

Tagungsprogramm

Donnerstag, 2.9.2010

15.30 – 17.30 Uhr

Mitgliederversammlung der AEM

18.00 – 20.00 Uhr

Eröffnungsveranstaltung

Medicine, Ethics and Globalization

Farhat Moazam, Karachi, Pakistan

Anschließend Stehempfang

Freitag, 3.9.2010

09.00 – 09.20 Uhr

Eröffnung und Grußworte

Claudia Wiesemann, Präsidentin AEM

Daniel Wyler, Univ. Zürich, Prorektor

Medizin und Naturwissenschaften

09.20 – 09.30 Uhr

Einführung in das Tagungsthema

Nikola Biller-Andorno, Tagungsleiterin

09.30 – 12.00 Uhr

Plenarsitzung 1: Menschenrechte, Menschenwürde, Autonomie: Bezugspunkte einer universalen Medizinethik?

Moderation: Ralf Stoecker, Potsdam

09.30 – 10.30 Uhr

Roundtable

Kurt Seelmann, Basel

Claudia Wiesemann, Göttingen

Peter Schaber, Zürich

Ilhan Ilkilic, Mainz

10.30 – 11.00 Uhr

Kaffeepause

11.00 – 12.00 Uhr

Plenardiskussion

12.00 – 13.30 Uhr

Mittagessen

13.30 – 15.30 Uhr

Freie Vorträge in Parallelen Sektionen

S1: Globale Bioethik – Grundlagen

Jan-Christoph Heilinger: *Moral Cosmopolitanism – Bausteine einer globalen Ethik*

Sylvia Agbih: *Erzählung als transkulturelles Element einer universalen Ethik*

Mareike Kehl: *Medizinethische Konzeptionen im Kontext internationaler humanitärer Hilfseinsätze*

Markus Rothaar: *„Weltanschauliche Neutralität“? – zur teilweisen Rettung eines Arguments*

S2: Globale Bioethik – Themen

Merle Michaelsen, Claudia Wiesemann:

Der Weg ist das Ziel? Eine ethische Analyse der Bedeutung des Metaphernsystems

„Medizintourismus“

Julia Inthorn: *Gesundheit unter den Bedingungen von Migration*

Dagmar Schmitz, Ineke Bolt: *Terminating pregnancy after prenatal diagnosis – lessons from a comparison of Dutch and German practices*

Sabine Müller: *Neuroimaging-Lügendetektoren – eine Herausforderung für Ethik und Recht in der globalisierten Welt*

S3: Globale Bioethik – Praxisbeispiele

Olivier Fricker, Ruth Baumann-Hölzle:

Ethische Dilemmasituationen auf der Notfallstation

Diana Meier-Allmendinger, Jürg Streuli: *Das Ethische Gespräch in der Psychiatrie als Beispiel eines möglichen Umgangs mit Patienten aus anderen Kulturen*

Tim Peters et al.: *Interkulturalität am Krankenbett im Medizinstudium: Zwei Seminarkonzepte zum Umgang mit Patienten aus anderen Kulturkreisen*

Kurt Schmidt: *Von „Raumschiff Enterprise“ zu „Grey’s Anatomy“ – wie uns die (Un)möglichkeit einer globalen Bioethik im Film vorgelebt wird*

15.30 – 16.00 Uhr

Kaffeepause

16.00 – 18.00 Uhr

Plenarsitzung 2: Medizinethik und Globalisierung: Fragestellungen aus der Praxis

16.00 – 17.00 Uhr

Klinische Ethik: Rekonstruktion des Hymens

Jutta Pliefke, Berlin

Meryam Schouler-Ocak, Berlin

Moderation: Verina Wild, Zürich

17.00 – 18.00 Uhr

Forschungsethik: Community Consent

Jan-Henrik Terwey, Amgen

Minou Friele, Düsseldorf

Moderation: Walter Bruchhausen, Bonn

19.00 Uhr

Gemeinsames Abendessen

Samstag, 4.9.2010

09.00 – 10.30 Uhr

**Freie Vorträge in Parallelen Sektionen
S4: Klinische Ethikberatung**

Ralf J. Jox: *Kultursensitive Ethikberatung*

Gerald Neitzke: *Transkulturelle Konflikte in der Klinischen Ethikberatung: Herausforderungen und Lösungsansätze*

Tatjana Grützmann: *Kernkompetenzen Klinischer Ethikberater für die Handhabung interkultureller ethischer Konflikte*

S5: Gerechtigkeit

Lukas Kaelin: *Plurivoke Gerechtigkeit. Ein interkultureller Vergleich des „Prinzips“ der Gerechtigkeit in der Medizinethik*

Linda Pollmeier: *Über Gartenzaun-Intuitionen und globale Hilfsverpflichtungen*

Max Baumann et al.: *Vergleich der normativen Basis der Methodik für Kosten-Wirksamkeits-Analysen von NICE in England, IQWiG in Deutschland und des Medical Board in der Schweiz*

S6: Medizinische Forschung

Hans-Jörg Ehni: *Ein utilitaristischer Ansatz für medizinische Forschung in Ent-*

wicklungsländern? Ausbeutung nach Wertheimer und fairer Nutzen nach Emanuel et al.

Christian Lenk: *Diversität der nationalen Regulierung von Forschung in der EU – das Beispiel der genetischen Forschung an menschlichem Gewebe*

Daniel Strech, Neema Sofaer: *Besteht eine Verpflichtung, Studienteilnehmern nach Studienende den Zugang zum Studienmedikament sicher zu stellen? Eine systematische Übersicht zu Pro- und Contra Argumenten*

10.30 – 11.00 Uhr

Kaffeepause

11.00 – 12.30 Uhr

Plenarsitzung 3: Gesundheit und globale Märkte – der Handel mit menschlichen Geweben

Moderation: Sigrid Graumann, Oldenburg

Roundtable

Luc Noel, Genf

Martina Keller, Hamburg

Jochen Taupitz, Mannheim

12.30 – 12.45 Uhr

Rückblick, Verabschiedung

Freie Vorträge

Abstracts

S1.1 Moral Cosmopolitanism – Bausteine einer globalen Ethik

J.-C. Heilinger

*Berlin-Brandenburgische Akademie
der Wissenschaften, Berlin*

In der Debatte über globale Gerechtigkeit und universelle Moral wird gegenwärtig der Ansatz eines „moral cosmopolitanism“ verstärkt diskutiert (Appiah 2007, Benhabib 2008, Nussbaum 2006, Sen 2007). Dieser kann auch für die Herausbildung einer transkulturellen Bioethik oder für medizinethische Probleme mit internationaler Tragweite von Bedeutung sein. Unter „moral cosmopolitanism“ versteht man die – ursprünglich kynische und stoische – Ansicht, dass alle Menschen „Bürger einer Welt“ sind, deren Handlungen wechselseitig füreinander von Belang sind und die als Individuen gleichermaßen die „ultimate units of concern“ darstellen (Pogge 1992). Die Aufgabe eines gegenwärtigen „moral cosmopolitanism“ besteht darin, moralische Regeln für das gute Zusammenleben von unterschiedlichen Individuen in unserer globalisierten Welt zu begründen. Doch der Begriff „cosmopolitanism“ ist unscharf und bedarf begrifflicher Klärungen, um sinnvoll in praktische Kontexte eingeführt zu werden. In meinem theoretisch ausgerichteten Vortrag möchte ich eine pragmatistische (LaFollette 2000) Annäherung an den Cosmopolitanism versuchen, um nach den Stärken und Schwächen dieser Idee für eine Anwendung zu suchen.

S1.2 Erzählung als transkulturelles Element einer universalen Ethik

S. Agbih

FernUni-Hagen, Waldkirch

Der Beitrag beschäftigt sich auf theoretischer Ebene mit den ethischen Fragen des Umganges mit Patientinnen aus anderen Kulturkreisen, möchte gleichwohl auch

den Bezug zu Konzepten kultursensitiver Pflege (Domening, Uzarewicz) und Beispielen aus der Praxis herstellen. Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit *Erzählung* die Möglichkeit universaler Ethik mitbegründen kann. *Erzählung* wird dargestellt als wichtiges Element von Ethik überhaupt, da durch sie Empathie, im Sinne von Perspektivwechsel, ermöglicht wird, was gerade auch für interkulturelle Kontexte ausschlaggebend ist. Zudem transzendiert *Erzählung an sich* kulturelle Unterschiede: Menschen erzählen überall. Ausgangsbasis ist die *philosophische Anthropologie* als die Disziplin, die sich auf die Frage „Was ist der Mensch?“ gerade mit den kulturübergreifenden Bedingungen des Menschseins beschäftigt, wohingegen andere Disziplinen, die Anthropologie betreiben, sich gerade mit den kulturellen, sozialen, geschichtlichen etc. Unterschieden beschäftigen. Die Anthropologie selber steht quasi zwischen Universalismus und Partikularismus und schon hier bahnt sich die Frage nach der Möglichkeit universaler Ethik an. Besonderes Augenmerk gilt, bezogen auf das Thema, der Sprachlichkeit sowie der Geschichtlichkeit – dem Menschen als Erzähler – die als universale Eigenschaften von Menschen gesehen werden.

