

1
Jg. 3 • 2012

Zeitschrift für
Medizin-Ethik-Recht

ZfMER



IM FOKUS

Medizinethik im kulturellen Kontext

Individuum und Gemeinschaft
im afrikanischen Gesundheitswesen

Islamische Medizinethik

Das Hospizwesen in China

Recht

Wissenschaftsbetrug
Von Plagiaten, Posten
und Publikationen

Ethik

Der Kohärentismus
innerhalb der Medizinethik

Fallbesprechung

Autonomie im
Krankheitsfall

ISSN 2194-377X

Liebe Leser!

Das „MERKblatt“ heißt nun schlicht „Zeitschrift für Medizin-Ethik-Recht“. Auch wenn wir mit dem selbsterklärenden Titel den Gepflogenheiten anderer Fachmagazine entsprechen, werden wir bezüglich der Artikel weiterhin an stilistischer Vielfalt festhalten.

Die Vielfalt aus medizinethischer und -rechtlicher Perspektive steht auch im Zentrum dieser Ausgabe, die sich den kulturellen Differenzen und Ähnlichkeiten widmet. Dabei geht es nicht darum, die Differenzen als das Andere zu hiesigen Praktiken und Einstellungen zu betrachten, noch darum, die Ähnlichkeiten im Anderen aufzuspüren, um Eigenes und Fremdes aneinander anzunähern oder gar anzugleichen. Es geht also nicht um eine globale oder transkulturelle Medizinethik, die sich stets den Vorwurf gefallen lassen müsste, auf einem bestimmten – westlich geprägten – Bild vom Menschen zu beruhen.

Natürlich kann eine Ausgabe der ZfMER nicht sämtliche kulturellen Aspekte berücksichtigen. Deshalb ist diese Ausgabe nur ein äußerst bescheidener Anfang, den Horizont medizinethischer Perspektiven zu erweitern, und eine Einladung, gewohnte Pfade zu verlassen. Wir werden aber in Zukunft diese Einladung wiederholen. Neu in unserer Zeitschrift ist auch die Rubrik Fallbesprechung, die wir fortan gleichfalls regelmäßig anbieten werden.

An dieser Stelle möchten wir dem Geschäftsführenden Direktor des Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrums Medizin-Ethik-Recht Herrn Prof. Hans Lilie zum Erhalt der Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse für sein jahrelanges Engagement für die Studierenden gratulieren. Ohne sein Gespür dafür, Menschen unterschiedlicher beruflicher Herkunft zusammenzuführen, gäbe es auch keine ZfMER.

Wir bedanken uns bei allen Autoren, die diese Ausgabe mit ihren Texten farbenfroh und funkelnd gestaltet haben.

Ihnen wünschen wir anregende Gedanken und viel Vergnügen beim Lesen!

Andreas Walker

Redaktionsleitung

INHALT

	Editorial	3	Fallbesprechung	
	IM FOKUS: MEDIZINETHIK IM KULTURELLEN KONTEXT		<i>Anna Genske</i>	Autonomie im Krankheitsfall 67
<i>Frank Kressing</i>	Heil und Gesundheit aus der Fremde? Einige ethische Überlegungen zu interkulturellen Transferprozessen in der Komplementär- und Alternativmedizin	6	<i>Johannes-Till Höcker</i>	Kommentar aus medizinischer Sicht I 68
			<i>Brigitte B. Strahwald</i>	Kommentar aus medizinischer Sicht II 69
<i>Hans Lilie</i>	Alternativmedizin (Ganzheitsmedizin) in Deutschland	14	<i>Sebastian Müller</i>	Kommentar aus juristischer Sicht 71
<i>Silke Schicktanz</i> <i>Aviad Raz</i> <i>Carmel Shalev</i>	The cultural context of patient's autonomy and doctor's duty: passive euthanasia and advance directives in Germany and Israel	24		Im Portrait 74
<i>Thomas Eich</i>	Islamische Medizinethik	36	<i>Romy Petzold</i>	Prof. Dr. phil. Mathias Kaufmann
<i>Walter Bruchhausen</i>	Individuum und Gemeinschaft im afrikanischen Gesundheitswesen Medizinethische Fragen im Kulturvergleich	40		Impressum 75
<i>Tania Becker</i>	Zwischen gestern und heute – Das Hospizwesen in der VR China	46		
	Wissenschaftsbetrug			
<i>Sebastian Vogel</i>	Wissenschaftsbetrug Von Plagiaten, Posten und Publikationen	54		
	Ethik			
<i>Clemens Heyder</i>	Der Kohärentismus innerhalb der Medizinethik	62		

Heil und Gesundheit aus der Fremde? Einige ethische Überlegungen zu interkulturellen Transferprozessen in der Komplementär- und Alternativmedizin

von Dr. biol. hum. Frank Kressing

Im Kontext der westlichen Alternativ- und Komplementärmedizin lässt sich ein Boom außereuropäischer Heilverfahren verzeichnen, wobei die Palette der Angebote auf dem globalen Markt der Gesundheitsversorgung von ayurvedischen Heilanwendungen¹ über traditionelle chinesische Medizin (TCM) bis hin zu indianischen Schwitzhüttenzeremonien reicht. Diese Heilverfahren werden z. T. mehr von „Westlern“ als von Einheimischen in Anspruch genommen und sind häufig in der Form ihrer Performanz speziell auf eine westliche Klientel zugeschnitten.² Mit diesem Boom außereuropäischer Heilverfahren wird auch in einem westlichen Kontext zunehmend ins Bewusstsein gerückt, dass die „Biomedizin“³ nur eine der vielen weltweit verbreiteten Formen der Diagnose und Therapie von Krankheiten darstellt. Diese erlangte jedoch mit dem europäischen Kolonialismus und durch die pharmazeutisch-chirurgische Forschung des 20. Jahrhunderts eine weltweite Dominanz und verdrängte teilweise zuvor verbreitete „ethnomedizinische“ Praktiken,⁴ blieb andererseits jedoch in der südlichen Erdhälfte bis heute weitgehend auf die städtischen Metropolen beschränkt, weshalb dort viele Men-

nen auf traditionelle Heilmethoden zurückgreifen müssen oder wollen.⁵ Infolge dessen stellt medizinischer Pluralismus weltweit etwas ganz Selbstverständliches dar. Patienten aus unterschiedlichen Kulturen nehmen verschiedene Heilinstanzen und Behandlungsweisen (oft auch konträrer Ausrichtung) im Rahmen des weit verbreiteten *Health* oder *Healer Shopping* gleichzeitig oder konsekutiv in Anspruch.⁶

Vom *Health Shopping* zum *Paradigm Shopping*

Die inzwischen auch im europäisch-nordamerikanischen Kulturraum alltägliche Erscheinung des *Health* und *Healer Shopping* stellt nicht allein das Primat der Biomedizin in Frage und trägt in Bezug auf die Wirksamkeit und Überprüfbarkeit der jeweiligen Heilverfahren zur Entgrenzung der Medizin bei, sondern ist auch mit der interkulturellen Begegnung verschiedener Ätiologien und Wertsysteme verbunden, denn ethnomedizinische Praktiken können nicht als isolierte Medizintechniken betrachtet werden, sondern sind immer auch in einen kulturellen Kontext von Heilung und Ritual eingebettet.⁷ Speziell zur Kennzeich-

nung des zeitgenössischen *Health* und *Healer Shopping* im westlichen Kontext sei hier der Begriff des *Paradigm Shopping* eingeführt, worunter ich verstehe, dass in der therapeutischen Anwendung der „Ethnomedizin“ (1) zwischen verschiedenen medizinischen Kosmologien gewechselt wird und (2) zunehmend nicht-westliche Heilweisen in ökonomische Verwertungsmechanismen auf dem globalen Gesundheitsmarkt eingebunden werden. Gemäß dieser Begriffsbestimmung zeichnet sich *Paradigm Shopping* gleichermaßen durch die eklektizistische Übernahme einzelner Versatzstücke aus außereuropäischen Medizintraditionen (im Sinne eines „spirituellen Selbstbedienungsladens“) wie auch durch die kommerzialisierte Aneignung fremdkulturellen Wissens aus, was ethische Fragen in Bezug auf geistige Eigentumsrechte (*Intellectual Property Rights*), gerade auch bezüglich des überlieferten Wissens indigener Völker (*Indigenous Knowledge*),⁸ Benefit Sharing und die Fortführung kolonialer Traditionen in der Bioprospektion aufwirft.

Beispiele für den (versuchten) interkulturellen Transfer von Heilung und Ritual

Bevor ich mich diesen ethischen Fragestellungen zuwende, sollen kurz einige zeitgenössische Beispiele für den versuchten interkulturellen Transfer von Heilung und Ritual angeführt und die geschichtlichen Wurzeln der Hinwendung zur „Ethnomedizin“ angeris-

sen werden.

- (1) Seit den 1950er Jahren werden Elemente der so genannten traditionellen chinesischen Medizinen (TCM) in den europäisch-nordamerikanischen Kontext übernommen, wobei TCM in der uns bekannten Form gar nicht einmal so traditionell ist, sondern für sich bereits eine in der Volksrepublik China und Taiwan entwickelte Synthese europäischer und ostasiatischer Vorstellungen darstellt.⁹
- (2) Im Zuge einer seit den 1960er Jahren andauernden Welle des Neo-Schamanismus erfreuen sich schamanistische Praktiken – ursprünglich einmal auf Nord- und Zentralasien und Teile des indigenen Amerikas beschränkt – fast weltweit großer Beliebtheit.¹⁰ Die entsprechenden Kenntnisse können vermeintlich in Wochenend- oder mehrtätigen Kursen erlernt werden,¹¹ wobei das Schamanismus-Konzept in einer sehr großzügigen ethnographischen Definition auch auf fast alle traditionellen Medizinformen ausgedehnt wird.¹² Manche Gegner dieses Kulturtransfers – vor allem Heilerinnen und Heiler aus den entsprechenden indigenen Kulturen selbst, soweit sie nicht an diesem Boom partizipieren – bezeichnen derartige Praktiken auch als Instant- oder Plastik-Schamanismus.¹³
- (3) Seit den 1980er Jahren erfreuen sich indianische Schwitzhüttenzeremonien (Inipi) in Europa

steigender Beliebtheit, popularisiert u. a. durch den Lakota-Medizinmann Archie Fire Lame Deer (1935-2001). Bei diesen Ritualen, die der körperlichen und geistigen Reinigung dienen, setzen sich die Teilnehmer in einer halb unterirdischen, kuppelförmigen Zelt- oder Hüttenkonstruktion der Hitze von Steinen aus, die zuvor in einem Feuer erhitzt wurden.¹⁴ Die Verbreitung dieser Art „Sauna“ und der während des Rituals üblichen traditionellen Gebete über ethnische Grenzen hinweg ist bei Vertretern nordamerikanischer Indigener stark umstritten.

Historische Grundlagen des medizinischen „Grenzgängertums“ – Lebensreform, Zivilisationskritik und Alternativbewegung

Es sei hier die These vertreten, dass die Hinwendung zur Ethnomedizin im „Westen“ eng mit der „Ambivalenz der Fremdwahrnehmung“ in der europäischen Geistesgeschichte verbunden ist. Unter „Ambivalenz der Fremdwahrnehmung“ verstehe ich die seit den europäischen Entdeckungsreisen nachweisbare widersprüchliche Sicht außereuropäischer Kulturen, gemäß der nicht-westlichen Völkern einerseits Primitivität und Inferiorität zugeschrieben wird, diese aber andererseits auch einer stereotypen Idealisierung als vermeintliche Vertreter des Naturzustandes der Menschheit unterworfen werden.¹⁵ Die Tendenz zur positiven Bewertung von

„Indianern“, Südseeinsulanern und anderen „Eingeborenen“ entspricht einer aufklärerischen Tendenz des 17. und 18. Jahrhunderts,¹⁶ die zwar mit dem Aufkommen der Idee einer gesetzmäßigen Höherentwicklung der Menschheit¹⁷ zugunsten der evolutionistischen Überbewertung des Europäers zurückgedrängt wurde,¹⁸ jedoch immer wieder periodische Phasen des Aufschwungs erlebte. Auch noch im 19. Jahrhundert erwachsen trotz des vorherrschenden evolutionistischen und kolonialistischen Paradigmas aus der Begegnung mit fremden Kulturen Anregungen, die eigene Lebensweise und Gesellschaft in Frage zu stellen¹⁹ – dies besonders in den Lebensreformbewegungen, welche Industrialisierung, Urbanisierung, Materialismus kritisierten und sich bereits zu einer Zeit gegen die „seelenlose Apparatemedizin“ wandten, als sich die Biomedizin noch in „vorantibiotischen Zeiten“ befand und nur einen sehr unvollständigen Entwicklungsstand erreicht hatte.²⁰ Die lebensreformistische Zivilisations- und Medizinkritik setzte sich – wiederum durch vielfältigen Rückgriff auf „naturvolkliche“ Lebensweisen und das Streben nach einem harmonischen Naturzustand – sowohl in der bündischen Jugendbewegung und Siedlungsbewegung der Zwischenkriegszeit²¹ als auch in der Hippie- und Alternativbewegung der post-1960er Jahre fort. All diesen „Gegenbewegungen“ war gemeinsam, dass sie sich naturorientierten, spirituell und ökologisch orientierten Gesundheitskonzepten verschrieben.²²

Wie diese Beispiele zeigen, stellt weder die Hinwendung zur Alternativ- und Komplementärmedizin noch die Nutzung der Imaginationen fremder Kulturen als Projektionsflächen eigener Wünsche und Sehnsüchte etwas grundsätzlich Neues in unserer Kultur dar.

Imaginationen von „Indianern“ und „Mythos Tibet“

Dass die Idealisierung nicht-westlicher Völker und die Vereinnahmung ihrer Lebensweise²³ genauso wenig zu einem besseren interkulturellen Verständnis und der Wertschätzung des Fremden beiträgt wie die Abwertung außereuropäischer Lebensweisen und Zuschreibungen unmittelbarer Primitivität, sei hier am Beispiel des Indianerbildes im deutschsprachigen Raum verdeutlicht. Die vor dem Hintergrund der literarischen Tradition Hans Staudens (1525-1576), John Fenimore Coopers, Karl Mays²⁴ und Fritz Steubens (1898-1981)²⁵ seit den späten 1970er Jahren einsetzende populäre Stigmatisierung von Indianern als Verkörperung einer (vermeintlich) umweltverträglichen Lebensweise und egalitären, teilweise sogar matrilinearen Sozialstruktur²⁶ trug keinesfalls nur zur Wertschätzung amerikanischer Indigener bei, sondern entwarf ein Zerrbild des „edlen Wilden“, der je nach Zeitgeschmack und politischer Orientierung grün-ökologisch, feministisch-pazifistisch, militant-anti-imperialistisch oder spirituell-vegetarisch gedacht und konstruiert wurde.²⁷

Als eine fast ebenso beliebte Projektionsfläche eigener Hoffnungen, Sehnsüchte und Wünsche erwiesen sich in der europäischen Geistesgeschichte der Himalaya-Raum und benachbarte Regionen Zentralasiens. Mit ihrer Veröffentlichung zu den „Gesundheitsgeheimnissen der Hunza“ im Karakorum-Gebirge begründete die US-amerikanische Schauspielerin und Autorin Reneé Taylor (geb. 1933) in den frühen 1960er Jahren den Mythos eines in spiritueller Harmonie lebenden, trotz karger Lebensbedingungen vor Gesundheit strotzenden Volkes mit erstaunlicher Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter hinein²⁸ – unbeschadet der Tatsache, dass die im äußersten Norden Pakistans (Gilgit Baltistan Territory) lebenden Hunza historisch ihren Lebensunterhalt zuvor hauptsächlich als Karawanenräuber an den Passstraßen zwischen Indien und China bestritten hatten.²⁹ Fast zeitgleich lässt sich – seit dem chinesischen Einmarsch von 1959 in Tibet – eine überproportionale Popularität des tibetischen Buddhismus im Westen verzeichnen, verbunden mit der charismatischen Persönlichkeit des Dalai Lama, aber auch der Identifikation mit einer durch menschenrechtswidrige Praktiken und zwangsweise politische Vereinnahmung bedrängten Minderheit im Gebiet der Volksrepublik China.³⁰

Spirituelle Neo-Kolonialismus?

Wie das Beispiel der „Gesundheitsgeheimnisse der Hunza“ zeigt, bestimmt

die im europäischen Geistesleben fest verwurzelte Grundeinstellung der doppelbödigen Fremdwahrnehmung auch den Umgang des „Westens“ mit fremdkulturellen medizinischen Traditionen – und zwar dergestalt, dass im westlichen Kontext verschiedene Versatzstücke meist spirituell gebundener Formen von Heilung und Ritual im Sinne eines spirituellen Selbstbedienungsladens in eklektizistischer Weise übernommen, adaptiert und umfunktionalisiert werden. Die tiefere Motivation der Übernahme fremdkultureller spiritueller Praktiken und Heilweisen in unserer Kultur scheint im Versuch der Kompensation emotionaler Defizite unbefriedigter Gesundheitsbedürfnisse und Sehnsüchte unserer Kultur und in der Übernahme von Patentrezepten für ein besseres spirituelles Leben zu liegen. Indigene Völker und die „alten Kulturen Asiens“ müssen zur Kompensation westlicher Defizite erhalten – eine Erscheinung, die durchaus als spiritueller Neokolonialismus bezeichnet werden kann und eng mit post-kolonialen Strategien ökonomischer Bereicherung verbunden ist. Damit ist angedeutet, dass über die ethische Frage der Vereinnahmung fremdkultureller „Weltanschauungen“ hinaus der Umgang mit der „Handelsware Spiritualität“, der „Handelsware Gesundheit“ und der „Handelsware Pharmazie“ ökonomische Implikationen hat.

Pharmazeutische Verwertungsinteressen: *Intellectual Property Rights*, *Indigenous Knowledge* und *Biomapping*

Die weltweite Kommerzialisierung außereuropäischen Heilwissens wirft die Frage nach geistigen „Eigentumsrechten“ (*Intellectual Property Rights* und *Benefit Sharing*) auf, die bislang nur ungenügend gelöst sind – insbesondere, wenn es um die Eigentumsrechte marginalisierter indigener Völker (*Indigenous Knowledge*) und die Weltmarktpräsenz tribaler Gemeinschaften in Folge von Fremd- und Eigenvermarktung geht.³¹ Die Frage der *Intellectual/Indigenous Property Rights* betrifft z. B. die Anlage von Saatgutbanken, die relativ neue Erscheinung der Food Hunter, die in den entlegensten Winkeln der Erde nach neuen Kochrezepten suchen, und die zahlreichen pharmazeutischen Produkte der so genannten „Regenwaldapotheke“, welche inzwischen als Ergebnis des schon in der frühen Kolonialzeit einsetzenden *Bioprospecting*³² auf dem globalen ethnomedizinischen Markt präsent sind: Beispiele sind das Muskelrelaxans Tubocurarin (aus *Curare* gewonnen), das in der Herzchirurgie eingesetzte Fischgift Curianol, das schon seit 1820 genutzte Chinin³³ oder das Madagaskar-Immergrün (*Cathartus roseus*), aus dem die Alkaloide Vinblastin und Vincristin gegen die Hodgkin-Krankheit bzw. lymphatische Leukämie gewonnen werden.³⁴ Darüberhinaus erstreckt sich die Prospektion und Vermarktung der weltweiten

Biodiversität inzwischen auch auf indigene Völker selbst, die seit Beginn der 1990er Jahre schwerpunktmäßig drei internationalen Biomapping-Projekten (Human Genome Diversity Project, HapMap-Project, Geographic Project) zur Kartierung ihres Genpools ausgesetzt sind, um genetisch bedingte Krankheitsresistenzen zu ermitteln.³⁵

Das gesunde Sterben aus der Fremde?

In neuerer Zeit zeichnet sich ab, dass sich die Suche nach interkulturell verfügbaren Heilsrezepten nicht auf das „gesunde Leben“, sondern auch auf das „heilsame Sterben“ erstreckt – so widersinnig diese Formulierung auch erscheinen mag: Einerseits werden im Zuge des modernen Medizintourismus Palliativmedizin und Sterbegleitung zunehmend in Länder der südlichen Erdhälfte ausgelagert,³⁶ andererseits kommt im Westen der Wunsch nach anderen als den herkömmlichen Bestattungsformen (z. B. in Gestalt der „Friedwälder“) auf. Im Zuge der aktuellen gesellschaftlichen Diskussion um menschenwürdiges Sterben kann durchaus davon ausgegangen werden, dass zukünftig auch fremdkulturelle Bestattungsbräuche und Totenbegleitungspraktiken (etwa aus dem Buddhismus und Schamanismus) in paralleler Weise zu Rezepten vom besseren Leben unreflektiert in unsere Gesellschaft übernommen werden.

¹ Naraindas, H. (2011), Von Korallen, Chipkarten, medizinischen Informationen und der Jungfrau Maria: Heilpraktiker in Deutschland und die Aneignung der Ayurveda-Therapie. Zeitschrift für Ethnologie 136: 93-114.

² Brabec de Mori, Bernd (2011), Die Lieder der Richtigen Menschen. Musikalische Kulturanthropologie der indigenen Bevölkerung im Ucayali-Tal, Westamazonien, Wien.

³ Unter „Biomedizin“ verstehe ich hier im Sinne der nordamerikanischen Medical Anthropology „alles, was an Medizin mit staatlicher Förderung aus der westlichen Welt in andere Erdteile exportiert wird“; vgl. Bruchhausen, W. (2010), „Biomedizin“ in sozial- und kulturwissenschaftlichen Beiträgen. Eine Begriffskarriere zwischen Analyse und Polemik. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin 18: 497-522, hier S. 497; ders., Schott, H. (2008), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Göttingen, S. 180-197.

⁴ Bös, B., Wörthmüller, A. (Hrsg., 1987), Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der Heilkunde. Saarbrücken; Doyal, L., Penell, I. (1982), Den Tod verhindern – ohne das Leben zu verbessern. Der Widerspruch imperialistischer Medizin in der Dritten Welt. Frankfurt/Main.

⁵ Interessanterweise zeigen Studien aus Südamerika, dass indigene Bevölkerungen „bei akuten Beschwerden dazu tendieren – im Anschluss an die Selbsthilfe durch die Hausmedizin – zunächst ins Krankenhaus zu gehen oder andere biomedizinische Angebote in Anspruch zu nehmen, bevor sie sich einheimischen Heilern zuwenden“, Knipper, M. (2007), Indianische Heilkunde im politischen Raum: Die Entwicklung der „traditionellen Medizin“ in Ecuador um die Wende zum 21. Jahrhundert, in: Büschges, Chr., Pfaff-Czarnecka, J. (Hrsg.), Die Ethnisierung des Politischen. Identitätspolitik in Lateinamerika, Asien und den USA. Frankfurt/Main, New York, S. 216-247; vgl. Kressing, F. (1995), Westliche Medizin in der Kallawaya-Region. Kontrastive Analyse des Patientenverhaltens in den Anden Boliviens am Beispiel verschiedener Gesundheitseinrichtungen in der Provinz Bautista Saavedra. Ulm; ders. (1996), Von Ärzten, Heilern und Campesinos. Quetzal, Magazin für Kultur und Politik

in Lateinamerika 17: 26; Kressing, F. (1997), *La medicina occidental en la región kallawaya*, Bolivia, Ulm.

⁶ Bruchhausen, W., Schott, H. (2008), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, Göttingen, S. 180-197; Kuhn, A. S. (1988), *Heiler und Patienten auf dem Dach der Welt. Ladakh aus ethnomedizinischer Sicht*. Bern, Frankfurt/Main; Kressing, F. (2003), *The increase of shamans in contemporary Ladakh*, in: *Asian Folklore Studies* 62 (1): 1-23, ders. (2003), *Traumatisierung durch „das Fremde“ in Ladakh? Wie ein kleines Volk im Himalaja Außeneinflüsse bewältigt*, in: *Über Lebensgeschichten. Trauma und Erzählung. Psychosozial* 91: 99-106.

⁷ Greifeld, K. (2003), *Ritual und Heilung: Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin; Pfleiderer, B., Bichmann, W. (1985), *Krankheit und Kultur. Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin.

⁸ Unter „Indigenen Völkern“ werden – bei aller begrifflichen Unschärfe – marginalisierte Ureinwohnerstaaten verstanden, die in den jeweiligen Nationalstaaten meist ethnische Minderheiten darstellen und weltweit etwa 300-500 Millionen Menschen umfassen; vgl. Cobo, J.-M. (1986), *Discrimination against Indigenous People*, United Nations Document No. E/CN.4/Sub.2, Genf; Daes, E.-Irene A. (1996), *Working Paper by the Chairperson-Rapporteur, Mrs. Erica-Irene A. Daes, on the Concept of Indigenous People*, UN Document E/CN.4/Sub.2/AC.4, <http://www.scribd.com/doc/16533064Working-Paper-on-the-Concept-of-Indigenous-People> [17.09.2011]. Die traditionellen medizinischen Kenntnisse und das pharmazeutische Wissen indigener Völker sind in besonderem Maße Gegenstand des westlichen Interesse.

⁹ Unschuld, P. (1980), *Medizin in China – eine Ideengeschichte*, München; Heise, Th. E. (1982), *Chinas Medizin bei uns. Zur Rezeption der traditionellen chinesischen Medizin in der Bundesrepublik Deutschland 1950-1982*. Bochum.

¹⁰ Harner, M. (1980), *The Way of the Shaman: A Guide of Power and Healing*; Uccusick, P. (1991), *Der Schamane in uns*, München, vgl. *Foundation for Shamanic Studies*, <http://www.shamanism.org> [24.02.2012].

¹¹ Vgl. <http://www.schwabenschamanen.de/>

[seminare.htm](http://www.schwabenschamanen.de/seminare.htm) [23.02. 2012].

¹² Lübke, G. (2008), *Altes Wissen für eine neue Zeit: Gespräche mit Heilern und Schamanen des 21. Jahrhunderts*. München.

¹³ Hobson, G. (1978), *The rise of the white shaman as a new version of cultural imperialism*, in: ders. (Hrsg.), *The Remembered Earth*. Albuquerque, S. 100-108; Znamenski, A. (Hrsg., 2004), *Shamanism: Critical Concepts*, London, 3 Bd.

¹⁴ Schie, Ch. (2010), *Im Schoß der Erdmutter: Die Schwitzhütte als weiblicher Heilungsweg*. Klein Jasedow.

¹⁵ Bitterli, U. (1976), *Die „Wilden“ und die „Zivilisierten“: Grundzüge einer Geistes- und Kulturgeschichte der europäisch-überseeischen Begegnung*, München.

¹⁶ Locke, J. (1690), *An Essay Concerning Human Understanding*, London; Montesquieu, Ch. (1721), *Lettres persannes*. Amsterdam; Vico, G. (1725), *Principi di una scienza nuova d'intorno alla commune natura della nazioni*. Neapel; Turgot, A. R. J. (1750), *Plan des deux discours sur l'histoire universelle*. Paris; Rousseau, J.-J. (1792), *Du contrat social ou principes du droit politique*. Paris.

¹⁷ Kant, I. (1775), *Von den verschiedenen Rassen der Menschen*. Berlin; Comte, A. (1830-1842), *Cours de philosophie positive*. Paris.

