

# Anspruch des Patienten auf "gleiche" Behandlung angesichts des medizinischen Fortschritts

Ein Beitrag von Erny Gillen, Luxemburg

## 0. Einleitung

Ich möchte meinen Beitrag so entlang dem mir gestellten<sup>1</sup> Thema "Anspruch des Patienten (1) auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt (2) aus ethischer Sicht (3)" entwickeln, daß deutlich wird: Nur eine gesellschaftspolitisch abgesicherte Güterabwägung (4) vermag das angedeutete Problem ethisch so aufzubereiten, daß im Einzelfall adäquate und verantwortliche Entscheidungen (z.B. im Rahmen von klinischen Ethik-Komitee's vorbereitet und) von den direkt Betroffenen gefällt werden können (5). Damit ist der Aufbau vorgegeben.

## 1. Anspruch des Patienten

Das sogenannte Anspruchsdenken nimmt in unseren Gesellschaften ständig zu. Jeder möchte alle zur Verfügung stehenden Ressourcen auch für sich persönlich beanspruchen. In der Wirtschaft wird dieses Denken durch die Kaufkraft der Kunden moduliert und geregelt. Im westeuropäischen Gesundheitswesen wurde dem wirtschaftlichen Vermögen des Einzelnen durch die Einführung der Sozialversicherungen - mindestens nach unten hin - ein Riegel vorgeschoben. Über Beitrags- und Umverteilungsregelungen soll das Gesundheitsrisiko auf der Basis gesellschaftlicher Solidarität im Sinne neuer Chancengleichheit für alle Mitglieder einer bestimmten Gesellschaft von der Gesamtheit getragen werden.

Im Rahmen einer gegebenen Gesellschaft hat deshalb jeder Bürger Anspruch auf "gleiche" gesundheitliche Behandlung. Ich überspringe hier nun bewußt den Problembereich der Definition von "Gesellschaft", die ihrerseits ja immer schon ein Zusammengesetztes bzw. eine Komponente von anderen Gesellschaften ist. Man denke nur an die Armen und die Reichen im eigenen Lande, die Deutschen und die Bürger der Europäischen Union, die Bewohner der Nordhalbkugel und die der Südhalbkugel unseres Planeten Erde.

Was aber heißt: Anspruch auf "gleiche" gesundheitliche Behandlung? Der Anspruch, von dem hier die Rede ist, läßt sich sicherlich leichter rechtlich als ethisch auslegen. Die Ethik setzt ja bekanntlich nicht beim Anspruch des Einzelnen auf bestimmte Leistungen an, sondern vielmehr bei der Frage: "Was soll(en) ich (bzw. wir) tun?". Die Frage nach dem Anspruch des Patienten ergibt unter ethischer Rücksicht also nur einen Sinn, wenn sie als sozial-ethische Frage nach Gerechtigkeit in einer gegebenen Gesellschaft gestellt wird. Als Teil einer Gesellschaft hat jeder Mensch - nicht im Sinne der Menschen-, sondern der Bürgerrechte - Anspruch auf "gleiche" Behandlung.

Das Subjekt, um das es in unserem Fall geht, ist ein Patient, also ein "behandlungsbedürftiger Mensch". Unter "behandlungsbedürftig" wird ein krankgeschriebener Bürger verstanden. Die Macht der Medizin, die im Auftrag der

---

<sup>1</sup> Vortrag im Rahmen der "academia scientiarum et artium europaea" Klasse II - Medizin "Medizin zwischen Machbarem und Verantwortbarem. Eine öffentliche und interdisziplinäre Veranstaltungsreihe: 3. Symposium: Sinnvolle Rationierung medizinischer Leistungen" gehalten am 3. Mai 1997 in München.