Selbst innerhalb eines Kulturkreises hilft uns die Erzählung, uns in die Situation des anderen hineinzusetzen. Dieser Perspektivwechsel ist für schwierige ethische Entscheidungen unerlässlich. Vieldiskutiertes Beispiel in der Pflege- und Medizinethik ist die Findung des mutmaßlichen Willens bei Patienten, die sich selber nicht mehr äußern können. Hier suchen wir nach Anhaltspunkten dafür, was der betroffene Mensch selber will. Diese Anhaltspunkte erschließen sich uns vor allem durch seine Biographie, seiner Geschichte, denn sie erzählt uns von seinem Weltbild, bisherigen Entscheidungen, Präferenzen usw. In der Medizin und Pflege erheben wir bei der Neuaufnahme von Patientinnen selbstverständlich biographische Daten. In schwierigen Situationen fragen wir genauer nach. In der Lebensgeschichte eines Menschen

erspüren wir seine Identität, und diese ist stets kulturell geprägt. Hierzu gibt es sowohl wichtige philosophische (Seel, Hacker, Jaspers) als auch (sozial)psychologische (Hildenbrand, Blankenburg, Keupp) Aspekte zu nennen und zu bedenken. Immer finden sich aber auch kulturübergreifende menschliche Erfahrungen, an die wir anknüpfen können. Besonders deutlich sticht gerade in Krankengeschichten ein Element hervor: unsere Begrenztheit und Bedürftigkeit. Wir gehen kulturell unterschiedlich geprägt auch recht unterschiedlich damit um, sind aber als Menschen alle vor die gleiche Forderung gestellt „...wie wir, jeder für sich selbst und miteinander, dieses reiche und schwere Leben bestehen können.“ (Kamlah). Allein bewältigt es keiner, und wir tauschen uns immer wieder über die Möglichkeiten aus, unser Leben zu gestalten und Schwierigkeiten zu überwinden – in Erzählungen. Der Umgang mit Patienten aus anderen Kulturkreisen erscheint so nicht grundsätzlich verschieden von dem mit Patienten aus dem uns vertrauten Kulturkreis. Jeweils überbrücken wir Fremdheit – die es auch innerhalb der eigenen Kultur gibt! - durch Erzählung, Perspektivwechsel und Einfühlung. Oder gibt es doch noch eine andere, weitere Ebene in interkulturellen Begegnungen?

S1.3 Medizinethische Konzeptionen im Kontext internationaler humanitärer Hilfseinsätze

M. Kehl

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Aachen

Die medizinische Versorgung ist ein zentraler Teil humanitärer Hilfe in internationalen Krisen- oder Katastrophengebieten. Mit der Globalisierung sind die gesundheitlichen Auswirkungen und Ursachen von Kriegen, (Umwelt-) Katastrophen und Menschenrechtsverletzungen mehr in eine mediale Präsenz gerückt. Für Ärzte und Medizinstudierende, die im Rahmen humanitärer Hilfseinsätze im Ausland tätig werden wollen, bedeutet dies eine Informa-

tionsquelle, die vielen vorab ausreichend erscheint. Die staatlichen Organisationen und (internationalen) NGOs bieten zum Teil individuelle Vorbereitungsprogramme an, die jedoch medizinethische Aspekte zum Teil wenig berücksichtigen.

Zudem werden internationale medizinethische Problemfelder im deutschen Medizinstudium curricular wenig thematisiert. Auch wenn Medizinethik mittlerweile fester Bestandteil der ärztlichen Ausbildung ist, werden hierbei aber zumeist medizinethische Prinzipien westlicher Prägung vertreten, die nicht per se eine universale Gültigkeit beanspruchen können.

Die Kenntnis von politischen Strukturen des Ziellandes, sowie die Interpretation von Begriffen wie „Frieden“ oder „Menschenrechten“ ist für medizinethische Konzeptionen in der humanitären Hilfe relevant und muss berücksichtigt werden. Darüber hinaus umfassen die Bedürfnisse von Menschen in Krisengebieten neben physischen, auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte und unterscheiden sich oft stark in Konflikt- oder Katastrophensituationen. Auch hierfür ist die Kenntnis kultureller und religiöser Hintergründe notwendig.

Dieser Beitrag möchte medizinethische Fallstricke im Rahmen humanitärer Hilfseinsätze und ärztlicher Friedens- und Menschenrechtsarbeit aufzeigen.

In welcher Weise können weitestgehend konsensfähige westliche Prinzipien Anwendung in humanitären Ausnahmesituationen finden? Der Beitrag soll allgemeine Rahmenbedingungen für medizinethische Grundsätze humanitärer (Friedens-)Arbeit benennen und konkrete Anregungen für eine entsprechende Ausbildung von ÄrztInnen und Medizinstudierenden geben. Dabei sollen sowohl aktuelle Richtlinien der Arbeitsgruppe „ethics and health“ der WHO, als auch bereits bestehende freiwillige (internationale) Weiterbildungsprogramme zu medizinischer Friedensarbeit berücksichtigt werden.

S1.4 „Weltanschauliche Neutralität“? – zur teilweisen Rettung eines Arguments

M. Rothaar

*Institut für Geschichte und Ethik
der Medizin, Universität Erlangen-
Nürnberg*

Fragestellung: Debatten um medizin- und bioethische Konflikte werden in den letzten Jahren zunehmend auf eine rechtsphilosophische Metaebene verlagert, auf der nicht mehr die Frage im Mittelpunkt steht, welche Position richtig oder falsch ist, sondern wie mit der Pluralität unterschiedlicher Positionen politisch und rechtlich umzugehen ist. Eines der prominentesten Argumente innerhalb dieser Debatte fordert in Berufung auf den klassischen „Politische Liberalismus“ die Neutralität des Staates gegenüber inhaltlich bestimmten Konzeptionen des Guten, sowie weltanschaulich bestimmten Prämissen und folgert daraus, dass der Staat bei ethisch umstrittenen Fragen dem Einzelnen weitgehende Entscheidungsfreiheit gewähren sollte.

Dieser Konklusion wird allerdings zu Recht entgegengehalten, dass ein Verzicht auf rechtliche Regelungen zumeist gerade nicht „weltanschaulich neutral“ ist. So wäre etwa die Freigabe der verbrauchenden Embryonenforschung nur auf Grundlage der Prämisse möglich, dass es sich bei menschlichen Embryonen nicht um Subjekte von Menschenwürde und Menschenrechten handelt. Verfechter „konservativer“ Position in der Bioethik halten dem „Liberalismus“ daher auf der rechtsphilosophischen Metaebene häufig eine tutoristische Position entgegen, wonach der Staat bei strittigen Fragen ethisch verpflichtet sei, das Recht so auszugestalten, dass höchste Rechtsgüter wie das Leben im Zweifel geschützt würden. Die Konstellationen der Objektebene des Diskurses reproduzieren sich so auf der rechtsphilosophischen Metaebene mit praktisch exakt denselben Konfliktlinien. *Methode und Ergebnisse:* Der Vortrag will vor diesem Hintergrund zeigen, dass die Forderung nach „weltanschaulicher Neutralität“ des

Staates in der üblicherweise vorgeschlagenen Form des Regelungsverzichts bei bioethischen Konflikten, bei denen es um die Frage geht, wer überhaupt Mitglied der menschlichen Rechtsgemeinschaft ist, in der Tat nicht realisierbar ist. Denn die Frage, wer Teil der Rechtsgemeinschaft ist, ist – wie im Vortrag dann näher aufgezeigt werden soll – im Rückgriff auf die innerhalb der Rechtsgemeinschaft geltenden Regeln aus prinzipiellen logischen Gründen nicht entscheidbar. Gleichwohl kann das Argument des Politischen Liberalismus teilweise gerettet werden, dies allerdings nur, wenn zwei wichtige Modifikationen vorgenommen werden. Zum einen muss zwischen der Neutralität des Staates in Fragen des Guten Lebens und der „weltanschaulichen“ Neutralität des Staates differenziert werden. Die Argumente, die gegen die Realisierbarkeit der letzteren zu Recht vorgebracht werden, treffen erstere nicht zwangsläufig. Während viele klassische bioethische Konflikte – wie diejenigen um Embryonenforschung, Schwangerschaftsabbruch oder Hirntod – durch eine „Privatisierung“ der Entscheidung nicht weltanschaulich neutral gelöst würden, sind bei anderen Konflikten tatsächlich nur Fragen des Guten Lebens betroffen. Hinsichtlich dieser ist eine Neutralität des Staates im Sinn des Politischen Liberalismus aber möglich. Zum zweiten wird ein Modell der „weltanschaulichen Neutralität“ vorgeschlagen, das eine Alternative zur problematisierten „Neutralität durch Regelungsverzicht“ bildet. Danach kann der Gesetzgeber der Forderung nach „weltanschaulicher Neutralität“ genau dadurch genügen, dass er die betreffenden Gesetze so ausgestaltet, dass sie mit allen relevanten weltanschaulichen Prämissen gerade noch vereinbar sind. Als Beispiele dafür werden das Stammzellgesetz (StzG) und das Transplantationsgesetz (TPG) analysiert. Anhand der Analysen wird allerdings zugleich gezeigt, dass die Möglichkeit, diese Vorgehensweise zu wählen von äußeren Faktoren abhängt, über die der Gesetzgeber selbst in der Regel nicht verfügen kann.

S2.1 „Der Weg ist das Ziel ?“ Eine ethische Analyse zur Bedeutung des Metaphernsystems „Medizintourismus“

*M. Michaelsen (✉), C. Wiesemann
Abteilung Ethik und Geschichte der
Medizin, Universität Göttingen*

Die Globalisierung stellt die Medizinethik vor neue Aufgaben. Offene Grenzen, schnelle Reisemöglichkeiten, erleichterte Kommunikation und internationale Vernetzungen machen eine Medizin möglich, in der internationale Grenzen auch für medizinische Behandlungen leicht überschritten werden können. Neue Phänomene schaffen neue Begriffe. Für das Phänomen, dass Bürger eines Landes für bestimmte medizinische Behandlungen ins Ausland reisen, hat sich in den letzten Jahren der Begriff „Medizintourismus“ sowohl im öffentlichen Diskurs als auch in der wissenschaftlichen Debatte etabliert. Jedoch wird der Begriff für ein weites Spektrum von Sachverhalten verwendet. So werden sowohl Personen, die für eine Behandlung ins Ausland reisen, als auch medizinische Fachkräfte, die im Ausland arbeiten, als „Medizintouristen“ bezeichnet.

