit“, gegen ihre klares Bewusstsein, dass sie etwas Schlechtes und Unrichtiges tut und getan hat, worauf sie ihre Schuldgefühle auch ständig aufmerksam machen.

Das verantwortliche Handeln des Arztes, was den Gesundheitszustand von Kornelia betrifft, gegen seine Passivität im Abklären der psycho-sozialen Situation von Kornelia und das Nichtansprechen der Beratungsstellen und Einrichtungen, an die sich Kornelia in ihrer schweren Lage um Hilfe wenden könnte.

Die lange Zeit von 4 Jahren, in denen Kornelia mit ihren Schuldgefühlen alleine zu recht zu kommen sucht, gegen die Erleichterung, die sie schon in einem kurzen Gespräch mit dem Seelsorger erfährt.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien

Kornelia hat ein Interesse, dass ihr Freund zu seiner Verantwortung steht und sie in ihrer schweren Lage nicht alleine lässt.

Das Interesse von Kornelia, bei ihren Eltern Verständnis für ihre Sorgen und Nöte zu finden.

Das Interesse des heranreifenden Lebens auf Schutz und Angenommenwerden durch

die Eltern.

Das Interesse des Arztes, nicht selber Abtreibungen vornehmen zu müssen.

Das Interesse des Arztes, dass Kornelia, sollte sie abtreiben lassen, dadurch nicht ihre eigene Gesundheit gefährdet.

Das Interesse des Pfarrers Peter, Kornelia ernst zu nehmen, ihr den barmherzigen Gott zu verkünden und in weiteren Gesprächen für Kornelias Seelsorge bereit zu sein.

3. Die Handlungsfolgen

Weil der Freund von Kornelia nicht haben will, dass Kornelia sein und ihr Kind austrägt, steht Kornelia in der Entscheidung, zum Kind zu stehen oder nicht, völlig alleine da und der Druck auf sie und die Zweifel, ob sie es überhaupt schaffen kann, jetzt Mutter zu werden, wurden daher verstärkt.

Weil Kornelia auch nicht mit ihren Eltern sprechen kann oder will, weil sie keine Freundinnen hat, mit denen sie über ihre Probleme sprechen kann und auch keine Beratungsstelle aufsucht, ist sie mit ihrer Entscheidung völlig alleine.

Da Kornelia nicht in das Landeskrankenhaus gehen will - weil ihr z.B. die Umstände dafür zu aufwendig erscheinen oder sie Angst hat, bloßgestellt zu werden und Diskriminierungen zu erleiden - nimmt sie das größere eigene Gesundheitsrisiko einer ambulant vorgenommenen Abtreibung in Kauf.

Weil sie die Gelegenheit zu einem Gespräch mit einer Vertrauensperson fand, konnte sie über ihre Schuld sprechen, für ihre Situation Verständnis finden, und Erleichterung gegenüber ihrem quälenden Gewissen erhalten.

Obwohl der Schwangerschaftsabbruch nach §96 StGB unter Strafe steht - Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr - so ist die Tat nach §96 Abs.1 nicht strafbar, weil Kornelia innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft die Abtreibung vornehmen ließ, das Gespräch mit dem Gynäkologen als der Abtreibung vorhergehende ärztliche Beratung gilt und die Abtreibung von einem Arzt durchgeführt worden ist.

4. Die Pflichten und Verpflichtungen

Kornelia und ihr Freund haben die Pflicht, das von ihnen gezeugte ungeborene Leben zu schützen, es anzunehmen und für seine gesunde Entwicklung Sorge zu tragen.

Nach §97 Abs.2 StGB ist weder der Gynäkologe, noch irgendein Arzt verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder an ihm mitzuwirken, es sei denn, der Abbruch ist notwendig, um dadurch die Schwangere aus einer unmittelbaren Lebensgefahr zu retten. Diese Gewissensklausel ermöglicht den ÄrztInnen, entsprechend ihren Werten und Überzeugungen dem eigenen Gewissen zu folgen und dadurch das Selbstbestimmungsrecht und die persönliche Integrität zu schützen und zu wahren.