Gesellschaft und im Namen der Wissenschaft definitorisch die Grenze(n) zwischen Gesundheit und Krankheit festlegt, wird überdeutlich. Die Ärzte übernehmen eine gesellschaftliche Verantwortung, auf die sie allein durch das bio-physiologische Wissen um Gesundheit und Krankheit nicht vorbereitet sind. (Man denke etwa an die Sterilität, kosmetische Operationen, psychische Krankheiten, ...) Auch die sogenannte ärztliche Ethik, besser das ärztliche Ethos und die daraus gewachsene Berufsethik, reichen nicht, um dieser Verantwortung adäquat zu begegnen. Genau hier sind meta-medizinische Reflexionen notwendig, wie sie in der philosophischen Ethik üblich sind<sup>2</sup>. Daß sich in den letzten Jahren hier ein Bewußtseinswandel vollzogen hat, wird in einem semantischen Rutsch deutlich, der sich durch einen Wechsel in der Wortwahl belegen läßt: Aus der "medizinischen Ethik" ist eine "Ethik in der Medizin" geworden<sup>3</sup>. Es geht in der Tat um die Frage der "Ethik" als autonome Größe<sup>4</sup> in der Medizin und nicht um die Anwendung allgemeiner ethischer Prinzipien durch die Medizin.

Fazit: Auf dem Hintergrund derselben Diagnose hat ein behandlungsbedürftiger Bürger (oder ein ihm Gleichgestellter) Anspruch auf ebenbürtige Behandlung. Damit ist neben der formalen Begrenzung derer, die Ansprüche erheben dürfen, bereits eine wichtige inhaltliche Vorentscheidung getroffen: Es geht in der vorgegebenen Fragestellung um den Anspruch von gesellschaftlich und medizinisch anerkannten kranken Menschen, die abgekürzt als Patienten bezeichnet werden.

## 2. Anspruch auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt

Zusammen mit anderen Wissenschaften kennt auch die Medizin laufende Fortschritte im Wissen um Gesundheit und Krankheit des Menschen. Um den Wandel der Geschichte des Wissens zu umschreiben, möchte ich die auf Karl Popper zurückgehende Unterscheidung zwischen Schulwissen und Forschungswissen einführen<sup>5</sup>. Unsere Fragestellung könnte also dahingehend präzisiert werden, daß der Anspruch eines kranken Bürgers aus einer gegebenen Gesellschaft sich nicht nur auf das aktuell erprobte und allgemein anerkannte Inventar medizinischer Behandlungsmöglichkeiten erstreckt, sondern ebenfalls auf die künftigen.

Der Wechsel von der Schullogik in die Forschungslogik beinhaltet jedenfalls eine Verminderung der Treffsicherheit der angewandten Methoden, da diese ja noch sozusagen in der Erprobung sind. Deshalb sind in der gängigen Auffassung denn auch Kranke zuerst einmal vor der Forschung zu schützen. Ihr "informed consent", das heißt ihr Mitwissen und Mittragen des Risikos einer noch nicht zum Allgemeingut gewordenen medizinischen Intervention, ist die Voraussetzung für jede Forschung am Patienten.

Besonders bei Medikamenten ist der Übergang vom Forschungsstadium ins schulmedizinische Stadium sehr präzise und international mehr oder weniger einheitlich geregelt. Um den Patienten zu schützen, hat dieser keinen Anspruch auf Medikamente, die noch nicht auf dem Markt zugelassen sind. Wird er in eine Testreihe aufgenommen, muß er bereit sein, das erhöhte Risiko persönlich zu tragen. Damit leistet er dann seinen Beitrag zu einer Medizin der Zukunft. Als Vorreiter medizinischer Möglichkeiten von morgen setzt er

---

<sup>2</sup> GILLEN, Erny, Im Namen der Ethik ... Ein Stachel gegen die Selbstgenügsamkeit, in: KFH Focus, 5/1994 Sonderheft Pflegestudiengänge.

<sup>3</sup> S. etwa die Titel der neu entstandenen Institute für Ethik in der Medizin (Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen; Zentrum für Ethik und Recht in der Medizin, Freiburg i.Br.) oder die Titel der Zeitschriften (Ethik in der Medizin, Organ der Akademie für Ethik in der Medizin, Springer-Verlag).