Zusätzlich haben sich Unterbegriffe wie z.B. „Reproduktionstourismus“ oder „Transplantationstourismus“ entwickelt. Bei „Reproduktionstouristen“ handelt es sich um Patienten, die im Ausland eine legale Behandlung durchführen lassen, hinter „Transplantationstourismus“ verbirgt sich hingegen zumeist illegaler Organhandel. Dieses Beispiel zeigt, wie problematisch die undifferenzierte Verwendung des Begriffs „Medizintourismus“ ist. Die Folge sind Missinterpretationen, die zur Diskriminierung von Patienten bis hin zur Verharmlosung krimineller Handlungen führen.

Eine Funktion von Metaphern ist es, die selektive Betrachtung einer Thematik zu bewirken. Bei dem Terminus „Medizintourismus“ handelt es sich nicht nur um eine einzelne Metapher, sondern um ein Metaphernsystem, das einen Deutungsrahmen vorgibt. Der Vergleich von Reisen zu Erholungs- und Bildungszwecken mit sol-

chen aus gesundheitlichen Gründen impliziert eine normative Bewertung des Sachverhalts, die es für die ethische Debatte offen zu legen gilt. Das soll im Vortrag geschehen.

Zunächst sollen der Deutungsrahmen „Tourismus“ analysiert und die verschiedenen normativen Bedeutungen aufgezeigt werden, die sich aus diesem Metaphernsystem ergeben. Ebenso soll analysiert werden, inwiefern die Verwendung des Begriffs „Tourismus“ die gewerblichen Aspekte des Phänomens betont. Dies machen sich z. B. Anbieter zunutze, um gezielt medizinische „Dienstleistungen“ unter diesem Oberbegriff anzubieten und „Kunden“ schmackhaft zu machen. Die verschiedenen normativen Implikationen des Medizintourismus-Begriffs sollen im Vortrag an Beispielen vorgestellt und kritisch diskutiert werden. Die Analyse wird zeigen, dass die Begriffsfindung in einer globalisierten Welt sorgfältig gestaltet werden sollte, um unkritischen normativen Deutungen vorzubeugen und Diskriminierung zu vermeiden.

S2.2 Gesundheit unter den Bedingungen von Migration

J. Inthorn

*Institut für Ethik und Recht in der
Medizin, Universität Wien*

Im Rahmen von Globalisierungsprozessen ist neben dem Anstieg des Transfers von Information und Gütern auch eine Zunahme der Mobilität zu verzeichnen. Migranten, die aus anderen Teilen der Welt in EU Staaten kommen, bilden hierbei eine besondere Gruppe. Migranten in Europa werden in rechtlicher Hinsicht an Hand ihres Aufenthaltsstatus unterscheiden, durch den in der Regel auch ihr Recht auf Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung mit bestimmt wird.

Fragestellung: Der Vortrag beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Gesundheit und Migration bei Migranten ohne Aufenthaltsrecht und Migranten in Abschiebezentren. Die geschieht in doppelter Perspektive: Zum einen wird nach den in

diesen beiden Gruppen spezifischen gesundheitlichen Belastungen gefragt. Hierbei wird untersucht, welche Selbstbeschreibung hinsichtlich der eigenen Gesundheit in diesen beiden Gruppen vorherrscht und in welchem Verhältnis die Bedingungen eines Lebens in Illegalität bzw. in einem Abschiebezentrum zur eigenen Gesundheit stehen. Zum anderen soll in einer vergleichenden Analyse ausgewählter EU Staaten dargestellt werden, welche Formen der Gesundheitsversorgung für diese Gruppen - sowohl im Bereich der Regelversorgung als auch im Bereich der Parallelsysteme und zivilgesellschaftlichen Angebote zur Verfügung stehen. Vor dem Hintergrund des Menschenrechts auf Gesundheit erweist es sich dabei als problematisch, wenn sich die Lebenssituation der Migranten (Illegalität, Abschiebehaft) deutlich negativ auf ihre Gesundheit auswirkt. Die Ergebnisse beider Fragerichtungen werden daher über das Menschenrecht auf Gesundheit an die ethische Debatte rückgebunden.

Methodik: Es werden Studien zur Gesundheitsversorgung und dem subjektiven Gesundheitserleben von Migranten oben genannter Gruppen in Europa ausgewertet und mit Daten aus halbstandardisierten Interviews mit Migranten in Abschiebezentren in 15 EU Staaten aus eigener Forschungstätigkeit ergänzt. Bei der Auswertung wird ein besonderer Fokus auf das Verhältnis von Lebensbedingungen und Gesundheit unter den besonderen Voraussetzungen eines Lebens als Migrant gelegt.

Ergebnisse: Die Gesundheit von Migranten unter den besonderen Bedingungen eines Lebens in Illegalität bzw. Abschiebehaft steht in einem engen Wechselverhältnis zu den Möglichkeiten, Perspektiven in ökonomischer und familiärer Hinsicht für das eigene Leben entwickeln zu können. Es lassen sich klare Zusammenhänge zwischen der Planbarkeit des eigenen Lebens und der Selbsteinschätzung bezüglich physischer sowie psychischer Gesundheit feststellen. Fehlende Möglichkeiten, für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, Unklarheiten hinsichtlich der Dauer und

des Ausgangs der Abschiebehaft sowie soziale Faktoren wie die Sorge um die eigene Familie sind Aspekte, die Auswirkungen auf die psychische und damit verbunden auch die physische Gesundheit von Migranten haben. Das Recht auf Gesundheit ist damit nicht nur vor dem Hintergrund des freien und gleichberechtigten Zugangs zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu verstehen, sondern auch hinsichtlich der durch andere rechtliche Rahmenvorgaben entstehenden (Lebens-)Bedingungen zu diskutieren.

S2.3 Terminating pregnancy after prenatal diagnosis – lessons for a comparison of Dutch and German practices

D. Schmitz (✉), I. Bolt

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Aachen

Introduction: Effects of globalization are observable in several aspects of abortion practices. According to substantial national differences in legislation an „abortion tourism” evolved with women travelling to countries where abortion was legal or easier attainable. In addition, abortion is increasingly an issue which international Human Rights Courts and Committees are dealing with. Thus a stronger rights-based approach to the issue is furthered which renders a broader basis for discussion in pluralistic societies and on a trans-national level. The small part of abortions, however, which is performed as a consequence of prenatal testing, in some nations seems to be granted with a special status in this concern insofar as it is discussed still within a predominantly medical context and has physicians as third parties involved in the decision-making process. In such a medicalized approach to selective abortions the major criteria for decision-making are the seriousness of the disease of the fetus and its negative impacts on the mental health of the mother, whereas conflicts of rights seem to be of minor importance. *Objectives:* The authors are aiming to analyze

pros and cons of a stronger rights-based approach to terminations of pregnancy following prenatal diagnosis compared to the medicalized approach which is prevalent for example in Germany and UK. In this intent it will especially be questioned, whether from an ethical point of view the role of physicians in decision-making is justifiable and in which way privacy rights might be relevant in a normative evaluation of selective abortions. *Methods:* We will comparatively analyze the Dutch (predominantly rights-based) and German (medicalized) approach to selective abortion after prenatal diagnosis. The normative frameworks of both approaches, which hold for remarkable differences in handling selective abortions, will be reassessed in terms of internal consistency and coherence with normative frameworks for non-selective abortions. *Results and Discussion:* The analysis reveals several drawbacks of a medicalized approach to selective abortions. First, it is inconsistent insofar as it is substantially restricting the reproductive autonomy of pregnant women which at the same time physicians aim to enhance through offering prenatal diagnosis. In addition, the justificatory basis for involving a physician as a third party into the decision-making process seems to be more than weak with respect to the inherent evaluative and performative character of her or his clinical judgement. Second, by medicalizing decisions and justifications in selective abortions a clarification and evaluation of the ethical issues at stake is impaired. Thus, arguments on selective abortion are less benefiting from an increasingly internationally led and human rights based ethical discussion. An alternative approach with a stronger recognition of privacy rights could instead offer an opportunity to broaden the ethical debate beyond aspects of eugenics and discrimination.

S2.4 Neuroimaging-Lügendektoren – eine Herausforderung für Ethik und Recht in der globalisierten Welt

S. Müller

Charité Universitätsmedizin Berlin

Fragestellung: Wie sollten Entwicklung und Einsatz von Neuroimaging-basierten Lügendektoren auf internationaler Ebene gesetzlich geregelt werden?