¹⁸ Girtler, R. (1979), *Kulturanthropologie. Entwicklungslinien, Paradigmata, Methoden*. München, S. 15, 22-24.

¹⁹ Nachzuweisen bei so unterschiedlichen Autoren wie L. H. Morgan (1851), *League of the Ho-de-no-sau-nee, or Iroquois*. Rochester; Th. Waitz (1859), *Anthropologie der Naturvölker*. Leipzig; F. Engels (1884), *Der Ursprung der Familie, des Privateigentums und des Staats*. Im Anschluß an Lewis H. Morgans Forschungen. Zürich; Durckheim, E. (1892), *Montesquieu et Rousseau précurseurs de la sociologie*. Paris.

²⁰ Duchesne, E. (1897), *Contribution à l'étude de la concurrence vitale chez les micro-organismes: antagonisme entre les moisissures et les microbes*. Paris.

²¹ Laqueur, W. (1978): *Die deutsche Jugendbewegung*. Köln.

²² Als frühe persönliche und literarische Zeugnisse dafür seien die deutsch-russische Okkultistin Helena Petrovna Blavatzky (1831-1891), der griechisch-armenische Esoteriker Georges

Gurdieff (ca. 1866-1949), der US-amerikanische Arzt John H. Kellogg (1852-1943) und der deutsche Schriftsteller Erich Scheuermann (1878-1957) genannt, der mit seinem fiktiven Reisebericht „Der Papalagi“ (sprich „Papalangi“) beißende Zivilisationskritik aus der vermeintlichen Sicht eines samoanischen Inselbewohners übte; vgl. Scheuermann, E. (1920), *Der Papalagi: Die Reden des Südseehäuptlings Tuivaii aus Tiavea an seine Stammesmitglieder*.

²³ Bis hin zu teilweise abstrusen Formen des Going Native.

²⁴ Vgl. Staden, H. (1984), *Warhaftige Historia und beschreibung eyner Landtschafft der Wilden Nacketen, Grimmigen Menschfresser-Leuthen in der Newenwelt America gelegen*. Stuttgart; Cooper, J. F. (1823) *The Pioneers; or, The Sources of the Susquehanna: A Descriptive Tale*. New York 1823. (dt. Die Ansiedler, 1824), *Last of the Mohicans. A Narrative of 1757*. Philadelphia 1826 (dt. Der letzte Mohikaner 1826), *The Deerslayer; or, The First War-Path*. Philadelphia 1841 (dt. Der Wildtöter); May, K. [Carl] F. (1892-1910), *Gesammelte Reiseerzählungen*. Freiburg, 33 Bde.

²⁵ Eigentlich Erhard Wittek, der unter dem Pseudonym Fritz Steuben zwischen 1929 und 1952 einen achtbändigen Romanzyklus schrieb, in dem die historische Persönlichkeit des Shawnee-Häuptlings Tecumseh (1768-1813) und sein Versuch einer panindianischen Allianz gegen das Vordringen europäischer Siedler eine idealisierende Würdigung erfährt; vgl. Steuben, F. (1930), *Der fliegende Pfeil, Der rote Sturm*, 1931, *Tecumseh, der Berglöwe*, 1932, *Der strahlende Stern*, 1934, *Schneller Fuß und Pfeilmädchen*, 1935, *Der Sohn des Manitu*, 1938, *Tecumsehs Tod*, 1939, *Ruf der Wälder*, 1951. Die Bezüge dieses Werkes zur nationalsozialistischen Ideologie, insbesondere in Bezug auf die Verherrlichung des (indianischen) Führerprinzips, sind umstritten.

²⁶ Diese Charakterisierung betraf vor allem die Irokesen (Nordost-USA, Süd-Ontario und Québec) und die zum „Volk des Friedens“ hochstilisierten Hopi in Arizona, vgl. z. B. Waters, F. (1963), *The Book of the Hopi*. New York (dt. Das Buch der Hopi. Nach den Berichten der Stammesältesten aufgezeichnet von Kacha Hónaw [Weißer Bär]. Köln 1980).

²⁷ Vgl. Rodenberg, H.-P. (1994), *Der imaginierte*

Indianer. Zur Dynamik von Kulturkonflikt und Vergesellschaftung des Fremden. Frankfurt/Main.

²⁸ Taylor, R. (1964), *Hunza Health Secrets for Long Life and Happiness*. London (dt. 1980, *Die Gesundheitsgeheimnisse der Hunza*).

²⁹ Müller-Stellrecht, I. (1978), *Hunza und China (1761-1891): 130 Jahre einer Beziehung und ihre Bedeutung für die wirtschaftliche und politische Entwicklung Hunzas im 18. und 19. Jahrhundert*, Wiesbaden; Leitner, G. W. (1867-1871), *The Races and Languages of Dardistan*, Lahore.

³⁰ Dodin, Th., Räther, H. (Hrsg. 2000), *Mythos Tibet. Wahrnehmungen, Projektionen, Phantasien*. Ostfildern.

³¹ Posey, D. A., Dutfield, G. (1996), *Beyond Intellectual Property: Toward Traditional Resource Rights for Indigenous Peoples and Local Communities*. Ottawa; Comaroff, J. L. & J. (2009), *Ethnicity Inc*. Chicago.

³² Hokkanen, M. (2012), *Imperial Networks, Colonial Bioprospecting and Burroughs Wellcome & Co.: The Case of Strophantus Kombe from Malawi (1850-1915)*, in *Social History of Medicine, Advance Access*, Jan. 19. Oxford University Press.

³³ Ursprung: der amazonische Chinارينdenbaum (*Cinchona pubescens*).

³⁴ Von Heilern und Heilpflanzen. Eine Veterinärmedizinerin und eine Ethnologin der Freien Universität forschten in Südafrika, http://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/tsp/2010/ts_20100710/ts_20100710_31/index.html [27.02. 2012].

³⁵ Kressing, F. (2012), *Screening Indigenous Peoples' Genes – The End of Racism or Post-modern Bio-Imperialism? in: Berthier, Susanne; Tolazzi, Sandrine; Whittick Sheila (Hrsg.), Biomapping or Biocolonizing? Indigenous Identities and Scientific Research in the 21st Century*. Amsterdam, New York. Der italienisch-amerikanische Humangenetiker Luigi Luca Cavalli-Sforza (geb. 1922) initiierte in Anlehnung an das Human Genome Project 1991 das Human Genome Diversity Project zur globalen genetischen Rasterfahung mit besonderem Augenmerk auf indigene Völker, vgl. Cavalli-Sforza et al. (1991), *Call for a worldwide survey of human genetic diversity: A vanishing opportunity for the human genome project*. Genomics 11:

490-491. Das Human Genome Diversity Project fand seine Fortsetzung 2002 im so genannten HapMap-Projekt und 2005 im Genographic Project, finanziert von der Zeitschrift National Geographic und der Waitt Foundation. In Erweiterung des Human Genome Diversity Projects berücksichtigt das HapMap-Projekt neue Erkenntnisse der Epigenetik und bezieht die Untersuchung der Haplotypen mit ein, d. h. der DNA-Varianten, die von Umweltfaktoren abhängig sind, vgl. The International HapMap Consortium (2005), A haplotype map of the human genome, Nature 437: 1299.

³⁶ Roberts, E. F. S., Scheper-Hughes, N. (2011), Introduction: Medical Migrations. Body & Soci-

ety 17: 1-30; ZDF Auslandsjournal, 02.06.2010, Lebensabend unter Palmen – Europäische Rentner auf den Philippinen.

Dr. Frank Kressing ist Ethnologe und Humanbiologe. Er arbeitet seit 2009 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm.

Alternativmedizin (Ganzheitsmedizin) in Deutschland

von Prof. Dr. iur. Hans Lilie

I. Einleitung: Alternative und komplementäre Medizin

Alternative Medizin und Naturheilmittel sind von Patienten in besonders hohem Maße nachgefragt. Man kann fast einen neuen Trend zur Hinwendung zu den so genannten Außen-seitermethoden feststellen.¹ Diesem Bedürfnis wird von der Praxis durch verstärkte Einrichtung von Lehrstühlen oder Instituten für Naturheilverfahren nachgegangen. Außerdem widmen sich besondere Einrichtungen, wie etwa die private Universität Witten-Herdecke, der Förderung unkonventioneller Methoden in der Medizin. So engagiert sich das Department für Humanmedizin der Universität Witten-Herdecke mit einem Lehrstuhl für Medizintechnik, integra-

tive und anthroposophische Medizin in den Bereichen der so genannten Komplementärmedizin. Ausweislich der Homepage der Universität geht es dabei um Homöopathie, Osteopathie und traditionelle chinesische Medizin.

In der Bundesrepublik Deutschland und nicht nur dort, wird zunehmend der Begriff der alternativen Medizin ersetzt durch die komplementäre Medizin. So wurde gerade kürzlich auf einer Tagung betont, dass inzwischen zweidrittel der Krebspatienten bei banalen Leiden versuchen, oft ohne professionelle Begleitung ihre Krankheit mit alternativen Verfahren zu lindern. Viele hoffen auf die Rationalität der Schulmedizin, jedoch gewinnen sie auch Kraft aus ihrem Glauben an die Kunst und Erfahrung der Heiler.

Auch aus den Vereinigten Staaten

von Amerika wird berichtet, dass Patienten mehr als 33 Mrd. Dollar pro Jahr für alternative Medizinprodukte ausgeben. Bekannt ist darüber hinaus, dass gegenwärtig 43 Studien allein für die Wirkung von grünem Tee in der Onkologie weltweit laufen. Einhellig wird festgestellt, dass die integrative Medizin überall expandiert. Dies ist auch einer der Gründe dafür, dass die Bundesärztekammer vor wenigen Monaten beschlossen hat, Placebos stärker in die Behandlung zu integrieren. Die Bewegung geht so weit, dass inzwischen auch offen gefragt wird, ob es in Deutschland nicht auch die moralische Pflicht gäbe, alternative Heilkünste zu fördern.

II. Rechtsgrundlagen für Heilpraktiker

Das Berufsbild und die damit einhergehenden rechtlichen Freiheiten für die Heilpraktiker sind in Deutschland nur historisch zu verstehen. Bereits 1869 wurde nicht nur im Gebiet des norddeutschen Bundes- sondern im gesamten Reichsgebiet die Betätigung auf dem Gebiet der Heilkunde jedermann gestattet, auch dann, wenn er weder approbiert noch ärztlich geprüft oder auch nur ausgebildet war. Einer Approbation, die den Nachweis der Befähigung zur heilkundlichen Tätigkeit voraussetzte, bedurfte nur derjenige, der sich als Arzt oder mit gleichbedeutenden Titeln bezeichnen wollte. Dies war ursprünglich in der damals geltenden Gewerbeordnung geregelt.

Mit dieser Gewerbeordnung war

ausschließlich ein Schutz des Titels „Arzt“ vorgesehen. Mit Folge der Einführung dieser Kurierfreiheit war damals eine große Vermehrung nicht-ärztlicher Heilbehandler festzustellen. Eine Änderung trat erst 1883 ein. Die Gewerbeordnung wurde damals geändert und die Ausübung der Heilkunde durch jedermann wurde bestraft. Allerdings regelte das Gesetz nicht, was unter Heilkunde zu verstehen sei. So war es notwendig geworden, für die inzwischen aktiven Heilpraktiker eine Erlaubnis in Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit einzuführen. Deswegen wurde im Februar 1939 das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung, d. h. ohne Arzt zu sein, geregelt. Weil Heilpraktiker die hier in erster Linie angesprochene Berufsgruppe waren, nannte man dieses Gesetz Heilpraktikergesetz, das bis heute weiter gilt.

In § 1 Abs. 1 HeilprG wurde ein genereller Erlaubniszwang für die Ausübung der Heilkunde durch Nichtärzte eingeführt. Der Begriff der Ausübung der Heilkunde wird definiert als jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen. Gleichzeitig wurde der Begriff des Heilpraktikers definiert. Danach ist Heilpraktiker, wer die Heilkunde berufsmäßig ausüben will. Er bedarf einer Erlaubnis, deren Grundlage in Durchführungsbestimmungen geregelt ist (§ 1 Abs. 3 HeilprG). Mit dem Erlass dieses Gesetzes und dieser Regelung wurde das Ziel verfolgt,

die oben erwähnte Kurierfreiheit abzuschaffen und den Berufsstand der Heilpraktiker einzuführen. In dieser 1941 erlassenen Durchführungsverordnung wurde im Wesentlichen geregelt, dass die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde für Nichtärzte immer dann zu versagen sei, wenn sich aus einer Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragsstellers durch das Gesundheitsamt ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Volksgesundheit bedeuten könnte.

Nach dem Inkrafttreten des Grundgesetzes nach dem WW II wandelte sich die Bedeutung des Heilpraktikergesetzes. Nachdem es vorher repressiven Charakter besessen hatte und die Abschaffung des Berufsstandes des Heilpraktikers verfolgte, wurde es ins Gegenteil verkehrt und zur Anspruchsgrundlage für die Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung als Arzt. Die Kurierfreiheit für Nichtärzte stand deshalb nur unter dem Vorbehalt der Erlaubnis.²

Das Ziel dieser Rechtsentwicklung in Deutschland war es, für die Patienten Sicherheit zu schaffen, dass zwischen dem approbierten Arzt einerseits und dem mit nur einer Laienausbildung versehenen Heilpraktiker für Jedermann deutlich zu unterscheiden war. Die Tätigkeit des Heilpraktikers setzt eben keine ärztliche Ausbildung voraus. Auf der anderen Seite bedeutet dies jedoch, dass es dem Arzt keineswegs untersagt ist, bei seiner ärztlichen Tätigkeit auf Erkenntnisse

zurückzugreifen, die dieser alternativen oder komplementären Medizin zu Grunde liegen. Konkret bedeutet das, dass ein in Deutschland approbierter Arzt jederzeit bei der Behandlung von Patienten auf Methoden und Erkenntnisse der komplementären Medizin zurückgreifen darf. Ihm ist nur die Möglichkeit verwehrt, sich Heilpraktiker zu nennen. So wenden approbierte Ärzte vielfach auch die Erkenntnisse der traditionellen chinesischen Medizin insbesondere Akupunktur an. Eine große Anzahl von Ärzten führt zum Beispiel eine Praxis als Internist und verwendet dabei homöopathische Medizin. Auch Atemtherapie und Bioresonanztherapie wird von approbierten Ärzten angewendet. In der Orthopädie gibt es zum Beispiel durchaus Praktiker, die Osteopathie und Chiropraktik zu ihren Behandlungsmethoden zählen. Der Unterschied liegt eben darin, dass Heilpraktiker, die entsprechende Behandlungsmethoden anwenden, keine Möglichkeit haben, die Arztbezeichnung zu führen. Die Weiterentwicklung in der alternativen oder komplementären Medizin hat dazu geführt, dass in einzelnen Bereichen wie zum Beispiel der Osteopathie, der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Orthopädie einzelgesetzliche Regelungen bestehen, die für diese Berufsgruppen konkrete Zulassungsvoraussetzungen zum Gegenstand haben. Durch diese konkret ausgeführten Einzelgesetze unterscheiden sie sich von den auf der Basis einer allgemeinen Erlaubnis handelnden Heilpraktikern. Im Übrigen

ist das Recht der Heilpraktiker und der alternativen Medizin ganz maßgeblich durch die Rechtsprechung geprägt.

III. Haftung und Sorgfalt

In der deutschen Rechtsordnung ist die Wahl der Behandlungsmethode grundsätzlich dem Arzt freigestellt und wird ärztliche Therapiefreiheit genannt. Die Grundlage für dieses Prinzip bildet das Haftungsrecht. Die Rechtsprechung geht dabei zwar noch von dem veralteten Begriff der Regeln der ärztlichen Kunst aus. Besser wäre es, von vornherein von ärztlicher Sorgfalt zu sprechen. Unter Zugrundelegung dieser Formulierung würde die Rechtsprechung formulieren, dass einem Arzt auch auf einem medizinisch umstrittenen Gebiet einen von ihm allein zu verantwortenden Risikobereich überlässt. Strafbares oder haftungsrelevantes Verhalten liegt erst vor, wenn der Arzt die ihm rechtlich zugebilligte Risikogrenze eindeutig überschreitet.³ Deswegen heißt es immer wieder in der Rechtsprechung, dass die Anwendung nicht allgemein anerkannter Therapieformen, selbst wenn sie gegen die Regeln der Schulmedizin verstoßen, immer zulässig sein müssen.

Der BGH formuliert, dass es zu einer Kriminalisierung medizinisch vertretbarer abweichender Auffassung führen würde, wenn man durch Strafandrohung die Entwicklung neuer Therapien verhindern wolle.⁴ Vielmehr, so der BGH, ist es anerkannt, dass die Verfahren der Schulmedizin nicht

ohne weiteres mit den für die strafrechtliche Auslegung maßgeblichen Regeln der ärztlichen Sorgfalt gleichzusetzen sind.⁵ Diese Therapiefreiheit gestattet es dem Arzt, immer dann, wenn verschiedene anerkannte medizinische Heilverfahren zur Verfügung stehen, jeweils dasjenige zu wählen, das die besten Heilungschancen gewährleistet. Allerdings hat die Rechtsprechung immer wieder formuliert, dass der Arzt bei der Wahl einer Behandlungsmethode, die außerhalb des medizinischen Standards liegt, erhöhte Vorsicht walten lassen muss.⁶

Diese Prinzipien hat schon das Reichsgericht entwickelt und festgestellt, dass die ärztliche Methodenfreiheit auf dem Prinzip beruht, dass die Regeln der ärztlichen Wissenschaft grundsätzlich keinen Vorrang gegenüber den auch von einem Teil der Wissenschaft abgelehnten Heilverfahren ärztlicher Außenseiter oder nichtärztlicher Heilbehandlung genießen.⁷ Noch deutlicher hat es der BGH formuliert, nach dem auch nicht allgemein anerkannte Therapieformen grundsätzlich erlaubt seien.⁸

Deshalb ist nicht schon allein deshalb ein Sorgfaltspflichtverstoß, der die Haftung auslöst, gegeben, wenn der behandelnde Arzt eine Außenseitermethode verwendet, ohne sich für das schulmedizinische Verfahren zu entschließen. Hinter diesen Prinzipien steht eine ausgeprägte Tendenz zu einem allgemeinen Prinzip des Wissenschaftspluralismus (Art. 5 u. 12 GG), das nicht zuletzt auch gerade in der Medizin mit den Besonderheiten des

in Deutschland geltenden Heilpraktikergesetzes verbunden sind.

Die Erlaubnis nach § 1 des Heilpraktikergesetzes ist nämlich dann zu versagen, wenn sich aus einer Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des jeweiligen Antragstellers für das Gesundheitsamt ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Allgemeinheit oder die Volksgesundheit bedeuten würde. Diese sog. Unbedenklichkeitsbescheinigung nach dem Heilpraktikergesetz wird in Deutschland nicht als positive staatliche Anerkennung eines Befähigungsnachweises angesehen. Kerngedanke dieser Genehmigung ist vielmehr, dass aus Gründen der so genannten Gefahrenabwehr sichergestellt ist, dass der Antragsteller als Antragsteller im Einzelfall bei der Behandlung die Grenzen seines Handelns erkennen kann. Von der Person werden gerade nicht die bei einem Arzt vergleichbaren Kenntnisse verlangt, vielmehr reicht es aus, dass Grundkenntnisse in Anatomie, Physiologie, Pathologie und in der Diagnostik und Therapie vorliegen. Das Bundesverwaltungsgericht hat formuliert, dass zum Schutz der Volksgesundheit nur die unabwiesbaren Mindestanforderungen vorliegen müssen.⁹ Dabei wird inzwischen anerkannt, dass eine Reihe von Heilpraktikern mit einem ausgeprägt hohen Kenntnisstand Patienten behandeln und auch in der Praxis anerkannte Erfolge erzielen.¹⁰ Dies habe, so der Arztrechtler Taupitz, dazu geführt, dass eine Annäherung des Berufs

des Heilpraktikers an den des Arztes festgestellt werden könne.¹¹ Oft führt deswegen der Weg des Patienten zum Heilpraktiker, weil gerade die Schulmedizin das Leid des Patienten nicht gemindert hat.

Diese Tatsache hat für die Haftung der Heilpraktiker weitreichende Konsequenzen. Da das gesamte System der Heilpraktiker in Deutschland auf eine selbstständige von den Ärzten gerade unterschiedene und abgegrenzte Tätigkeit hinausläuft, erscheinen hier Heilpraktiker als ein von der Ärzteschaft zu trennender Berufskreis. Dies hat grundlegende Bedeutung für die Ermittlung des Sorgfaltsmaßstabes, an denen sich Heilpraktiker bei der Ausübung ihres Berufes messen lassen müssen. Gemäß § 276 BGB handelt sorgfaltswidrig, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt. Der Heilpraktiker muss also im Einzelfall bei der Anwendung seiner alternativen Behandlungsmedizin sicherstellen, dass er bei unglücklichen Verläufen nicht in Anspruch genommen werden kann. Er muss allerdings wegen fahrlässiger Körperverletzung haften, wenn der Standard der entsprechenden Berufsgruppe nicht beachtet wurde. Erforderliche Sorgfalt bedeutet in diesem Zusammenhang, dass das Maß an Umsicht und Sorgfalt gewährleistet sein muss, das nach dem Urteil besonderer und gewissenhafter Angehöriger des gleichen engeren Verkehrskreises zu beachten ist.¹² Der Maßstab für die Haftung orientiert sich an den Auffassungen des jeweiligen Verkehrskreises, was für

unseren Fall konkret bedeutet, dass ein Gericht für die Prüfung, ob im Einzelfall sorgfaltsgemäß und damit nicht fahrlässig gehandelt worden ist, der Maßstab eines sorgfältigen Heilpraktikers und eben nicht der eines medizinisch ausgebildeten Arztes zugrunde gelegt wird. Anders als im deutschen Strafrecht, bei dem der Schuldvorwurf, etwa für eine fahrlässige Körperverletzung an den Fähigkeiten des individuellen Täters gemessen wird, ist für die zivilrechtliche Verantwortlichkeit für Fahrlässigkeit auf die typischen Kenntnisse und Fähigkeiten eines Angehörigen dieses Berufes, dieser Gruppe von Verkehrsteilnehmern und dieses Verkehrskreises abzustellen.¹³ Dahinter steht in der Zivilrechtsdogmatik der Gedanke, dass jeder Teilnehmer im Rechtsverkehr und damit jeder Patient, der einen Heilpraktiker aufsucht, darauf vertrauen können muss, dass der Heilpraktiker mit derjenigen Sorgfalt den Patienten behandelt, der normalerweise typisch in diesem Rechtsverkehr, also im Kreis der sorgfältigen Heilpraktiker, berechtigterweise erwartet werden kann.

Vor diesem Hintergrund wird die Erlaubnis nach § 1 HeilprG nochmals bedeutsam: Durch die im Heilpraktikergesetz festgeschriebenen Ausbildungs- und Zulassungsvoraussetzungen soll gesichert werden, dass bei der Ausübung der Tätigkeit des Heilpraktikers eine bestimmte Qualität der Tätigkeit gewährleistet ist. Mit dem Nachweis der Ausbildung und Qualifikation soll der Gruppenzuge-

hörige belegen, dass er berechtigterweise zum Kreis der entsprechenden Berufsgruppe zugelassen wird.

Im Falle eines Vorwurfs wegen eines Behandlungsfehlers durch einen Heilpraktiker würde das Gericht deshalb prüfen, ob der Heilpraktiker im konkreten Einzelfall über eine ausreichende Ausbildung verfügt. Er hätte nachzuweisen, dass er sich im erforderlichen Maß weitergebildet hat, dass er auch das schulmedizinische Schrifttum berücksichtigt und sich über die neuen Erkenntnisse von Fachleuten zu den Behandlungsmaßnahmen im Einzelfall orientiert hat.

Jedoch hat der BGH darüber hinaus entschieden, dass sich ein Heilpraktiker nicht über medizinische Fachliteratur eines anderen Fachgebiets oder ausländische Spezialliteratur in ausländischen Spezialzeitschriften informieren muss.¹⁴ In der Literatur wird deshalb behauptet, dass der Heilpraktiker aus dem Blickwinkel des erforderlichen Sorgfaltsmaßstabes als Schmalspurarzt bezeichnet werden könne. Der Medizinrechtler Taupitz hat formuliert, dass gefährliches berufliches Tun verpflichte, umso eher Beachtung der von Fachleuten herausgebildeten Regeln der Technik Aufmerksamkeit zu schenken, je größer die auch für einen Nichtfachmann erkennbaren Gefahren sind. Das breite Fachwissen des Fachmanns wird nicht ohne weiteres gefordert.¹⁵ Somit bleibt festzuhalten, dass die Therapiefreiheit im deutschen Recht auf einer ersten Ebene weite Möglichkeiten bei der Behandlung von Patienten einräumt und

dass der Tätigkeit von Heilpraktikern und anderer Formen der alternativen Medizin nur wenige Steine in den Weg gelegt werden.

Nach Ansicht des BGHs muss der behandelnde Arzt zwar nicht stets den sichersten therapeutischen Weg wählen, doch muss bei Anwendung einer solchen Außenseitermethode ein höheres Risiko für den Patienten im besonderen Maße eine sachliche Rechtfertigung in den Sachzwängen des konkreten Falls oder einer günstigeren Heilungsprognose finden. Allerdings verlangt der BGH weiter, dass die sich hieraus ergebende Abwägung kein einmaliger Vorgang bei Beginn der Behandlung ist, sondern immer wieder erneut vorgenommen werden muss, sobald neue Erkenntnisse über mögliche Risiken und Nebenwirkungen vorliegen, über die sich der Behandelnde durch unverzügliche Kontrolluntersuchungen informieren muss.¹⁶

IV. Übernahmeverschulden

Diese auf den ersten Blick in Deutschland überraschend große Freiheit für die alternative Medizin schränkt das deutsche Rechtssystem auf einer zweiten Stufe dann doch ein. Gerade für Heilpraktiker hat die Rechtsprechung immer wieder formuliert, dass der Gedanke des Übernahmeverschuldens begrenzende Wirkung gegenüber der Therapiefreiheit entfalten kann. Ein so genanntes Übernahmeverschulden liegt immer dann vor, wenn dem Therapierenden die Kompetenz für die

durchgeführte Behandlung fehlt oder er wegen mangelnder Kontrollmöglichkeiten die Therapie nicht zuverlässig durchführen kann.¹⁷ Das bedeutet konkret für den auf der Basis von alternativen medizinischen Modellen Behandelnden, dass er immer dann, wenn er an die Grenzen seines Fachbereichs oder seiner persönlichen Leistungsfähigkeit gelangt, Experten hinzuzuziehen hat oder seine weitere Aktivität unterlassen oder einschränken muss.¹⁸ Entsprechend hat auch der Bundesgerichtshof ausgeführt, dass der Heilpraktiker gegen die gebotene Sorgfalt verstoße, wenn er eine Therapie wähle, mit deren Handhabung Eigenarten und Risiken er sich nicht zuvor in dem erforderlichen Maß vertraut gemacht habe.

