

---

# Zur Problematik der fremdnützigen Forschung aus ethischer Sicht

Walter Schweidler

In der Problematik der fremdnützigen Forschung zeigt sich besonders deutlich die Differenz zwischen medizinischer Kompetenz und ärztlicher Kunst. Die Medizin ist ja eine praktische oder professionelle Wissenschaft, die ihren Gegenstands- und Methodenbereich nicht durch ein vorgegebenes Daten- oder Faktenfeld, sondern durch die Erfordernisse des Berufs findet, dem sie zugeordnet ist. Die Medizin ist also weder eine rein theoretische noch eine technische Wissenschaft und somit die medizinische Forschung nicht ein separater naturwissenschaftlicher Komplex, der in der ärztlichen Kunst seine Anwendung fände, sondern sie ist der theoretische Teil des sie umfassenden Systems ärztlichen Handelns, von dem her sie nicht nur ihre Definition, sondern auch ihre Legitimation erfährt. Damit ist klar, dass der Arzt nicht durch seine Kapazität definiert ist, den medizinischen Fortschritt in ein praktisches Angebot an den auf ihn angewiesenen Patienten zu übersetzen, sondern zunächst und übergreifend durch seine Verantwortung für die Beurteilung dieses Fortschritts im Licht der für den Arztberuf definitorischen ethischen Kompetenz der Überwindung der Krankheit des ihm anvertrauten Menschen.

Diese Ausgangsfeststellung schränkt die Bedeutung der medizinischen Forschung für das ärztliche Handeln nicht nur ein, sondern fundiert auch ihre Unverzichtbarkeit. Denn die Verantwortung des ärztlichen Berufes verlangt

ihre Durchführung und beständige Weiterentwicklung. Klinische Forschung ist, wie Ludwig Siep sagt, heute „die kontrollierte Form der Therapieverbesserung“<sup>1</sup>, und wo diese Forschung nicht möglich ist, gibt es praktisch keine Therapieverbesserung mehr und fehlt eine entscheidende Basis für den Wirkungsnachweis von Medikamenten. Sie ist somit integraler Bestandteil des ärztlichen Handelns und als solcher von dessen ethischer Qualität als paradigmatisch gutem Handeln getragen.

Die Problematik der fremdnützigen Forschung ergibt sich wiederum aus der irreduziblen Bedeutung, die für die ethische Beurteilung des Handelns des Arztes dessen Beziehung zum Patienten hat. Medizin ist nicht Weltverbesserung, sondern Hilfe für konkrete Menschen, deren Beziehung zum Arzt normalerweise durch einen freien und autonomen Entschluss begründet wird. Daher findet die medizinische Forschung an der mangelnden Fähigkeit des Individuums, über die Durchführung der zu ihr notwendigen Maßnahmen selbst zu entscheiden, eine Grenze. Andererseits kann man das Prinzip der Autonomie als Grundlage der medizinischen Handlung im Allgemeinen ja nicht verabsolutieren; es gehört zur innersten Eigenart des ärztlichen Auftrags, dass er auch gerade dann ausgeübt werden muss, wenn durch seine Erfüllung der behandelte Mensch erst wieder in den durch Erkrankung oder Unfall verloren gegangenen Zustand autonomer Entscheidungsfähigkeit zurückversetzt wird, aufgrund dessen er dann unter Umständen erst im Nachhinein den dazu nötigen Maßnahmen zuzustimmen vermag. Die Frage ist daher, ob es unter dem Aspekt der Legitimation, ja der Obligation des Arztes in Bezug auf nicht unmittelbar durch die autonome Zustimmung des Patienten gedecktes Handeln auch eine ethische Grundlage für ärztliches Handeln gibt, das überhaupt nicht dem ihm unterworfenen Patienten, sondern anderen Personen nützt, denen er verantwortlich ist, und zu dem keine

autonome Zustimmung erteilt worden ist oder werden kann.

Der Ansatz der ethischen Rechtfertigung dafür kann im Wesentlichen in zwei Richtungen gesucht werden, der utilitaristischen und der deontologischen. Für die utilitaristische ist es charakteristisch, dass der Nutzen, der von dem Eingriff am nicht einwilligungsfähigen Patienten zu gewinnen ist, gegen die Risiken, denen der Patient dadurch ausgesetzt wird, *abgewogen* wird. Wenn der Nutzen des Forschungshandelns in hohem Maße jede Belastung überwiegt, die dem Patienten durch es zugemutet wird, wäre demnach eine Basis für seine ethische Legitimation gegeben. Diese Position hat bestimmte intuitive Plausibilitäten für sich, wenn man an Handlungsweisen denkt, in denen etwa der Arzt im Zuge der Behandlung eines Patienten diesem Blut entnimmt, das er für die Forschung verwendet, die dem Patienten selbst nicht nützt. Der deontologische Kardinal einwand gegen fremdnütziges Forschungshandeln, das Instrumentalisierungsverbot,<sup>2</sup> scheint hier nicht zu greifen bzw. auf einen gesinnungsethischen Rigorismus hinauszulaufen, der ihm seine Plausibilität zu nehmen droht.