Hintergrund: Das Neuroimaging spielt eine zunehmend wichtige Rolle in der Medizin; vor allem in der Psychiatrie werden funktionelle Neuroimaging -Verfahren, die Rückschlüsse aus der Messung und Analyse von Mustern der Hirnaktivität auf mentale Vorgänge ermöglichen, immer wichtiger. Obwohl diese Forschung sich noch weitgehend im Stadium der Grundlagenforschung befindet, sind diese Verfahren außerhalb der Medizin rasch auf Interesse gestoßen, vor allem wegen ihres Potentials, Personen beim Lügen zu überführen. Die bisher entwickelten Verfahren basieren entweder auf EEG oder auf funktioneller Magnetresonanztomographie. Der Vorteil der letzteren besteht darin, dass sie im Gegensatz zu herkömmlichen Lügendektoren (Polygraphen) nicht physiologische Reaktionen des vegetativen Nervensystems messen, die auf Angst oder Schuldgefühl beim Lügen basieren, sondern Aktivierungsmuster im gesamten Gehirn analysieren, angefangen beim Verstehen der Frage über den Abruf des dazu gehörenden Wissens bis zur Vorbereitung einer Antwort und ggf. der Unterdrückung der wahren Antwort.

Während in den USA die ersten Versuche, Neuroimaging-Lügendektoren als Beweismittel für die Unschuld von Beschuldigten zuzulassen, gescheitert sind, wurde in Indien das wissenschaftlich nicht evaluierte „Brain Electrical Oscillation Signature Profiling“ bereits in über 300 polizeilichen Untersuchungen und mindestens sechs Gerichtsverfahren eingesetzt.

Bisher ungeklärt bzw. umstritten sind nicht nur die Validität der verschiedenen Verfahren, sondern vor allem die Frage, ob Lügendektortests Menschenrechtsverlet-

zungen darstellen würden. Die vor allem vom US-Militär forcierte Entwicklung von Neuroimaging-Lügendetektoren konfrontiert die unterschiedlichsten Rechtssysteme mit einem dringenden gesetzlichen Regelungsbedarf.

Methodik: Zur Beantwortung der Fragestellung werden die folgenden Fragen näher untersucht:

- Sind fMRT- oder EEG-Aufzeichnungen, die Rückschlüsse auf die Gedanken einer Person zulassen sollen, als zulässige physische Beweismittel wie Blutproben oder als unzulässige erzwungene Aussagen zu werten?
- Folgt aus dem rechtsstaatlichen Schutz von Angeklagten vor erzwungener Selbstbezeichnung neben dem Folterverbot auch das Verbot des unfreiwilligen Auslesens von Gedanken?
- Sollten Lügendetektoren auf Antrag von Beschuldigten als „Wahrheitsdetektoren“ eingesetzt werden, um ihnen eine Chance zu geben, ihre Unschuld zu beweisen?

Ergebnisse: Funktionelle Untersuchungen des Gehirns, die ermöglichen, unbewusste Reaktionen auf Fragen, die ein Beschuldigter im Interesse seines legitimen Selbstschutzes nicht (wahrheitsgemäß) beantworten will, sind keine zulässigen physischen Beweismittel, sondern erzwungene Aussagen. Sie sind somit mit einem wichtigen rechtsstaatlichen Prinzip, nämlich der Selbstbezeichnungsklausel, unvereinbar. Auf Antrag eines Beschuldigten eingesetzt, entfällt jedoch der Charakter einer erzwungenen Aussage (sofern indirekte Nötigung ausgeschlossen ist); als freiwillige Aussage verstößt sie nicht gegen die Selbstbezeichnungsklausel. Der Einsatz von Neuroimaging-Lügendetektoren verletzt also nicht grundsätzlich die Menschenwürde und sollte unter bestimmten, präzise definierten Bedingungen zugelassen werden, sofern die Verfahren eine ausreichende Validität erreichen.

Dennoch stellt sich die Frage, ob die Entwicklung von Neuroimaging-Lügendetektoren zu rechtfertigen ist, wenn zu erwarten

wäre, dass diese vor allem in menschenrechtsverletzender Weise eingesetzt werden, beispielsweise gegen Kriegsgefangene oder zur Rechtfertigung von Hinrichtungen wegen Ehebruch oder homosexueller Handlungen.

S3.1 Ethische Dilemmasituationen auf der Notfallstation

O. Fricker (✉), R. Baumann-Hölzle

Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen, Zürich

In einer pluralistischen Gesellschaft ist die Notfallstation ein Ort, wo unterschiedlichste Welten aufeinanderprallen. Dabei kommt es öfters zu Konflikten zwischen den Menschen aus anderen Kulturen mit verschiedenen Wertvorstellungen und Selbstverständlichkeiten. Diese Konflikte sind praktischer Ausdruck einer Medizin, die sich mit Auswirkungen der Globalisierung konfrontiert sieht und werden durch begrenzte Ressourcen und einengende strukturelle Rahmenbedingungen zusätzlich verschärft, wie die folgenden Beispiele illustrieren:

- Kulturelle Erwartungen, wie z.B. gendergerechte Behandlung, werden von den Behandlungsteams oft erst realisiert, wenn die Patienten beim Einlegen eines Urinkatheter, eines rectalen Einlaufes, bei der Entblößung der Brust (fürs EKG) oder ähnlichen Verrichtungen intervenieren. Dem Anspruch auf gendergerechte Behandlung wiederum kann unter Umständen nicht entsprochen werden, weil zu wenig Personal vorhanden ist.
- Oftmals sind weibliche Pflegenden Übergriffen vom anderen Geschlecht in Form von Anzüglichkeiten ausgesetzt. Ganz allgemein kommt es auf den Notfallstationen immer wieder zu tätlichen Übergriffen dem Personal gegenüber, wenn es die spezifischen kulturellen Erwartungen nicht erfüllt.
- Öfters werden die Pflegenden mit den Ansprüchen von ganzen familiären Systemen konfrontiert. So wollen im

Notfall gleich mehrere Personen dem Patienten beistehen. Die Pflege ihrerseits geht von der rücksichtsvollen Anwesenheit von max. einer Bezugsperson aus, unter anderem auch aus Rücksicht anderen Patienten gegenüber.

- Pflegende (mehrheitlich aus den deutschsprachigen Kulturkreis) setzen voraus, dass man nur mit „wirklichen“ Notfällen in die Notfallstation kommt. Darunter werden akut auftretende Zustände verstanden, die bedrohlich sind und allenfalls eine Hospitalisation zur Folge haben können. Aber auch weniger kranke Patienten erleben ihr Leiden oder das ihrer Angehörigen auf der Notfallstation oft als beängstigend und erwarten, dass dieses möglichst umgehend beendet werden soll. Werden die geschilderten Symptome von der Pflege als nicht lebensbedrohlich eingestuft, kann es aus strukturellen Gründen zu langen Wartezeiten kommen (weil z.B. kein Behandlungsraum zur Verfügung steht oder nicht mehr Personal vorhanden ist). Diese Wartezeiten stoßen bei den Patienten und ihren Angehörigen aus anderen Kulturkreisen oft auf Unverständnis. In solchen Situationen werden die Pflegenden öfters mit dem Rassismusvorwurf konfrontiert.
- Die „Darstellung“ von Schmerzen divergiert häufig zwischen den Kulturen, während die „Mitteleuropäer“ eher auf die „Zähne beißen“ drücken Menschen aus den südländischer Region ihr Leid stärker aus. Dies wiederum wird von den Pflegenden als „theatralisch“ wahrgenommen, wenn die geschilderte Intensität des Schmerzes mit dem gleichzeitigen Verhalten, als nicht kongruent eingeschätzt wird. Dies kann dazu führen, dass weniger Schmerzmedikamente abgegeben werden, was beim Patienten zu noch mehr Äußerungen des Schmerzes führt.
- Auch können die Angestellten der Notfallstation schwer nachvollziehen, unter welchem Druck „unqualifizierte

Hilfsarbeiter“ in der Arbeitswelt stehen, wie zum Beispiel Arbeitgeber von den Mitarbeitern verlangen, dass diese ihre Arztbesuche am Abend oder am Wochenende ansetzen oder bereits für einen Tag Arbeitsausfall ein Zeugnis verlangen.

Nicht allen, jedoch hinter vielen Konflikten auf der Notfallstation stehen unterschiedliche Wertvorstellungen. In diesem Beitrag werden die häufigsten ethischen Dilemmasituationen, welche in der Begegnung von Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen auf einer Notfallstation auftreten können, vorgestellt. Das Referat setzt sich mit der Frage auseinander, inwiefern auf kulturspezifische Erwartungen eingetreten werden muss. Zudem stellt es Möglichkeiten im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen auf dem Notfall vor.

S3.2 Das Ethische Gespräch in der Psychiatrie als Beispiel eines möglichen Umgangs mit Patienten aus anderen Kulturen

D. Meier-Allmendinger (✉),

J. Streuli

Klinik Schützen Aarau

Im Zuge der Globalisierung hat die Migration noch zugenommen, deren Auswirkungen auch im Gesundheitswesen zu spüren sind. Menschen aus anderen Kulturen haben häufig eine veränderte Vorstellung von Krankheit und deren Ursache, zeigen andere Verhaltensweisen im Umgang mit ihrem Leiden und haben andere Erwartungshaltungen in Bezug auf Therapien.

Hier ist die Psychiatrie in besonderer Weise herausgefordert: Psychisches Leiden beeinträchtigt oftmals die Entscheidungsfähigkeit von Patienten und überdeckt ihre Handlungsautonomie. Bei Patienten aus anderen Kulturkreisen ist jedoch zu prüfen, ob deren Unfähigkeit zur Entscheidung Teil bzw. Folge psychischen Leidens ist oder kulturell bedingten Gegebenheiten und Vorstellungen entspringt. Unterschiedliche Erfahrungshorizonte und sprachliche Hürden erschweren den Zugang zum Patienten und den erforderlichen Austausch

über seine Erkrankung und eine entsprechende Behandlung. Ein unter gängigen Bedingungen erhobener medizinisch-psychiatrisch „Befund“ kann unter Einbezug transkultureller Aspekte fraglich und zum ethischen Problem werden, wenn Behandlungsentscheide anstehen. Wie kann damit im klinischen Alltag umgegangen werden? Was ist zu tun in einer ethischen Konfliktsituation?