Konkret bedeutet das, dass der Heilpraktiker Methoden, deren Indikationsstellung oder Risiken seiner Ausbildung nicht entsprechen und die die Erfahrung eines approbierten Arztes verlangen, nicht anwenden darf, solange er nicht ein entsprechendes Fachwissen erworben hat.¹⁹ Die die Haftung ausschließende im Verkehr erforderliche Sorgfalt ist beachtet, wenn der Behandler im Einzelfall selbstkritisch prüft, ob er über Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, um sicher die notwendige Diagnose zu stellen und eine sachgemäße Heilbehandlung einzuleiten.

Das bedeutet freilich, dass nicht schon allein die Übernahme einer Heilbehandlung oder Diagnosestellung mit alternativen Methoden durch einen nicht approbierten Arzt

automatisch ein Übernahmeverschulden darstellt. Dem Heilpraktiker kann nur dann ein Vorwurf gemacht werden, wenn er nicht erkannt hat, dass im Einzelfall eine Krankheit vorliegt, die er mit seinen Methoden nicht diagnostizieren oder sachgerecht, das heißt ohne Gefährdung für die Gesundheit des Patienten, behandeln kann.²⁰ Bereits das Reichsgericht hat die Sorgfaltspflichten und das Übernahmeverschulden bei Heilpraktikern am Standard der Heilpraktiker ausgerichtet.²¹

Das Gericht verlangt, dass der nicht-ärztliche Heilbehandler der Pflicht unterliegt, sich über die Grundlagen und Fortschritte der Heilkunde nach bestem Können zu unterrichten. Darauf habe ich oben bereits hingewiesen. Weiter heißt es beim Reichsgericht: „Doch kann von dem nichtärztlichen Heilbehandler nicht dasselbe Maß von allgemeiner Ausbildung und Fortbildung verlangt werden wie beim approbierten Arzt. Würde man das verlangen, würde der Wille des Gesetzgebers zur Regelung der Kurierfreiheit durch das Haftungsrecht ins Gegenteil verkehrt werde“. Bleibt also festzustellen, dass die Übernahme der Behandlung eines Kranken ggf. eben auch eines Schwerkranken, nicht schon für sich genommen eine Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt ist, weil der die Behandlung Übernehmende kein approbierter Arzt ist und nicht über die Kenntnisse eines approbierten Arztes verfügt oder weil er sich der herrschenden Meinung nicht anschließen will. Das

Prinzip der Therapiefreiheit gibt wirklich viel Spielraum.

V. Aufklärung als Prinzip der Risikoverlagerung

Die Anwendung der Alternativmedizin einer so genannten Außenseitermethode erfordert zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, dessen Aufklärung über das Für und Wider dieser Methode. Die deutsche Rechtsprechung verlangt, dass einem Patienten nicht nur die Risiken und Gefahren des Misserfolgs der Behandlung erläutert werden müssen, sondern er ist auch darüber aufzuklären, dass die geplante Behandlungsmethode nicht medizinischer Standard ist und ggf. die Wirksamkeit statistisch noch nicht abgesichert ist.²²

Die Rechtsprechung verlangt also, dass der Patient wissen muss, auf was er sich einlässt. Er soll abwägen können, ob er die Risiken, die möglicherweise durch die Behandlung mit alternativer Medizin entstehen können, eingehen will. Dazu muss der Patient ausreichend aufgeklärt werden, damit er eine richtige Vorstellung von der Schaden-Nutzen-Relation erhält.

Nach der deutschen Dogmatik liegt sowohl im Zivil- wie auch im Strafrecht immer eine Körperverletzung vor, wenn der Patient nicht in ausreichendem Umfang aufgeklärt worden ist. Das bedeutet aber auf der anderen Seite, dass der Heilpraktiker nur über die Tatsachen aufklären muss und nur solche Risiken zu berücksichtigen hat, deren Kenntnis nach den Maßstäben

seines Berufsstandes von ihm verlangt werden. Insbesondere hat der Bundesgerichtshof ausgeführt, dass der Heilpraktiker allgemein bekannte Tatsachen nicht zum Gegenstand seiner Aufklärung machen müsse.²³ So sei die Tatsache, dass es häufig personell und apparativ besser ausgestattete Kliniken gibt, dass der medizinische Fortschritt sich zunächst in der Hand von Spezialisten und anfangs nur in wenigen Kliniken entwickelt und durchgesetzt hat, nicht aufklärungsbedürftig. Wenn man diese Prinzipien auf die Außenseitermedizin übertragen will, dann hat man für die Haftung immer zu berücksichtigen, dass der Patient den Heilpraktiker ja gerade aufgesucht hat, weil er mit den Methoden und dem Standard der Schulmedizin nicht zufrieden gewesen sei. Deshalb dürfen aus dieser Sicht für die Aufklärungspflicht des Heilpraktikers auch keine Details über diese Tatsache der Beschränkung der Möglichkeiten der Schulmedizin abgeleitet werden. Das bedeutet konkret, dass der Heilpraktiker nur über solche Gefahren und Behandlungsalternativen aufzuklären hat, die ihm nach seinem individuellen Fachwissen bekannt sein müssen. Die Aufklärungspflicht wird also berufsgruppenspezifisch definiert. Heilpraktiker müssen nur über Risiken und relevante Behandlungsalternativen der Schulmedizin aufklären, die nach dem Wissensstand eines gewissenhaften und sorgfältigen Heilpraktikers diesem bekannt sein müssen.²⁴

Entsprechendes hat der Bundesgerichtshof ausdrücklich auch für Au-

ßenseitermethoden formuliert. Nicht nur für Alternativmedizin, sondern insbesondere auch für Neulandmedizin hat der Bundesgerichtshof festgestellt, dass die Anwendung neuer Verfahren für den medizinischen Fortschritt unerlässlich sei. Sie dürfen immer dann am Patienten angewendet werden, wenn diesem zuvor unmissverständlich verdeutlicht wurde, dass die neue Methode die Möglichkeiten unbekannter Risiken berge. Diese weitgehende Aufklärung ist deshalb erforderlich, damit der Patient in die Lage versetzt wird, sorgfältig abzuwägen, ob er sich nach einer herkömmlichen Methode mit bekannten Risiken behandeln lassen möchte oder ob er die neue Methode unter Berücksichtigung der in Aussicht gestellten Vorteile und der noch nicht in jeder Hinsicht bekannten Gefahren für sich wählt.²⁵ Der Patient muss wissen, auf was er sich einlasse, um abwägen zu können, ob er die Risiken einer Behandlung und deren Erfolgsaussichten im Hinblick auf seine individuelle Situation in Kauf nehmen will.²⁶ Für den Heilpraktiker oder den Arzt, der alternative Medizin anwendet, bedeutet dies konkret, dass er sich keinen haftungsrechtlichen Gefahren aussetzt, wenn er entsprechend diesen oben dargestellten Prinzipien seine Patienten aufklärt und diese die Risiken im Detail kennen. Letztlich gilt der Grundsatz, dass der Patient vor dem Hintergrund der Aufklärung eigenverantwortlich entscheiden können muss, welcher Behandlung er sich unterziehen will. Das Selbstbestimmungsrecht eines

um die Tragweite seiner Entscheidung wissenden Patienten schließt die Befugnis ein, jede Behandlungsmethode, die ihm angeboten wird, wählen oder ablehnen zu dürfen.²⁷

Die deutsche Medizin ist geprägt von dem Prinzip der Therapiefreiheit. Das Prinzip der Therapiefreiheit hat es vielen Vertretern alternativer Heilmethoden ermöglicht, als Heilpraktiker artzähnliche Tätigkeiten und Berufe auszuüben. Die Tätigkeit dieser Nichtärzte ist in Deutschland über die genehmigungspflichtige Tätigkeit als Heilpraktiker geregelt. Die Kehrseite des Prinzips der Therapiefreiheit ist aber auch, dass es jedem appobierten Arzt frei steht, bei der Behandlung seiner Patienten alternative oder komplementäre Behandlungsmethoden anzuwenden. Die Therapiefreiheit ist insofern eine wesentliche Freiheit im Arztberuf, weil die Auswahl der Methode allein in die Hand des Arztes gelegt ist. Einziges Korrektiv bleibt, dass er keine Methoden übernehmen darf, die er nicht beherrscht. Dazu kommt, dass er den Patienten über sein Vorgehen aufklären muss und dieser in die jeweilige Behandlung einzuwilligen hat. Es steht ihm frei, im Rahmen der Behandlung seiner Patienten neben den Methoden der Schulmedizin andere Methoden anzuwenden.

¹ Kurt Franz, *Naturheilmittel und Recht*, Heymanns 1992, S. 1., mit zahlreichen weiteren Nachweisen.

² Burkhard Tamm, *Die Zulässigkeit von Außenseitermethoden und die dabei zu beachtenden Sorgfaltspflichten*, Berlin 2007, S. 64.

³ BGH 37, 383, 385.

⁴ BGH, ebd.

⁵ BGH, a. a. O., mit zahlreichen weiteren Nachweisen.

⁶ BGH MedR 2008, 87 ff. mit Anmerkung Spickhoff S. 89.

⁷ Franz, a. a. O., S. 97 f. S. 263 f.; Tamm, a. a. O., S. 150.

⁸ BGH NJW 1991, S. 1535, 1536.

¹⁰ BVerwG, NJW 1970, S. 1988.

¹¹ Jochen Taupitz, *Der Heilpraktiker aus der Sicht des Haftungsrechts: „Arzt“, „Miniarzt“ oder „Laie“*, NJW 1991, S. 1507.

¹² Taupitz, ebd.; Landgericht Tübingen, NJW 1983, S. 2094.

¹³ BGH NJW 1982, 2256.

¹⁴ Taupitz, a. a. O., S. 1506.

¹⁵ BGH NJW 1991, 1536.

¹⁶ Taupitz, a. a. O., 1509.

¹⁷ BGHZ 172, 254 Rn. 24.

¹⁸ Taupitz, a. a. O., S. 1509.

¹⁹ Erwin Deutsch und Andreas Spickhoff, *Medizinrecht*, Berlin Heidelberg 2007, S. 282 ff., OLG Zweibrücken, *Versicherungsrecht* 1988, 165; OLG Hamm, *Versicherungsrecht* 1983, 883.

²⁰ BGHZ 88, 248 ff.

²¹ Taupitz, a. a. O., S. 1509.

²² Reichsgericht RGST 67, 12.

²³ BGHZ 172, 254 f. Rn. 24.

²⁴ BGH NJW 1988, 763.

²⁵ Taupitz, a. a. O.

²⁶ BGH, *Versicherungsrecht* 2007, 995 Rn. 31.

²⁷ BGH, a. a. O., Rn. 24.

²⁸ Tamm, a. a. O., S. 166.

Prof. Hans Lilie hat den Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtsvergleichung und Medizinrecht der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg inne und ist Geschäftsführender Direktor des Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrums Medizin-Ethik-Recht.

The cultural context of patient's autonomy and doctor's duty: passive euthanasia and advance directives in Germany and Israel*

Silke Schicktanz, Aviad Raz and Carmel Shalev

Abstract

The moral discourse surrounding end-of-life (EoL) decisions is highly complex, and a comparison of Germany and Israel can highlight the impact of cultural factors. The comparison shows interesting differences in how patient's autonomy and doctor's duties are morally and legally related to each other with respect to the withholding and withdrawing of medical treatment in EoL situations. Taking the statements of two national expert ethics committees on EoL in Israel and Germany (and their legal outcome) as an example of this discourse, we describe the similarity of their recommendations and then focus on the differences, including the balancing of ethical principles, what is identified as a problem, what social role professionals play, and the influence of history and religion. The comparison seems to show that Israel is more restrictive in relation to Germany, in contrast with previous bioethical studies in the context of the moral and legal discourse regarding the beginning of life, in which Germany was characterized as far more restrictive. We reflect on the ambivalence of the cultural reasons for this difference and its expression in various dissenting views on passive euthanasia and advance directives, and conclude with a comment on the difficulty in classifying either stance as more or less restrictive.

Introduction

End-of-life (EoL) decisions concerning passive and active euthanasia, or the handling of advance directives, are very complex and closely linked to legal, medical, religious, and bioethical discourses. In this paper¹ we examine and deconstruct these linkages in Germany and Israel, moving beyond one-dimensional constructions of ethical statements as "social facts" to their conflicting and multi-faceted embedding within professional, religious, and cultural perspectives (Turner 2005).

Germany and Israel, both at the cutting edge of Western medical progress, constitute opposing examples of professional culture in relation to biomedicine—especially in all questions pertaining to reproductive and genetic technologies at the beginning of life. So far, bioethical comparisons between Germany and Israel have generally shown Germany to be more restrictive and Israel to be more permissive. Various studies have shown that German and Israeli professionals such as genetic counsellors, bioethicists and physicians differ strongly in

their moral assessment of various biomedical issues including pre-implantation and prenatal genetic diagnosis, stem cell research and issues of selective abortion (Wertz and Fletcher 1989; Hashiloni-Dolev 2007; Gottweis and Prainsack 2006). While all these studies have dealt with the beginning of life, in this article we consider the other side of the life-span, namely EoL decisions. We want to explore whether the same moral opposition also characterizes EoL ethics in the two countries.

The juxtaposition of Germany and Israel highlights the context of cultural variation and pluralism in the moral assessment and evaluation of EoL dilemmas. We focus mainly on the variation in experts' roles and physicians' duties, as well as on the role of religion and the historical factor of the Holocaust. The descriptive part of this study presents an ethical analysis of the statements of two national expert committees on EoL in Israel and Germany. This analysis leads us to discuss the notion of restrictive versus permissive bioethics, further embedding it in the cultural context of assimilating medico-technical developments.

Methods

Our bi-national analysis of the EoL ethics discourse focuses on the official statements of two national expert committees in Israel and Germany. We analysed these statements with a special focus on passive euthanasia and advance directives (see for more

details: Schicktanz et al. 2010) along the following research questions: (A) What are the main ethical principles mentioned? (B) What are the main problems identified? (C) What role do cultural and historical factors play? By deconstructing each of the statements and exposing their basic elements, which were then compared cross-culturally, this methodology aimed at uncovering the embedding of ethics within multi-faceted and conflicting cultural narratives. In such manner we offer a subversive analysis of ethical declarations as presenting an illusion of being monolithic and consensual 'social facts' (Haimés and Williams 2007).

We compare the Israeli Report of the Public Committee on "The Care of Dying Patients" (2002) (the so called Steinberg-Committee),² with the 2006 German National Ethics Council (NEC) Opinion Report on "Self-determination and Care at the End of Life" (in the following abbreviated as GE-Opinion-EoL), and the 2005 German National Ethics Council's Opinion Report on "Advance directives" (abbreviated as GE-Opinion-AD).³ These two national ethics committees were both found in a politically powerful position. For the purpose of ethical analysis we focus primarily on the original and full statement of the respective committee, rather than on the latest version of the law itself (although we refer also to the updated legal situation), since the committees' statements contain the discussion of the premises and arguments underlying the

formulation of the law (see also Leping 2007). A new German law (from 1/9/09) (German Civil Code § 1901a Living wills as part of § 1901 'Scope of custodianship/duties of custodianship') proclaims, as recommended by the NEC (see below), that existing advance directives are binding on attending physicians and strengthen the role of proxies in EoL decisions. A rather short, but very controversial parliamentary debate preceded this regulation. In Israel, the Knesset enacted the Dying Patient Law in 2005, based on the recommendations of the expert committee report, which also addressed advance directives and proxy decision-makers. However, in both countries many practical questions concerning the implementation of the laws are still debated.

The German National Ethics Council was appointed by the German Chancellor in 2001 with the general mandate to discuss urgent bioethical issues and to advise the Chancellor, the parliament and the public. The Israeli committee was appointed by the Minister of Health in 2000, following a Supreme Court judgment calling for legislation to clarify the matter of advance care planning, with the specific mandate to formulate a comprehensive legislative proposal on EoL medical care. Both committees were comprised of an interdisciplinary membership. At the time of its EoL report, the German Committee consisted of 25 members (professional philosophers, lawyers, medical scientists, patient representatives, politicians

and Catholic and Protestant religious authorities) and chaired by the lawyer and politician Christiane Weber-Hassemer. The Israeli Committee consisted of 59 expert members, making it the largest public committee ever established in Israel, and was chaired by the paediatric neurologist and halakhic-medical ethicist Avraham Steinberg (2006, p. 100). Both national committees aimed for a formal consensus statement which was achieved in the main part, but both also offer some dissenting statements.

Comparative analysis of the statements

Legal backgrounds

In both countries, to the date of the reports no specific EoL law existed. In Israel, there were Ministry of Health guidelines (1996) and several court decisions that indicated recognition of certain legal principles (e.g., the patient's right to refuse treatment, the prohibition of active euthanasia, *in dubio pro vitae*) within the general frame of the Patient's Rights Law (1996) (Shalev 2000). However, there was a lack of clarity as to the distinction between passive and active euthanasia, and as to the effect of advance directives. In Germany, there existed sections in the criminal law which were relevant to EoL decisions, as well as articles in the Constitution, such as Article 2(1), which protects the right to free personal development, and Article 2(2), which protects

the individual's right to life and physical integrity and had been construed to include autonomous decisions in shaping the dying process. However, there remained considerable legal questions about the doctor's position as a guarantor of life, and a large degree of ambivalence as regards the doctor's duties.

Main similarities and differences

The main recommendations in both expert committee statements can be summarized with respect to their similar articulation of the following five points:

- There is a duty to administer palliative care.
- There is a duty to administer basic care, which includes hygiene, social care, and treatment to assuage feelings of starving and of thirst.
- Killing on request (so-called active euthanasia) should be legally forbidden. Both statements proclaim that no doctors or other persons should be allowed to kill a patient (e.g. by applying a deadly dose of a substance), even on the patient's explicit wish.
- In case of doubt or uncertainty about the patient's wish, a decision in favor of life ought to be made: In the absence of an explicit statement or advance directive by the patient, and if the relatives seem to be unclear or contradictory as to the patient's presumed wishes, physicians and care givers should save life and not stop life sustaining care.

- The role of advance directives has to be strengthened and made legally binding.

At the same time, the two reports differ in some major respects. The first discrepancy concerns the moral acceptance of 'letting die' (a term suggested by the German NEC to be used for 'passive euthanasia'). In the German report a strong consensus was expressed that 'letting die' encompasses both withholding *and* withdrawing medical treatment, and the NEC supported it so long as it is in accordance with the patient's explicit wish. In contrast, the Israeli report stood out from most international reports and laws by stressing the significance of the distinction between interrupting (withdrawing) and refraining from (withholding) medical treatment, because of psychological, philosophical and religious (halakhic) reasons associated with the former. Hence, the Steinberg Committee report concluded that withholding or refraining from medical treatment is morally acceptable if in accordance with the patient's explicit voiced wish; however, withdrawing or interrupting continuous treatment such as artificial respiration or artificial feeding is seen as morally unacceptable even if the patient so wishes (see the more detailed discussion below).

The emerging role of advance directives

With respect to advance directives,

the Israeli report stressed the need to acknowledge the effect of advance directives made by individuals after receiving relevant medical information from medical caregivers, and recommended that a national registry be established to facilitate their actual implementation. The subsequent law contains official statutory forms that include lists of multiple-choice questions representing, for example, various specific techniques of resuscitation, distinctions between ‘dying’ and ‘terminal’ patients, ‘treatment related to the ‘incurable medical problem’ and ‘accompanying treatment’, and ‘continuous’ versus ‘cyclical’ treatment. They thus appear to reduce the complex communication of EoL decisions to a long list of medical procedures and formal legal language that, arguably, alienates lay persons and makes them dependent on lawyers and doctors, instead of empowering them to make their own choices in their own words (Shalev 2009, 2010).

In Germany, the NEC recommended making advance directives legally binding for physicians, care givers and legal representatives (GE-Opinion-AD), but did not address the practical problem of implementing advance directives in medical practice. The recent German law was the result of a heated parliamentary debate in which at least four different motions were discussed. The law gives legal effect to advance directives while other issues of EoL decisions are not explicitly regulated. Furthermore, the law stresses the role of proxies which

should ensure that doctors are following the patient’s wishes as expressed in the AD: Hence, ADs have to be written documents, but neither a doctor’s information nor a notarial act is required. No national registry for AD is foreseen. While the advance directive form issued by the German Federal Ministry of Justice is similarly loaded with medico-legal jargon, there are many other forms for advance directives in Germany, including those issued by the churches and by patient support organizations, which range in style from the formal to the informal. Nonetheless, only very few Germans have an advance directive.⁴

Cultural diversity of moral key elements

Balancing various, sometime opposing values seems to be the key element in EoL decisions, according to both committees’ statements. Value balancing entails a twofold problem: First, one has to justify the main ethical principles; secondly, some hierarchy between the principles has to be considered. In the Israeli report, four main ethical principles were mentioned: sanctity of life, prevention of significant suffering, quality of life, and patient autonomy. On the other hand, the German report referred to self-determination and protecting bodily integrity as part of patient autonomy, then to protection of life, and solidarity with vulnerable persons.

The place of patient autonomy in the order of the ethical principles

seems to be of significance, as well as the German report reference to ‘protection of life’, as opposed to ‘sanctity of life’, which has a less religious and less absolute connotation. Indeed, the German committee understood the right of self-determination to be “the” ethos of contemporary life. In contrast, the Israeli report started with a general presumption that autonomy, as “a” democratic value, has to be balanced with Jewish religious values—of which ‘sanctity of life’ is the most important. This can be seen in the (non-liberal, socially prescriptive) recommendation of the Israeli committee that caregivers have a duty to persuade patients to accept oxygen, food, drink and regular medicine, and that they may not withdraw ongoing medical treatment (Steinberg-Report 2006, p. 221). Similarly, the Israeli law adopted the committee’s recommendation that doctors must administer artificial feeding and fluids even if the patient made advance directives to the contrary.

Handling conflicts in EoL situations

The role of experts represents a key element in both committees. The Israeli report delegated the responsibility for conflict resolution to medical and health care experts, and the Dying Patient Law established institutional ethics expert committees with the power to make decisions if there is a conflict between the involved parties. These committees must take into account the patient’s wishes according to his/

her world view and life-style (see also: Steinberg Report 2006, p. 232). But in the case of unresolved dissent in the institutional ethics committee, a national committee is authorized to decide.

Concerning the same issue, a debate developed in the German committee. Its general report on EoL care remained imprecise regarding who should decide in a situation of conflict: the physician, the patient, or the state; yet the answer can be found in the earlier report on advance directives: “in the event of conflict—in particular concerning the interpretation of the advance directive—the Court of Guardianship should decide.” (GE-Opinion-AD, p. 57). The recent law took up this approach by providing that the Court of Guardianship has jurisdiction to make decisions when there are conflicts between physician and proxy with regard to life-shortening decisions.

The cultural assessment of experts’ responsibility is hence quite different: While in Israel health care experts are seen as best equipped to solve EoL dilemmas, in Germany the power to do so is put in the hands of legal experts. This is reflected also in the expertise of the two heads of the respective committees: in Germany, a lawyer–philosopher; in Israel a physician–cleric.

Passive euthanasia

The debate on the morality of active and passive euthanasia, or the dis-

inction between withholding and withdrawing treatment, (passive and active “letting die”) was a matter of fierce controversy in the international bioethics community, especially until the mid-1990s (see Callahan 1989; Nordcross and Steinbock 1994; overview by Howard-Snyder 2007). Nowadays, however, most international statements agree that there is no substantial moral or legal distinction between withholding and withdrawing, because of consequentialist and intentional considerations. Correspondingly, the German Report emphasized that there is no morally relevant distinction between the cessation of a continuing medical treatment as opposed to not administering it in the first place (GE-Opinion-EoL, p. 46). The examples mentioned are artificial feeding and respiration. The report concluded that the morally relevant action is to omit an unwanted treatment (p. 47), although it acknowledged that it is “psychologically understandable if the doctor ... is more reluctant to intervene actively—by removing a feeding tube or turning off a respirator—than simply do nothing.” (ibid. p. 47).

It concluded that in both cases the intention (stopping an unwanted treatment) and the outcome (death) of the action are what count morally. Therefore, the distinction between actively doing and omitting was seen as inherently unjustified from a moral point of view.⁵

In contrast, the moral distinction between withholding and withdrawing

treatment played an important role in the Israeli report. The argument for such a distinction is explained by the Chair Steinberg (2006, p. 103): “According to relevant halakhic principles and the actual rulings of these prominent rabbis, preserving life is one of the most important values. Any act that shortens life is halakhically considered as murder, even at the very end of life (...). Therefore, active euthanasia, physician-assisted suicide or *the withdrawal of a continuous treatment* such as a pacemaker or a respirator is absolutely forbidden” (emphasis added).

However, this position was criticised by various (secular) ethicists and lawyers in the Israeli committee as unethical, and inconsistent with the previous case law. Judges, legal scholars and philosophers maintained that there was no logical difference between withholding and withdrawing treatment, in accordance with the international agreement. From a patient rights perspective, it was argued that just as informed consent is required *before* the administration of medical treatment, so too treatment may not be *continued* against the will of the patient, since in both cases the forced treatment is a violation of the right to bodily integrity and amounts technically to assault. Moreover, a rule forbidding the withdrawal of “continuous” treatment at the patient’s request might be detrimental, because it could induce a patient to forgo potentially beneficial treatment out of fear that once it is begun it can-

not be stopped. In addition, artificial respiration is often initiated as a matter of course in conditions of medical emergency, where the patient does not have a real option to indicate consent due to the circumstances. The rule of first treating and then asking questions in emergencies is entirely appropriate, but if discontinuation of treatment is not allowed, patients can find themselves held captive by life-prolonging measures which they might have preferred to refuse. (Shalev 2009).

The Steinberg Committee proposed a technological solution, in order to ameliorate its position that withdrawal of treatment should not be permitted, and to reach a consensus between the secular and religious camps of the committee. It invoked a novel distinction between ‘continuous’ and ‘discontinuous/serial’ treatment, based on the idea that medical treatment can be seen as one “act” or as a sequence of acts. For example, the administration of dialysis is seen as a sequence of single, equivalent acts, while artificial respiration over several months is seen as only one act. However, if a timer would be installed on a respiratory machine, so that it automatically switches off the respirator after a set period of time and has to be intentionally turned on by someone again, the treatment would then be considered as discontinuous. The resetting of the clock would be routine care unless the patient explicitly expresses her wish not to turn it on again.

At the same time, some critics questioned the merit of this idea. Such a technology may be very useful for overcoming the understandable reluctance of a doctor to “pull the plug,” but it raises various questions. For example, if it is morally wrong to discontinue life support, what difference does it make *how* we perform the act? Can a change of technique make right of something that is wrong? (Ravitsky 2006).

Historical factors

In the German EoL debate, the spectre of the “Nazi doctors” played a significant argumentative role (see for example Schmuhl 2000; Ach and Gaidt 2000; Kröner 2001). Because of this, there are still special sensitivities around the use of the term ‘euthanasia’ in Germany and therefore the German NEC introduced the term ‘*criminal euthanasia*’ (2006) to distinguish the murders of disabled persons during Nazi times as a separate category under the more general label of ‘euthanasia’. In the Israeli debate, the term of ‘mercy killing’ does not carry the same sensitivity.

Similar historical considerations came up in the German NEC, when its members discussed the ethical and social dimensions of killing on request (active euthanasia). Those members of the NEC who considered it to be ethically acceptable in principle (GE-Opinion-EoL p. 86f) nevertheless supported the recommendation that it should be legally forbidden because of

political considerations. These considerations might be interpreted as taking historical responsibility for criminal euthanasia practiced under the Nazi regime—an argument explicitly mentioned by members of the NEC. In the Israeli report we cannot find any comparable expression or reference.