<sup>4</sup> GILLEN, Erny: Wie Christen ethisch handeln und denken. Zur Debatte um die Autonomie der Sittlichkeit im Kontext katholischer Theologie; Würzburg 1989.

<sup>5</sup> POPPER, Karl, Logik der Forschung (Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften 4), Tübingen (5)1973; PEUKERT, Helmut, Wissenschaftstheorie, Handlungstheorie, Fundamentale Theologie. Analysen zu Ansatz und Status theologischer Theoriebildung, Düsseldorf 1976.

sein Vertrauen auf die Forschung und ist im gleichen Atemzug bereit, die Konsequenzen dieses Fortschritts am eigenen Leib zu tragen, seien sie nun positiv oder negativ. Wie jede Forschung ist gerade auch die medizinische auf solche mutigen Menschen angewiesen. Diese *haben* denn auch weniger Teil am Fortschritt, als daß sie diesen sozusagen mitgestalten und deswegen eher als *Teilnehmer* denn als Teilhaber einzuschätzen sind. Ohne ihren Einsatz an Vertrauen und Mut käme die Forschung am Menschen keinen Schritt voran.

Damit wird deutlich, daß es sich aus sozial-ethischer Perspektive bei der heutigen Fragestellung nicht um eine Frage der distributiven, sondern der kommutativen Gerechtigkeit handelt. Der Patient bringt sich und seine Krankheit in die Forschung ein und wird damit zum Subjekt der Forschung. Er wird zum Akteur. Nur wenn er bereit ist, diesen Einsatz zu leisten, kann er verhindern, zum Objekt der Forschung zu werden. Genau das versucht das Konzept vom "informed consent" sicherzustellen.

Auch wenn es unbestritten ist, daß die Grenzen zwischen Forschungswissen und sogenanntem Schulwissen nicht ganz scharf sind, so sei mir dennoch erlaubt, auf dem fundamentalen Unterschied zu bestehen. Die Grautöne beweisen lediglich die Existenz von Schwarz und Weiß und stellen keine neue Farbe dar. Das Faktum, daß die Medizin am Patienten angewandte Wissenschaft ist, besagt gerade nicht, daß die Anwendung mit ihren Inponderabilien im Einzelfall Forschung ist, wenn es sich um erprobte und in der Literatur bzw. in der Schule beschriebene Behandlungen handelt. In der allgemeinen Medizin werden anerkannte Thesen angewendet und gegebenenfalls falsifiziert. Wo dies zutrifft, muß die These als vorläufig widerlegt angesehen werden. Sie muß zurück in die Forschung. Dieser ist es vorbehalten, Hypothesen zu formulieren und zu verifizieren. Medizinische Forschung sollte aus Schutzgründen deshalb lediglich an eigens ausgezeichneten Instituten betrieben werden.

### 3. Aus ethischer Sicht

Der Standpunkt jeder Ethik ist die prinzipielle Gleichheit aller am Diskurs beteiligten Menschen bzw. aller Betroffener. Von diesem Standpunkt aus ergeben sich die Unparteilichkeit und die Universalisierbarkeit der im Namen der Ethik gemachten Überlegungen. Damit ist die Sichtweise der Ethik rasch, vielleicht allzu rasch umschrieben<sup>6</sup>. Der Wille bzw. die Absicht eines Handelnden sind aus dieser Perspektive nur ein Element ethischer Wahrheitsfindung. Neben der Güte bzw. der Schlechtigkeit der inneren Absicht gilt es, die Richtigkeit oder Falschheit der Handlung selbst in den Blick zu nehmen. Denn nur eine richtige Handlung, die aus guter Absicht vollzogen wurde, darf als ethisch verantwortlich qualifiziert werden. Da die Absichten der handelnden Personen unergründlich sind und von außen überhaupt nicht beurteilt werden können, hat sich die wissenschaftliche Ethik der letzten Jahrzehnte auf die normative Richtigkeit von Handlungen konzentriert.