Dennoch ist die utilitaristische Art der Rechtfertigung fremdnützigen Forschungshandelns im Kern inakzeptabel, wie sich nicht zuletzt im Scheitern der Versuche gezeigt hat, eine ausreichende Zahl von Staaten zur Unterzeichnung der Biomedizin-Konvention des Europarats zu bewegen, in der sich eine essentiell dem Abwägungsprinzip gehorchende Rechtfertigung für fremdnützige Forschung findet.<sup>3</sup> Der Grund ist gerade der, dass die utilitaristische Beurteilung nicht am Abwägungsprinzip, sondern an ihrer Unfähigkeit, die Eigenart des ärztlichen Handelns adäquat zu rekonstruieren, ihre große Schwäche hat. Ärztliches Handeln ist nicht Weltverbesserung, nicht Optimierung des weltweit vorhandenen Nutzens im Verhältnis zu den ihm gegenüberstehenden Risiken und Belastungen, son-

dern es ist Hilfe einer konkreten, durch ihren Status dafür verantwortlichen Person für eine andere, durch ihren Zustand auf diese Hilfe angewiesene Person. Die Zurückweisung des Utilitarismus ist überhaupt nicht anders zu begreifen als von dieser elementaren Bedeutung des Aspekts der Handlung bzw. genauer des Handlungstypus<sup>4</sup> für die jeder Beurteilung als notwendige Bedingung vorausgehende ethische Betrachtungsweise, ohne die das zu beurteilende Handeln gar nicht bestimmbar ist. Vor der Frage, ob der Arzt durch ein bestimmtes Handeln den Nutzen hilfsbedürftiger Menschen mehrt, ist die Frage zu beantworten, ob er die dazu nötigen Mittel durch eine Handlung gewinnt, zu der er als Arzt im Verhältnis zu dem von ihr betroffenen Patienten berechtigt ist. Wenn diese notwendige Bedingung verletzt ist, kommt eine weitere Nutzenabwägung als Legitimationsbasis seines Tuns gar nicht in Frage. Darum bleibt der Menschenversuch als Handlungstypus prinzipiell verboten, ungeachtet jeder Frage nach dem Risiko oder der Belastung, denen der Betroffene durch ihn ausgesetzt wird.

Wir haben hier einen klassischen Fall deontologischer Orientierung unseres Handelns vor uns, wie sie unsere Rechtsordnungen auf der ganzen Welt und auf allen Ebenen – jedenfalls vom Anspruch her und, wenn man so will, idealiter – durchzieht. Das deontologische Grundprinzip ist das der strikten *Disjunktion zwischen Person und Sache*: Ein Mensch darf nicht wie eine Sache behandelt werden, durch deren Manipulation eine Wirkung ausgelöst wird, die überhaupt keinen Handlungsaspekt mehr hat, sondern dem Wesen des menschlichen Handelns als freiem Tun widerspricht. Nur von dieser Grundorientierung her ist ja verständlich, warum die *Folter* in unseren Rechtsordnungen kategorisch verboten ist; der Menschenversuch steht mit ihr in dieser Hinsicht auf einer Ebene. Es ist insbesondere wichtig zu sehen, welche Bedeutung die Disjunktion zwi-

schen Person und Sache für den genauen Sinn des Nicht-instrumentalisierungsgebots hat: Letztentscheidend ist dafür nicht, dass ein Mensch für einen anderen ausgenutzt, also eigentlich nur im metaphorischen Sinne „instrumentalisiert“ wird; sondern dass er selbst, seine Person in dem viel wörtlicheren Sinne instrumentalisiert wird, dass er zum Instrument, das heißt zur Sache gemacht wird!