Religious factors

The Israeli view on EoL care appears to be restrictive in contrast to its general permissiveness on reproductive and genetic issues at the beginning of life. This contrast between the beginning and end of life could be explained by the ‘two-fold’ view of Israeli society (Raz 2004). In Israel the perception is that there is a gradual development of moral status from the pre-born (partial moral status of the embryo) to the already-born (full moral status), while in Germany full moral status is already attributed to the human embryo from the moment of conception. These different perspectives reflect the variance between religious views in Judaism and Christianity.

The Israeli position is sometimes explained by the fact that ‘sanctity of life’ is seen as the highest religious (Jewish) ethical principle (Glick 1999; Green 1999; Ganz et al. 2006; Rosner 1999). Interestingly, Jewish ethics scholars such as Leonard Kravitz (2006) claim that the statements in the Steinberg committee’s report do not present any universalistic position of Jewish thinking (especially with respect to the proscription of withdraw-

ing treatment).

In the German debate, too, the religious impact should not be underestimated. Christian authorities refer similarly to the sanctity of life and the moral unacceptability of terminating human life, seen as a gift from God (GE-Opinion-EoL p. 75). However, the religious position is presented as one voice among many others, in a concert of pluralistic discourse. National surveys overall showed that a majority of the German population is actually in favour of active euthanasia (GE-opinion-EOL 2006). Future studies could examine if the German objection to active euthanasia, as expressed by politicians as well as most experts, is due to continuing loyalties to the two Christian churches.⁶

Conclusions

In contrast to its general permissiveness in the beginning-of-life discourse, the Israeli view on EoL appears to be much more restrictive than the German view. The Israeli stance concerning passive euthanasia seems more restrictive because of three reasons: (a) doctors must persuade patients to accept life-supporting medical treatment; (b) doctors may not respect a competent patient’s expressed wishes to withdraw continuous life-supporting treatment, and (c) doctors may not respect an incompetent patient’s advance directives to withhold artificial feeding.

Thus the contrast between German and Israeli perspectives of EoL care

can be seen to represent different social conceptions of the doctor’s duty vis-à-vis the balancing of the sanctity of life versus individual self-determination. The German emphasis is on the doctors’ duty to respect the patient’s autonomy, while the Israeli focus is on the doctors’ duty to respect the sanctity of life.

But we would like to refine our own generalization by offering a more differentiated understanding of the term “restrictive.” Considering Israel’s practical solution of the timer, one could ask whether this is still considered “restrictive”. The answer to that question depends *inter alia* on who will have the power to decide whether the timer is set up again—the patient (Barilan 2004) or the physicians and caregivers (as the committee has suggested). And although the technical solution of the timer was regarded by some authors as a fig leaf for a moral conundrum or even a ‘sell-out’ (Butcher 2005; Ravitsky 2005), one could see it instead as a pragmatic way out of a value-laden conflict that enables individual solutions. In terms of Israeli culture, such pragmatism has been shown to serve as a main cultural interface between Jewish tradition and secular modernism (Gross and Ravitsky 2003; Shapira 2006).

The taken-for-granted German predilection for protecting individual autonomy should be reviewed in light of the German debate on advance directives. While the Steinberg committee recommended increasing the relevance and binding character of

advance directives, the call of the German NEC in favour of strengthening advance directives was criticized by other interdisciplinary ethics committees, such as the German Interim Parliament Commission for Ethics and Law of Modern Medicine (Enquete-Kommission 2002). Likewise, the recent German legal solution of delegating decisions to judges in cases of conflicts between proxies and doctors can be interpreted as (partly) restricting patients’ autonomy. These nuances illustrate how the German EoL legal policy is also restrictive in certain respects, just as the Israeli EoL law also has some permissive aspects.

Acknowledgments Silke Schicktanz would like to thank the German Israeli Foundation—Young Scientist Programme GIF research Grant No. G-21071451-4/2005 for supporting her research.

Conflict of interests None.

Open Access

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

References

Ach, J.S., and A. Gaidt. 2000. Wehret den Anfängen? Anmerkungen zum Argument der ‘schiefen Ebene’ in der gegenwärtigen Euthanasie-Debatte. In *Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*, ed. A. Frewer, and C. Eickhoff, 424–447. Campus: Frankfurt a. M.

Barilan, M.Y. 2004. Is the clock ticking for terminally ill patients in Israel? Preliminary comment on a proposal for a bill of rights for the termi-

nally ill. *Journal for Medical Ethics* 30: 353–357. ChemPort CrossRef

Butcher, T. 2005. Israelis to be allowed euthanasia by machine. *Telegraph.co.uk*, London. 12th Aug.

Callahan, D. 1989. Can we return death to disease. *The Hastings center report*. 19 (Jan/Feb), 4–6.

Enquete Kommission. 2002. *Law and ethics of modern medicine Final Report*. Berlin: German Parliament (in German).

Ganz, F., J. Benbenishty, et al. 2006. The impact of regional culture on intensive care end of life decision making: An Israeli perspective from the ETHICUS study. *Journal for Medical Ethics* 32: 196–199. ChemPort CrossRef

Glick, S. 1999. The Jewish approach to living and dying. In *Jewish and catholic bioethics. An ecumenical dialogue*, ed. E.D. Pellegrino, and A.I. Faden, 43–53. Washington: Georgetown University Press.

Gottweis, H., and B. Prainsack. 2006. Emotion in political discourse: Contrasting approaches to stem cell governance: the US, UK, Israel, and Germany. *Regenerative Medicine* 1: 823–829. CrossRef PubMed

Green, R.M. 1999. Jewish teaching on the sanctity and quality of life. In *Jewish and catholic bioethics. An ecumenical dialogue*, ed. E.D. Pellegrino, and A.I. Faden, 25–42. Washington: Georgetown University Press.

Gross, M.L., and V. Ravitsky. 2003. Israel: Bioethics in a Jewish-democratic state. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 12: 3247–3255. CrossRef

Haines, E., and R. Williams. 2007. Sociology, ethics, and the priority of the particular: Learning from a case study of genetic deliberations. *British Journal of Sociology* 58(3): 457–476. CrossRef PubMed

Hashiloni-Dolev, Y. 2007. *A life (un)worthy of living: Reproductive genetics in Israel and Germany*. Berlin: Springer.

Howard-Snyder, F. 2007. Doing vs. allowing harm, *Stanford Encyclopedia of Philosophy* <http://plato.stanford.edu/entries/doing-allowing/> (accessed 26.05.2010).

Hurwitz, P., J. Picard, and A. Steinberg (eds.). 2006. *Jewish ethics and the care of end of life patients. A collection of rabbinical, bioethical, philosophical and juristic opinions*. Basel: Schwabe.

Justinger, C., S. Richter, M.R. Moussavian, T. Serrano Contreras, and M.K. Schi. 2009. Patientenverfügung aus der Sicht des chirurgischen Patienten. *Der Chirurg* 80(5): 455–461. ChemPort SpringerLink

Kravitz, L.S. 2006. Some reflections on Jewish tradition and the end-of-life patient. In *Jewish ethics and the care of end-of-life patients. A collection of rabbinical, bioethical, philosophical, and juristic opinions*, ed. P.J. Hurwitz, J. Picard, and A. Steinberg, 75–98. Jersey City: KTAV Publishing House.

Kröner, H.-P. 2001. 'Euthanasie': Von der Sterbebegleitung zum Krankenmord. In *Tod und Sterben: Medizinische Perspektiven*, ed. P. Hucklenbroich, and P. Gelhaus, 87–103. Münster: LIT.

Lang, F.R. and G.G. Wagner. 2007. Patientenverfügungen in Deutschland: Bedingungen für ihre Verbreitung und Gründe der Ablehnung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132(48): 2558–2562.

Lepping, P. 2007. Ethical analysis of the new proposed mental health legislation in England and Wales. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2: 5. CrossRef PubMed

National Ethics Council. 2005. *Opinion report on advance directives*. Berlin. (Abbr. GE-Opinion-AD).

National Ethics Council. 2006. *Opinion Report on self-determination and care at the end of life*. Berlin (Abbr. GE-Opinion-EoL).

Nordcross, A., and B. Steinbock. 1994. *Killing and letting die*, 2nd ed. New York: Fordham University Press.

Public Committee on Matters concerning the Terminally Ill Patients. 2006. *Draft Law, Report, and divergent opinions*. In: Hurwitz P.J., Picard, J., and Steinberg A. (eds.) *Jewish ethics and the care of end-of-life patients*, Jersey City: KTAV Publishing House, pp. 207–242 (Abbr Steinberg-Report).

Ravitsky, V. 2005. Timers on ventilators. *British Medical Journal* 330: 415–417. CrossRef PubMed

Ravitsky, V. 2006. Dying with dignity in a Jewish-democratic state. In *Jewish ethics and the care of end-of-life patients. A collection of rabbinical, bioethical, philosophical, and juristic opinions*, ed. P.J. Hurwitz, J. Picard, and A. Steinberg, 105–118. Jersey City: KTAV Publishing House.

Raz, A. 2004. 'Important to test, important to support': Attitudes toward disability rights and prenatal diagnosis among leaders of support groups for genetic disorders in Israel. *Social Science and Medicine* 59(9): 1857–1866. CrossRef PubMed

Rosner, F. 1999. The imperative to heal in traditional Judaism. In *Jewish and catholic bioethics. An ecumenical dialogue*, ed. E.D. Pellegrino, and A.I. Faden, 99–105. Washington: Georgetown University Press.

Schicktan, S., A. Raz, and C. Shalev. 2010. The cultural context of end-of-life ethics: A comparison of Germany and Israel. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 19: 381–394. CrossRef PubMed

Schmuhl, H.-W. 2000. Nationalsozialismus als argument im aktuellen Medizinethik-Diskurs. Eine Zwischenbilanz. In *Euthanasie und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen*

Hintergründe medizinischer Ethik

, ed. A. Frewer, and C. Eickhoff, 385–407. Campus: Frankfurt a. M.

Shalev, C. 2000. Paternalism and autonomy in end-of-life decision-making: the Israeli normative ambivalence. *Israel Yearbook on Human Rights* 29: 121–136.

Shalev, C. 2009. End-of-life care in Israel—the dying patient law 2005. *Israel Law Review* 42(2): 279–305.

Shalev, C. 2010. Reclaiming the patient's voice and spirit in dying: A perspective from Israel. *Bioethics* 24(3): 133–144. CrossRef

Shapira, A. 2006. Law and bioethics in Israel: Between liberal ethical values and Jewish religious norms. *Journal International de Bioéthique* 7(1–2): 115–123. CrossRef

Steinberg, A. 2006. A law proposal in Israel regarding the patient at the end of life. In *Jewish ethics and the care of end-of-life patients. A collection of rabbinical, bioethical, philosophical, and juristic opinions*, ed. P.J. Hurwitz, J. Picard, and A. Steinberg, 99–104. Jersey City: KTAV Publishing House.

Turner, L. 2005. From the local to the global. *Bioethics and the concept of culture. Journal of Medicine and Philosophy* 30: 305–320. CrossRef PubMed

Wertz, D.C., and J.C. Fletcher (eds.). 1989. *Ethics and human genetics: A cross cultural perspective*. Berlin: Springer.

Footnotes

¹ This paper is a very condensed but slightly revised version of a more extensive comparative Germany-Israel analysis of EoL ethics, published as: S. Schicktan, A. Raz and C. Shalev, *The Cultural Context of End-of-Life Ethics: A Comparison of Germany and Israel*, 19 *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (2010)381–394. In this paper, a new focus is on advance directives.

² See an English translation published in Hurwitz et al. (2006).

³ English translation published by the German NEC is available at http://www.nationalerethikrat.de/en_index.php.

⁴ According to several studies the numbers vary between 10–20%. (e.g. Lang and Wagner 2007; Justinger et al. 2009).

⁵ The very recent decision of the German Federal Court of Justice confirmed this view (no. 129/10 on 25th June 2010).

⁶ We would like to thank one of the reviewers for this insight.

* Dieser Artikel erschien ursprünglich in: *Medicine, Health Care and Philosophy* (2010) 13(4):363-369. Published online 31 July 2010. Wir danken den Autoren für die freundliche Genehmigung einer Wiederveröffentlichung.

Islamische Medizinethik

von Prof. Dr. phil. Thomas Eich

Vorbemerkung

Weltweit gibt es über eine Milliarde Muslime. Diese teilen sich in verschiedene große Strömungen wie etwa die Sunniten und die Schiiten, die bereits zusammen über 90 % der muslimischen Weltbevölkerung ausmachen. Daneben gibt es aber noch eine ganze Reihe von weiteren Gruppierungen, die teilweise in Deutschland relativ stark repräsentiert sind, wie etwa die Ahmadiya. Denn Anhänger dieser Richtung werden von vielen Sunniten nicht als Muslime betrachtet sondern als Apostaten. Aus diesem Grund sehen sich Ahmadis in ihrem Hauptherkunftsland Pakistan massiven Verfol-

Silke Schicktanz, Department of Medical Ethics and History of Medicine, University Medical Center Göttingen, Göttingen, Germany.

Aviad Raz, Department of Sociology and Anthropology, Ben Gurion University, Beersheba, Israel.

Carmel Shalev, adjunct professor, Haifa University Faculty of Law, Maria-Goeppert-Mayer guest professorship in 2008 at the University Medical Center Göttingen, Germany.

gungen ausgesetzt und emigrierten in großer Zahl u. a. nach Deutschland.

Was Zugehörigkeit zur Religion des Islams im Leben des Einzelnen ganz konkret bedeutet, variiert also. Allein die große Anzahl von Muslimen weltweit wie auch die Tatsache unterschiedlicher Strömungen im Islam legen dies nahe. Jedoch soll hier ausdrücklich auf diesen Punkt hingewiesen werden. Denn in den letzten Jahren ist „Muslimsein“ meines Erachtens zunehmend mit einem bestimmten, erwarteten Verhaltensmuster gleichgesetzt worden, das relativ starr und eng definiert wird. Ein Beispiel hierfür wäre die Erwartungshaltung, dass Muslime keinen Alkohol trinken.

Nun gibt es in der Realität aber z. B. Muslime, die Alkohol trinken; manche haben sogar Alkoholprobleme. In Fällen wie diesen schafft die Aussage „Muslime trinken keinen Alkohol“ ein zweifaches Problem. Einerseits negiert dieser Satz Muslimen, die Alkohol konsumieren, einfach ihr Muslimsein. Andererseits negiert dieser Satz ggf. auch einfach ein Problem: Es könne keine Alkoholiker geben, die Muslime sind, denn „Muslime trinken ja keinen Alkohol“. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Berufen, die mit Alkoholikerinnen und Alkoholikern in Berührung kommen, konstatieren aber immer wieder, dass Alkoholismus in der muslimischen Bevölkerung Deutschlands ein Problem ist, das objektiv existiert.

Ein weiteres Beispiel wären Aspekte der Kleidung wie das Kopftuch oder Regularien für den Umgang der Geschlechter miteinander, wie etwa die Frage, ob ein Mann und eine Frau, die nicht miteinander verheiratet oder verwandt sind, einander die Hände schütteln dürfen. Letztere Frage mit „Nein“ zu beantworten und/oder das Kopftuch zu tragen, wird in der Öffentlichkeit oft damit gleichgesetzt, hierbei handele es sich um „das islamische Verhalten“. Tatsächlich handelt es sich hier aber nur um eine bestimmte Auslegung davon, was Muslimsein im Leben des Einzelnen jeweils bedeutet. Viele Musliminnen, die kein Kopftuch tragen oder die Hand eines männlichen Gegenübers schütteln, begründen dies durchaus aus ihrem religiösen Verständnis heraus. Diesen

Frauen implizit ihr Muslimsein abzusprechen oder zu sagen, sie seien nicht so religiös wie andere, nur weil sie eine bestimmte Erwartungshaltung nicht erfüllen – die durchaus ja auch von manchen anderen Musliminnen und Muslimen an sie hergetragen wird –, kann insbesondere im medizinischen Alltag zu Fehlwahrnehmungen führen.

Die „Medizin-Situation“

Das Gesagte soll darauf hinweisen, dass sich beim Thema „Muslimische Patientinnen und Patienten“ leicht eine gewisse Verzerrung in der Wahrnehmung einstellen kann, nämlich dass es immer zu Problemen kommen müsse, wenn Muslime eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus betreten. Diese Verzerrung kann dadurch entstehen, dass man nur die Patienten als Muslime wahrnimmt, bei denen es zu irgendwelchen Problemen kommt. Bei denjenigen, bei denen dies nicht der Fall ist, werden die fehlenden Probleme damit erklärt, die Patienten seien nicht religiös. Tatsächlich ist es aber eher so, dass ein bestimmtes Verständnis davon, wie „man“ sich „islamisch korrekt“ verhalte, im Medizinbereich zu Problemen führen kann – insbesondere wenn man nicht darauf eingestellt ist. In der Praxis lassen sich jedoch oft – teils auch ganz pragmatische – Lösungen finden. Darüber hinaus – auch das sollte nicht vergessen werden – kann die ein oder andere Kritik an Zuständen im deutschen Gesundheitswesen oder Umgangsfor-

men von medizinischem Personal mit Patientinnen und Patienten vielleicht auch generelle Geltung über die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religionsgruppe hinaus beanspruchen.

Islamische Medizinethik

Im Folgenden gehe ich auf drei Bereiche ein, die erfahrungsgemäß im medizinischen Bereich beim Umgang mit vielen muslimischen Patienten thematisiert werden. Die Auswahl hat nicht den Anspruch der Vollständigkeit.

Der menschliche Körper

Im Islam existiert ein Leib-Seele-Dualismus. Das bedeutet, dass der Mensch durch die Kombination von Materie mit der übersinnlichen Seele aus Gottes Schöpfung besonders herausgehoben ist. Der Körper wird dabei dem Menschen von Gott zu treuen Händen gegeben. Der Mensch kann also über seinen Körper nicht frei verfügen, da er ihn nicht besitzt. Aus diesem Grund werden Eingriffe in diesen Körper ohne medizinische Indikation sehr kritisch bewertet. Dies gilt auch deswegen, weil es im Koran heißt: „Wir haben den Menschen in schönster Gestalt geschaffen“ (Sure 95, Vers 4; Zirker-Übersetzung). Auf der normativen Ebene ausgenommen von diesem Vorbehalt gegenüber Veränderung am menschlichen Körper sind lediglich Fälle, in denen entweder Abweichungen von der üblichen Form vorliegen (z. B. ein sechster Finger) oder Fälle, in denen der Eingriff das

Überleben oder die signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes über einen längeren Zeitraum verspricht (z. B. Nierentransplantation).

Grundsätzlich ist der Mensch in diesem Modell gehalten, für den ihm treuhänderisch anvertrauten Körper zu sorgen, ihn zu schützen und bei Krankheiten die notwendigen Maßnahmen zur Heilung zu ergreifen. Nach einem Ausspruch des Propheten hat Gott gegen jede Krankheit eine Medizin erschaffen – außer den Tod. Weil Krankheiten ein Teil der Schöpfung sind, sind sie von Gott erschaffen. Ihr Sinn wird oft darin gesehen, den Menschen in seiner Glaubensfestigkeit zu prüfen. Auf der normativen Ebene wird damit jedoch keine fatalistische Haltung im Krankheitsfalle begründet, vielmehr sind medizinische und therapeutische Maßnahmen als das von Gott zur Verfügung gestellte Mittel zur Bekämpfung der jeweiligen Krankheit positiv besetzt.

Etwas anders stellt sich die Situation bei unheilbaren Krankheiten dar. Zwar werden auch hier überwiegend Therapien und lebensverlängernde Maßnahmen gefordert. Jedoch tritt der Aspekt der Prüfung des Menschen, der sein Schicksal geduldig und im Vertrauen auf Gott ertragen soll, stärker in den Vordergrund. Die Beendigung lebenserhaltender oder -verlängernder Maßnahmen wird entschieden abgelehnt, auch wenn dies vom Patienten so gewünscht werden sollte. Dies wird in der Regel mit der Sicht begründet, im Islam sei Selbstmord verboten, die sich im Lauf

der islamischen Geschichte als allgemeiner Konsens herausgebildet hat. Soziologische Untersuchungen zeigen, dass allein der Vorschlag, die intensivmedizinischen Geräte abzustellen, häufig schon als ehrenrührig und Indiz dafür aufgefasst wird, der Vorschlagende könne kein Muslim sein.

(Un)Reinheit

Rituelle Reinheit ist ein im Islam sehr weit gefasstes Feld. Grundsätzlich betrifft es zunächst einmal – wie in anderen Religionen auch – den Bereich des Gebets. Vor dem Gebet sind bestimmte Formen der Reinigung durch Waschung nötig, wobei das Ausmaß variieren kann, je nachdem welche Verunreinigung aus der Sicht des Einzelnen vorliegt (Geschlechtsverkehr z. B. hat umfangreichere Reinigungsrituale zur Folge als das zufällige Berühren des eigenen Penis) und um welches Gebet es sich handelt (das Mittagsgebet am Freitag unterscheidet sich von den anderen Gebeten). Auf der normativen Ebene werden von einem Muslim fünf Gebete am Tag gefordert, die an bestimmte Tagesabschnitte (z. B. die Morgendämmerung oder den Sonnenuntergang) gekoppelt sind. Deswegen lassen sich die Gebete nicht auf eine bestimmte, feste Uhrzeit festlegen. Es ist die übliche Praxis, dass Gebete zeitlich „geschoben“ werden können, wenn die Umstände dies geboten erscheinen lassen.

Als rituell verunreinigend wird auch die Aufnahme von bestimmten Nah-

rungsmitteln gesehen, die im Islam als verboten gelten. Die prominentesten Beispiele hierfür sind Bestandteile vom Schwein und Alkohol. Bei Nahrungsmitteln ist zu berücksichtigen, dass inzwischen große Empfindlichkeit hinsichtlich der Verwendung von Gelatine in der Nahrung oder auch bei deren Herstellung existiert. Im Falle von Medikamenten, die aus der Sicht der Scharia verunreinigende Substanzen enthalten, gibt es zwar einerseits die islamische Regel, dass ein Notstand auch ritualrechtliche Regelungen aushebeln kann. („Die Pflicht, den zu treuen Händen übergebenen Körper gegen die Krankheit zu behandeln, überwiegt gegenüber dem Verbot, Alkohol aufzunehmen.“) Andererseits sind die Vorbehalte hier jedoch sehr hoch und auf normativer Ebene sind Muslime gehalten, nach Medikamenten zu suchen, die keine verbotenen Substanzen enthalten. Berücksichtigen sollte man auch, dass es sich hierbei nicht nur um die körperliche Aufnahme von Substanzen handelt, sondern bereits die alleinige Berührung damit von manchen als rituell verunreinigend gesehen wird.

Hierbei ist es vor allem auch wichtig zu verstehen, dass rituelle Reinheit in der Sache nicht deckungsgleich ist mit „medizinischer Hygiene“. Der Zweck der Waschung für das Gebet zum Beispiel, ist nicht die Abtötung von Mikroben oder Krankheitskeimen. Vielmehr geht es darum, dass der Betende sich für eine gottesdienstliche Handlung bewusst in einen bestimmten, vom Alltag abgegrenzten Zustand begibt.

Andererseits würde das Abreiben von Haut mit Alkohol diese zwar desinfizieren, jedoch zu ritueller Verunreinigung führen.

Da bestimmte Aspekte von ritueller Unreinheit aber auch durch Nahrungsmittel hervorgerufen werden, können Menschen, denen man – zu recht oder zu Unrecht – unterstellt, dass sie regelmäßig Alkohol und/oder Schweinefleisch konsumieren, als rituell verunreinigt aufgefasst werden. Ganz deutlich wird dies etwa bei den durch soziologische Untersuchungen zu Tage geförderten Vorbehalten, die potenzielle muslimische Organempfänger gegenüber Organen von Nichtmuslimen haben können.

Tod

Verstirbt ein muslimischer Patient im Krankenhaus, wird es in der Regel vom familiären und auch darüber hinaus-

reichenden Umfeld als das erforderliche, richtige Verhalten angesehen, dem Leichnam sofort oder so schnell wie möglich trauernd die letzte Ehre zu erweisen. Trauer wird hierbei häufig lautstark Ausdruck verliehen. Es kann hierbei zu Störungen anderer Patientinnen und Patienten kommen. In solchen Situationen kann es daher eine pragmatische Lösung sein, den Leichnam in einen abgetrennten Raum (wie z. B. in Universitätskliniken einen Hörsaal) zu verbringen, damit dort die Angehörigen von ihm in der ihnen angemessen erscheinenden Form ungestört Abschied nehmen können, ohne dass es zum Konflikt mit den Krankenhausabläufen kommt.

Prof. Thomas Eich vertritt seit seit Oktober 2010 das Fach Islamwissenschaft am Asien-Afrika-Institut der Universität Hamburg.

Individuum und Gemeinschaft im afrikanischen Gesundheitswesen Medizinethische Fragen im Kulturvergleich

von Dr. med. Walter Bruchhausen

Die Bioethik ist ein Produkt westlicher Industriegesellschaften, in denen sich Fragen des Umgangs mit neuen Medizintechnologien einerseits und eines neuen moralischen Pluralismus, und das heißt auch eines stärkeren Individualismus, andererseits drängend

stellten. Beides ist trotz geringerer medizinischer Technisierung und stärkerer gesellschaftlicher Verhaftung an traditionelle Moralität afrikanischer, islamischer und christlicher Provenienz auch für Afrika der Fall. Angesichts der durch extreme Ressourcenknapp-

heit gesteigerten Verteilungsfragen und der höheren Spannung zwischen ererbten und importierten Lebensstilen gilt dies sogar in häufig größerem Ausmaß. Trotzdem hat sich außerhalb von solchen europäisch dominierten Enklaven wie der Forschungsethik für klinische, präventivmedizinische und epidemiologische Studien,¹ der Verteilungsethik für antiretrovirale Medikamente² und der akademischen Szene Südafrikas keine vergleichbare medizinethische Institutionalisierung ergeben. Die meisten in der Bioethik international wahrgenommenen afrikanischen Autoren schreiben von außerhalb Afrikas.³ Vieles, was man in Europa und Nordamerika für die Medizinethik beanspruchen würde, wird so in Afrika von anderen Fachbereichen und Institutionen behandelt.

Selbstverständlich gibt es auch im Medizinstudium afrikanischer Länder Unterricht in Medizinethik als Einführung in die Berufspflichten des Arztes. Doch mit einer starken Orientierung am Beispiel von Industrienationen teilt diese Lehre allzu oft das große Problem der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in Afrika insgesamt: die mangelnde Berücksichtigung der dringendsten gesundheitlichen Bedürfnisse und sozialen Realität einer Mehrheit der Bevölkerung. Fragt man danach, wo eine Medizinethik, die sich an dem in westlichen Industrienationen Üblichen orientiert, sozialen Realitäten Afrikas möglicherweise nicht gerecht wird, stößt man auf das grundsätzliche Problem der unterschiedlichen Konzeption und Stellung

des Individuums. Respektierung der individuellen Patientenautonomie ist eine Art Markenzeichen – sowohl treibendes Motiv als auch gängiger Lösungsweg – der Bioethik geworden, was bestimmte Sichtweisen des Menschen impliziert. Diese Sichtweisen gehören zu den Selbstbildern, die den westlichen Entwicklungsweg vor allem in der jüngeren Zeit begleitet, möglicherweise auch bestimmt haben und von daher nicht unbedingt in anderen Teilen der Welt ähnliche gesellschaftliche Geltung besitzen.