Zur Entscheidungsfindung wurde das Ethische Gespräch als ein Modell ethischer Urteilsbildung entwickelt, das bei transkulturellen Aspekten insbesondere durch eine Autonomie-betonte Prinzipienethik auf verschiedene Schwierigkeiten stößt. Besondere der Versuch, als Team im Wertesystem des Patienten nach einer Lösung zu suchen, birgt die Gefahr einer unauthentischen und oberflächlichen Argumentation. Wir empfehlen daher primär den Entscheidungsfindungsprozess im Wertesystem des Teams durchzuführen, dafür umso mehr Offenheit in der Kommunikation der Handlungsoption zuzulassen.

Im Referat wird aufgezeigt, wie mit Hilfe des Ethischen Gesprächs ein interdisziplinärer Entscheidungsfindungsprozess entsteht und zur Lösung schwieriger Entscheidungen beitragen kann. Bedingungen und Voraussetzungen zur Implementierung eines Ethischen Gesprächs in einer Klinik werden dargestellt. Unterschiede zu einem Ethik-Konsil oder Ethik-Liaisondienst werden thematisiert und mit der Einbettung des Ethischen Gesprächs in die konkrete Organisation verglichen.

S3.3 Interkulturalität am Krankenbett im Medizinstudium: Zwei Seminarkonzepte zum Umgang mit Patienten aus anderen Kulturkreisen

T. Peters (✉), J. Schildmann, J. Vollmann

Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Bochum

Der professionelle Umgang mit Interkulturalität stellt eine im ärztlichen Alltag zu-

nehmend wichtiger werdende Herausforderung dar. Im Zeitalter differierender ethischer und religiös-kultureller Werthaltungen sowie einer sich multikulturell entwickelnden Gesellschaft gewinnt die ärztliche Kompetenz und Reflexionsfähigkeit im Umgang mit klinisch-ethischen Fragen des Kontaktes mit Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturkreisen an Bedeutung. Als Beispiele können hier die Verständigung bei der Einholung des informed consent, ein differentes Sexual- und Geschlechterverständnis oder auch ein unterschiedliches Verhältnis zu Körper und Krankheit genannt werden. Die in Abhängigkeit vom Kulturraum unterschiedlichen Werte und Normen werden in der klinischen Praxis von Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Vertreter/-innen anderer Gesundheitsprofessionen häufig erst dann realisiert, wenn es zum Konflikt kommt – beispielsweise bei der Entscheidungsfindung über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen. Während in der Forschung Interkulturalität in der Arzt-Patienten-Beziehung Gegenstand zahlreicher Projekte ist, werden im Medizinstudium in Deutschland interkulturelle Kompetenzen nur selten und wenn dann am ehesten im Rahmen fakultativer Lehrveranstaltungen vermittelt.

In diesem Beitrag werden zwei medizinethische Lehrmodule präsentiert, in denen Interkulturalität theoretisch und praktisch als ethisch-reflexive Fähigkeit vermittelt und die Auseinandersetzung mit anderen Wertehorizonten eingeübt werden soll.

Gegenstand des ersten, theoriegeleiteten Moduls ist die Exploration der eigenen Werthaltung in verschiedenen Themenfeldern. Es werden exemplarisch die Bereiche von Intimität und Sexualität, religiösen Pflichten und Tabus sowie die Rolle der Familie bei der Entscheidungsfindung in der Medizin bearbeitet. Im Anschluss an die Benennung eigener Werthaltungen aus dem Kreis der teilnehmenden Studierenden werden Werthaltungen anderer Kulturkreise präsentiert, vergleichend analysiert und kritisch diskutiert. Neben der Bewusstmachung entsprechender Differenzen wird

damit der für die Studierenden meist abstrakte ethische Relativismus mit Leben gefüllt.

Im zweiten, praktisch orientierten Lehrmodul wird ein konkreter Fall mit einer türkischstämmige Mutter simuliert, die ihre im Krankenhaus liegende Tochter ohne deren Wissen vom behandelnden Arzt auf ihre Jungfräulichkeit untersuchen lassen möchte.¹ Mithilfe des Einsatzes einer standardisierten Patientin wird diese komplexe interkulturelle Situation nachgeahmt. In der sich anschließenden Diskussion wird der Konflikt auf der Grundlage zuvor benannter Kriterien zum professionellen Verhalten in interkulturellen Begegnungen analysiert und diskutiert.

Das Lehrkonzept, die verwendeten Lehrmethoden sowie die Evaluation der an der fakultativen Lehrveranstaltung teilnehmenden Studierenden werden in diesem Beitrag vorgestellt und diskutiert. Mit Blick auf den interdisziplinären Gegenstand interkultureller Arzt-Patient-Beziehungen soll weiterhin der mögliche Beitrag der Medizinethik zur Vermittlung entsprechender Kompetenzen reflektiert werden.

S3.4 Von „Raumschiff Enterprise“ zu „Grey’s Anatomy“ – wie uns die (Un)Möglichkeit einer globalen Bioethik im Film vorgelebt wird

K. Schmidt

*Zentrum für Ethik in der Medizin,
Frankfurt/M.*

Ethische Probleme der Globalisierung sind bereits vor Jahrzehnten in Filmen und Fernsehserien aufgegriffen worden. Visionär beantwortete die TV-Serie *Raumschiff Enterprise* Fragen des zukünftigen Zusammenlebens. Rückblickend ist heute kaum mehr verständlich, welche Provokation darin bestand, in Zeiten des Kalten Krieges die Kommandobrücke des Raumschiffs mit Amerikanern, Russen, Asiaten und Außerirdischen zu besetzen und Ent-

scheidungen teilweise im interdisziplinären Team zu treffen. Zudem wurde der Arzt „Pille“ McCoy häufig vor schwierige medizinethische Entscheidungen gestellt: Wie soll er sich als Arzt verhalten, wenn es um die medizinische Behandlung hochintelligenter, *nicht-menschlicher* Wesen geht, die die moralische Wertewelt der Raumschiffcrew nicht teilen? Welchen ethischen Kriterien sollte er als Arzt bei der Behandlung eines verletzten oder erkrankten Außerirdischen folgen? So kommt es nicht von ungefähr, dass Bioethiker und Philosophen wie H. Tristram Engelhardt, Jr. (*The Foundations of Bioethics*, 1986) und Francis Fukuyama (*Our Posthuman Future*, 2002) in ihren wichtigsten Schriften auf Beispiele gerade dieser Fernsehserie zurückgegriffen haben, um die (Un)Möglichkeit einer universalen Ethik zu diskutieren. Für H. Tristram Engelhardt, Jr., der nicht müde wird, die Unmöglichkeit einer globalen Bioethik zu betonen (vgl. *Global Bioethics. The Collapse of Consensus*, 2006), verdeutlichen diese Beispiele den medizinethischen Konflikt, der in Europa spätestens seit der Kirchenspaltung und dem Westfälischen Frieden eingetreten ist: Der Andere ist ein „moral stranger“. Nun ist das Besondere bei Filmen, dass sie nicht bei der Problematisierung ethischer Konflikte stehen bleiben können. Sie müssen – indem sie eine Geschichte zu erzählen haben – auch „Lösungen“ darstellen. Der Zuschauer wird dadurch mit den Folgen der Handlungen konfrontiert und erlebt mit, wie im Film die beteiligten Personen über das „richtige“ Vorgehen streiten. Dabei wird der Zuschauer häufig durch die filmische Dramaturgie genötigt, über die im Film vollzogene Handlung selbst zu urteilen. Es lässt sich nun zeigen, dass in Filmen und Fernsehserien die medizinethischen Fragen der Globalisierung kontinuierlich zunehmen. Krankenhausserien wie *Emergency Room* bilden nicht nur die medizinethischen Fragen der lokalen amerikanischen Krankenhauswelt ab, sondern gehen bewusst „in die Welt“, d.h. sie lassen die Ärzte im Irak oder in Afrika Dienst tun,

¹ Das Falldesign wurde mit freundlicher Genehmigung von der medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke übernommen.

und stellen die Frage, welche „Ethik“ im Krieg, in fernen Ländern und fremden Kulturen gilt. Zugleich holen sie die Wertkonflikte in das lokale (amerikanische) Krankenhaus, indem sie – etwa im Fall der Schwangerschaft einer Minderjährigen – die streng religiösen Eltern, sowie Ärzte und Pflegekräfte mit unterschiedlichem Migrationshintergrund und Wertewelten aufeinandertreffen und in Streit geraten lassen. Anhand derartiger Beispiele wird in diesem Beitrag vorgestellt, inwieweit die Filme und Serien selbst dem philosophischen Konzept einer universalen Ethik folgen oder uns ihr Scheitern vorführen.

Diese Serien greifen zudem reale Konflikte auf, die durch die Globalisierung verschärft werden: So gerät die junge Medizinstudentin Izzie Stevens in einer Folge der Serie *Grey's Anatomy* in den Konflikt, ob sie eine verletzte, jedoch illegal eingereiste Asiatin behandeln darf. Um die Patientin vor einer möglichen Ausweisung zu schützen, stiehlt sie Material aus dem Krankenhaus und versorgt die Patientin außerhalb der Klinik. Das Für und Wider ihrer Handlung bespricht sie – wie für die Serie typisch – mit ihren gleichaltrigen KommilitonInnen.