Der Arzt ist verpflichtet, Leben zu erhalten. Daher ist er auch verpflichtet, für den

Schutz des ungeborenen Lebens zu sorgen. Die Entscheidung zur Abtreibung ist eine autonome Entscheidung der Schwangeren. Der Arzt trägt an dieser Entscheidung insofern eine Mitverantwortung, als sein ärztliches Handeln - und dazu gehört auch der ärztliche Rat - der Schwangeren dazu verhelfen soll, ihr Selbstbestimmungsrecht auch frei ausüben zu können. Der Gynäkologe von Kornelia hat, bei aller Sorge um deren Gesundheit und Wahrung seines eigenen Gewissens, deshalb auch die Pflicht, sich über die psycho-soziale Lage von Kornelia von ihr informieren zu lassen. Der psychische Druck, den Kornelias soziale Isoliertheit als Schwangere auf sie ausübt, behindert ihre Entscheidungsautonomie. Der Vorschlag, den Entschluss zur Abtreibung mit Hilfe einer kompetenten Beratung durchzubesprechen und andere Möglichkeiten zu überdenken, gehört deshalb zu den Verpflichtungen des Gynäkologen.

Der Fall der Studentin Kornelia Schröder

2. Antwort:

Hat der Gynäkologe Kornelia richtig beraten?
Warum oder warum nicht?

Ja

Nein

Der Fall des „Erlanger Babys

Am 5. Oktober 1992 um 14.00 Uhr verunglückte die schwangere Zahnarzthelferin Marion Ploch. Erst „Die Zeit“ vom 30. Oktober, 25 Tage Berichterstattung waren verstrichen, brachte eine Schilderung des Unfallherganges und seiner unmittelbaren Folgen: Marion Ploch prallte mit ihrem Auto auf dem Heimweg von der Arbeit gegen einen Baum. Der eintreffende Notarzt stellte ein schweres Schädelhirntrauma fest - die linke Augenhöhle und Schädelknochen waren zertrümmert - intubierte Marion Ploch, d.h. er führte ihr einen Tubus in die Luftröhre ein, beatmete sie und sorgte für eine medikamentöse Sicherstellung der Kreislauffunktionen. Marion Ploch wurde in das Universitätsklinikum Erlangen transportiert. Die untersuchenden Ärzte hielten sie am Leben. Ihre Leber, zwei Nieren, eine Bauchspeicheldrüse und das Herz waren gesund, sie war der Idealtyp einer Organspenderin. Und viele PatientInnen warteten verzweifelt auf ein lebensrettendes Organ. Die Ultraschalluntersuchung des Bauches ergab aber auch, dass Marion Ploch in der 15. Woche schwanger war. Am 8. Oktober wurde bei der Schwangeren der Hirntod festgestellt. Eine Organentnahme kam nicht in Frage. Am Abend des 9. Oktobers wandte sich der Vater von Marion Ploch verzweifelt an die Bild-Zeitung um Hilfe. Er erhielt keine klaren Auskünfte von den Ärzten, so seine Beschwerde, war verunsichert, warum die Ärzte das Beatmungsgerät nicht ausschalteten und hatte Angst, dass seiner Tochter gegen deren und deren Eltern Willen Organe zu Transplantationszwecken entnommen werden würden. Der Klinikchef, ein Rechtsmediziner, der behandelnde Transplantationschirurg, ein Gynäkologe, ein Kinderarzt, ein Neurochirurg und ein Anästhesist beratschlagten, was jetzt zu tun sein. Die Angehörigen wurden nicht befragt. An den Beratungen nahm keine Frau teil, auch kein Ethiker, Philosoph und Theologe. Die Herren entschieden sich für den Versuch, den Fötus im Leib der hirntoten Marion Ploch am Leben zu erhalten. Der Klinikleiter verhängte über die Klinik ein Informationsverbot. Das Erlanger Jugendamt macht sich Sorgen um die Vertretung der Interessen des Ungeborenen und die Verfechtung des Letzten Willens von Marion Ploch und mobilisiert das Amtsgericht. Der Vormundschaftsrichter holt Erkundigungen ein und stellt fest, dass Marion Ploch das Kind gewünscht hat und es allein, d.h. ohne den Vater, großziehen wollte: Sie hatte Babywäsche gekauft, einen Kinderwagen und im Unfallauto saß ein weißer Teddybär. Der Richter trennte juristisch zwischen Fötus und Mutterleib. Für das Ungeborene wurde eine Pflegschaft bestellt. Die Großeltern erklärten sich bereit, die Aufgabe zu übernehmen. Marion Plochs Mutter ist 34 Jahre alt. Für Marion Ploch ernannte der Richter eine Tante als Betreuer, da diese des Denkens und Redens nicht mächtig und deshalb nicht in der Lage war, ihren Willen zu artikulieren. Der Richter stellt auch klar, dass er jetzt mit den Ärzten über Tod und Leben mitentscheidet. Die Ärzte wollten, sollten sich beim Fötus Anzeichen für eine Behinderung einstellen, die künstliche Beatmung abstellen. Für den Richter wäre eine Behinderung des Fötus kein Grund zum Abstellen der künstlichen Beatmung. Das Pflorgeteam ist erleichtert, dass der Fall in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Es ist aber auch extrem belastet, behandelt Marion Ploch als Lebende, spricht sie an, kämmt sie, wäscht sie, wickelt sie und behandelt mit Krankengymnastik den drohenden Muskelschwund. Nachrichten, dass die Mitglieder den psychischen Stress dieser Situation nicht mehr aushalten, sickern aus der Klinik. Am 16. November 1992 stirbt der Fötus im Leib von Marion Ploch.