Als medizinethische Fragen Afrikas, in denen die Stellung des Individuums eine prominente Rolle spielt, seien hier zwei Bereiche ausgesucht und untersucht: Der *Informed consent* v. a. in der Forschung und die Ressourcenverteilung zur Intensivmedizin bzw. zur Behandlung des alten Menschen im Vergleich mit der Infertilitätsbehandlung. Bevor diese Fragen im Einzelnen behandelt werden, ist es jedoch nötig, sich die eigene Herangehensweise an Phänomene fremder Gesellschaften und die dabei verfolgten Intentionen bewusster zu machen.

Interkulturelle Sensibilität

Fragen nach der Stellung des Individuums in Afrika bilden einen Bereich, in dem sich allzu leicht gängige Stereotype von angeblicher Rückständigkeit, vormodernen Traditionen und geradezu totalitären Gesellschaften einschleichen. Spektakuläre Beispiele von diskriminierender Behandlung, die vor allem die Situation von Frau-

en betreffen, dienen hier gerne als Aufhänger, um ganze Weltregionen, ihre Kulturen und Religionen zu diskreditieren. Gerade hier muss eine ethische Analyse um das Verstehen einheimischer Beweggründe bemüht sein, ohne diese dann zwangsläufig als gerechtfertigt anzuerkennen und damit einem ethischen Relativismus zu frönen.

Mit diesem Bemühen um das Verständnis der eigentlichen Problematik aus einheimischer Sicht ist auch die Zielsetzung der eventuellen Interventionen verbunden. Geht es primär um die Konformität mit den eigenen Vorstellungen und Kodifizierungen oder um eine wirkliche Verbesserung der Situation für die Betroffenen? Viele Debatten um die hier ausgewählten Fragen entsprechen recht weitgehend der Weberschen Unterscheidung von Gesinnungs- und Verantwortungsethik. Schafft man maximale Normen auf dem Papier, z. B. im Probandenschutz bei klinischen Versuchen, oder bemüht man sich um praktikable Bestimmungen, die tatsächlich die Zahl übervorteilter und geschädigter Probanden vermindern? Diese Alternativen sind übrigens keineswegs mit der moraltheoretischen Unterscheidung zwischen Deontologie und Konsequentialismus gleichzusetzen. Denn auch der Vertreter einer deontologischen Position kann hart in der Sache, aber verbindlich im Ton sein und folgenorientierte Kompromisse schließen, während sich utilitaristische Ansätze häufig dadurch auszeichnen, eher wenig Rücksicht auf

ererbte Normen zu nehmen und damit im Hinblick auf die erklärten Ziele kontraproduktiv wirken können.

Forschung und *Community consent*

Informed consent für Teilnehmer an medizinischen Versuchen gilt zu Recht als eine der wichtigen Errungenschaften des 20. Jahrhundert. Doch der ungeprüfte Transfer in andere soziokulturelle Bedingungen kann sich an verschiedenen Punkten als nicht unproblematisch erweisen. Die entsprechenden internationalen Abkommen hierzu schaffen zwar eine gewisse Klarheit, welche Schutzstandards nicht unterboten werden dürfen. Aber angesichts der schwachen Zivilgesellschaft und fehlenden Kontrollinfrastruktur in den betroffenen Ländern bleibt ihre Befolgung und Umsetzung fraglich. Deshalb ist jenseits von klimatisierten Konferenzsälen und Bibliotheken oder bloßen Umfragen die empirische Feldforschung gefordert, um im Gespräch und Zusammenleben mit den betroffenen Populationen die Realisierung ihrer Interessen und Schutzansprüche zu prüfen.⁴ Die afrikanischen Formen der Einbindung des Individuums in soziale Beziehungen haben dabei zur Forderung und zur Praxis geführt, den *Community consent* als Zustimmung jeweiliger Gemeinschaften – Familie, Clan, Dorf oder ethnische Gruppe – einzuholen. Angesichts der tatsächlich geführten Diskussion wie auch der klaren internationalen Vorgaben kann es nur darum gehen, *Community consent* nicht

als alternative, sondern als zusätzliche Vorgehensweise diskutieren. Die individuelle Zustimmung ganz durch einen *Community consent* zu ersetzen, scheint kaum jemand ernsthaft zu fordern.

Wenn sich so schon bei größerer soziokultureller Homogenität zwischen Forschenden und Versuchspersonen in Industrienationen der *Informed consent* in weiten Teilen der sozialen Realität eher als Fiktion zu erweisen scheint, weil Probanden aus anderen Motiven als Verständnis und Überzeugung von der Bedeutung eines Forschungsvorhabens zustimmen,⁵ muss dies für die weit aus größeren soziostrukturellen Unterschiede zwischen internationalen Forschergruppen und lokalen Bevölkerungen in Afrika zwangsläufig noch stärker ausgeprägt sein. Eine ganze Reihe empirischer Arbeiten⁶ konnte hier zeigen, wie die vielfältige Einbindung von Gruppen auch dem Ziel einer aufgeklärten und verantworteten Entscheidung der Hauptbetroffenen näher kommt als die rein individuelle Prozedur der Erläuterung gegenüber dem Einzelnen durch einzelne Vertreter des Forschungsprojekts. *Community* kann gerade hier gegenüber dem Individuum auch *Empowerment* statt der häufig vorrangig gesehenen Repression darstellen, d. h. nicht als Beeinträchtigung, sondern als mögliche Stärkung der Entscheidungsfähigkeit des Einzelnen fungieren. Das berührt Fragen, wie sie u. a. in den *care ethics*, wo zwischenmenschliche Beziehungen gegenüber reduktionisti-

schen Konzeptionen des Individuums an Bedeutung gewonnen haben, inzwischen durchaus intensiv diskutiert wurden. Chancen aus der Einbeziehung der Gemeinschaft liegen sowohl im Bereich der besseren Information als auch der freien Einwilligung, die erst durch berechtigtes Vertrauen ermöglicht wird.

Afrikanische Priorisierungen: Reproduktions- statt Intensivmedizin

Eine weitgehend andere Bewertung der sozialen Bedeutung des Lebens verschiedener Menschen zeigt sich in der afrikanischen Realität bei der Entscheidung zwischen medizinischen Maßnahmen zur Behandlung älterer Menschen einerseits und von Kinderlosigkeit andererseits. Afrikanische Gesellschaften setzen hier erkennbar andere Akzente als Öffentlichkeit und Bioethik hierzulande. In Nordamerika und Europa waren durch die Intensivmedizin mit ihren lebensverlängernden Maßnahmen entstandene Fragen konstituierend für die Bioethik. Wie lange muss man beatmen, wann darf man abschalten, welcher Behandlungsaufwand ist wann erforderlich und gerechtfertigt? Intensivstationen, die in Deutschland zur selbstverständlichen Ausstattung eines öffentlichen Krankenhauses gehören, haben in Afrika Seltenheitswert. Neben den unverhältnismäßig hohen Kosten spielt dabei auch fehlende Nachfrage eine gewisse Rolle. Nach schweren Unfällen gelangen Menschen zwar regelmäßig in afrikanische Krankenhäuser

und damit oft auch in theoretisch intensivpflichtige Behandlungssituationen, ältere Menschen z. B. nach Schlaganfällen, die in Europa intensivmedizinische Behandlung erfahren würden, hingegen vergleichsweise selten. Erwartet die Familie ein baldiges Sterben, wird der für alle Seiten belastende Transport ins Krankenhaus gewöhnlich vermieden.

Hingegen besteht ein weit verbreitetes Interesse an Behandlungsmöglichkeiten von Infertilität. In der eigenen Berufstätigkeit in Ruanda musste ich feststellen, dass die häufigsten Fälle, die von der im ländlichen Afrika üblichen ambulanten Behandlung durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in die Sprechstunde des Arztes überwiesen wurden, nicht etwa lebensbedrohliche Erkrankungen waren, sondern Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch. Die soziale Situation von Frauen, die keine Kinder bekommen können, erzeugte offenbar trotz aller in Afrika üblichen Bereitschaft zur Aufnahme anderer Kinder einen hohen Leidensdruck. Meine spätere Feldforschung in Tansania führte zu dem überraschenden Ergebnis, dass die höchsten Behandlungskosten im ganzen Bereich der traditionellen Medizin für diejenigen Experten gezahlt werden, die sich auf die Behandlung von Unfruchtbarkeit spezialisiert haben. Deshalb kann es nicht überraschen, dass für die wenigen biomedizinischen Einrichtungen in Afrika, die assistierte Reproduktion wie insbesondere die künstliche Befruchtung anbieten, Familien äußerst hohe Kos-

ten auf sich nehmen.⁷ Dagegen stellt in Deutschland bekanntlich die In-Vitro-Fertilisation einen Bereich dar, wo die Solidargemeinschaft eine geringere Notwendigkeit des Einspringens sieht. Denn hier werden die Kassenleistungen am stärksten begrenzt und liegt der eingeforderte Eigenanteil am höchsten.

Unterschiedliche Entscheidungsebenen

Die ausgewählten Beispiele zum *Informed consent* in der Forschung, die in vergleichbarer Weise teilweise auch für Behandlung gelten können, sowie Priorisierungsfragen zwischen Medizin an Lebensende und -anfang haben gezeigt, dass uns selbstverständliche Vorannahmen, wie bzw. was Individuen entscheiden und für sie entschieden wird, keineswegs in afrikanischen Gesellschaften als allgemein geltend vorausgesetzt werden dürfen. Bevor man aber daraus vorschnell auf einen geringeren Stellenwert des Individuums in Afrika schließt, auf Heteronomie statt Autonomie, sollte man sich vergleichend die Ebenen anschauen, auf denen für das jeweilige Individuum entschieden wird.

Bei der Entscheidung darüber, welche klinischen Versuche, Behandlungen und Kosten sinnvoll sind, liegt diese in Europa bei weit vom Patienten entfernten Stellen: Dem Gesetzgeber, den Sozialgerichten, den Krankenkassen, dem Gemeinsamen Ausschuss von Ärzten und Krankenkassen, diversen Bundesämtern, den Ärzte-

kammern und medizinischen Fachgesellschaften, den Pharmafirmen und Ethikkommissionen. Eine gewisse Ausnahme mag hier der wirtschaftlich völlig unabhängige Patient darstellen. Aber selbst er kann sich bestimmte Maßnahmen, z. B. Tötung auf Verlangen, geklonte Kinder oder bestimmte nicht zugelassene Arzneimittel nicht einfach kaufen.

In Afrika kommt zu diesen Ebenen, auf denen ein Einfluss des Einzelnen in Entscheidungsprozessen kaum möglich ist, noch die Ebene der Familie hinzu. Es ist aus vielen Ländern bekannt, dass die im Krankheitsfall anfallenden Behandlungskosten eines der größten Verarmungsrisiken für Familien darstellen. Die Familie ersetzt verschiedene zumeist nicht oder unzureichend vorhandene Einrichtungen der staatlichen sozialen Sicherung und übernimmt daher auch mindestens teilweise deren Entscheidungsfunktion über Sinn und vertretbare Kosten medizinischer Maßnahmen.

Ähnliches gilt für den zusätzlichen *Community consent*: In Staaten, in denen die rechtliche Kontrolle klinischer Forschung geringer ausgeprägt ist, kann die Beteiligung der lokalen Gemeinschaft einen zusätzlichen Schutz des Einzelnen darstellen, ersetzt also notgedrungen fehlende staatliche und zivilgesellschaftliche Infrastruktur in Bereichen, in denen auch in Europa der Einzelne in seinen Entscheidungen unterstützt und gelegentlich vor zu hohen Risiken geschützt werden muss.

Der zentrale Unterschied zwischen

Europa und Afrika liegt also nicht darin, dass ein Individuum nicht alles bekommt, was es will, sondern ob die gate-keeper notwendiger Ressourcen eher anonymer Natur sind oder dem Einzelnen bekannte Gruppen darstellen. Es gibt gute Gründe, harte Verteilungsentscheidungen aus der Mikroebene herauszunehmen, und auch afrikanische Staaten tendieren ja zu übergeordneten sozialen Sicherungssystemen. Aber eine prinzipielle moralische Überlegenheit besteht hier nicht. Es handelt sich um die jeweils verantwortete Berücksichtigung sehr unterschiedlicher sozialer und ökonomischer Situationen.

Dies spiegelt sich auch in dem wider, was wir als Kultur zu bezeichnen pflegen, ist Kultur doch „Modell von“ und „Modell für“ eine(r) Gesellschaft.⁸ In einem adäquaten Kulturverständnis ist sie eben nicht einfach Restkategorie für alles, was man an Unterschieden zwischen Gesellschaften nicht anders erklären kann, sondern in hohem Maße das symbolische System bestimmter sozio-ökonomischer Verhältnisse. Ändern sich diese, z. B. in Richtung größerer wirtschaftlicher und damit auch gesellschaftlicher Unabhängigkeit des Einzelnen, wandeln sich auch kulturelle und moralische Normen. Solcher Wandel verläuft alles andere als spannungsfrei. Die Frage, ob man diese Spannungen zur schnelleren Lösung ausnutzen und von außen verstärken soll oder aber auf eigenständige Lösungen durch die stärker selbst Betroffenen setzt, ist durchaus eine moralische.

¹ Vgl. die 2001 gegründete Pan-African Bioethics Initiative (PABIN) (<http://www.pabin.org>).

² Vgl. die Literatur in Norman Daniels, How to achieve fair distribution of ARTs in 3 by 5: Fair process and legitimacy in patient selection. Background paper, WHO/SDE/ETH/2004.2; <http://www.who.int/ethics/en/background-daniels.pdf> [19.3.2012].

³ Vgl. Walter Bruchhausen, Lokale Medizinmoral mit Anspruch auf Universalität. Afrikanische Stimmen zu Ethos und Ethik der Medizin, in: Nikola Biller-Andorno/Peter Schaber/Annette Schulz-Baldes (Hrsg.), Gibt es seine universale Bioethik?, Paderborn 2008, 83-100.

⁴ Vgl. die Beiträge in: P. Wenzel Geissler, Catherine Molyneux (Hrsg.), Evidence, Ethos and Experiment. The Anthropology and History of Medical Research in Africa, Oxford 2011.

⁵ Vgl. Ursula Wagner, „Das ist ein Geben und Nehmen.“ Gewebespende für medizinische Forschung als Form der sozialen Beziehung, in: Hansjörg Dilger, Bernhard Hadolt (Hrsg.), Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in

einer vernetzten Welt, Frankfurt/Main 2010, 53-71.

⁶ Catherine Molyneux, W. Mutemi, W. Marsh, Trust and informed consent. Insights from community members on the Kenyan Coast, in: Social Science & Medicine 61, 2005, 1463–1473.

⁷ Bernhard Hadolt, Viola Hörbst, Problemlagen, Anwendungskontexte, Nutzungspraktiken. Assistierte Reproduktionstechnologien in Mali und Österreich, in: Hansjörg Dilger, Bernhard Hadolt (Hrsg.), Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt, Frankfurt/Main 2010, 95-116, hier 96-104.

⁸ Clifford Geertz, Dichte Beschreibung, 2. Aufl., Frankfurt/Main 1991, S. 52.

Dr. Walter Bruchhausen ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen.

Zwischen gestern und heute – Das Hospizwesen in der VR China

von *Tania Becker*

Die aktuelle Situation: Zur Notwendigkeit eines flächendeckenden Hospizwesens in der VR China

Sterben ist heutzutage fast überall in den hochtechnologisierten Ländern und somit zunehmend auch in China im Zusammenhang mit einer tiefgreifenden, strukturell demographischen Veränderung zu sehen. Ähnlich wie in Deutschland und dem industrialisierten Westen insgesamt liegt die häufigste Todesursache in China in

kardiovaskulären Erkrankungen, dicht gefolgt von Krebs, und zwar Lungenkrebs, verursacht unter anderem durch eine sehr starke Umweltverschmutzung sowie durch den hohen Tabakgenuss. In beiden Fällen ist die VR China das führende Land der Welt. Die allgemeine demographische Situation in China erfuhr in den letzten Jahrzehnten eine grundlegende Änderung, geprägt von einer beispiellosen Reproduktionspolitik¹ und einem durch rasantes Wirtschaftswachstum

verursachten Wandel familiärer Strukturen. Parallel dazu steigt jedoch die Lebenserwartung und es beginnt eine neue Ära der sehr alten, terminal kranken und langsam sterbenden Menschen.²

Der dramatische und erzwungene Rückgang der Geburtenrate sowie eine verbesserte Lebensqualität in den letzten zwei Jahrzehnten sind die häufigsten Gründe für die beschleunigte Alterung der chinesischen Bevölkerung, welche einen der schnellsten jemals beobachteten Prozesse dieser Art darstellt. Das Land verfügt bereits über mehr als 100 Millionen ältere Menschen (Altersgruppe 65 und älter), das heißt über ein Fünftel der älteren Bevölkerung weltweit. Dieser Anteil wird sich in China voraussichtlich von 8 % auf 24 % zwischen 2006 und 2050 verdreifachen bzw. wird sich zu einer Gesamtzahl von 322 bis zu 400 Millionen ausweiten.³

Die projizierte hohe Lebenserwartung der Frauen über 80, die in 40 Jahren die zahlenmäßig größte Gruppe der 5-Jahres-Gruppen stellen wird (bis zu 10 % der Gesamtbevölkerung), macht die Herausforderung an Politik und Gesellschaft drastisch deutlich, denn die über Achtzigjährigen werden auch diejenigen sein, die am meisten der Hilfe, medizinischen Pflege und sozialen Zuwendung bedürfen. Im Zeitraum zwischen 1950 und 2050 wird sich die Zahl der älteren Bevölkerungsschicht (65 Jahre aufwärts), gemessen an der Gesamtbevölkerungszahl der VR China, verfünffachen.

Da chronische Gesundheitsproble-

me in zunehmendem Maße erst im Alter vorkommen, steht China vor der dringenden Notwendigkeit, eine Langzeitpflege dieses Bevölkerungsteils im nationalen Rahmen zu organisieren. Weitere Herausforderungen kommen noch dazu: Das Sterben aus Altersgründen im eigenen Haus, das vor kurzem besonders bei der ländlichen Bevölkerung gang und gäbe war, gestaltet sich schon jetzt als fast unmöglich. Da keine Geschwister mehr vorhanden sind, mit denen die Verantwortung und Sorge um die Betreuung der Eltern und Großeltern geteilt werden können, ist ein Ehepaar schon jetzt oder in der sehr nahen Zukunft auf die eigenen, ungleichmäßig verteilten Kräfte angewiesen: Auf ein Ehepaar kommt die Betreuung von vier Eltern, acht Großeltern und vielleicht sehr bald auch einigen Urgroßeltern samt des eigenen Kindes (das sogenannte „8-4-2-1-Problem“) zu.⁴

Die Frauen waren noch in der unmittelbaren Vergangenheit diejenigen, die ihre Kräfte für die Pflege und Betreuung der kranken und alten Familienmitglieder einsetzen mussten. Unter dem chinesischen Wirtschaftsboom der letzten Dekade entstandene starke weibliche Erwerbsbeteiligung ändert aber nichts an der Bevorzugung der alten Tradition vom geborgenen Lebensende innerhalb der eigenen Familie. Heute arbeiten aber die jungen Frauen nicht mehr unbedingt in der Nähe der Eltern, Großeltern oder eigenen Kinder; und auch wenn dies der Fall sein sollte, können sie wenig oder gar keine Zeit für die

Betreuung von Familienmitgliedern aufbringen.

Diese eklatanten Veränderungen führen zu erheblichen Kosten im Gesundheitswesen, die weder von den bedürftigen Älteren noch von der minderen Zahl der Erwerbsfähigen bezahlt werden können. Die gewandelten Lebensumstände und die wachstumsbedingten Umweltbeeinträchtigungen werden mehr chronische Krankheiten verursachen, wie Krebs, Erkrankungen der Lungen, Nieren, des Herzkreislauf-Systems, Krankheiten des Nervensystems und fortschreitende Lähmungen. Folglich wird es auch mehr terminal erkrankte Patienten geben, die keine Aussichten mehr auf eine erfolgreiche medizinische Therapie haben werden. Hier bietet sich das Hospiz als „letzte Stätte“ an, wo man zusätzlich zu einer fachgerechten Behandlung der Sterbenden mit einer erheblichen Senkung der Gesundheitskosten rechnen kann, da ein Hospizbett pro Tag weniger als ein Krankenhausbett kostet.⁵ So verringern sich die Kosten im Gesundheitswesen durch ein flächendeckendes Netz von Hospizen wesentlich.

Dennoch beträgt heutzutage die Zahl der stationären Hospize im ganzen China nur ungefähr 200 Häuser, die hauptsächlich in den urbanen Gebieten angesiedelt sind.⁶ Dass diese Anzahl unzureichend ist und nicht annähernd weder dem gegenwärtigen Bedarf entspricht noch die demographische Entwicklung prospektiv auffängt, ist mehr als evident. Auch der große Mangel an Pflege- und

Altenheimen stellt ein zusätzliches Problem dar, was durch ein Beispiel anschaulich illustriert werden kann: Wenn Peking heute beschließe ca. 300 neue Pflegeheime zu bauen, würden diese ca. 0,6 % der heutigen Bevölkerungszahl der über 65-jährigen bedienen. Um diese Relation in der Zukunft aufrecht zu erhalten, müsste man allein im Raum Peking ca. 48 Pflegeheime pro Jahr errichten, um auf eine Zahl von ca. 1500 bis in das Jahr 2030 kommen.⁷

Steigende Kosten der medizinischen Behandlung und stationären Unterbringung können nicht von dem unzureichend entwickelten Netz der Krankenversicherungen aufgefangen werden. Obwohl die Regierung plant, ein flächendeckendes und gut gebautes Krankenversicherungswesen einzurichten, ist die Zahl der Krankenversicherten in China noch immer ziemlich gering und beträgt 55 % der Versicherten unter der urbanen (Arbeiter und Angestellte) und 21 % unter der ruralen Bevölkerung.⁸

Außerhalb der Hospize und Pflegeheime wächst parallel dazu eine gut erprobte alte häusliche Pflege in Gestalt der *baomu*, des Kindermädchens, diesmal nicht um Kinder, sondern alte Familienmitglieder zu hüten. Die *baomu* haben eigentlich etwas Erfahrung in der Altenpflege, aber diese Erfahrung ist weit entfernt von einer guten Ausbildung und nicht standardisiert. Sie sind für viele städtische Familien mit einem mittleren Einkommen erschwinglich und ihr Lohn beträgt zwischen 600 und 1000 RMB pro Monat,

inklusive Kost und Logie.⁹

All diese Faktoren betonen die dringende aktuelle Notwendigkeit einer Institutionalisierung der außerhäuslichen Versorgung bedürftiger Menschen am Lebensende in der VR China. Die Entwicklung des Hospizes als einer in der Bevölkerung anerkannten und respektierten Einrichtung könnte in naher Zukunft dazu beitragen.

Die Anfänge der modernen Hospizbewegung in der VR China

Eine aus dem Westen importierte und klar definierte Hospizidee, die vorwiegend auf der Vorstellung christlicher Nächstenliebe als *spiritus movens* beruht, trifft in China Ende der 1980er Jahre gleichzeitig auf unterschiedliche, historisch bedingte Traditionen, auf religiöse Einflüsse, sowie auf die sozialistisch geprägte Konfessionslosigkeit. Obwohl schon anfangs der 1990er Jahre ersichtlich wurde, dass die fremden Hospizformen nur zum Teil kopierbar sind, bemüht man sich in chinesischen Hospizen dennoch, die heimischen Richtlinien den allgemeinen *end-of-life care*-Prinzipien anzugleichen.¹⁰

Eines der größten Probleme vor der Akzeptanz der modernen Hospizidee in China war die Unklarheit und das Unwissen bei der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal um die Palliativversorgung und die Pflege am Lebensende. Das heilende Modell und die Wiederherstellung der Gesundheit war auch in China eine der grundlegenden medizinischen Maximen der Zeit. Ster-

bende wurden als aussichtslose Fälle sich selbst überlassen. Noch 1985 berichteten die ausländischen Fachbesucher, dass eine aggressive und auf das Heilen programmierte Behandlung bis zuletzt praktiziert wurde.¹¹

In den 1980er Jahren änderte sich die allgemeine Einstellung vor allem durch den Einfluss zweier Ärzte: durch Cui Yitai (*1935) und den in den USA lehrenden Chinesen Michael T. C. Hwang, Huang Tianzhong (*1941), ehemaliger Vizepräsident der Oklahoma City University, der schon Erfahrungen mit dem Hospizwesen in den Staaten und auf Taiwan hatte. Hwang und Cui betrieben Fundraising und mit den ersten Spenden, die ungefähr 20.000 US \$ betragen, gründeten sie im August 1988 das erste Forschungszentrum Hospiz am Medizinischen Institut in Tianjin.¹² Viele Experten aus dem Ausland wurden nach Tianjin eingeladen, um über Erfahrungen mit der Hospizarbeit zu berichten und zu lehren. Ab 1990 lief der Hospiz-Unterricht im Tianjin-Zentrum. Unmittelbar nach dem ersten Semester reisten einige Dozenten durch das Land, um die Idee vorzustellen und die Zustände der terminalen Versorgung vor Ort zu untersuchen.

Fast zeitgleich mit dieser Gründung fing man auch in Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit verschiedenen Subgruppen an, in China ein Palliativnetz zu konstituieren. Die erste Konferenz, die als Thema die palliative Versorgung der Krebskranken hatte, wurde von der WHO, dem Ministerium für die öffentliche

Gesundheit und der Chinesischen Akademie der Medizin in Guangzhou, Guandong, im November 1990 organisiert.¹³

Im März 1991 wurden die erste Hospiz-Nationalkonferenz und ein Workshop¹⁴ in Tianjin abgehalten. Das Interesse an der *end-of-life care*-Thematik wuchs sehr schnell: Im gleichen Jahr gründete man das Nan Hui Hospiz in Shanghai, *Shanghai Nanhuiqu laonian huliuyan*, und schon 1992 konstituierten sich weitere sechs Hospize in der VR China. 1993 waren es schon 45.¹⁵

Auch eine Dachorganisation der chinesischen Hospize¹⁶ wurde im Juni 2006 in Peking gegründet, mit dem Ziel, in Namen aller Hospizmitwirkenden entschlossen in der Öffentlichkeit aufzutreten, eigene Ziele systematisch zu definieren und so für größere Akzeptanz des Themas bei Bevölkerung und Politik zu sorgen. Außerdem fungiert der Verband als Bindeglied zwischen der Praxis und Politik und damit auch aktiv als Beratungsorgan in den politischen Entscheidungen um das Lebensende.¹⁷

Probleme und Ressentiments

Die meist aus dem angloamerikanischen Raum übernommenen Hospizprinzipien stoßen in China wegen der eigenen Traditionen von gesellschaftlich akzeptierten Formen des Lebensendes oft auf falsche Auslegungen und damit verbundene Missverständnisse. Diese Differenzen lassen sich meist auf spezifische Sitten zurückführen, die je nach Region oder Urbanisierungsgrad,

ähnlich wie im Westen, erheblich von einander abweichen können. Im Folgenden sollen einige der grundsätzlichen Probleme, die aus dem Zusammentreffen traditioneller chinesischer Vorstellungen von Sterben und Tod mit dem modernen Hospizwesen resultieren, skizziert werden. An diesen Bruchstellen werden Elemente eines spezifischen Verständnisses vom Sterben und Tod sichtbar, was beispielsweise die vorherrschende Tabuisierung des Sterbens, eine äußerste Form der Behutsamkeit und Distanz im Umgang mit Sterbenden und eine weiterhin stark verbreitete Vorstellung von negativer karmischer Energie der Todesnähe umfasst.