Dies ist bedeutsam, denn Krankenhausserien wie *Grey's Anatomy* erfüllen eine Funktion, die früher *Entwicklungsromane* hatten (etwa Karl Philipp Moritz' Roman *Anton Reiser*): Dem jugendlichen Zuschauer (Leser) wird eine Hilfestellung beim Erwachsenwerden und ein Wegweiser im schwierigen Entscheidungsdschungel geboten. Deshalb ist es besonders interessant zu sehen, welche Orientierung diese Krankenhausserien in Hinblick auf eine „Globale Ethik“ anbieten und welcher bioethischen Grundposition sie folgen. Zugleich sind diese Filme wichtige Seismographen für gesellschaftliche Entwicklungen, Wünsche und Träume.

Methodik: Verschiedene Filmsequenzen zu medizinethischen Fragen der „Globalen Ethik“ wurden mit Medizin- und Jura-StudentInnen in verschiedenen Seminaren der letzten Jahre anhand von Hausarbeiten und Referaten diskutiert.

S4.1 Kultursensitive Ethikberatung

R.J. Jox

Universitätsklinikum München

Fragestellung: Die Globalisierung bringt es mit sich, dass in deutschen Kliniken immer mehr Patienten aus fremden Kulturkreisen behandelt werden. Dies sind zum einen Patienten mit Migrationshintergrund, die in Deutschland leben, zum anderen Patienten, die als „Medizintouristen“ speziell für eine medizinische Behandlung nach Deutschland reisen. Durch die interkulturellen Unterschiede moralischer Einstellungen und Praxen kommt es gehäuft zu Konflikten, die mit Hilfe klinischer Ethikberatung gelöst werden sollen. Dabei stellt sich die Frage, wie klinische Ethikberater mit diesen interkulturellen ethischen Pluralismen umgehen sollen und welche speziellen Kriterien und Rücksichten eine kultursensitive Ethikberatung beinhalten soll. **Methoden:** In einer deskriptiv-empirischen Arbeit werden zunächst die existierenden Leitfäden (z.B. Bochumer Arbeitsbogen, Nijmwegener Methode, Balser Leitfaden) zur klinischen Ethikberatung daraufhin verglichen, welche besonderen Elemente sie zur Lösung interkultureller Fragen vorhalten. In einem normativen Schritt werden sodann Empfehlungen entwickelt, die zur kultursensitiven Ethikberatung beitragen können. **Ergebnisse:** Die existierenden Leitfäden zur klinischen Ethikberatung vernachlässigen das Problem interkultureller Konflikte und enthalten so gut wie keine besonderen Rücksichten für diese Situationen. Sie erwähnen allenfalls allgemeine Rücksichten auf weltanschauliche Bindungen des Patienten, bleiben jedoch in der ethischen Bewertung und der Anwendung ethischer Prinzipien einer westlichen Ethik verbunden. Neben den vier medizinethischen Prinzipien Nutzen, Nichtschaden, Autonomie und Gerechtigkeit sollten kultursensitive Leitfäden auch Werte wie Vertrauen, Wahrhaftigkeit, familiäre Kohäsion und spezifische Würdekonzepte Beachtung finden. Zudem sind organisatorische Prinzipien zu fordern: etwa die Bereitstellung eines unabhängigen Übersetzers, die Integration von Vertretern fremder Glau-

bensgemeinschaften oder die Beachtung spezifischer Kommunikationsregeln im Umgang mit Angehörigen anderer Kulturen. Andererseits sollte ein ethischer und rechtlicher Rahmen definiert und expliziert werden, innerhalb dessen sich auch kultursensitive Ethikberatung bewegen muss. Besondere Sorgfalt sollte darauf verwendet werden, den Angehörigen fremder Kulturen die ethischen Prinzipien und Entscheidungsgründe der eigenen, westlichen Kultur zu erläutern und verständlich zu machen.

Schlussfolgerung: Durch den Prozess der Globalisierung ist die klinische Ethikberatung zunehmend gefordert, kultursensitive Elemente zu integrieren. In der Zukunft wird es darauf ankommen, solche Elemente zu entwickeln, normativ zu begründen und empirisch zu evaluieren.

S4.2 Transkulturelle Konflikte in der Klinischen Ethikberatung: Herausforderungen und Lösungsansätze

G. Neitzke

Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

Klinische Ethikberatung ist in den letzten Jahren europaweit zu einem neuen Paradigma in der stationären Patientenversorgung geworden. Im Kontext von Klinischer Ethikberatung stellt sich eine Reihe transkultureller Herausforderungen. Der Beitrag zeigt Lösungsmodelle auf, wie diese Fragen durch ein Klinisches Ethik-Komitee oder eine andere Organisationsform der Klinischen Ethikberatung professionell und kultursensibel bearbeitet werden können.

Interkulturalität stellt auf unterschiedlichen Ebenen ein Faktum im Gesundheitswesen dar: Auf Seiten der Beschäftigten treffen in einem Großklinikum Menschen aus einigen Dutzend Nationen mit einer großen Zahl unterschiedlicher Muttersprachen, Kulturen und Religionen aufeinander. Diese wiederum behandeln Patienten und kooperieren mit Angehörigen, die jeglichen

nationalen, kulturellen und religiösen Hintergrund aufweisen können.

Die Herausforderungen für das Angebot von Ethikberatung beziehen sich dabei 1) sowohl auf deren Struktur als auch 2) auf die Ausgestaltung ihrer Aufgaben. Die strukturellen Vorgaben (ad 1) sollten Mitglieder vorsehen, die kulturspezifische Fragen sensibel erkennen können und die eine kulturell/religiös vermittelnde Rolle übernehmen. Der Beitrag diskutiert, welche persönlichen oder professionellen Perspektiven und Qualifikationen dazu geeignet erscheinen, und wie dieser Beitrag in praxi aussehen kann. In Bezug auf die Aufgaben der Klinischen Ethikberatung werden ebenfalls zwei Bereiche voneinander differenziert: 2a) die Entwicklung ethischer Empfehlungen oder Leitlinien und 2b) die individuelle Ethik-Fallberatung. 2a) Die Entwicklung klinik-interner Ethikstandards berührt Themen wie den Einsatz von Dolmetschern im Rahmen der Stationstätigkeit (etwa bei der Anamneseerhebung, Aufklärung und Einwilligung sowie beim Angehörigengespräch); Gebets- und Kulturräume für Mitarbeiter und Patienten; das Abschiednehmen von Verstorbenen unter Berücksichtigung religionsspezifischer Bedürfnisse; die Fortbildung der Mitarbeiterschaft in kultur- und religionsbezogenen Fragen (Umgang, Intimität, Speisen, Religionsausübung). Erfolgreiche Modelle für die genannten Themen aus dem deutschsprachigen Raum werden dargestellt und analysiert. 2b) Transkulturelle Aspekte tragen häufig zu Anfragen für eine Ethik-Fallberatung bei. Eine Analyse ergibt folgende typische Konfliktkonstellationen:

- Abstinenz im Umgang mit Entscheidungen am Lebensende („Lebenszeit liegt in Gottes Hand“, Konzepte wie „Inshallah“, „Kismet“ oder „Schicksal“);
- religiös begründete Behandlungsoptionen („Patienten gesundbeten“);
- spezifische religiöse oder kulturelle Ge- oder Verbote (Fragen des Umgangs, der Intimität, der Speisen etc.);
- kulturell geprägte Erwartungen an das Gesundheitswesen (z.B. Verhandeln

barkeit von medizinischen Leistungen, Diagnosen und Prognosen).

Für alle genannten Konstellationen ist bei Sprachproblemen zu prüfen, ob Familienangehörige als Dolmetscher herangezogen werden sollten, oder ob muttersprachliches Klinikpersonal oder professionelle Dolmetscher erforderlich sind. Als Grundlage für diese Entscheidung werden im Beitrag praxisnahe Empfehlungen für die Klinische Ethikberatung erarbeitet.

Für alle unter 2b) benannten Fragen ist zu klären, ob und in welcher Weise bestimmten kulturellen moralischen Werten der Vorzug vor anderen zu gewähren ist. Dieser Beitrag plädiert für einen Wertepluralismus, der lediglich prozedurale Werte im Zusammenhang mit dem Prozess der Entscheidungsfindung als verbindlich voraussetzt. Dazu gehören ein fairer Zugang zur Beratung, gleich-berechtigte Partizipation der Teilnehmenden, Respekt vor den jeweils anderen moralischen Werten und eine transparente Entscheidungsfindung. Ein so gefundener Konsens ist interkulturell tragfähig, wenn er jeweils transkulturell – in beiden Richtungen – sprachlich und moralisch vermittelt werden konnte. An konkreten Beispielen wird dieses Vorgehen erläutert und systematisiert.

S4.3 Kernkompetenzen Klinischer Ethikberater für die Handhabung interkultureller ethischer Konflikte

T. Grützmann

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, RWTH Aachen

Fragestellung: Das „Bundesamt für Migration und Flüchtlinge“ ermittelte für das Jahr 2008 eine Ausländerbestandszahl (deutschlandweit) von mehr als 7 Millionen (8,8 %); die Zahl der Bürger mit Migrationshintergrund liegt derzeit bei ca. 15 Millionen. Die hierdurch vertretenen unterschiedlichen kulturellen Konzepte und Wertesysteme hinsichtlich „Gesundheit“, „Krankheit“ und „medizinischer Behandlung“ führen im klinischen Alltag zunehmend zu ethischen Konflikten.