Allerdings ist auch das Prinzip der Nichtinstrumentalisierung nicht das letzte Wort, das für die Beurteilung fremdnütziger Forschung den Ausschlag gäbe, und zwar ebenfalls deshalb, weil es kein unmittelbarer Schlüssel zur Rekonstruktion des Handlungstypus ist. Dem an sich guten Handlungstypus „Heilung“ bzw. „Krankheitsbehandlung“ steht nicht so etwas wie der schlechte Typus „Instrumentalisierung des Patienten“ gegenüber. Das Instrumentalisierungsverbot ist ein Prinzip der Handlungsbeurteilung, nicht der Handlungsbeschreibung, und mit dieser Differenz ist eine gewisse offene Flanke der deontologischen Ethik in ihrer rigoristischen, insbesondere kantischen Variante bezeichnet. Der kategorische Imperativ muss, um rational operationalisierbar zu sein, immer schon eine bestimmte Beschreibungsbasis der unter seiner Voraussetzung beurteilten Handlung voraussetzen.<sup>5</sup> Dies gilt auch für das ihm unmittelbar zu entnehmende Instrumentalisierungsverbot: Handeln hat aufgrund des Typus, dem es unterfällt, eine objektive Bedeutung, die unter Umständen seine Beurteilung gemäß dem Prinzip der Nichtinstrumentalisierung obsolet werden lässt, weil sie ihm vorgelagert ist. Ebendies ist bei dem genannten Fall der Blutentnahme zu bedenken: Der Patient, dem im Kontext einer ethisch legitimen Behandlung Blut entnommen wird, wird dadurch nicht zur Sache gemacht, sondern man kann die Verwendung des ihm entnommenen Blutes als *Teil eines anderen, wiederum in einen heilungsrelevanten Kontext integrierten Handlungskomplexes* begreifen, der sich

mit dem ersteren faktisch überlappt, ohne in diesem Überlappungsbereich eine eigene neue Handlungsqualität zu konstituieren, von der aus eine Verletzung des Instrumentalisierungsverbots konstatiert werden müsste.

Wir können ausgehend von den beiden paradigmatischen Fällen des Menschenversuchs einerseits und einer solchen Überlappung zweier Heilshandlungen andererseits nun versuchen, sowohl die Eigenart des Instrumentalisierungsverbots als auch die eigentliche Abwägungsproblematik zu bezeichnen, die der ethischen Beurteilung fremdnütziger Forschung innewohnt. Das Instrumentalisierungsverbot stellt sich als Prinzip nicht der Handlungsbeurteilung, sondern, wie der kategorische Imperativ selbst, der Beurteilung des *Handlungstypus* dar. Das heißt, es ist die Grundlage der Frage, ob wir einen faktisch gegebenen Komplex ärztlichen Handelns so gliedern müssen, dass ein ihm innewohnender eigener Komplex zu separieren ist, der sich als schlechte, den Patienten zur Sache herabwürdigende Handlungsweise darstellt. Die Frage ist nun, was dies konkret für das Spektrum der so zu beurteilenden Fälle bedeutet.

In unserem Kontext muss ich mich auf den einen leitenden Gesichtspunkt beschränken, den für diese Prüfung das Prinzip der Autonomie des Patienten bietet. Dass dieses Prinzip von konkretisierender Bedeutung für die Rekonstruktion von Handlungstypen ist, zeigt sich daran, dass eine Handlung, die mit Einverständnis des Behandelten geschieht, etwas qualitativ Anderes darstellen kann als der Menschenversuch, bei dem dieses Einverständnis nicht vorliegt. Das problematische Feld der „fremdnützigen Forschung“ ist aber jedenfalls dasjenige, auf dem dieses Einverständnis aktuell nicht vorliegt. Dafür kommt es nun auf das Verhältnis zwischen Instrumentalisierungsverbot und Autonomieprinzip wesentlich an.

Die ausschlaggebende Frage ist, in welchem Sinne Autonomie aus dem, was ohne sie Instrumentalisierung ist,

eine Handlung anderer Qualität macht. Die für die ethische Einschätzung der Problematik fragliche Antwort lautet: Weil die Intention des Behandelten diese andere Qualität herbeiführt. Geht man davon aus, dann stellt sich die weitere Frage, ob diese Intention hypothetisch rekonstruiert werden kann, wo sie aktuell nicht erkennbar war. Die radikale Antwort auf diese weitere Frage kann man das Prinzip der Sozialpersonalität des Menschen nennen;<sup>6</sup> es liefe darauf hinaus, dass man als Mensch aufgrund seiner Sozialpersonalität verpflichtet wäre, den Mitmenschen bis zur Aufhebung der Integrität des eigenen Leibes solidarisch zur Verfügung zu sein. Gegen dieses Prinzip spricht der elementare Einwand, dass die so dem Menschen normativ zu unterstellende Verpflichtung gegenüber seinem sozialen Bedingungsgefüge auch dem Einwilligungsfähigen vorgegeben sein müsste.