Der scheue Blick auf den Sterbenden: Probleme im persönlichen Umgang mit Sterben und Tod in China

Das Hauptproblem im Umgang mit letal erkrankten Patienten in China besteht in der *Tabuisierung des Todes* sowie *der Rede über den Tod*. Familien scheuen das offene Gespräch über Sterben und Tod, da sie überzeugt sind, dass dieses Gespräch oder auch nur der Gedanke daran Unglück mit sich bringen könnte (schlechtes *qi, huiqi*).¹⁸ Dieses Verhalten kollidiert mit den Prinzipien der Palliative-Care und des Informed Consent, die auf Offenheit und Ehrlichkeit gegenüber dem terminal erkrankten Patienten aufbauen. Die Tabuisierung des Sterbens spiegelt sich auch im alltäglichen Umgang mit diesem Thema wider: Man spricht über den bevorstehenden Tod

und betrauert einen Verstorbenen nur indirekt, z. B. indem man das unglückliche Schicksal des hinterbliebenen Kindes hervorhebt. Die Wucht dieses Problems kann man plastisch am Fall des Songtang Hospizes in Peking aufzeigen. Das Haus musste seit Ende der 1980er Jahre elf Mal die Adresse wechseln, weil sich die Nachbarschaft über den Transport von Särgen im Umkreis der Einrichtung beschwerte. Auch wurde über eine mögliche Wertminderung der benachbarten Immobilien spekuliert.¹⁹ Die Tabuisierung gründet sich in *medizinischer Unkenntnis* (Ansteckungsgefahr), *Glauben an schlechtes Karma* (chronische Krankheiten werden oft als karmisch bedingt und somit als Zeichen für ein unheilbares früheres Leben verstanden), *Aberglauben* (Sterben und Tod bringen Unglück über die ganze Familie) und führt so zur einer speziellen Form von *sozialer Isolierung der Sterbenden* im familiären und freundschaftlichen Umfeld. Andererseits wird denjenigen Kindern, die ihre Eltern am Lebensende einem stationären Hospiz anvertrauen, oft vorgeworfen, dass es ihnen an *Pietät, xiao*, gegenüber der älteren Generation mangle. Dieses Gefühl einer Pflichtverletzung beruht wiederum auf der chinesischen Vorstellung von der dienenden Rolle der Kinder gegenüber ihren Eltern. Das Problem könnte überwunden werden, wenn die Hospize besser geführt würden und allmählich eine höhere soziale Reputation genossen. Darüber hinaus wird bisher *die Palliation nur in geringem Umfang praktiziert*, einer-

seits auf Grund fehlender medizinischer Einrichtungen und Kenntnisse, andererseits weil teilweise noch die Vorstellung herrscht, dass das Aushalten von individuellen physischen Schmerzen ein notwendiger Bestandteil des eigenen Schicksals sei, was es zu ertragen gelte.

Auch kein zufriedenstellender Informed Consent ist für die chinesische Situation bezeichnend.²⁰ Viele Ärzte informieren nach wie vor die Familienmitglieder, nicht aber den Patienten über die Bedrohlichkeit seiner Diagnose.²¹ Familienmitglieder verheimlichen diese Tatsache wiederum dem Patienten. Obwohl sie es „zum Wohle“ des Patienten tun und eigentlich nur „das Beste“ möchten, fühlt sich der Betroffene oft hilflos, isoliert und ängstlich. Die Wahrheit wird ihm verheimlicht, und er ist von den wichtigen Entscheidungen, die ihn direkt betreffen, als Mitentscheider ausgeschlossen. Viele Patienten möchten über ihren Zustand reden, um Gewissheit über die eigene Situation zu erlangen, finden aber keinen geeigneten Gesprächspartner, schlimmer noch: Sie werden darüber hinaus von den Angehörigen an diesem Vorhaben massiv gehindert. Somit kann die *psychische Verfassung der Sterbenden* immer schlechter werden.

Hinwendung oder bloße Versorgung: Probleme in der Organisation chinesischer Hospize

Seitens der chinesischen Regierung und einiger Hospize wird pauschal

behauptet, dass ein großer Teil der Hospizpatienten keiner Religion angehöre.²² Es wird dabei übersehen, dass der Mensch am Ende seines Lebens oft einer allgemeinen Form von *spiritueller Unterstützung* bedarf. Dieser Tendenz wird in chinesischen Hospizen kaum Rechnung getragen, denn es mangelt eklatant an einer religiös-seelsorgerischen Betreuung. Ein weiteres Problem besteht in der fehlenden *zeitlichen Begrenzung des Aufenthaltes* in einem chinesischen Hospiz. Obwohl seine Länge durchschnittlich zwölf Tage beträgt, sind Fälle bekannt, in denen Gäste über zehn Jahre blieben.²³ Das widerspricht einer Hospiz-Regel, die besagt, dass man nur dann aufgenommen werden kann, wenn man eine nicht länger als sechsmonatige Lebensdauer zu erwarten hat. Damit will das Hospiz eine Umwandlung in ein Altersheim oder Pflegeheim und die Überschneidung mit deren „Kompetenzen“ vermeiden.

Chinesische Hospize sind heute erst in den großen Metropolen und in unzureichender Zahl zu finden, obwohl die Hospizbewegung schon 25 Jahre alt ist. Das Hospizwesen etabliert sich langsam im Bewusstsein der Bevölkerung, und es wird noch einige Zeit dauern, bis Hospize selbstverständlich akzeptiert werden. Auch die Kosten für einen Hospizaufenthalt stellen ein erhebliches Akzeptanz-Hindernis dar: Sie betragen im Durchschnitt Tausend Yuan pro Monat (ca. 130 Euro) und mehr. Viele haben keine Krankenversicherung oder keine beziehungsweise nur eine sehr niedrige Rente. Die

Krankenversicherung deckt nicht die Hospizkosten, weil sie nur auf eine kurative Behandlung ausgerichtet ist. Die älteren Patienten lehnen es aber ab, „das Geld der Kinder“ zu verbrauchen oder auch nur in Anspruch zu nehmen.²⁴ Im Gegensatz zu den stationären Hospizen besteht die ambulante Hospizarbeit darin, den Sterbenden in seinem *häuslichen Umfeld* zu belassen und zu betreuen. In den kleinen Wohnungen muss allerdings zuerst die Scham der Bewohner über ihre Wohnsituation überwunden werden, denn auch Ärzte sind dort eher seltene Gäste.

Die Palliativversorgung und die Schmerzbekämpfung sind unzureichend und schlecht organisiert. Die Patienten, die große Schmerzen erleiden, wissen oft nicht mal, dass diese erfolgreich unter Kontrolle gebracht werden können. Darüber hinaus gibt es zu wenig Pflege- und Betreuungspersonal, speziell auch für professionelle psychologische Hilfe, sodass dieser Bereich von den Pflegekräften abgedeckt werden muss.

Im Vergleich zu westlichen Patienten gelten die chinesischen Patienten allgemein als reservierter. Sie brauchen mehr Zeit, um Vertrauen aufzubauen und über den eigenen Zustand zu reden. Deshalb sind Geduld und Sensibilität bei der Ärzteschaft, dem Pflegepersonal und den Hospizarbeitern besonders erforderlich. Falls Patienten und ihre Familien das Gespräch über den Tod völlig ablehnen, ist es notwendig, dies zu akzeptieren und ihnen kein Gespräch aufzuzwingen.

Weil diese Blockaden manchmal dominieren, ist die Rolle der Hospiztätigen umso bedeutsamer: Sie fungieren als Bindeglied zwischen Familienmitgliedern und Patienten. Sie können die Patienten ermutigen, offen über ihre Situation zu reden und so ihre persönlichen Angelegenheiten noch rechtzeitig zu regeln. Falls sich die Familie weigert, mit den Patienten darüber zu sprechen, übernimmt diese Aufgabe auf Wunsch des Patienten das Hospizpersonal.

¹ In der VR China wurde 1979/80 die so genannte Ein-Kind-Politik, *Jihua shengyu zhengce*, zur Kontrolle des Bevölkerungswachstums eingeführt, nach der eine Familie nur ein Kind haben darf. Diese gesetzliche Regelung wird bis heute mit wenigen Ausnahmen von den staatlichen Exekutivorganen rigoros durchgesetzt.

² Hsien-Ho Lin, Megan Murray, Ted Cohen, Caroline Colijn, Majid Ezzati [25. Oktober 2008], Effects of smoking and solid-fuel use on COPD, lung cancer, and tuberculosis in China: a time-based, multiple risk factor, modelling study. In: *www.thelancet.com*, Bd. 372, S. 1473-1483. Vgl.: World Health Statistics 2006, <http://www.who.int/countries/chn/en/> [10.03.2009].

³ Shenglan Tang, Qingyue Meng, Lincoln Chen, Henk Bekedam, Tim Evans, Margaret Whitehead [25. Oktober 2008], Tackling the challenges to health equity in China. In: *www.thelancet.com*, Bd. 372, S. 1493-1501. Vgl. Kaneda, Toshiko (2006), China's Concern Over Population Aging and Health. <http://www.prb.org/Articles/2006/ChinasConcernOverPopulationAgingandHealth.aspx> [7.05.2012].

⁴ Gong Shiyu (2007), *Linzhong guanhuai de shehui jiazhi yizhi ji zai woguo de moshi tantao*. Chengdu: Xinan cai-jing daxue, Magisterarbeit, S. 48 f.

⁵ Da Hospizpatienten „austherapiert“ sind und keiner medizinischen Behandlung des hochqualifizierten Personals mehr bedürfen, sinken erheblich die Kosten ihrer Unterbringung.

⁶ Gong Shiyu, a. a. O., S. 35.

⁷ Joseph Henry Flaherty, Mei Lin Liu, Lei Ding, Birong Dong, Qunfang Ding (2007), China: The Aging Giant, in: *Journal of the American Geriatrics Society*, Bd. 55, NR. 8, S. 1295–1300. S. 1299.

⁸ Zum Beispiel ab dem Jahr 1998 wurde von der Regierung ein Krankenversicherungsprogramm ins Leben gerufen, das den Ausbau einer medizinischen Grundversorgung finanziert durch Lohnsteuer sichern sollte. Ende 2002 wurde ein kooperatives Medizinsystem, sgn. New Rural Cooperative Medical System (NRCMS), initiiert, ein sehr stark subventioniertes Krankenversicherungsprogramm auf freiwilliger Basis, das finanzielle Risiken von Katastrophen und Krankheiten im ländlichen China reduzieren sollte. Dabei übernimmt die Regierung maximal 65 % der medizinischen Kosten pro Jahr. Bis September 2006 wurden 396 Millionen Bauer Chinas angesprochen und in das Programm einbezogen, ca. 44,7 % der gesamten ländlichen Bevölkerung. Der Plan war, dass sich bis Ende 2010 das Programm flächendeckend auf alle Landkreise des Landes ausweiten sollte. Vgl. Flaherty et al., a. a. O., S. 1299. Vgl. zudem: http://www.munichre-foundation.org/NR/rdonlyres/3CA5B135-DD86-4276-A689-1FDE1512A1D8/0/S8_MIC09_Paper_Zheng.pdf.

⁹ Flaherty et al., a. a. O., S. 1297.

¹⁰ Im Chinesischen gibt es kein einzelnes adäquates Wort für den Begriff des Hospizes im westlichen Sinne, dennoch gibt es entsprechende Übertragungen, die bestimmte Aspekte der Hospizidee wiedergeben: *linzhong guanhuai*: end-of-life-care im Sinne der Sterbebegleitung ist der Begriff, der in der VR China verwendet wird. Vgl. Zhang, Wei (2005), *Sozialwesen in China*. Hamburg, S. 258.

anning zhaogu: friedliche Umsorgung, der taiwanesischen Begriff für das Wort Hospiz. *shanzhong fuwu*: Dienst für das gute Sterben, der vorherrschende Begriff, den man in Hong Kong verwendet. Vgl. Anthony Smith, Douglas Zuefu Zhu (1997), *Hospice Development in China*, in: Cicely Saunders (Hrsg.), *Hospice-care On the International Scene*, New York, S. 194.

¹¹ Smith und Zhu, ebd., S. 195.

¹² Vgl. Wu Zhihong (2006), *Linzhong guanhuai youle hangye zuzhi* — Fang Zhongguo sheng-

ming guanhuai xiehui Luo Jian mishuzhang, in: Zhongguo weisheng chanye Nr. 8, S. 44-45, S. 44.

¹³ Smith und Zhu, a. a. O., S. 196. Vgl. auch: <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/96jpsmp.htm>.

¹⁴ *Shouci quanguo linzhong guanhuai xueshu yantaohui ji jiangxiban*

¹⁵ Smith und Zhu, a. a. O., S. 196. Vgl. auch: Gong Shiyu (2007), a. a. O., S. 35.

¹⁶ *Zhongguo shengming guanhuai xiehui*

¹⁷ Wu Zhihong (2006), a. a. O., S. 44 f.

¹⁸ Sarah Jeanne Smith, David H. Smith (1999): Evaluating Chinese Hospice Care, in: David H. Smith (Hrsg.), Health Communication in China, Health Communication, Bd. 11, Nr. 3, S. 223 ff. Vgl. auch: Lin Xiaoxian (2001), 21 Shiji Zhongguo linzhong guanhuai shiye zhanwang 21, in: Zhejiang Zhongyi xueyuan xuebao, Bd. 26, Nr. 6, S. 73-74, S. 73.

¹⁹ „Chinese still reluctant to place loved ones in hospice“, in: People's Daily Online (6. April 2006), http://english.peopledaily.com.cn/200604/06/eng20060406_256395.html [17. April 2008].

²⁰ Ole Döring (2004), Chinas Bioethik verstehen, Hamburg, S. 211-216. Vgl. auch: Keith Bennett, David H. Smith, Harry Irwin (1999), Preferences for Participation in Medical Decisions in China, in: Smith (Hrsg.), Health Communication in

China, Health Communication, Bd. 11, Nr. 3, S. 266 f.

²¹ Mei-che Samantha Pang (2003), Nursing Ethics in Modern China. Conflicting Values and Competing Role Requirements, Amsterdam, S. 134 f. und 162 ff.

²² Li Yiting, Ole Döring et al. (2005), End-of-Life Care in China. A View from Beijing, in: Robert H. Blank, Janna C. Merrick (Hrsg.), End-of-life decision making. A cross-national study. Cambridge, Mass., S. 45.

²³ Wie der Fall von Frau Li Ying aus Peking es verdeutlicht, die im Songtang Hospiz mehr als 10 Jahre verbrachte und erst 2006 mit 108 Jahren starb. Vgl. Chinese still reluctant to place loved ones in hospice, in: People's Daily Online (6. April 2006), http://english.peopledaily.com.cn/200604/06/eng20060406_256395.html [17.04.2008].

²⁴ Ebd.

Tania Becker studierte u. a. an der Ruhr-Universität-Bochum Sinologie. Zu ihren Forschungsinteressen zählen der philosophische Daoismus, besonders das Buch Zhuangzi, sowie das Hospizwesen und die Thanatosoziologie im heutigen China.

WISSENSCHAFTSBETRUG

Wissenschaftsbetrug Von Plagiaten, Posten und Publikationen

von Sebastian T. Vogel

Österreich hat ihn, Deutschland nicht: einen Straftatbestand Sportbetrug. Wer in Österreich „einen Betrug mit mehr als geringem Schaden begeht, indem er über die Anwendung eines

verbotenen Wirkstoffs oder einer verbotenen Methode nach der Anlage der Anti-Doping-Konvention [...] zu Zwecken des Dopings im Sport täuscht“, begeht einen schweren Betrug und

wird nach § 147 Abs. 1a öStGB mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren bestraft. Hierzulande haben die politischen Entscheidungsträger seit 2007 drei Mal, zuletzt die Bundesregierung in der Antwort auf eine kleine Anfrage 2011,¹ einen entsprechenden Vorstoß abgelehnt.

Einen Straftatbestand Wissenschaftsbetrug gibt es indes in beiden Ländern nicht. Wer als Forscher ein arglistiges Fehlverhalten begeht, Studien fälscht, Plagiate publiziert oder Fördergelder erschleicht, hat hier wie dort zwar den medialen Pranger, nicht aber das scharfe Schwert des Strafrechts zu befürchten. Oder etwa doch? De lege lata nämlich lassen sich bestimmte „wissenschaftsbetrügerische“ Verhaltensweisen durchaus bestrafen – wenn auch nicht wegen einer Verletzung des wissenschaftlichen Ethos, sondern „nur“ wegen Schädigung fremden Vermögens oder unlauterer Verwendung fremden geistigen Eigentums. Den (leisen) Befürwortern eines Straftatbestandes Wissenschaftsbetrug sei jedoch konzidiert, dass eine Strafbarkeit eher die Ausnahme denn die Regel ist. Deshalb fragt sich zweitens, ob de lege ferenda, also zukünftig, ein Straftatbestand zu schaffen ist, der etwa die Lauterkeit der Wissenschaft zum Schutzgut hat.

Status quo: Ohne Moos (fast) nix los

Die erschwindelte Publikation

Wer plagiiert, verfälschte oder frei erfundene wissenschaftliche Inhalte pu-

bliziert, hat aus strafrechtlicher Sicht nur selten Sanktionen zu fürchten. Dies liegt schlicht daran, dass die im Rahmen des Wissenschaftsbetrugs in Betracht kommenden Delikte fast alleamt eines wirtschaftlichen Schadens bedürfen. So wird Betrug nach § 263 Abs. 1 StGB bei der Publikation von Plagiaten o. Ä. im Ergebnis regelmäßig allein schon deshalb ausscheiden, wenn und weil ein Autorenhonorar nicht gezahlt wird.² Für Dissertationen muss im Gegenteil Geld vom Autor zugegeben werden, damit ein Verlag überhaupt an eine Veröffentlichung denkt. Nur dann, wenn ein Honorar ausgekehrt wird, kommt Betrug ernstlich in Betracht. Denn mit der Einreichung des Beitrages wird jedenfalls konkludent erklärt, die wissenschaftlichen Standards bei Gewinnung und Publikation der Ergebnisse seien gewahrt; liegt das nicht vor, ist das eine Täuschung über Tatsachen, über die der Verleger auch irrt und infolgedessen über ein Honorar verfügt, das für wissenschaftlich unseriöse Publikationen gar nicht gezahlt werden soll.³ Subjektiv aber muss es dem Plagiator dann auch darauf ankommen, das Honorar zu erhalten, wobei es genügt, dass das Honorar ein Zwischenziel ist. Allerdings wird, wie Jeroushek richtig vermutet, wohl kein Wissenschaftler einen Beitrag verfassen, um am Honorar zu verdienen.⁴ Es mag zwar Sache des Einzelfalles sein und etwaig bei Autorschaften für große wissenschaftliche Standardwerke vorkommen, aber im Regelfall liegt ein Betrug eher nicht vor.

Gleiches gilt, wenn man nicht einen Betrug zu Lasten des Verlegers, sondern zu Lasten des Käufers in den Blick nimmt. Beim Abonnent einer wissenschaftlichen Zeitschrift fehlt es schon an der Kausalität zwischen Irrtum und Vermögensverfügung; das Geld wird unabhängig von den einzelnen Beiträgen gezahlt. Doch selbst wenn man darüber hinwegkommt und auch noch annehmen mag, dass der Schaden des Käufers darin besteht, dass er in der Nutzung des Buches oder der Zeitschrift durch fremde Urheberrechte behindert sein kann⁵ oder er zumindest ein wissenschaftlich unseriöses und nicht zitierfähiges Werk erhält, so ist die Krux auch hier die Bereicherungsabsicht beim Täuschenden. Ein Betrug kann einzig dann in Betracht kommen, wenn ein Wissenschaftler in der Absicht, mit einem auf Plagiaten fußenden Buch den Verlag und/oder sich zu bereichern, dieses auf den Markt wirft.

Ganz ohne Blick aufs Geld geht es indes nur, wenn man bei Plagiaten das Urheberrecht einbezieht, insbesondere § 106 Abs. 1 UrhG, wonach sich strafbar macht, wer „ohne Einwilligung des Berechtigten ein Werk oder eine Bearbeitung oder Umgestaltung eines Werkes vervielfältigt, verbreitet oder öffentlich wiedergibt“. Zu beachten ist freilich, dass „bei wissenschaftlichen Schriftstücken der wissenschaftliche Inhalt als solcher nicht urheberrechtlich ist, [es] muss sich die schöpferische Eigentümlichkeit aus der Art und Weise der Darstellung ergeben, wobei hieran hohe Anforderungen zu stellen

sind. Auch Tatsachen und Meinungen unterliegen keinem Urheberrechtsschutz.“⁶ So kam es im Fall zu Guttenberg, dass trotz der vielen im Internet und in den Medien dargestellten abgedruckten Passagen nach Ansicht der Staatsanwaltschaft (StA) Hof nur „23 Textpassagen als strafrechtlich relevante Urheberrechtsverstöße herausgearbeitet werden“ konnten, wobei „der wirtschaftliche Schaden der verletzten Urheber aber nur [als] marginal angesehen“ wurde. Das Verfahren wurde nach Zahlung einer Geldauflage nach § 153a Abs. 1 StPO ohne Hauptverhandlung eingestellt.⁷ Damit zeigt sich, dass auch das Urheberrecht kein wirkliches scharfes Schwert gegen den Wissenschaftsbetrug ist.

Der Vollständigkeit halber sei noch das Ghostwritertum in zwei seiner Varianten erwähnt. Wer als wissenschaftlicher Mitarbeiter einen Beitrag verfasst, den der Professor lediglich redigiert, hat ein Recht darauf, dass auch nur sein Name im Rahmen der Autorschaft genannt wird (§ 13 UrhG). Ein Recht auf Namensnennung hat auch der Miturheber (§ 8 UrhG), wenn der Beitrag des wissenschaftlichen Mitarbeiters nicht nur darin besteht, Material zu sammeln, das Manuskript zu korrigieren oder Ergänzungen geringen Umfangs vorzunehmen. Geht sein (schöpferischer) Beitrag über eine solche Gehilfentätigkeit hinaus, darf der Professor den Namen des Mitarbeiters nicht verschweigen.⁸ Andererseits ist es nicht verboten, zusätzliche Namen (sog. Ehrenautorschaft) hinzuzufügen, es sei denn, dass dies

gegen den Willen des Genannten zu dem Zweck geschieht, durch die Namensnennung die Chancen der Publikation zu erhöhen (dann regelmäßig Urkundenfälschung, § 267 StGB).⁹

Die erschwindelte Promotion und der schwindelnde Promovierte

Wie es um die Veröffentlichung einer mit Plagiaten gespickten Dissertation bestellt ist, entspricht den obigen Ausführungen. Die Frage nunmehr ist, was mit dem Dokortitel an sich passiert, wenn die Dissertation auf einem Wissenschaftsbetrug beruht oder – rechtlich ungleich schwieriger – der ursprünglich redliche Herr Dr. erst im Verlauf seiner Karriere wissenschaftsbetrügerisch agiert. Unzweifelhaft kann die auf einem Forschungsbetrug fußende Promotion, die mehr als nur ein paar wenige Ungenauigkeiten aufweist, keinen Bestand haben; deshalb kann in diesen Fällen „die Verleihung des Doktorgrades auf der Grundlage der dem § 48 VwVfG entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zurückgenommen“¹⁰ werden.¹¹

In all den anderen Fällen, in denen der redlich Promovierte sich an der Forschung diskursiv beteiligt und erst dabei anfängt, zu unlauteren Mitteln zu greifen, ist die Rechtslage uneinheitlich. Die Mehrzahl der Bundesländer hat in ihrem jeweiligen Hochschulrecht keine Klausel inkorporiert, um sich unwürdig verhaltenden Doktoren den Titel wieder abzuerkennen. Und bei den Ländern, die solche Unwürdigkeitsklauseln kennen,¹² ist streitig,

ob diese Regeln wegen etwaiger Unbestimmtheit überhaupt rechtliche Wirkungen zu zeitigen vermögen.¹³ Fakt ist: Eine Aberkennung wegen Unwürdigkeit ist de lege lata jedenfalls regional begrenzt, theoretisch umstritten, praktisch allerdings eine vereinzelt angewandte ultima ratio,¹⁴ die mitunter zukunftsvernichtend sein kann.¹⁵

Kurz erwähnt seien noch die Fälle gekaufter Dokortitel¹⁶: Wer einen gekauften Dokortitel führt, kommt in den strafbaren Bereich des Missbrauchs von Titeln nach § 132a Abs. 1 Nr. 1 StGB; wer eine Eintragung des Titels in den Personalausweis veranlasst, macht sich ggf. gemäß § 271 StGB wegen mittelbarer Falschbeurkundung strafbar. Hinzu kommt, dass in dem Vertragsschluss mit dem Verkäufer des Titels „die Erteilung des Auftrags zur Herstellung einer unechten Promotionsurkunde und damit eine Anstiftung zur Urkundenfälschung liegen kann“.¹⁷ Für den Verkäufer eines falschen Titels kommt je nach Konstellation ein Betrug (wenn er die Verschaffung eines echten Dokortitels in Aussicht stellt), Urkundenfälschung oder, beim echten Titel, auch Bestechlichkeit (beim Austausch Geld – günstige Benotung) in Betracht.