Darüber hinaus lassen aktuelle Entwicklungen schließen, dass sich interkulturelle Disparitäten und daraus resultierende Konflikte in naher Zukunft häufen werden, da sich kulturelle Minderheiten zunehmend zu kulturellen Mehrheiten entwickeln. In der klinischen Praxis fordert dies eine Auseinandersetzung der dominanten Kultur mit den Wertesystemen kultureller Minderheiten. Im Speziellen besteht für die Klinische Ethikberatung konkreter

Handlungs- und Klärungsbedarf hinsichtlich (1) der Handhabung solcher Konflikte, (2) der Kompetenzen zur Durchführung von entsprechenden Fallberatungen und (3) der Schulung/Ausbildung Klinischer Ethikberater.

In der hier vorgestellten Studie, welche ich im Rahmen meiner Dissertation vornehme, untersuche ich, wie diesem Bedarf in der Klinischen Ethikberatung (KEB) entsprochen werden kann. Des Weiteren ermittle ich, wie sich die kulturellen Anforderungen mit konventionellen Prinzipien westlicher medizinischer Praxis vereinen lassen.

Methodik: Die hier vorgestellte Studie umfasst folgende inhaltliche Ziele:

- Untersuchung bereits bestehender Ansätze und Modelle zur Handhabung von interkulturellen ethischen Konflikten in der KEB.
- Analyse der: a.) Rolle, b.) Anwendung und c.) Gefahren (wie kultureller Relativismus oder Stereotypisierung) von Cultural Competence.
- Identifizierung notwendiger Kernkompetenzen für Klinische Ethikberater.
- Ermittlung und Bewertung von Expertenurteilen zu: a.) den Strukturen, b.) der Beratungstätigkeit von KEKs, c.) dem Beratungsbedarf hinsichtlich interkultureller Konflikte sowie d.) der Handhabung solcher Konflikte (Defizite und Empfehlungen).
- Ausarbeitung eines formalen, normativen Rahmens (in Form von Kernkompetenzen, Leitlinien bzw. Standards) zum angemessenen Umgang mit interkulturellen Konflikten.
- Empfehlungen zur Weiterbildung/Schulung von Mitgliedern

eines Klinischen Ethik-Komitees sowie zur Ausbildung von ärztlichem und pflegerischem Personal. Der empirische Forschungsteil (II) beinhaltet die Durchführung von qualitativen halbstandardisierten Experteninterviews (im Zeitraum 2010/03-2010/06) mit den Leitern Klinischer Ethik Komitees (an Universitätskliniken) in Deutschland und den USA.

Ergebnisse: Da das hier vorgestellte Projekt eine laufende Studie darstellt, kann ich an dieser Stelle zunächst erste Ergebnisse der Literatursauswertung vorstellen. Bis zur Tagung werden die Auswertungen der Experteninterviews vorliegen

Die bisherige Untersuchung der Thematik zeigt, dass es sowohl in Deutschland als auch in den USA an kompetenter Handhabung von interkulturellen ethischen Konflikten mangelt. Mediziner und Medizinethiker weisen (seit Mitte der 90er Jahre) vermehrt auf den dringenden Bedarf hin, ärztliches und pflegerisches Personal - und insbesondere Klinische Ethikberater - für kulturelle Differenzen zu sensibilisieren und in „interkultureller Kompetenz“ zu schulen; bspw. durch ein sog. *cross-cultural training*. Des Weiteren zeigt sich vielfach der Wunsch, dass Lehrinhalte zu Interkulturalität integraler Bestandteil im Medizinstudium werden. Vereinzelt gibt es konkrete Maßnahmen zum Umgang mit kulturellen Disparitäten wie die Einführung einer kultursensiblen und kultursensitiven Patientenverfügung. Die *American Society for Bioethics and Humanities* hat den Bedarf an „interkultureller Kompetenz“ bereits in ihren 1998 verfassten Kernkompetenzen verbalisiert. Wie die bisherigen Ergebnisse zeigen, gibt es hierzu bis dato jedoch keine einheitlichen Leitlinien, zudem wurden bisher nur wenige Studien zu interkulturellen ethischen Konflikten durchgeführt; es besteht daher nach wie vor ein Forschungsdesideratum. Die Vermutung liegt nahe, dass die geplanten Experteninterviews die oben vorgestellten Ergebnisse zum einen bestätigen und zum anderen mögliche Empfehlungen und Kri-

terien zur Prozessoptimierung liefern. Vereinzelt orientieren sich Klinische Ethikgremien bereits an Modellen wie dem Cultural Engagement-Model. Die Erfahrungen mit solchen Modellen, die mithilfe der Interviews dokumentiert werden, können als Basis dienen für die Formulierung von Kernkompetenzen und Leitlinien.

S5.1 Plurivoke Gerechtigkeit. Ein interkultureller Vergleich des „Prinzips“ der Gerechtigkeit in der Medizinethik

L. Kaelin

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

Die Frage nach der Universalität medizinischer Prinzipien entzündet sich häufig am Begriff der Autonomie, welcher – so eine häufige These – nur modifiziert für andere Kulturkreise Gültigkeit besitzt. Im Schatten dieser Diskussion ist nach der Universalität eines zweiten prominenten Prinzips der Medizinethik zu fragen, nämlich jenem der Gerechtigkeit. Von der Sozialphilosophie herkommend hat sich eine rege Diskussion zum schillernden Begriff der Gerechtigkeit im Sozialwesen und Gesundheitssystem entwickelt. Den verschiedenen Gerechtigkeitsbegriffen – Verfahrens-, Bedarfs-, Chancen- und Teilhabe-gerechtigkeit – ist ihre abstrakt-egalitäre Grundstruktur gemein. Bei all diesen Gerechtigkeitsbegriffen wird verlangt von persönlichen Verpflichtungen, Verbindlichkeiten und Beziehungen zu abstrahieren. Ein solcher abstrakter Egalitarismus wird jedoch von einem personenzentrierten Begriff von Ethik- bzw. Medizinethik, welcher vor allem in weiten Teilen Asien vorherrschend ist, in Frage gestellt. Die Bedeutung von persönlichen und/oder familiären Verbindlichkeiten und Beziehungen rückt egalitäre Gerechtigkeitsnormen in den Hintergrund.

Anhand eines Vergleiches des Gerechtigkeitsprinzips im westlichen und asiatischen bioethischen Diskurs wird der Frage nach der Universalität bzw. kulturellen Relativität dieses Prinzips – und der Frage, ob das

Verständnis von Gerechtigkeit als Prinzip dem asiatischen Diskurs gerecht wird – nachgegangen. Der vorschnelle Verdacht der Korruption beziehungsweise der Verweis auf eine wie auch immer geartete Vormoderne, welche im Zusammenhang mit einem Personalismus schnell zur Hand sind, soll dabei hinten angestellt werden. Zuerst geht es um eine deskriptive Beschreibung der Normen und Werten einer Konzeption von Medizinethik, welche sich stärker im Sinne einer personenzentrierten Tugendethik an der Qualität interpersoneller Beziehungen orientiert. Dabei spielt der Einfluss des sozialen Umfeldes auf die Medizinethik und die Wechselwirkung dazwischen eine unhintergehbare Rolle. Die Gefahr eines kulturellen Essentialismus sei es im asiatischen oder westlichen Kulturkreis als auch dem Schein kultureller Homogenität gilt es zu entsagen. Jedoch lassen sich unterschiedliche Ausformungen von Gerechtigkeit identifizieren, wie sie in der Medizinethik auf verschiedenen Ebenen auftreten.

S5.2 Über Gartenzaun-Intuitionen und globale Hilfsverpflichtungen

L. Pollmeier

Abteilung Ethik und Geschichte der Medizi, Universität

Wenn wir einen schriftlichen Spendenaufruf, in dem wir um Geld für Impfprogramme in der Dritten Welt gebeten werden, bedenkenlos in den Abfall werfen, liegen diesem Verhalten Intuitionen darüber zugrunde, dass wir nicht für die Notleidenden in der Ferne zuständig sind und sie uns aufgrund der großen Entfernung nur wenig angehen. Wenn wir ihnen dennoch zu Hilfe kommen, wird dies oftmals nicht für die Erfüllung unserer Pflicht gehalten, sondern für eine supererogatorische Tat.

Aufgrund der großen Entfernung zu den Notleidenden in den Entwicklungs- und Schwellenländern, die in keiner persönlichen Beziehung zu uns stehen, sehen wir uns im Alltag oftmals verleitet, ihre Not als außerhalb unseres eigenen Zuständigkeits-