Diese Sichtweise hat denn auch Konsequenzen für unsere Fragestellung: Der Wille des Patienten, an der Medizin-Forschung teilzunehmen, kann allein keinen Grund hergeben, dieser Absichtserklärung auch schon zu folgen. Wohl darf in keinem Fall ärztlicher oder wissenschaftlicher Intervention am Patienten gegen dessen Willen gehandelt werden; dieser ist umgekehrt jedoch nicht allein ausschlaggebend für die Ausführung einer ihm zugewandten Behandlung. M.a.W.: der Wille entscheidet nicht über die Richtigkeit, die Sachlichkeit oder die Adäquatheit einer Handlung.

Um möglichen Mißverständnissen entgegenzuwirken, wiederhole ich hier ebenfalls noch

---

<sup>6</sup> GILLEN, Erny, Ethische Komitee's im kirchlichen Krankenhaus, in: Krankendienst. Zeitschrift für kath. Krankenhäuser, Sozialstationen und Pflegeberufe, 69(1996)4, 109-119, bes. 109-114.

einmal, daß es zur ethisch verantwortlichen Handlung nicht reicht, daß wissenschaftliche Gründe für eine bestimmte Behandlung bzw. Hypothese sprechen. Dieser Ansatz - den man pejorativ gern als szientistisch abtut - würde den Patienten zum Objekt der Behandlung bzw. der Forschung machen.

Über die Richtigkeit eines am konkreten Patienten geplanten Forschungsprojektes entscheiden also nicht nur sinnvolle wissenschaftliche Hypothesen, sondern auch der aktuelle und der mittels des Tests erwartete Zustand des Patienten. Gegen den Willen aller Beteiligten darf keine Testreihe durchgeführt werden. In der einfachsten Annahme sind die Forscher und der Patient zum Test bereit. Ob er nun aber an diesem Patienten durchgeführt werden soll oder nicht, ist in einem Sinn-Gespräch zu klären. Da die Wirklichkeit medizinischer Forschung und die Vielfalt der Krankheitsbilder und -symptome derart verschieden sind und kaum noch jemand die Mühe der Kasuistik auf sich nimmt, sollten Kriterien genannt werden, die es in einer fallbezogenen Diskussion zu berücksichtigen gilt. Die Kriterien sind sozusagen die Anfangssätze für eine nachvollziehbare Argumentation. Erst das Zusammenspiel aller Kriterien ergibt im Sinne einer Konvergenzargumentation<sup>7</sup> die überzeugenden Gründe für das eine oder andere Handeln.

Insofern der Patient Antragsteller für die Teilnahme am Fortschritt der Medizin ist, gehört er als Teilnehmer mit in die Runde der Entscheidungsfindung. Das durch die Fragestellung gewählte Beispiel macht deutlich, daß in diesem Fall "institutional review boards" (Ethische Komitee's für die medizinische Forschung) von ihrer Zusammensetzung und von ihrem Gegenstand her überfordert sind; sie müßten eigentlich "klinischen Ethik-Komitee's" den Vorrang überlassen, da diese die Art der Therapie auf den konkreten Patienten hin bedenken, während die "institutional review boards" darauf angelegt sind, die Wissenschaftlichkeit der Forschung unter der Voraussetzung des "informed consent" des Patienten zu überprüfen<sup>8</sup>.

Dort, wo konkrete Normen fehlen und nicht einfach von allgemeinen Normen her abgeleitet werden können, soll wenigstens der Rahmen für eine konkrete Normfindung definiert werden. Dies kann von den Personen und Institutionen her etwa ein "klinisches Ethik-Komitee" sein; inhaltlich werden es die festgelegten Elemente einer Güterabwägung sein.