Der Fall des „Erlanger Babys“

1. Antwort:

Hätte der behandelnde Arzt am 8. Oktober 1992, nachdem der Hirntod festgestellt worden war, das Beatmungsgerät von Marion Ploch abstellen sollen? Ja Nein
Warum oder warum nicht?

Anmerkungen für die Diskussion und das Assessment

1. Die Streit- und Konfliktpunkte

Das lebensrettende Eingreifen des Notarztes, gegen die schwere Verletzung des Schädelhirntraumas, die einen Heilungserfolg mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausschließen lässt.

Die maximale intensivmedizinische Behandlung von Marion Ploch an der Universitätsklinik, gegen die offensichtliche Vergeblichkeit, das Leben von Marion Ploch retten zu können.

Die Hoffnung von vielen verzweifelten Menschen auf eine Organspende, gegen den Willen der Eltern von Marion Ploch - und gegen den mutmaßlichen von ihr selbst -, ihre gesunden Organe nach eingetretenem Hirntod zur Explantation und Transplantation zur Verfügung zu stellen.

Der Hirntod von Marion Ploch und ihr Recht auf ein würdevolles Sterben, d.h. die Wahrung der Pietät, gegen das anscheinend gesunde Leben des Fötus.

Die gestörte Beziehung zwischen den Ärzten und dem Vater von Marion Ploch, gegen den Hilferuf des Vaters, die Bild-Zeitung möge bei der Wahrung seiner und seiner Tochter Interessen gegen die Ärzte helfen.

Das Entscheidungsdilemma der Ärzte zwischen ihrer Verpflichtung, das Leben des Fötus zu schützen und der Pflicht, den Sterbeprozess der bereits hirntoten Marion Ploch nicht zu verlängern, gegen den Wunsch der Eltern, den großen Druck der veröffentlichten Meinung - vor allem Ethiker und Theologen verlangten, der „Natur ihren Lauf zu lassen“ - und einem Teil der Bevölkerung, die Beatmungsmaschine abzustellen.