Die abgeschwächte Form des Prinzips der Sozialpersonalität des Menschen läuft darauf hinaus, das soziale Umfeld des Behandelten nicht als Seins-, aber als Erkenntnisbasis seiner Einwilligung in die fremdnützige Forschung zu begreifen.<sup>7</sup> Demnach könnte man davon ausgehen, dass das Urteil der dem Patienten nahe stehenden Menschen die Vermutung begründen kann, dass er möglicherweise in seine Instrumentalisierung eingewilligt hätte. Diese Annahme ist dem Einwand der Nichtgültigkeit für Einwilligungsfähige nicht ausgesetzt. Aber sie hat eine fragwürdige Voraussetzung, die sich aus unserem immer betonten Prinzip der Handlung als Grundeinheit ethischer Beurteilung ergibt.

Man wird der Bedeutung der autonomen Einwilligung des Behandelten für die ethische Beurteilung der ärztlichen Handlung nicht gerecht, wenn man sie nur auf der Ebene der Intention ansiedelt. Eine schlechte Handlung wird durch den noch so guten Willen der Beteiligten nicht gut. Es muss vielmehr eine Wesensdifferenz auf der Ebene des

Handlungsobjekts vorliegen, das heißt, die Einwilligung eines Beteiligten muss von solcher Bedeutung sein, dass die auf ihrer Basis erfolgende Handlung etwas anderes ist, als wenn eine solche Einwilligung nicht vorliegt. (Man kann als Parallele an den freilich extremen Fall der Vergewaltigung im Unterschied zum ehelichen Beischlaf denken.) In diesem Sinne ist es durchaus denkbar, dass ein Mensch sich aufgrund autonomer Entscheidung für fremdnützige Forschung zur Verfügung stellt. Das heißt, wenn ein Patient vor seiner Behandlung, etwa auch vor dem Eintritt von Demenz oder eines Not- oder Unfalls, in fremdnützige Forschung einwilligt, die im Kontext seiner Behandlung erfolgen darf, dann wird (unter freilich immer noch näher und genauer zu bestimmenden Umständen) aus der dann im gegebenen Fall ausgeführten Aktion des Arztes eine Handlung anderer Art. Welcher Art ist diese? Bei genauer Betrachtung stellt sie sich als *Hilfshandlung dessen dar, der die Einwilligung gibt*. Nur in diesem Sinne ist das Autonomieprinzip konkret mit dem Instrumentalisierungsverbot zu verbinden. Beide müssen als zusammenwirkend zu einer Neubestimmung eines Handlungstypus, nicht nur einer Intention des Handelnden rekonstruiert werden.

Gerade dann aber kann die noch so akribisch sozial ermittelte oder sogar nur unterstellte Vermutung, dass er diese Einwilligung in einem gegebenen Fall erteilt *hätte*, keine entsprechende Bedeutung haben. Eine Vermutung anzustellen, die das ärztliche Handeln für im Einklang mit dem Willen des Patienten stehend erklärt, ist den Angehörigen möglich; aber für den Patienten handeln können sie nicht. Daher kann der mutmaßliche Wille eines Patienten nicht genügen, um aus seiner Instrumentalisierung für fremdnützige Forschung eine andere, ethisch erlaubte Handlung zu machen.



### Anmerkungen

<sup>1</sup> *Siep, Ludwig*: Ethische Aspekte der Forschung mit nicht-einwilligungsfähigen Personen. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Band I, Berlin 1996, 115–125, 116.

<sup>2</sup> Zu dessen globaler Bedeutung vgl. meinen Aufsatz: Global Bioethics Initiatives – From a European Perspective. In: Majeed, Abu Bakar Abdul (ed.): Bioethics. Ethics in the Biotechnology Century, IKIM Kuala Lumpur 2002, 17–46.; insbes. 30 f.

<sup>3</sup> Vgl. *Siep*, a. a. O., 120 ff.

<sup>4</sup> In der ethischen Terminologie von Thomas von Aquin her müsste man exakt vom „Handlungsobjekt“ sprechen; vgl. dazu *Schockenhoff, Eberhard*: Das Gewissen: Quelle sittlicher Urteilskraft und personaler Verantwortung, Köln 2000.

<sup>5</sup> Vgl. dazu *Schweidler, Walter*: Philosophische Ethik 2: Handlungsfelder, Theologie im Fernkurs IV/2, 2. Aufl. Würzburg 1999, 14 f.

<sup>6</sup> Zu dieser Bezeichnung vgl. *Honnefelder, Ludger*: Vortrag „Bioethik im Streit“ bei der Deutschen Forschungsgesellschaft am 11. September 1996 in Bonn.

<sup>7</sup> Vgl. *Fischer, Johannes*: Fremdnützige Forschung und Sterbehilfe bei nichteinwilligungsfähigen Personen. Zur ethischen Fragwürdigkeit zweier Tabus, in: Zeitschrift für evangelische Ethik 43 (1999), 98–122.