#### **4. Für eine gesellschaftspolitisch abgesicherte Güterabwägung**

Um der von den Betroffenen durchzuführenden Güterabwägung eine gewisse Plausibilität und Akzeptanz über den engen Kreis der direkt Interessierten hinaus zu gewährleisten, ist es ratsam, die Elemente der Abwägung durch die Gesellschaft absichern zu lassen. Dort, wo die Politik nicht in der Lage ist, die Rahmenbedingungen zu nennen, unter denen ein Patient - auf Kosten der Gesellschaft - auch am medizinischen Fortschritt teilnehmen darf,

---

<sup>7</sup> vgl. GRÜNDEL, Johannes, Normen im Wandel. Eine Orientierungshilfe für christliches Leben heute, München 1980, 155ff. Bei der Konvergenzargumentation geht es nach Gründel "um die Aufgabe, mit einer Mehrzahl von Argumenten für die Zustimmung und Gewißheitsbildung eine echte Hilfe zu liefern; dabei mögen die einzelnen Beweise für sich genommen nicht tragfähig sein; zusammengenommen jedoch - nicht nur als quantitative Summation, sondern im Rahmen einer echten Zusammenschau - sind sie für das erkennende Subjekt mehr als nur die Summe der einzelnen Teile oder Argumente. Sie können in konzentrierter Synthese zu einer vertieften ganzheitlichen Erkenntnis eines Sachverhaltes oder Wertes führen." Folgendes Bild wird zur Veranschaulichung des gemeinten Sachverhaltes gebraucht: "Ähnlich einem Kabel, das aus einer Anzahl einzelner Drähte besteht, von denen jeder für sich genommen schwach ist und keine Tragkraft besitzt, alle zusammen hingegen stark sind wie eine Eisenstange", geht es beim weltanschaulichen Beweis um eine Zusammenschau verschiedener Aspekte, die, erst zusammen vorgetragen, eine Zustimmung nahelegen.

<sup>8</sup> GILLEN, Erny, Ethische Komitee's im kirchlichen Krankenhaus, in: Krankendienst. Zeitschrift für kath. Krankenhäuser, Sozialstationen und Pflegeberufe, 69(1996)4, 109-119.

müssen diese von den entsprechenden Ethik-Komitee's selber festgelegt werden<sup>9</sup>, da nur so sichergestellt werden kann, daß fallbezogene Diskussionen und die sich aus diesen ergebenden Vorschläge untereinander nocheinmal eine innere Kohärenz haben.

Wie eine solche Güterabwägung konkret etwa aussehen könnte, hat die katholische Kirche in einem Dokument von 1980 beispielhaft gezeigt<sup>10</sup>. Ohne behaupten zu wollen, die Elemente dieser Abwägung seien die einzig relevanten oder seien gar konsensfähig in der heutigen Gesellschaft, greife ich auf sie zurück, weil sie das angesprochene Problem erkennen und in den Kontext einer Güterabwägung verlegen.

Die Ausgangsfrage im Dokument der römischen Glaubenskongregation lautet: "Muß man nun unter allen Umständen alle verfügbaren Mittel anwenden?" Die Antwort auf diese schwierige Frage folgt einem geschichtlichen Faden. So heißt es: "Bis vor kurzem antworteten die Moralthologen, die Anwendung "außerordentlicher" Mittel könne man keinesfalls verpflichtend vorschreiben. Diese Antwort, die als Grundsatz weiter gilt, erscheint heute vielleicht weniger einsichtig, sei es wegen der Unbestimmtheit des Ausdrucks oder wegen der schnellen Fortschritte in der Heilkunst. Daher ziehen es manche vor, von "verhältnismäßigen" und "unverhältnismäßigen" Mitteln zu sprechen."

An dieser Stelle wird sodann mit großer Offenheit einer Güterabwägung das Wort geredet. Es wird darauf hingewiesen, daß in schwierigen Situationen das Gewissen der Kranken, der Ärzte und der Familie gefordert ist. Die von der Glaubenskongregation dargelegte Güterabwägung lautet: "Auf jeden Fall kann eine richtige Abwägung der Mittel nur gelingen, wenn die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung mit den Resultaten verglichen werden, die man unter Berücksichtigung des Zustandes des Kranken sowie seiner körperlichen und seelischen Kräfte erwarten kann".