Die Beschränkung des Entscheidungsprozesses für das weitere ärztliche Vorgehen auf den Kreis von einigen Ärzten, gegen das Interesse der Eltern von Marion Ploch, mit den Ärzten auch darüber sprechen zu können, den Ausschluss des Pflegeteams, das Nichtbeiziehen von ExpertInnen - wie z.B. PsychologInnen, SeelsorgerInnen, EthikerInnen, JuristInnen, etc. und das berechnete Informationsinteresse der Öffentlichkeit über die Argumente und die Folgen der getroffenen Entscheidung.

Das Bemühen der Massenmedien den Fall aufzugreifen, darüber zu berichten, entsprechend der Meinungsfreiheit eine plurale Palette von Meinungen und

Argumenten zu Wort kommen zu lassen, gegen die Unmöglichkeit, in dieser Debatte nicht emotional betroffen und aufgrund von Ängsten, Befürchtungen und Zweifeln zu reagieren.

Die Empörung vieler Frauen, die im Handeln der Ärzte gegenüber Marion Ploch eine Verletzung ihres eigenen Rechtes auf Selbstbestimmung erfahren, gegen die Entscheidungsdilemmata des vorliegenden konkreten Falles.

Der Bescheid des Richters, dass der Fötus auch bei Behinderung und gesundheitlichen Schäden ein Recht auf Leben hätte, gegen die Entscheidung der Ärzte, im Fall derartiger Behinderungen das Beatmungsgerät auszuschalten.

Das Verhalten des Pflorgeteams gegenüber Marion Ploch als einer Patientin, die wieder gesund wird, gegen den Hirntod von Marion Ploch, der unwiderruflich auf ihr Sterben verweist.

Die Einschätzung eines Teiles der Fachmediziner, dass es beim gegenwärtigen Stand der Medizin unmöglich sei, einen 12 Wochen alten Fötus über Monate im Leib einer Hirntoten am Leben zu erhalten und dieses Experiment daher unverantwortlich sei, gegen die Einschätzung des anderen Teiles der Fachwelt, dass es sehr wohl möglich oder zumindest eines Versuches wert sei, die Behandlung der Hirntoten aufrechtzuerhalten, damit das Kind leben kann, und um wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen, die vielen Babies zugute kommen werden.

Die Überzeugung der behandelnden Ärzte, alles zum Wohle des Fötus zu unternehmen, gegen die Überzeugung, dass das Handeln der Ärzte dem Fötus und Kind nur Schlechtes antue.

Die ethische Tradition in der Medizin, wonach bisher mit dem Tod einer Frau im Frühstadium der Schwangerschaft auch der Tod des ungeborenen Kindes in Kauf genommen worden ist, gegen die Möglichkeit zu einem alternativen Handeln, das aufgrund der Medizinentwicklung in Reichweite gerückt ist und die Betroffenen vor ein Entscheidungsdilemma stellt.

2. Die legitimen Interessen der Konfliktparteien

Über die Interessen von Marion Ploch kann nach ihrem Unfall nur gemutmaßt werden, aber sie kann diese selber nicht mehr äußern und verständlich machen.

Das Interesse des Fötus kann - wie bei jedem Fötus - nur aus dem Schutz des Lebens, zu dem die Verfassung eines Rechtsstaates die StaatsbürgerInnen verpflichtet, gefolgert werden.

Das Interesse des Vaters von Marion Ploch ist eine vollständige Aufklärung durch die Ärzte, eine Einbeziehung in deren Entscheidungsprozesse und die Respektierung seines Willens bzgl. der Nichteinwilligung in die Explantation von Organen der hirntoten Tochter.

Es ist das Interesse des Vaters von Marion Ploch, zum Schutze seiner Interessen Hilfe in Anspruch zu nehmen und sich an die Öffentlichkeit zu wenden.

Es ist das Interesse des Notarztes, Marion Ploch am Leben zu halten.

Es ist das Interesse von vielen Menschen, Organe gespendet zu bekommen.

Es ist das Interesse der behandelnden Ärzte, den Fötus von Marion Ploch am Leben zu erhalten und die Beatmungsmaschine und intensivmedizinische Behandlung nicht abzustellen.