Im (vom Titelkauf zu unterscheidenden) Plagiatsfall zu Guttenbergs übrigens war ein Missbrauch von Titeln durch unberechtigte Führung des Titels „Dr. jur.“ von der StA abgelehnt worden.¹⁸

Die erschwindelte Anstellung

Geht man die Karriereleiter einen Schritt weiter hinauf, fragt sich, ob es ein Betrug im Sinne von § 263 Abs. 1 StGB sein kann, wenn beim beruflichen Anstellungsverfahren ein Plagiate beinhaltendes Publikationsverzeichnis vorgelegt wurde. Der Tatbestand ist jedenfalls insoweit erfüllt, als mit Einreichung des Schriftenverzeichnisses konkludent über die Redlichkeit publizistisch erworbener Meriten getäuscht wurde, dadurch eine Fehlvorstellung bei der Berufungskommission über die Seriosität und wissenschaftliche Lauterkeit des Bewerbers entstehen kann und mit Anstellung und Zahlung der Bezüge auch eine Vermögensverfügung vorliegt.¹⁹ Freilich muss auch Kausalität zwischen diesen Merkmalen herrschen: Je geringer der Anteil unredlicher Publikationen, desto schwieriger ist es nachzuweisen, dass der Irrtum kausal für die Anstellung war. Probleme können jedoch bei der Prüfung des Vermögensschadens entstehen, wenn nämlich die Arbeit desjenigen, der eingangs getäuscht hat, nunmehr adäquat, also ihr Geld wert ist.²⁰ Hierzu haben das Reichsgericht und der (frühe) BGH entschieden, dass ein Vermögensschaden bei der Einstellung eines Beamten – unabhängig von der geleisteten Arbeit – schon dann vorliegt, wenn dieser über seine persönliche „Würdigkeit“ getäuscht hat.²¹ Ob der BGH aber auch heute noch an dieser Rechtsprechung festhalten würde, ist fraglich, zumal es nach

Jeroushek hierzu „seit den frühen 60er Jahren keine veröffentlichten Judikate“ mehr gibt. Überdies betrafen die beiden zitierten Entscheidungen Fälle, in denen Empfehlungsschreiben und Zeugnisse gefälscht respektive Vorstrafen verschwiegen wurden. Im Vergleich dazu ist ein mit Plagiaten kontaminiertes Publikationsverzeichnis, jedenfalls solange es nicht in weiten Teilen auf Plagiaten basiert, doch von niedrigerer „krimineller Qualität“. Hinzu kommt, dass diese Grundsätze für die freie Wirtschaft nicht gelten, dort ein Anstellungsbetrug also nur dann in Betracht kommt, wenn durch die wissenschaftlichen Publikationen ein Arbeitsniveau vorgespiegelt wurde, das der Täuschende in der Praxis nicht einzuhalten vermag, sein Geld also nicht wert ist. (Unberührt bleibt freilich das Recht zur Kündigung.) Die besseren Argumente scheinen also auch hier dafür zu sprechen, einen Betrug im Regelfall eher abzulehnen.

Erschwindelte Studien und Studien-gelder

Wer Drittmittel nur deshalb erhält, weil er einen manipulierten Projektantrag einreicht oder weil er verschweigt, dass er die Fördergelder für wissenschaftsfremde Zwecke oder unseriöse Forschung einzusetzen gedenkt, der hat drei der vier objektiven Merkmale des Betrugstatbestandes schon verwirklicht: Täuschung, Irrtum (desjenigen, der an die Redlichkeit des Antrages glaubt) und Vermögensverfügung.²² Fraglich ist auch hier, ob

und wann ein Vermögensschaden vorliegt, da die Fördermittel ja regelmäßig ohne die Erwartung einer wirtschaftlichen Gegenleistung überwiesen werden. Hier aber hilft die so genannte Zweckverfehlungslehre, da beispielsweise dann, wenn die Gelder für wissenschaftsfremde Zwecke verwendet werden, eben der Zweck der Wissenschaftsförderung nicht erreicht wird. Auch dann, wenn das Geld für wissenschaftlich unbrauchbare oder manipulierte Arbeiten genutzt wird, ist der Zweck – die Gelder für eine den wissenschaftlichen Standards entsprechende Forschung zu nutzen – nicht erreicht. (Bei manipulierten Studien kommt beispielsweise auch § 268 StGB, die Fälschung technischer Aufzeichnungen, in Betracht.) Eine dritte Konstellation, in der der objektive Betrugstatbestand bejaht werden kann, ist die, in der das Geld zwar für einwandfreie und innovative Forschung eingesetzt wird, diese aber nicht vom Förderungszweck gedeckt ist. Relevant nämlich ist stets das konkrete Forschungsvorhaben. Einzig dann, wenn mit einem manipulierten Antrag Fördergelder erschlichen werden, die schließlich jedoch korrekt im Rahmen des Förderzwecks eingesetzt werden, ist ein Betrug zu verneinen, da hierbei kein Vermögensschaden beim Drittmittelgeber entsteht. Dass eventuell ein Schaden bei einem Unternehmen entsteht, das keine Förderzusage erhalten hat, ist strafrechtlich irrelevant. Problematisch ist jedoch bei den ersten drei Fällen, in denen der objektive Tatbestand be-

jaht wurde, stets noch die subjektive Komponente. Denn strafbar handelt nur, wer zum Zeitpunkt der Täuschung schon den Vorsatz der zweckwidrigen Verwendung der Gelder hatte. Wer also in bester Absicht einen Antrag stellt und erst später beschließt, die Fördergelder für wissenschaftsfremde Zwecke oder manipulierte Studien einzusetzen, macht sich nicht wegen Betruges strafbar. Angesichts dieser Beweisprobleme, nämlich dem Forscher den Betrugsvorsatz schon zur Antragstellung nachzuweisen, dürften Verurteilungen jedoch auch hier schwierig sein.²³ (Subventionsbetrug ist gleichsam nur in Einzelfällen einschlägig.)²⁴ Wahrscheinlicher ist in diesem Zusammenhang jedoch, immerhin, eine Bestrafung wegen Untreue, § 266 Abs. 1 StGB.²⁵

Neuer Straftatbestand Wissenschaftsbetrug?

Das Strafrecht hat einen fragmentarischen Charakter; nicht jedwedes (auch „nur“ moralische) Fehlverhalten soll tatsächlich inkriminiert werden. Beim Wissenschaftsbetrug zeigt sich, dass das Strafrecht ihn tatsächlich nur „randständig“ erfasst, in „den Kernbereich wissenschaftlicher Fälschungsaktivitäten“ aber nicht vorzudringen vermag.²⁶ Die Frage ist, ob es aber zukünftig eines originären Straftatbestandes Wissenschaftsbetrug bedarf, der etwa die Lauterkeit der Wissenschaft zum Schutzgut hat. Dies indes ist im Ergebnis abzulehnen, aus dogmatischen wie praktischen Erwägungen.

gen.

Von dogmatischer Seite her, so viel sei hier in aller Kürze erwähnt, würde ein eigener Straftatbestand Wissenschaftsbetrug nur einen Sinn ergeben, wenn er über die bisher schon strafbaren Verhaltensweisen (siehe oben) hinausginge. Damit einher ginge jedoch, dass neben den ohnehin schon geschützten Individualrechtsgütern (Vermögen, geistiges Eigentum) nunmehr mit der Lauterkeit der Wissenschaft auch ein entmaterialisiertes Rechtsgut geschützt werden müsste, das in seinem Umfang kaum greifbar ist.²⁷ Es würde ohnehin unmöglich sein, dieses Rechtsgut zu verletzen; in Betracht käme einzig eine Gefährdung dessen, wobei schon diskutabel ist, ob eine gefälschte Studie, ein publiziertes Plagiat überhaupt in der Lage sind, die Lauterkeit der Wissenschaft abstrakt-generell zu gefährden. Mit dem ultima-ratio-Gedanken des Strafrechts jedenfalls scheint dies nicht vereinbar. Hinzu kommen praktische Erwägungen dergestalt, dass die Wissenschaftsgesellschaft in einer „Schamkultur“ lebt, in der die Sorge um die eigene Reputation – und nicht die Sorge um eine eventuelle Bestrafung – noch immer der größte Anreiz ist, redlich zu agieren. Wie sowohl die historische Erfahrung als auch die aktuell bekannt gewordenen Fälle um die Doktorarbeiten namhafter Politiker zeigen, „hat sich die formelle und informelle Observanz im akademisch-wissenschaftlichen Diskurs durchaus bewährt, obstinate Sünder wider das Lauterkeitsgebot zünftig zu dis-

kriminieren und wissenschaftlich zu diskreditieren.“²⁸ So verbleibt den Ländern und konkret den Hochschulen ferner, auch über etwaige Entziehungen des Dokortitels zu sanktionieren und zu stigmatisieren; wo die Hochschulgesetze dies de lege lata nicht zulassen, ist über Änderungen nachzudenken, für die Hochschulen bieten sich Normen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis an.²⁹ Im Ergebnis jedenfalls obliegt es der Wissenschaftsgesellschaft, Verfehlungen, die weder vom öffentlichen Dienstrecht noch vom Straf- oder Ordnungswidrigkeitenrecht erfasst werden, selbst zu ahnden. Die Selbstregulierungskräfte der Wissenschaft sind ein so scharfes Schwert, dass es des scharfen Schwerts des Strafrechts nicht bedarf.

¹ BT-Drs. 17/6672, S. 5 f.

² Selbst wenn man in der Bereitstellung von Publikationskapazitäten für einen unbrauchbaren Beitrag einen Vermögensschaden bejahen mag, fehlt es jedenfalls an der Stoffgleichheit zwischen Schaden und bezweckter Bereicherung (Karrieresprung o. Ä.), vgl. Ottemann, Wissenschaftsbetrug und Strafrecht, Hamburg 2006, S. 229 ff.

³ MüKo-Hefendehl, Bd. 4, München 2006, § 263 Rn. 129; Jeroushek, Strafrechtliche Aspekte des Wissenschaftsbetruges, in: GA 1999, 416, 418; Schönke, Schröder, Cramer, Perron, StGB, 28. Aufl. München 2010, § 263 Rn. 110;

⁴ Jeroushek, GA 1999, 416, 420.

⁵ Deumeland, Anmerkung zum Urte. des LG Köln v. 14.01.1972 – 5 O 401/71 (Vorbeugende Unterlassungsklage gegen Plagiat), in: AfP 1973, 490, 491, der indes den subjektiven Tatbestand außer Acht lässt.

⁶ StA Hof, Pressemitteilung 14/11 v. 23.11.2011, Ermittlungsverfahren Karl-Theodor zu Guttenberg.

⁷ StA Hof, a. a. O.

⁸ Zum Ganzen Leuze, Die Urheberrechte der wissenschaftlichen Mitarbeiter, in: GRUR 2006, 552.

⁹ Jeroushek, GA 1999, 416, 431 f.

¹⁰ Tiedemann, Entzug des Doktorgrades bei wissenschaftlicher Unlauterkeit, in: ZRP 2010, 53, mit Verweis auf VGH Mannheim, NVwZ-RR 2009, 285.

¹¹ § 48 VwVfG regelt die Rücknahme rechtswidriger Verwaltungsakte.

¹² Stand 2010: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen; vgl. Tiedemann, ZRP 2010, 53.

¹³ Für Bestimmtheit BVerfG, Beschl. v. 30.11.1988 – 1 BvR 900/88; VGH Baden-Württemberg, Urte. v. 14.09.2011 – 9 S 2667/10; a. A. Maurer, Promotion, in: HdbWissR Bd. 1, 2. Aufl., 1996, S. 753, 769; zum Ganzen Komplex sehr ausführlich auch Tiedemann, ZRP 2010, 53, 54, der auf S. 55 für eine gesetzliche Regelung plädiert und einen entsprechenden Vor-schlag unterbreitet.

¹⁴ So bei dem Fall, der dem VGH Baden-Württemberg, Urte. v. 14.09.2011 – 9 S 2667/10, zugrunde liegt. Dort wurde einem Physiker der Dokortitel entzogen, weil u. a. „hinsichtlich einer Reihe von Publikationen [...] von Datenfälschungen und Manipulationen auszugehen sei.“ Die Publikationen lagen zeitlich allesamt nach der Promotion. Instruktiv zu diesem Thema Lorenz, Die Entziehung des Doktorgrades – ein altes Instrument in neuer Funktion, in: DVBl. 2005, 1242.

¹⁵ Löwer, Normen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis, in: WissR 2000, 219, 221.

¹⁶ Gemeint sind indes nicht die (legalen) Angebote bspw. amerikanischer Kirchen, die eine Ehrendoktorwürde im Gegenzug für eine Spende an diese Kirche anbieten.

¹⁷ Vgl. hierzu BGH StV 2008, 565 = NSTZ-RR 2008, 371.

¹⁸ StA Hof, Pressemitteilung 14/11 v. 23.11.2011, Ermittlungsverfahren Karl-Theodor zu Guttenberg.

¹⁹ Jeroushek, GA 1999, 416, 420.

²⁰ Jeroushek, GA 1999, 416, 421.

²¹ RGSt 65, 281; BGH GA 1956, 121.

²² Spickhoff, Medizinrecht, München 2011,

StGB § 263, Rn. 17, mit Verweis auf Kori-Lindner, Betrug und Fehlverhalten in klinischen Prüfungen, in: RPG 1998, 95, 96; Jeroushek, GA 1999, 416, 423.

²³ Jeroushek, GA 1999, 416, 425; MüKo-Hefendehl, Bd. 4, München 2006, § 263 Rn. 676.

Zur straf- und ordnungswidrigkeitenrechtlichen Verantwortlichkeit des Leiters einer Forschungseinrichtung vgl. Ottemann, Wissenschaftsbetrug und Strafrecht, Hamburg 2006, S. 291 ff. bzw. 325 ff.; ferner Jeroushek, GA 1999, 416, 431 ff. bzw. 438 ff.

²⁴ Jeroushek, GA 1999, 416, 425 ff.

²⁵ Vgl. hierzu Jeroushek, GA 1999, 416, 427 ff.

²⁶ Jeroushek, GA 1999, 416, 442.

²⁷ Zum gesamten Problemkreis siehe Krüger, Die Entmaterialisierungstendenz beim Rechtsgutsbegriff, Berlin 2000, dessen Gedanken und Ergebnisse in die folgenden Ausführungen eingeflossen sind.

²⁸ Jeroushek, GA 1999, 416, 442.

²⁹ Löwer, WissR 2000, 219; Ottemann, Wissenschaftsbetrug und Strafrecht, Hamburg 2006, S. 345.

Dipl. iur. Sebastian T. Vogel war Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Interdisziplinären Zentrum Medizin-Ethik-Recht. Er arbeitet derzeit als Rechtsreferendar in Berlin.

Der Kohärentismus innerhalb der Medizinethik

von Clemens Heyder, M.Mel.

Die Medizinethik ist ein Bereich, in dem bestimmte lebensweltliche Praktiken mit philosophischem Instrumentarium beleuchtet, untersucht und kritisch diskutiert werden. Innerhalb dieser Bereichsethik¹ geht es nicht um die Begründung normativer Theorien und die Diskussion abstrakter ethischer Probleme, sondern stets um einen konkreten Sachverhalt, der sich als moralisches Problem darstellt, welches es letztlich zu lösen gilt. Selten besteht im ärztlichen Alltag die Möglichkeit, Entscheidungen sorgfältig abzuwägen und dementsprechend zu treffen. Besonders in kritischen Situationen muss es schnell gehen, sodass es sinnvoll erscheint, einen moralischen Leitfaden zu haben, an den man sich halten kann, bevor keine Entscheidung mehr zu treffen ist. Darüber hinaus ist es auch möglich, dass ein Arzt sich bezüglich seiner Entscheidung in einer Dilemmasituation befindet, aus der er keinen Ausweg weiß, es dennoch einer raschen Handlung bedarf. Ebenfalls praktische Relevanz haben ganz allgemeine Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung. Nicht jeder Mediziner wird sich die Zeit nehmen können und die Möglichkeit haben, seinen praktischen Alltag ethisch zu reflektieren. Für all diese Fälle haben Beauchamp und Childress² ein Hand-

buch entwickelt, nach welchem das tägliche ärztliche Handeln strukturiert werden kann. Als moralisches Compendium für Ärzte gedacht, können sich diese anhand von vier Prinzipien ein Urteil bilden und die Handlungsoption wählen, die sich am besten mit den Prinzipien vereinbart. Die jeweiligen Handlungen stehen somit in größtmöglicher Kohärenz zueinander und bestätigen sich durch inferentielle Beziehungen.

Zwar mag sich dieses Vorgehen im klinischen Alltag als praktikabel erweisen, so ist damit noch nichts über die bestehenden Prinzipien an sich gesagt. Als Prima-facie-Prinzipien konstruiert, benötigen sie als solche keine Rechtfertigung, sondern besitzen Gültigkeit, bis sie falsifiziert oder aber durch andere ersetzt worden sind. Beauchamp und Childress entnehmen diese einer *commom morality*, die selbst in keinem weiteren Begründungszusammenhang steht.³ Hier offenbart sich ein Unterschied zwischen einem problemorientiertem und einen begründungsorientiertem Kohärentismus. Während im ersten Fall einzelne Handlungsoptionen anhand bestimmter moralischer Überzeugungen auf innere Stimmigkeit geprüft werden, werden in letzterem die moralischen Überzeugungen an sich erst

auf Kohärenz getestet und somit ihre Geltung überhaupt gerechtfertigt.⁴

Als prominente Grundidee dient das Rawls'sche *reflective equilibrium* (Überlegungsgleichgewicht),⁵ bei dem es darum geht, die einzelnen moralischen Überzeugungen methodisch durch reflektiertes Abwägen wohl überlegter Urteile und Prinzipien zu prüfen und damit ein Gerüst unserer Moralvorstellungen zu entwerfen.⁶ Im Folgenden möchte ich die Idee des kohärentistischen Begründungsmodells skizzieren und hinsichtlich einer anwendungsbezogenen Brauchbarkeit innerhalb der Medizinethik diskutieren.

Davon ausgehend, dass fundamentalistische⁷ Moralbegründungen, die sowohl *top-down* als auch *bottom-up* möglich sind, in einem komplexen lebensweltlichen Problemfeld nicht praktikabel sind, wird nicht mehr versucht, moralische Normen aus einem letztgültigen normativen Fundament herzuleiten, schließlich sind insbesondere ethische Theorien durch einen hohen Abstraktionsgrad gekennzeichnet. Nicht nur, dass es konkurrierende exklusive Theorien gibt, deren Prinzipien sich möglicherweise gegenseitig ausschließen, darüber hinaus besteht keine Einigkeit bezüglich einer bestimmten Theorie; deshalb lassen sich nur schwer eindeutige moralische Handlungsanweisungen für konkrete Situationen bestimmen; eine Simplifizierung, die auf Kosten der Anwendbarkeit beruht. Zwar garantiert die deduktive Struktur moralischen Argumentierens Transparenz und die

Übertragbarkeit moralischer Regeln auf daraus abgeleitete Urteile,⁸ jedoch bürdet es dem theoretischen Fundament eine ungeheure Beweislast auf, deren Begründung auch an logische Grenzen stößt (Münchhausen-Trilemma). Ein kohärentistisches Begründungsmodell beschreibt hingegen eine „an Kohärenz orientierte Integration moralischer und nicht-moralischer Überzeugungen auf einer individuellen und kollektiven Ebene“,⁹ wodurch ein kohärentes Überzeugungssystem auf Grundlage normativer Elemente der moralischen Praxis rekonstruiert wird. Gerade in einem praxisnahen Bereich (wie der Medizinethik) lassen sich in diesem Zugang positive Eigenheiten erkennen, insbesondere durch technologische Neuerungen, ausgelöst durch einen medizinischen Fortschritt, und freilich auch durch den Umgang mit diesen, nämlich der sich fortwährend ändernden moralischen Praxis.¹⁰ Medizinethische Diskussionen finden nicht in einem luftleeren Raum, sondern vor dem Hintergrund einer komplexen gesellschaftlichen Situation, einer ausgeübten Praxis und rechtlicher Normen statt. Einfach ausgedrückt: Praxis ist die Quelle von Moralität.¹¹

Moralische Urteile sind keine singulären Ereignisse oder isolierte Aussagen. Geprägt von der Einsicht, dass sie stets als Teil eines moralischen Praxisrahmens in ein Überzeugungssystem eingebettet sind, bilden sie inferentielle Beziehungen, die sich durch ihren logischen Zusammenhang von Urteilen, Regeln und Prinzipien über meh-

rere Ebenen konstituieren. Dieser Zusammenhang zeichnet sich durch eine Wechselseitigkeit aus und besteht in seiner logischen Strenge sowohl vom Erklärten zum Erklärenden als auch vom Erklärenden zum Erklärten bzw. erfolgt die inferentielle Beziehung deduktiv, induktiv oder abduktiv. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Gültigkeit eines moralischen Urteils nicht bloß aus der relationalen Kohärenz einer Aussage zu dem Überzeugungssystem ergibt, sondern auch der systematischen Kohärenz des Gesamtzusammenhangs bedingt.¹² Abstrakte Prinzipien werden an dieser Stelle jedoch keinesfalls ausgeschlossen. Allein schon durch die inferentiellen Beziehung einzelner Aussagen und der Erkenntnis der Eingebundenheit moralischer Urteile in die Gesamtheit eines Überzeugungssystems, offenbart sich im Hinblick auf den moralischen Alltag, dass allgemeine Regeln und Prinzipien handlungsleitend sind. Da in der Praxis keine unabhängigen moralischen Urteile generiert werden, kann auch die Integration fundamentalistischer Prinzipien erfolgen. Zwar verlieren sie ihren Exklusivitätsanspruch, nicht aber ihre Orientierungsfunktion. Dadurch ergibt sich ein selbstkritisches, also stetes gegenseitiges Überprüfen einzelner Urteile, Regeln und Prinzipien, was wiederum garantiert, sich nicht der Komplexität und Dynamik der moralischen Praxis zu verschränken.¹³

Eingewendet werden kann, dass der Kohärentismus immer einer kulturimmanenten Basis bedarf, derer er

sich bedient, was einer scharfen Kritik gleichkommt. Auf diese Weise besteht nämlich die Möglichkeit mehrerer in sich kohärenter Überzeugungssysteme, die alle keinen moralischen Wahrheitsanspruch erheben können. Rawls entgeht diesem Einwand, indem er das Instrument des *overlapping consensus* schafft.¹⁴ Danach lässt sich ein moralischer Grundkonsens erzielen, von dem ausgehend alle moralischen Probleme gelöst werden können.¹⁵ Fraglich ist freilich, ob es diesen Minimalkonsens geben bzw. wie andernfalls verfahren wird. Hier offenbart sich eine Schwäche des *reflective equilibrium*, wenn es unter der Voraussetzungen einer idealisierten Gesellschaft tatsächlich möglich ist, einen solchen Konsens zu erzielen, so nicht zwingend in der moralischen Pluralität der Wirklichkeit. Kulturelle Implikationen sind Bestandteil bestehender Moralvorstellungen. Schwierig wird es, wenn diese aufeinandertreffen und nicht vereinbar sind. Eine Lösungsmöglichkeit bietet das *contextual reflective equilibrium*, in dem nicht mehr bloß moralische Überzeugungen des Einzelnen berücksichtigt, sondern auf einer kollektiven Ebene betrachtet werden.¹⁶ Damit einher geht nicht zwingend eine Übereinstimmung bestimmter Überzeugungen von Individuen, sondern die Deutlichkeit einer kollektiven moralischen Praxis, die sich auch in einer Gesellschaft zeigt, die von kultureller und zugleich moralischer Pluralität gekennzeichnet ist. Die moraltheoretische Begründung ist demnach kein ideales Konstrukt, son-

dern ist durch empirische Befunde zu bestätigen. In diesem Sinne müssen sich auch die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress innerhalb eines kohärenten Geflechts moralischer Überzeugungen Geltung verschaffen.

Die Vorteile eines Kohärentismus innerhalb der Medizinethik sind offensichtlich. Als problembezogene Bereichsethik, deren Anwendung sich nicht im Sinne einer Kasuistik auf den Einzelfall bezieht, sondern auf eine Klasse von Handlungsoptionen erstreckt und somit normgebend ist,¹⁷ kann mittels des begründungstheoretischen Kohärentismus den von kontextsensitiver Seite eingebrachten Einwänden entgangen werden,¹⁸ indem immer auch eine Rückbesinnung und Orientierung an der Realität erfolgt. Eine prinzipiengeleitete Verkennung der Komplexität der Welt bleibt aus, da stets Stellung zu neuen, sich entwickelnden Handlungsspielräumen und gesellschaftlich etablierten Praxen bezogen wird. Andererseits wird auch dem Einwand gegenüber der Kasuistik entgangen, nämlich dem der potentiell ethischen Orientierungslosigkeit und der Überforderung des Handelnden durch die permanente Einzelfallbewertung. Es liegt eine enge Verflechtung moralischen Handelns und moralischer Regeln vor, die in steter Wechselwirkung stehen.¹⁹ Darüber hinaus lassen sich ethische Prinzipien, die sich aufgrund ihres Exklusivitätsanspruchs eigentlich ausschließen würden, verbinden und mittels moralischer Klugheit in verschiedenen Situationen handlungsbezogen an-

wenden. Zwar können die Nachteile²⁰ nicht ausgeklammert oder ausradiert werden, so stellt sich der Kohärentismus dennoch als ein geeignetes Mittel dar, um in einer real bestehenden Pluralität von moralischen Vorstellungen und Überzeugungen zurechtzukommen, wenn keine monistische normative Theorie allgemein akzeptiert ist oder überzeugen kann. In diesem Sinne ist er viel mehr ein „begründungstheoretisches Paradigma“²¹ als eine theoretische Normvorgabe.

¹ Julian Nida-Rümelin, Theoretische und angewandte Ethik, in: Julian Nida-Rümelin (Hrsg.), Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung, 2. Aufl., Stuttgart 2005, S. 63. Schöne-Seifert spricht sich zwar gegen dieses terminologische Verständnis aus, indem sie angewandte Ethik nicht auf den zu untersuchenden Gegenstand, sondern auf die Methode bezieht. Bettina Schöne-Seifert, Grundlagen der Medizinethik, Stuttgart 2007, S. 29. Allerdings umfassen medizinethische Aspekte unter anderem den gesamten Aufgabenbereich der Ärzte. Bettina Schöne-Seifert, Medizinethik, in: Julian Nida-Rümelin (Hrsg.) a. a. O., S. 692.

² Vgl. Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, 5. Aufl., Oxford 2001.

³ *Common morality* verstanden als „set of norms that all morally serious persons share“, „is morally authoritative for the conduct of all persons and it provides the basis for the normative theses and rudimentary moral theory that we develop in this book.“ Beauchamp, Childress [2], S. 3 f.

⁴ Jens Badura, Ethischer Kohärentismus, in: Marcus Düwell, Christoph Hüenthal, Micha H. Werner (Hrsg.), Handbuch Ethik, 3. Aufl., Stuttgart/Weimar 2011, S. 194. Eine ähnliche Differenzierung nimmt auch Bartelborth vor, wenn er von einer Kohärenz der Erklärung spricht. Vgl. Thomas Bartelborth, Begründungsstrategien. Ein Weg durch die analytische Erkenntnis-

theorie, Berlin 1996.

⁵ John Rawls, *Theorie der Gerechtigkeit*, 7. Aufl., Frankfurt/Main 1993, S. 68-71. In einer Weiterentwicklung als *wide reflective equilibrium* in Form von Urteilen, Prinzipien und Hintergrundtheorien vgl. Norman Daniels, *Justice and Justification*, Cambridge 1996.

⁶ Fraglich ist allerdings, ob sich Rawls' konkretes Modell des Überlegungsgleichgewichts, das als begründungs-theoretisches Element seiner politischen Theorie konzipiert wurde, nur für selbiges eignet oder auch im medizin-ethischen Kontext fruchtbar ist. Mindestens jedoch ist es ein guter Ausgangspunkt für die Diskussion.

⁷ In Abgrenzung zum oftmals schon präjudizierten Begriff des Fundamentalismus formulierte Bayertz den Begriff des Fundamentismus. Kurt Bayertz, *Moral als Konstruktion*, in: Peter Kampts, Anja Weiberg (Hrsg.), *Angewandte Ethik. Akten des 21. Internationalen Wittgenstein Symposiums*, Wien 1999, S. 84.