Mit dieser kompliziert klingenden Güterabwägung wird als Kriterium für die Entscheidung, ob therapeutisch eingegriffen werden soll oder nicht, ein nicht-medizinisches gewählt, nämlich ein Sinnfaktor: die für den Patienten zu erwartenden Resultate. Erst damit wird aus einer technischen Entscheidung eine ethische. Erst die Verhältnisbestimmung zwischen der technischen Intervention und ihrem Sinn für den Patienten bringt die Frage und deren Beantwortung ("Muß man nun unter allen Umständen alle verfügbaren Mittel anwenden?") auf die richtige Ebene, nämlich auf jene der Ethik, also dorthin, wo das Menschsein, das Menschbleiben oder -werden im Wandel ist und somit auf dem Spiel steht.

Daß die vorgelegte Abwägung auch auf die Situation der Teilnahme am medizinischen Fortschritt zutrifft, wird deutlich in der ersten von vier Klarstellungen, wo ein deutliches Ja zur "experimentellen Therapie" ausgesprochen wird: "Sind andere Heilmittel nicht verfügbar, darf man mit Zustimmung des Kranken Mittel anwenden, die der neueste medizinische Fortschritt zu Verfügung gestellt hat, auch wenn sie noch nicht genügend im Experiment erprobt und nicht ungefährlich sind. Der Kranke, der darauf eingeht, kann dadurch sogar ein Beispiel der Hochherzigkeit zum Wohl der Menschheit geben."

Diese grundsätzliche und positive Aussage zur Teilnahme kranker Menschen am medizinischen Fortschritt unterliegt kriteriologisch den genannten Bedingungen "die Art der Therapie, der Grad ihrer Schwierigkeiten und Gefahren, der benötigte Aufwand sowie die Möglichkeiten ihrer Anwendung". Bevor die Güterabwägung aber überhaupt erst zulässig wird, muß feststehen, daß im Sinne der ultima ratio "andere Heilmittel nicht verfügbar" sind.

Damit wäre ein Modell konstruiert, in dem Einzelfälle sinnvoll, nachvollziehbar und vergleichbar behandelt und entschieden werden könnten.

---

<sup>9</sup> ders., Ethik und Ökonomie im christlichen Krankenhaus, in: Krankendienst. Zeitschrift für kath. Krankenhäuser, Sozialstationen und Pflegeberufe, 69(1996)11, 361-369.

<sup>10</sup> Vgl. GILLEN, Erny, Der Verzicht auf Diagnose und Therapie, Bestandteil einer guten und humanen Medizin?, hrsg. vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands, Juli 1992.

## 5. Zur Entscheidungsmacht der direkt Betroffenen

Zum Schluß möchte ich noch kurz ein Problem anschnitten, das mit dem Treffen der Entscheidung im konkreten Fall zu tun hat. Entscheiden sollen die Menschen, die durch das Eintreten oder Nicht-Eintreten der Konsequenzen einer Entscheidung in ihrer Identität und Zukunft betroffen sind. In der vorgelegten Fragestellung sehe ich drei direkt Betroffene: den Forscher, den Patienten und die Gesellschaft. Es kann also keine einseitige Entscheidung getroffen werden, da diese notwendigerweise über den Kopf der anderen hinweggefällt würde. Während der Forscher und der Patient ihre Meinung noch relativ leicht ins gemeinsame Gespräch bringen können, ist dies für die Gesellschaft viel schwieriger. Sie muß sich - wie in unseren Demokratien üblich - vertreten lassen. Diese Vertretung könnte ein pluralistisches und multidisziplinäres Ethik-Komitee<sup>11</sup> (nicht mit den in Deutschland bestehenden Ethik-Kommissionen zu verwechseln) übernehmen, insofern es idealtypischerweise hierzu von der Gesellschaft - das heißt durch ein vom Parlament votiertes Gesetz - mandatiert wird.