Es ist das Interesse der behandelnden Ärzte, die Perinatalmedizin weiterzuentwickeln und so zu ermöglichen, dass der Fötus im Leib von Marion Ploch bzw. Föten in ähnlichen Situationen sich gesund entwickeln können.

Es ist das Interesse der Massenmedien, mit Titeln wie „Tote als Brutkasten“, „Was darf die Medizin“, „Leben in der Leiche“, „Schaden an der Seele“, „Das Kind hört zu“, „Das Baby der lebenden Toten“, „Tun, was man kann?“, „Schneewittchens Kind“, etc., die Aufmerksamkeit auf den Fall des „Erlanger Babys“ zu ziehen, die damit verbundenen Probleme anzusprechen und zu diskutieren.

Es ist das Interesse des Richters, den Fall des „Erlanger Babys“ auf der Grundlage der rechtlichen Situation zu einer Klärung zu bringen.

Es ist das Interesse des Pflorgeteams, in der intensiven Pflege von Marion Ploch einen Sinn zu sehen, um die schweren Belastungen dieser Situation bewältigen zu können.

Viele Menschen und vor allem Frauen haben Interesse, dass ihre bedrängenden Fragen im Zusammenhang mit dem Fall des „Erlanger Babys“ ausgesprochen werden können und sie Gehör finden, wenn sie von ihrer völligen Verunsicherung erzählen wollen. Die Bedrohungen, die der Fall des „Erlanger Babys“ besonders bei Müttern oder jungen Frauen lebendig werden lässt, werden durch die Vorstellung wachgerufen, einmal in dieselbe Lage wie Marion Ploch zu kommen. (Diese Verunsicherung wurde am 10.10. 1992 in meiner Vorlesung an der Medizinischen Fakultät von einer Physiotherapeutin und Mutter von 2 Kindern stellvertretend für die teilnehmenden StudentInnen und zum Teil auch für die anwesenden Ärzte verbalisiert.)

3. Die Handlungsfolgen

Das rasche Intubieren und Beatmen von Marion Ploch durch den Notarzt hat zur Folge, dass Marion Ploch nicht stirbt, voll intensivmedizinisch behandelt wird und nach ihrem Hirntod eine „ideale Organspenderin“ wäre, würde sie nicht schwanger sein.

Das fehlende Gesprächs- und Vertrauensverhältnis zwischen den Marion Ploch behandelnden Ärzten und ihrem Vater führt zur Veröffentlichung des Falles in der Bild-Zeitung und anschließenden dauernden Berichterstattung in den Medien.

Die Entscheidung der behandelnden Ärzte, die Beatmungsmaschine nicht abzustellen, solange am Fötus keine Gesundheitsschädigungen festzustellen sind, hat eine

stürmische, gefühlsbetonte, hitzige und völlig kontrovers geführte öffentliche Debatte zur Folge, die Befürworter und Gegner dieser Entscheidung entzweit.

Der Tod des Fötus am 16. 11. 1992 hat das Verschwinden des Falles aus den Massenmedien, das Ende der erregten Diskussionen und das stille Übergehen der vielen bedrängenden Fragen im Umgang mit der Würde der Frau, der Würde ungeborener Kinder und der Würde des Todes, dem Machbaren und dem Verantwortbaren in der Perinatal- und Intensivmedizin, etc. zur Folge.

4. Die Pflichten und Verpflichtungen

Der Notarzt hat die Pflicht, Marion Ploch am Unfallort zu intubieren und notfallmedizinisch zu versorgen, da es grundsätzlich seine ärztliche Aufgabe ist, Leben zu erhalten.

Die Ärzte, die Marion Ploch auf der Intensivstation behandeln, haben die Pflicht, die Eltern von Marion Ploch - die jetzt in erster Linie als die Vertreter des Willens ihrer bewusstlosen Tochter zu gelten haben - voll über die Entscheidungsproblematik zu informieren und sie am Entscheidungsprozeß teilnehmen zu lassen.