⁸ Kurt Bayertz, *Praktische Philosophie als angewandte Ethik*, in: Kurt Bayertz (Hrsg.), *Praktische Philosophie. Grundorientierungen angewandter Ethik*, Reinbek 1991, S. 12.

⁹ Badura 2011 [4], S. 194.

¹⁰ Vgl. John C. Fletcher, *Ethical Issues in and beyond Prospective Clinical Trials of Human Gene Therapy*, in: *The Journal of Medicine and Philosophy* 10 (1985), S. 293-309.

¹¹ Vgl. Albert W. Musschenga, *Empirical Ethics, Context-Sensitivity, and Contextualism*, in: *The Journal of Medicine and Philosophy* 30 (2005), S. 467-490; Dieter Birnbacher, *Praktische Rationalität des Irrationalen? Funktionale Argumente in der angewandten Ethik*, in: Julian Nida-Rümelin (Hrsg.), *Rationalität, Realismus, Revision. Vorträge des 3. Internationalen Kongresses der Gesellschaft für Analytische Philosophie vom 15. bis zum 18. September 1997 in München*, Berlin/New York 2000, S. 662-668.

¹² Bartelborth 1996 [4], S. 168.

¹³ Johannes Fischer et al., *Grundkurs Ethik. Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik*, Stuttgart 2007, S. 124f.

¹⁴ John Rawls, *Politischer Liberalismus*, Frankfurt/Main 1998, S. 219-265.

¹⁵ In ähnlicher Weise versucht das Habermas in einer diskursethischen Weise. Vgl. Jürgen Habermas, *Diskursethik – Notizen zu einem*

Begründungsprogramm, in: Jürgen Habermas (Hrsg.), *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, 3. Aufl., Frankfurt/Main 1988, S. 53-125.

¹⁶ Avner De-Shalit, *Deliberative Democracy: Guarantee for Justice or Preventing Injustice?*, in: Daniel A. Bell, Avner De-Shalit (Hrsg.), *Forms of Justice. Critical Perspectives on David Miller's Political Philosophy*, Lanham 2003, S. 140; Andrew Light, Avner De-Shalit, *Introduction: Environmental Ethics – Whose Philosophy? Which Practice?*, in: Andrew Light, Avner De-Shalit (Hrsg.), *Moral and Political Reasoning in Environmental Practice*, Cambridge 2003, S. 11.

¹⁷ Bayertz 1991 [8], S. 22 f.

¹⁸ Es wird insbesondere betont, dass jeder Auslegung und Anwendung eines Prinzips oder einer Regel etwas Produktives innewohnt. Hans-Georg Gadamer, *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, 7. Aufl., Tübingen 2010, S. 44; Bayertz 1991 [8], S. 14 f.; vgl. auch Albert R. Jonsen, Stephen E. Toulmin, *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, Berkeley 1988.

¹⁹ In diesem Sinne ist die Metapher des Überlegungsgleichgewichts sehr treffend. Es gibt kein statisches Netz einer moralischen Überzeugung, sondern es findet eine stete Ausbalancierung zwischen den einzelnen Komponenten statt.

²⁰ Zur allgemeinen Kritik am Modell des Überlegungsgleichgewichts, die in vielen Fällen auch auf den Kohärenzismus zutrifft vgl. John D. Arras, *The Way We Reason Now: Reflective Equilibrium in Bioethics*, in: Bonnie Steinbock (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford 2007, S. 46-71.

²¹ Badura 2011 [4], S. 194.

Clemens Heyder arbeitet derzeit an einer Dissertation zu den medizinethischen Aspekten der heterologen Eizellspende.

Autonomie im Krankheitsfall

von Anna Genske

Eine 67 Jahre alte multimorbide Patientin, die sich nach eigener Aussage seit ca. zweieinhalb Jahren überwiegend im Krankenhaus bzw. in Rehabilitationseinrichtungen befand, worunter sie nach eigenen Angaben sehr litt, erlitt infolge der Einnahme von Antikoagulantien zur Behandlung einer Arteriosklerose eine intrazerebrale Blutung, die durch Abklemmen des blutenden Gefäßes mithilfe eines Clips und Ausräumung der Blutung operativ behandelt worden war.

Am Tag nach der Operation wird die Morgenvisite durchgeführt. Im Patientenzimmer werden Krankheitsbild und -verlauf in Anwesenheit der wachen Patientin in dritter Person besprochen. Nach einigen Minuten meldet sich die Patientin mit den Worten: „Wann begreifen Sie endlich, dass ich das alles nicht mehr möchte. Ich will so nicht weiterleben.“ Einer der Oberärzte wendet sich ihr zu und verspricht ihr, nach der Visite mit ihr in Ruhe zu sprechen. Die Patientin weint und sagt sehr bestimmt, dass sie sich nicht wieder zu irgendetwas überreden lassen wolle. Sie habe bereits die Operation nicht mehr gewollt und sei nur nach langem Zureden durch Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige letztendlich dazu bereit gewesen. Sie verlangt bestimmt nach einem Zettel und einem

Stift, um ihr „Patiententestament“ schriftlich festhalten zu können. Hierauf geht niemand der Anwesenden ein. Der Patientin wird erneut das Gesprächsangebot unterbreitet. Die Visite verlässt den Raum. Der Diensthabende Oberarzt beantragt daraufhin ein psychiatrisches Konsil, um sich Klarheit über die Einwilligungsfähigkeit der Patientin zu verschaffen. Am Nachmittag erscheint die Psychiatrin. Die Patientin ist ihr bereits von vorherigen Krankenhausaufenthalten bekannt. Es wird ein 30-minütiges Gespräch geführt. Die Patientin gibt an, nicht so sehr unter ihren Schmerzen zu leiden, da ihre Schmerzmittel recht gut eingestellt seien. Allerdings machen ihr ihre körperlichen Einschränkungen zu schaffen. So kann sie den rechten Arm kaum noch bewegen, nicht mehr gehen, leidet an Appetitlosigkeit und dem ständigen Ortswechsel innerhalb der letzten Monate. Zudem mache es ihr sehr zu schaffen, nach ihrer Auffassung nicht angemessen über den Behandlungsverlauf informiert zu werden und in Entscheidungsprozesse nicht ihren Vorstellungen gemäß einbezogen zu werden. So wisse sie überhaupt nicht genau über ihr Krankheitsbild, die Medikamente, die ihr verabreicht werden und die noch anstehenden Behand-

lungen Bescheid. Auch ihre Prognose sei ihr nicht bekannt, sodass sie keine Möglichkeit habe, auf ein festes Ziel hinzuarbeiten. Letztendlich werde alles über ihren Kopf hinweg und ohne sie entschieden. Außerdem fühle sie sich nicht ernst genommen, da ihr von den behandelnden Ärzten „dumme Fragen gestellt werden“ wie „Wie heißen Sie? Welches Datum ist heute? Wissen Sie, wo sie sich befinden?“ Am stärksten sei ihre Angst, infolge ihrer Krankheit geistig abzubauen und sich nicht mehr äußern zu können. Die Patientin unterstreicht während des Gesprächs mehrmals ihren Wunsch, nicht mehr kurativ weiterbehandelt werden zu wollen. Auf die Angehörigen angesprochen, teilt die Patientin mit, von diesen gut umsorgt zu werden, jedoch auch von ihnen sei kein Verständnis da für ihren Wunsch, nicht mehr leben zu

wollen. Wieder verlangt die Patientin nach Stift und Papier.

Die Psychiaterin kann nach dem 30-minütigen Gespräch eine Depression nicht diagnostizieren, jedoch auch nicht ausschließen. Auf Nachfrage begründet sie ihre Entscheidung Verdacht auf Depression in die Krankenakte aufzunehmen mit dem Argument, dass sie nicht die Verantwortung für den Therapieabbruch übernehmen wolle und könne. Hierfür sei ihrer Ansicht nach ein interdisziplinäres Konsil notwendig. Sie als Fachärztin für Psychiatrie fühle sich durch derartige Diagnoseaufträge schlicht überfordert und auch nicht zuständig. Aufgrund der psychiatrischen Diagnose wird die Behandlung der Patientin in Absprache mit den Angehörigen wie gehabt fortgeführt.

Kommentar aus medizinischer Sicht I

von Dr. Johannes-Till Höcker

Der vorliegende Fall stellt die Frage nach dem richtigen Umgang mit Patientenautonomie im Krankheitsfall. Hier wird die Forderung nach Therapiebegrenzung an die teilnehmenden Ärzte der Visite herangetragen. Über die richtige Reaktion darauf gibt es unterschiedlichste Ansichten, von der unbedingten Achtung der Patientenautonomie¹ bis zur Relativierung derselben durch ärztliche Fürsorge.²

Tatsächlich ist es in der Praxis

mitunter schwierig, zwischen dem begründeten Wunsch nach Therapiebegrenzung aufgrund individuell gezogener Bilanz und einem eher „unechten“ Wunsch mit Appellcharakter zu unterscheiden.

Der Fall liefert Hinweise darauf, dass es sich eher um einen Appell der Patientin handelt, dass sie mit der Behandlungssituation unzufrieden ist. Die Formulierung „Ich will so nicht weiterleben“ sollte unreflektiert

mit „Ich will nicht weiterleben“ gleichgesetzt werden, zumal es sich gar nicht um eine Situation am Lebensende handelt. Vielmehr scheint sich eine Differenz zwischen dem medizinischen Befund und der individuellen Wahrnehmung aufzutun. Im Gespräch mit der Psychiaterin offenbart sich auch, dass Angst und Verunsicherung durch das Erleben von körperlicher Eingeschränktheit und informationellen Defiziten besteht.

Die Zurückhaltung der Ärzte ist daher grundsätzlich verständlich. Der gewählte Umgang mit der Situation aber denkbar ungünstig.

Im Fall wird Verantwortung abgeschoben. Durch die psychiatrische Diagnose einer Depression soll die Kompetenz der Patientin zu einer eigenen Entscheidung relativiert werden. Einem häufigen Missverständnis folgend wäre damit das Recht auf Autonomie verspielt.³ Rehbock kritisiert zurecht, dass die Überprüfung der Entscheidungskompetenz dabei selbst ein paternalistisches Verfahren darstellt.

Die Psychiaterin erkennt und reflektiert zwar die ihr zugeordnete Rolle, fügt sich aber ein und spielt den

Ball zurück, in dem sie lediglich den Verdacht auf eine Depression äußert. Damit muss das Stationsteam wieder selbst entscheiden, wie es mit dem Wunsch der Patientin umgehen will.

Dabei wären weitere Gespräche mit der Patientin notwendig. Viel Vertrauen ist aber bereits verspielt, denn die Patientin hat Gespräche zuletzt als Überredung durch langes Zureden erlebt. Wichtig ist hier das Aufzeigen einer Perspektive. Eventuell könnte es tatsächlich hilfreich sein, der Patientin Zettel und Stift zu reichen, damit sie ihre Gedanken in Ruhe zum Ausdruck bringen kann. Allerdings gilt es, ihre Einschränkungen zu beachten. Im Fall wird eine Lähmung des rechten Arms erwähnt. Falls die Patientin dadurch nicht mehr richtig schreiben kann, würde ihr dies die von ihr gefürchtete körperliche Einschränkung besonders stark vor Augen führen und nachvollziehbare Verzweiflung auslösen.

¹ Rehbock T (2002) Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Zur Kritik (medizin-)ethischer Grundbegriffe. Ethik Med 14: 131–150.

² Ernst G (2008) Patientenverfügung, Autonomie und Relativismus. Ethik Med 20: 240–247.

³ Vgl. Rehbock, a. a. O.

Kommentar aus medizinischer Sicht II

von Brigitte B. Strahwald, MSc, Epidemiologin, Fachärztin für Anästhesie

Der Fall ist – unabhängig von den Fragen zur Autonomie – exemplarisch für eine fehlgeschlagene Arzt-Patienten-

Kommunikation.

Die behandelnden Ärzte konzentrieren sich auf medizinische Befunde.

Für sie steht zunächst die akute intrazerebrale Blutung im Vordergrund. Dies ist eine potentiell lebensbedrohliche Situation. Auslöser war die Therapie mit Antikoagulanzen. Es handelt sich also um die typische Nebenwirkung einer medikamentösen Behandlung.

In Notfällen müssen rasche Entscheidungen getroffen werden. In diesem Fall haben sich die Ärzte für eine Operation entschieden. Das setzt voraus, dass der Eingriff technisch möglich ist, ohne zusätzliche massive Schäden zu verursachen. Es setzt aber auch voraus, dass implizit oder explizit auch eine Prognose gestellt wurde. Verkürzt formuliert gehen die Ärzte offenbar davon aus, „dass es sich lohnt“, die Patientin zu operieren.

Der Verzicht auf die Operation hätte möglicherweise drastische Folgen. Eine Gehirnblutung kann tödlich enden. Aber auch wenn die Patientin überlebt kann die Blutung zunehmende, schwere Gehirnschäden verursachen. Gerade dies ist aber ein Zustand, den die Patientin ablehnt. Der Allgemeinzustand der Patientin war zwar eingeschränkt, aber keineswegs hoffnungslos.

Die Frage nach dem „informed consent“ ist in dieser Situation problematisch. Bei einer Gehirnblutung ist häufig die Urteilsfähigkeit stark beeinträchtigt. Wie die Patientin vor dem Eingriff aufgeklärt wurde, lässt sich hier nicht nachvollziehen. Aus Sicht der Patientin wurde sie mehr oder weniger gegen ihren Willen operiert. Um ein besseres Bild zu bekommen

müsste aber auch der verantwortliche Arzt dazu Stellung beziehen.

Allen möglichen Versäumnissen zum Trotz: aus medizinischer Sicht ist das Vorgehen der Ärzte bis hierhin nachvollziehbar.

Nach der Operation eskaliert die Situation. Die Ärzte reden über die Patientin, aber kaum mit ihr. Die Patientin formuliert eindeutige Wünsche: Sie möchte die Therapiemaßnahmen verstehen, sie möchte über die Prognose aufgeklärt werden, sie will über das weitere Vorgehen mitentscheiden. Ihre Äußerungen werden von den Ärzten anscheinend ignoriert oder fehlinterpretiert. Die Konsultation einer Psychiaterin ist schwer nachvollziehbar. Damit unterstellen die behandelnden Ärzte, dass eine Therapieverweigerung oder -kritik per se pathologisch ist. Die Patientin wiederum greift ebenfalls zu einem unpassenden Instrument, der Patientenverfügung. Aus ihrer Sicht ist dies verständlich, da sie von der Situation überfordert ist und aus einer Art Notwehr handelt. Mit Abstand betrachtet fehlt es aber „nur“ an einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis. Die Ärzte haben es versäumt, offen und empathisch mit der Patientin zu sprechen. Sie haben es ebenso versäumt, ihr Hoffnung zu geben und sie aktiv in die Therapie mit einzubeziehen.

So klischeehaft der Fall klingt, so real ist er im klinischen Alltag. Die Ursachen für diese Kommunikationsprobleme sind vielfältig. Neben den erstaunlich wandlungsresistenten hierarchischen Strukturen und überkom-

men Traditionen spielt sicher auch der hohe Arbeitsdruck in der Klinik eine Rolle.

Nicht übersehen werden sollte, dass schon vor der Klinikeinweisung wichtige Gespräche versäumt wurden. Im Grunde hätte die Patientin bereits vor Beginn der Therapie mit Antikoagulanzen adäquat aufgeklärt werden müssen. Eine mögliche Gehirnblutung gilt als typische, aufklärungspflichtige Nebenwirkung. Möglicherweise hätte sie auf die Einnahme verzichtet. Dagegen spricht, dass sie trotz aller Kritik an der medizinischen Versorgung mehrere Medikamente regelmäßig eingenommen hat. Es darf vermutet werden, dass sie nicht prinzipiell „lebensmüde“ ist, sondern sich unverstanden und nicht ernst genommen fühlt. Da sie von den Ärzten konsequent in eine passive Rolle gedrängt wird, versucht sie aktiv mit der Patien-

tenverfügung zu antworten.

Ist dies vor allem der Wunsch nach Autonomie? Patienten in den USA gaben nach ihrer Entlassung als Hauptanliegen an, mit Respekt und Würde behandelt zu werden und den Ärzten vertrauen zu können. Die Möglichkeit autonome Entscheidungen treffen zu können, wurde als weniger wichtig bewertet.¹

Vermutlich ist aber das eine nicht vom anderen zu trennen. Patientenautonomie setzt Aufklärung voraus. Aufklärung setzt ein vertrauensvolles Gespräch voraus. Ein vertrauensvolles Gespräch setzt mitfühlendes Verständnis für die Bedürfnisse, Wünsche und Nöte voraus.

¹ Joffe S, Manocchia M, Weeks JC, Cleary PD. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centered bioethics. *J Med Ethics* 2003; 29: 103-108.

Kommentar aus juristischer Sicht

von Sebastian Müller

Die Lektüre des Fallbeispiels hinterlässt den Eindruck, dass hier die vertrauensvolle Verständigung zwischen der Patientin und den behandelnden Ärzten grundlegend gestört ist. Trotz der prinzipiellen Anerkennung des *informed consent* ist in der Ärzteschaft häufig noch immer ein paternalistisches Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung anzutreffen. Mit der freilich wohlwollenden Intention dem Patien-

ten zu helfen und in der Überzeugung, das Interesse des Patienten am besten beurteilen zu können, treffen die Ärzte medizinische Entscheidungen ohne die Patienten hinreichend in den Entscheidungs- und Behandlungsprozess einzubeziehen. Dabei bergen gerade Kommunikationsdefizite zwischen Arzt und Patient die Gefahr, dass entstandene Konflikte im Anschluss an die Behandlung in Form von Scha-

denersatzprozessen vor Gerichten ausgetragen werden. Vor diesem Hintergrund skizziert das Fallbeispiel genügend Anlass zur Diskussion.

Bereits im Zusammenhang mit der Behandlung der Arteriosklerose und der notwendigen Versorgung der intrazerebralen Blutung zeigen sich Defizite bei der Beachtung des verfassungsrechtlich verankerten Selbstbestimmungsrechtes der Patientin. Die Achtung der Würde und der Freiheit des Menschen und dessen Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gem. Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 sowie Art. 2 Abs. 2 GG erfordern eine Einwilligung des Patienten in diagnostische, vorbeugende und heilende Eingriffe. Auch jede medizinisch indizierte und lege artis durchgeführt Heilbehandlung bedarf daher der Einwilligung des Patienten nach Aufklärung. Bei der ärztlichen Aufklärungspflicht handelt es sich um eine Hauptleistungspflicht des Behandlungsvertrages und ihre Nichtbeachtung kann neben strafrechtlichen und berufsrechtlichen Konsequenzen Schadensersatzansprüche auslösen. Maßnahmen gegen den erklärten Willen des Patienten sind rechtswidrig. Auch die Tatsache, dass die Versorgung der intrazerebralen Blutung ein Notfall war und damit durch den mutmaßlichen Willen gerechtfertigt ist, entbindet den Arzt nicht von der Pflicht, die Patientin anschließend über den Eingriff aufzuklären. Sofern die Patientin also bemängelt, nicht angemessen über den Behandlungsverlauf informiert und in Entschei-

dungsprozesse nicht einbezogen zu werden, wurden von den behandelnden Ärzten wesentliche (vertragliche) Pflichten nicht erfüllt. Dies äußert sich schließlich sogar in der Form, dass der Wille nach der Aufzeichnung einer Patientenverfügung gar nicht wahrgenommen wird.

Zu näheren Ausführungen fordern daneben die Einbeziehung der Psychiaterin und die anschließende Weiterbehandlung der Patientin in Absprache mit den Angehörigen auf. Diese Aspekte knüpfen unmittelbar an die Frage der Einwilligungsfähigkeit der Patientin an. Voraussetzung der Einwilligungsfähigkeit ist nicht die Geschäftsfähigkeit, sondern die natürliche Urteilsfähigkeit. Einsichtsvermögen und Urteilskraft des Patienten müssen den Patienten in die Lage versetzen, das Aufklärungsgespräch zu erfassen und eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen. Zweifelt der Arzt an der Einwilligungsfähigkeit, ist er verpflichtet, wie hier geschehen, fachlichen Rat durch Psychiater oder Neurologen hinzuzuziehen. Auf die Einschätzung der konsultierten Fachärzte darf sich der verantwortliche Arzt, soweit keine anderen Anhaltspunkte vorliegen, verlassen.

Die Einschätzung der Psychiaterin, dass für einen Behandlungsabbruch ein interdisziplinäres Konsil notwendig ist, vermag indes nicht zu überzeugen. Auch hier gilt der (mutmaßliche) Wille des Patienten in den Grenzen der medizinischen Indikation. Ein Konsil kann allenfalls beratend tätig werden – die Letztverantwortung für ei-

nen Behandlungsabbruch verbleibt in jedem Fall beim behandelnden Arzt. Darüber hinaus trägt die Psychiaterin auch nicht die Verantwortung für einen Behandlungsabbruch, sofern sie keine Beeinträchtigung der Einwilligungsfähigkeit der Patientin festgestellt hätte. Der Behandlungsabbruch wäre dann nicht das Ergebnis ihrer Beurteilung, sondern Konsequenz der autonomen Entscheidung der Patientin in Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts. Eine Weiterbehandlung gegen den erklärten Willen der Patientin wäre zwangsläufig rechtswidrig.

Der Arzt wäre mit der Verweigerung der Weiterbehandlung dagegen nicht aus der Pflicht. Verweigert ein Patient eine medizinisch indizierte Behandlung und drohen ihm hierdurch Gesundheitsschäden, fordert die Rechtsprechung dass der Patient mit aller Dringlichkeit auf die Notwendigkeit der Behandlung hinzuweisen und auf die Folgen einer Weigerung aufmerksam zu machen ist.

Die Bedenken der Psychiaterin und mangelnde Anhaltspunkte für eine Einwilligungsunfähigkeit lassen hier jedoch Zweifel an der Diagnose aufkommen, sodass die behandelnden Ärzte gut beraten wären, eine weitere Einschätzung einzuholen. Ist die Einwilligungsunfähigkeit der Patientin allerdings festgestellt, stellt sich die Frage, auf welcher Grundlage die Behandlung fortgeführt werden kann. Nur wenn die Patientin zuvor ausreichend aufgeklärt wurde und ihre Einwilligung in die weitere Behandlung erklärt hat, ist das Selbstbestim-

mungsrecht gewahrt und ärztliche Maßnahmen können fortgesetzt werden. In allen übrigen Fällen bedarf es eines Vertreters des Patienten. Fehlt eine bevollmächtigte Vertrauensperson, hat das Vormundschaftsgericht einen Betreuer zu bestellen. Da hier die ursprüngliche Aufklärung und Einwilligung der Patientin bereits fraglich ist, kann von einer Fortwirkung einer Einwilligung nicht ausgegangen werden, weshalb die Bestellung eines Betreuers geboten wäre. Die bloße Absprache mit Angehörigen kann den Betreuer nicht ersetzen.

Insgesamt erscheint die begrenzte Bereitschaft der Patientin, sich angesichts der eingeschränkten Kommunikation und Einbeziehung in den Behandlungsprozess weiter ärztlichen Behandlungen zu unterziehen, nachvollziehbar. Die konsequente Einbeziehung der Patientin in den Behandlungsprozess hätte wohl viele der dargestellten Schwierigkeiten vermieden.

Im Porträt

von Romy Petzold, M.Mel.

Prof. Dr. phil. Mathias Kaufmann

Prof. Dr. Kaufmann schätzt die Arbeit im IWZ MER – dessen wachsende öffentliche Resonanz er vor allem dem tatkräftigen Geschäftsführenden Direktor, Herrn Prof. Dr. Lilie zuschreibt – insbesondere, weil sie Verbindungen zu Menschen, Kollegen und Studierenden eröffnet, die ihrerseits über für andere, ihm zunächst fremde Erfahrungen verfügen, beispielsweise das Wissen eines Juristen oder einer Pflegekraft, das ein Philosoph, im konkreten Fall ein Ethiker, normalerweise nicht hat.



Foto: N. Kaltwasser

Die Philosophie hat er ebenso wie die Mathematik studiert, wobei Letztere ihn sehr interessierte und beeindruckte, jedoch Erstere ihm mehr am Herzen lag, weil für sie „Erkenntnisse über uns und unsere Welt“ zentraler Gegenstand seien.

Interdisziplinär hat Prof. Dr. Kaufmann bereits vor Gründung des MER in verschiedenen Kontexten gearbeitet. Zwar könne man dabei nicht unbedingt Spezialfragen besprechen, aber bei den sich ergebenden Gesprächsmöglichkeiten ließe sich mitunter auch die eigene eventuell eingeschlichene „Betriebsblindheit“ durch eingebrachte andere Sichtweisen und neue Impulse überwinden.

Für die Zukunft plane er, seine vielseitigen interdisziplinären Zusammenarbeiten noch weiter auszubauen: Beispielsweise gebe es in der seit 2005 bestehenden Graduiertenschule „Gesellschaft und Kultur in Bewegung“, deren Sprecher er derzeit ist, Bestrebungen für eine Zusammenarbeit mit dem MER. Schließlich sei die Frage nach Gründen für die Akzeptanz bestimmter Methoden in der medizinischen Diagnostik, der Forschung, aber auch der Heilung gerade bei der Begegnung kulturell unterschiedlicher Grundeinstellungen auch eine philosophische Frage. Für die Zukunft des MER äußert er den Wunsch, dass es sich als stabile Institution an unserer Uni und in unserer Stadt festigen und weiter entwickeln möge. Wir schließen uns diesen Wünschen gern an.

Redaktionsanschrift:

meris e. V.
Interdisziplinäres Wissenschaftliches Zentrum
Medizin-Ethik-Recht
Juridicum, Raum 0.30
Universitätsplatz 5
06108 Halle (Saale)

meris@jura.uni-halle.de
www.meris.uni-halle.de/zfmer

Druck:

MERKUR
Druck- und Kopierzentrum GmbH & Co. KG
Salomonstraße 20
04103 Leipzig

Druck mit freundlicher Unterstützung
der Stiftung Rechtsstaat Sachsen-Anhalt e. V.

Impressum

Redaktionsleitung:

Dr. Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktion:

Heidi Ankeremann
Helena Bebert
Dr. Adam Gasiorek-Wiens
Anna Genske
Lysann Hennig
Dr. Kerstin Junghans
Romy Petzold
Martina Resch
Stephanie Schmidt
Philipp Skarupinski

Gastautoren dieser Ausgabe:

Tania Becker
Dr. Walter Bruchhausen
Prof. Dr. Thomas Eich
Clemens Heyder
Dr. Johannes-Till Höcker
Dr. Frank Kressing
Prof. Dr. Hans Lilie
Sebastian Müller
Prof. Dr. Aviad Raz
Prof. Dr. Silke Schicktanz
Dr. Carmel Shalev
Brigitte B. Strahwald
Sebastian T. Vogel

Gestaltung:

Andreas Walker
Sven Wedlich

Die ZfMER erscheint zweimal im Jahr.

Thema des nächsten Heftes

Demenz
(November 2012)

Alle in der Zeitschrift verwendeten Texte, Fotos und grafischen Gestaltungen sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Verwendung darf, auch auszugsweise, nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Herausgebers erfolgen. Eine kommerzielle Weitervermarktung des Inhalts dieser Zeitschrift ist untersagt.