Solche Ethik-Komitee's könnten gerade in einem wirtschaftlich schwer hypothekierten Gesundheitswesen vorzeitig dazu beitragen, ethische Gesprächsforen zu bilden, in denen die Ökonomen ihre Interessen genauso einbringen könnten wie die Patienten, die Ärzte, die Pflegenden, die Juristen, usw.. Der Vorteil dieses Szenarios liegt auf der Hand: es würde ein Ort des Diskurses geschaffen, der unter ethischen Rücksichten moderiert würde, und eben nicht unter wirtschaftlichen<sup>12</sup>. Die Ethik als pluralistische und pluridisziplinäre Sorge um das Wohl aller Bürger würde einen Rahmen für ein derartiges Gespräch setzen, in dem die Wirtschaft und die Wirtschaftlichkeit Mitspracherecht hätte. Das Szenario von Ethik-Komitee's würde auf jeden Fall mithelfen zu vermeiden, daß die Ökonomie allein den Rahmen für die Medizin und Forschung abstecken würde. Aus ethischer Sicht ist das Geld ein Mittel und kein Maß. Dieses muß genauso wie die Möglichkeiten der Medizin und ihrer Forschung unter ethischer Rücksicht untersucht und beurteilt werden. Aus dieser Perspektive müßte der Titel, der über unserer heutigen Veranstaltung steht, nämlich "sinnvolle Rationierung medizinischer Leistungen" wohl besser umformuliert werden und könnte etwa lauten: "sinnvolle medizinische Leistungen für alle kranken Mitmenschen".

Das - auch nur versuchsweise - eingesetzte Ethik-Komitee sollte dazu beitragen, dem Sinn-Faktor institutionell im realistischen Gespräch um mögliche Therapien Platz zu gewähren. Die schwierigen Entscheidungen über den Verzicht auf unrealistische Therapien - seien sie nun experimenteller oder alltäglicher Natur - sollten aus der Einsamkeit der Gewissen von Patienten und Ärzten genommen werden. Dabei ist darauf zu achten, daß die hier gemeinten klinischen Ethik-Komitee's auf keinen Fall eine Entscheidungsmacht haben, sondern lediglich durch ihr Votum zu einer breitmöglichst reflektierten und plausiblen Entscheidungsfindung beitragen wollen. Dabei wird ihre Überzeugungskraft so gut sein wie die im und vom Komitee vorgebrachten Argumente.

Die durch das Votum eines Ethik-Komitee's erhellte Entscheidung wird gemeinsam beim Forscher und beim Patienten liegen. Nur, wenn beide sich gemeinsam einig sind, daß der noch nicht zum Schulwissen avancierte medizinische Fortschritt im konkreten kranken Patienten Resultate erzielen kann, die zu seiner persönlichen Heilung beitragen oder a contrario zur Falsifikation der aufgestellten Hypothese, und das Risiko verglichen mit den zu erwartenden Ergebnissen nicht unverhältnismäßig ist, ist eine verantwortliche ethische Grundlage für das "Experiment am Menschen" geschaffen.

---

<sup>11</sup> vgl. etwa KKVD etc

<sup>12</sup> GILLEN, Erny, Ethik und Ökonomie im christlichen Krankenhaus, in: Krankendienst. Zeitschrift für kath. Krankenhäuser, Sozialstationen und Pflegeberufe, 69(1996)11, 361-369.

## 6. Schlußbemerkung

Es versteht sich von selbst, daß der hier zur Diskussion vorgelegte Ansatz sich nicht nur im Rahmen des Anspruchs des Patienten auf Teilnahme am medizinischen Fortschritt verwirklichen läßt, sondern in allen klinischen Situationen, in denen Entscheidungen getroffen werden (müssen), die die Medizin als Fachwissen allein übersteigen.

In der Hoffnung, daß unser nun anstehendes Gespräch das mögliche Geschehen im Ethik-Komitee simuliert, indem es nämlich Argumente und Gegenargumente respektvoll hört, versteht und abwägt, übergebe ich Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren, meinen Beitrag zur Diskussion und danke Ihnen für ihre Aufmerksamkeit!

Erny Gillen

5/1997