Die Ärzte haben die Pflicht, die Öffentlichkeit über die Problematik intensivmedizinischer Entscheidungsprobleme - insbesondere was die Behandlungsindikationen und den Behandlungsabbruch betrifft - zu informieren und zu einer Grundsatzdiskussion über die völlig ungelöste Frage, was in diesen Fällen richtiges und gutes Handeln ist, herauszufordern. Grundlage einer gesellschaftlichen Konsensbildung über diese schwierigen und bedrängenden - weil verdrängten - Fragen ist die Information der StaatsbürgerInnen über die bestehende Problematik. Und diese Information kann nur von den Ärzten als den Fachleuten kommen.

Der Fötus von Marion Ploch hat ein Recht auf Leben. Er hat aber auch ein Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit, d.h. er hat ein Recht, nicht Gegenstand eines Humanexperimentes zu sein, das seine Unversehrtheit aufs Spiel setzt. Diese Rechte sind wiederum nicht unabhängig vom mütterlichen Leben. Da die hirntote Marion Ploch von ihrem Selbstbestimmungsrecht nicht mehr Gebrauch machen kann, bleibt von ihren Rechten das Recht auf ihren Tod und ihre Totenruhe. Ob die Rechte des Kindes auf Leben gegenüber den Rechten der Mutter unter-, gleich- oder übergeordnete Bedeutung besitzen, ob das Lebensrecht eines Fötus oder das Recht auf den Tod der hirntoten Mutter Vorrang besitzt, ist hier deshalb so schwer zu bewerten, da die Gefahr des Absterbens des Fötus in der wissenschaftlichen Meinung unterschiedlich eingeschätzt wird.

Die hirntote Frau Marion Ploch hat ein Recht auf ihren Tod und ihre Totenruhe. Die Ärzte können aber nicht gezwungen werden, die Beatmungsmaschine abzustellen. Das würde der den Ärzten vom Gesetz zugesicherten selbständigen Berufsausübung widersprechen. Es ist die legitime Gewissens- und Behandlungsentscheidung der Ärzte, das Lebensrecht des Fötus vorrangig zu behandeln. Die Ärzte können wohl vom Richter zur Verantwortung gezogen werden, sollten sie die Beatmungsmaschine im Falle festgestellter gesundheitlicher Schäden bei dem Kinde abstellen.

Der Fall des „Erlanger Babys“ verweist auf die Unsicherheit in unserer Gesellschaft,

außerhalb rechtlicher Ge- und Verbote die Frage nach den ethischen Grundlagen des Lebensschutzes radikal zu stellen. Es ist deshalb die Aufgabe sämtlicher Beteiligten und Betroffenen - d. h. letztlich von uns allen - eine gründliche Diskussion über die Lebensrechte, Lebensinteressen und Abstufungen in den Lebensrechten im Zusammenhang mit medizinischen Handlungen und dem Gemeinwohl zu führen.

Der Fall des „Erlanger Babys

2. Antwort:

Hätte der behandelnde Arzt am 8. Oktober 1992, nachdem der Hirntod festgestellt worden war, das Beatmungsgerät von Marion Ploch abstellen sollen? Ja Nein
Warum oder warum nicht?

Auswertung der schriftlichen Antworten zu zwei vorgestellten Fällen

Datum:

Name:

Auswertungskriterium	Fall	Fall
Konfliktpunkte 5 = alle 1 = der Wichtigste		
Interessensparteien 3 = sämtliche 1 = Hauptperson		
Handlungsfolgen 4 = verschiedene 1 = naheliegendste		
Verpflichtungen 5 = aufgrund von Werten, Argumenten und Überzeugungen 1 = ohne rationale Begründung		
Assessment-Bereitschaft 3 = klare Gründe zur Wahl der zweiten Antwort 1 = ohne Gründe		
Insgesamt Punkte		
	Gesamtnote:	

- 20 bis 17 Punkte: Sehr gut
- 16 bis 14 Punkte: Gut
- 13 bis 11 Punkte: Befriedigend
- 10 bis 09 Punkte: Genügend
- 00 bis 08 Punkte: Nicht genügend