bereiches anzusehen. Bei Fremden in Not, die sich unserer Umgebung befinden, fallen die Intuitionen anders aus; hier sind wir eher bereit, die moralische Zuständigkeit anzuerkennen. Diese Auffassung moralischer Zuständigkeit beinhaltet die Vorstellung, dass Hilfspflichten an einem arbiträren Punkt in der Ferne enden. Obwohl Peter Singer schon vor über dreißig Jahren dafür argumentiert hat, dass die Entfernung kein brauchbares Kriterium ist, um moralische Grenzen zu ziehen, und sich unsere Hilfspflicht auf jeden Notleidenden erstreckt, halten sich die Intuitionen über die räumliche Begrenzung unserer Hilfspflicht hartnäckig. Zwar ist der Gehalt dieser Intuitionen zweifelhaft, dennoch sind sie uns gewissermaßen willkommen, da sie uns einen Schutz davor bieten, die häufig als „overdemanding“ empfundenen utilitaristischen Forderungen akzeptieren zu müssen. Da die genannten Intuitionen seit vielen Jahren dem Anerkennen globaler Hilfsansprüche entgegenstehen, halte ich es für angemessen, ihnen etwas Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. In diesem Rahmen möchte ich aufzeigen, dass sie bei näherem Hinsehen nicht als echter Schutzwall taugen. Allenfalls haben sie die Qualität eines Gartenzauns, der keinen reellen Schutz bietet, leicht einzureißen ist und daher nur symbolisch Grenzen absteckt. Eine große Schwierigkeit beim Abgleich der Intuitionen über Hilfspflichten in der Nähe und der Ferne ist die fehlende Äquivalenz der Beispiele. Unsere Hilfsverpflichtung gegenüber dem Ertrinkenden in der Nähe lässt sich schlecht mit der Hilfsverpflichtung gegenüber dem Verhungernden in der Ferne vergleichen. Dieses Problem erkennt auch Frances Myrna Kamm, auf deren angeglichene Beispielszenarien ich mich im Verlauf stützen werde. Im Gegensatz zu Kamm, die in ihren Beispielen eine Bestärkung der Intuition über die räumliche Endlichkeit von Hilfspflichten findet und die Auffassung vertritt, dass sich unsere Pflicht zur Hilfe ausgehend von uns in einem bestimmten Radius auf unsere Umwelt erstreckt, verwende ich ihre Beispiele, um für das Gegenteil zu plädieren. Ich

werde analytisch zeigen, dass sich die vermeintlichen Intuitionen über die Grenzen unserer moralischen Zuständigkeit auf Aussagen über die Dringlichkeit der Situation, die erwartete Effektivität der Hilfe und die Determiniertheit der Hilfspflichten zurückführen lassen. Bei meiner Argumentation ziehe ich Peter Unger heran, der seinerseits das Verhältnis von Intuitionen zu Dringlichkeit reflektiert hat. Wenn wir entscheiden müssen, wem wir zuerst helfen sollen, liefert uns die räumliche Entfernung ebenso wenig ein brauchbares moralisches Kriterium wie die räumliche Nähe. In einem solchen Fall können wir allenfalls pragmatische Aspekte zu Rate ziehen.

S5.3 Vergleich der normativen Basis der Methodik für Kosten-Wirksamkeits-Analysen von NICE in England, IQWiG in Deutschland und des Medical Board in der Schweiz

M. Baumann (✉), A.U. Gerber, H. Bohnenblust, P. Hitz, R. Baumann-Hölzle

Rechtswissenschaftliches Institut, Universität Zürich

Die Schere zwischen den medizinischen Therapiemöglichkeiten auf der einen und den Finanzierungsmöglichkeiten und dem Zahlungswillen der Bevölkerung auf der anderen Seite wird in den meisten Ländern weltweit zunehmend zu einem Problem. Vor diesem Hintergrund wurden in verschiedenen Ländern Gremien gegründet, welche das Kosten-Wirksamkeitsverhältnis von medizinischen Leistungen miteinander vergleichen – in England das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) und in Deutschland das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). In der Schweiz ist 2007 im Kanton Zürich das so genannte Medical Board mit dem gleichen Ziel gegründet worden. Nach einer eineinhalbjährigen Pilotphase – die entsprechenden Ergebnisse sind auf der Internetseite der Gesundheitsdirektion Zürich (www.gd.zh.ch) zugänglich – hat es 2010 den Regelbetrieb

aufgenommen. Dieser Beitrag vergleicht die normative Basis der methodischen Ansätze des NICE, des IQWiG und des Medical Board und versucht kulturspezifische Aspekte der verschiedenen Gremien herauszuarbeiten. Basis dieser Analyse bilden die Erfahrungen der Autoren, die Teil des Projektteams des Medical Board sind. Das Medical Board beurteilt medizinische Therapieangebote nach ihrem Kosten-Wirksamkeitsverhältnis im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten. Die Bearbeitung von Fragen dieser Art schafft Grundlagen für die Wahl der geeigneten Therapieform und trägt somit zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei. Der normative Rahmen des Medical Board ist das Kranken-Versicherungsgesetz (KVG) in der Schweiz, welches medizinische Leistungen nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit beurteilt. Aufgabe des Medical Board ist es, den Mehrwert eines Therapieangebotes in Form eines besseren Kosten-Nutzen-Verhältnisses zu untersuchen. Das Medical Board arbeitet interdisziplinär mit unabhängigen Experten aus den Bereichen Medizin, Ethik, Recht, Ökonomie und nach einer klar festgelegten Methodik. Die Bearbeitung von Fragen dieser Art dient nicht nur der Eindämmung der Kostenentwicklung. Sie schafft auch Grundlagen für die Wahl der geeigneten Therapieform und trägt somit zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei, indem bekannt wird, dass eine verträglichere Behandlung den gleichen oder gar einen höheren Nutzen stiftet. Die Empfehlungen des Medical Board unterstützen somit die Ärztinnen und Ärzte sowie die Patientinnen und Patienten bei der Wahl einer sowohl wirksamen als auch zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung.

S6.1 Ein utilitaristischer Ansatz für medizinische Forschung in Entwicklungsländern? Ausbeutung nach Wertheimer und fairer Nutzen nach Emanuel et al.

H.-J. Ehni

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Tübingen

Einige prominente Autoren (Ezekiel Emanuel, David Wendler, Carol Grady, Franklin Miller, Alan Wertheimer) am Department of Clinical Bioethics, National Institutes of Health haben in mehreren neueren Werken einen neuen systematischen, ethischen Rahmen zur klinischen Forschung vorgestellt. Dieser Ansatz wurde in einem programmatischen Aufsatz (Emanuel et al. 2004) auf die Problematik der Forschung in Entwicklungsländern übertragen. Obwohl dieser Ansatz auf acht Prinzipien (collaborative partnership, social value, scientific validity, fair participant selection, favourable risk-benefit ratio, independent review, informed consent, and respect for participants) beruht, die als solche unumstritten sind und insbesondere die partnerschaftliche Kooperation betont, kann er zu problematischen Schlussfolgerungen führen.

So lässt sich in vielen Fällen auf dieser Grundlage nicht begründen, weshalb Forschung nicht in Entwicklungsländern durchgeführt werden soll, bei der 1. eine sonst erhältliche Therapie durch Placebo ersetzt wird und 2. die nicht das Ziel verfolgt, eine Intervention zu entwickeln, die im Gastland der Forschung zur Verfügung stehen soll. Diese Position liegt jedoch vielen einflussreichen Stellungnahmen bzw. Richtlinien zu diesem Thema zugrunde (z.B. des Nuffield Council, des NBAC, der European Group on Ethics und des Council of International Organizations of Medical Sciences). Gegen diese Ansicht argumentieren einige der genannten Autoren, dass sie auf fragwürdigen Voraussetzungen beruhe, die insbesondere in einem ihnen zufolge unzulänglichen Begriff der Ausbeutung und fragwürdigen Kriterium der „reasonable Availability“. Dementsprechend schlagen sie Alternativen vor: Alan Wert-

heimers Konzeption der Ausbeutung und den „fair benefits account“. Beide Konzeptionen beruhen auf utilitaristischen Grundannahmen und Argumenten, die detailliert analysiert und kritisiert werden sollen. Dabei soll insbesondere untersucht werden, welche Grundauffassung zur ethischen Problematik medizinischer Forschung hinter dem erwähnten Ansatz steht, inwiefern dieser selbst insgesamt als utilitaristisch zu charakterisieren ist und was eine überzeugende Alternative dazu leisten muss.

S6.2 Diversität der nationalen Regulierung von Forschung in der EU – das Beispiel der genetischen Forschung an menschlichem Gewebe

C. Lenk

Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Göttingen

Die genetische und molekularbiologische Analyse menschlichen Gewebes zählt aktuell zu den wichtigsten Ansätzen der medizinischen Forschung. Dabei geht es nicht nur z.B. um die Genetik einzelner Gewebetypen wie in der Tumorforschung, sondern zunehmend auch um genetische Veränderungen bei bestimmten Patientengruppen wie etwa HIV-Patienten oder die Identifikation genetischer Eigenschaften in der Normalbevölkerung in sogenannten „Biobanken“. Forschung an menschlichem Gewebe eröffnet aus Sicht der Medizinethik zugleich den Blick auf unterschiedlichste interessante Teilbereiche wie Eigentumsfragen an menschlichem Gewebe und Körpermaterialien, die Gestaltung der Einwilligung für zukunfts offene Forschungsprojekte (*specific* oder *broad consent*), die Weitergabe und Kontrolle individueller Gesundheitsdaten sowie die potenzielle Teilhabe der Spender an den Forschungsergebnissen und –erfolgen (*benefit sharing*). Das Beispiel der genetischen Forschung an menschlichem Gewebe verweist im europäischen Vergleich auf die Existenz unterschiedlicher Forschungstraditionen, die sich entscheidend auf die Gestaltung ethischer und rechtlicher Berei-

che auswirken. So haben etwa die skandinavischen Länder eine lange und positiv besetzte Tradition der epidemiologischen Forschung, die sich in einer entsprechenden Relativierung der Individualrechte in der Forschung mit menschlichem Gewebe und in Biobanken äußert. Die gemeinsame europäische Tradition der Menschenwürde findet ihren ganz unterschiedlichen Niederschlag bei Fragen der Nicht-Kommerzialisierbarkeit des menschlichen Körpers in Ländern wie Großbritannien, Deutschland oder Frankreich. Schließlich prägen unterschiedliche nationale Entwicklungen und Erfahrungen den Umgang mit sensiblen persönlichen Daten. Hier gelten insbesondere die deutschsprachigen Länder als Vorreiter auf dem Gebiet des Persönlichkeitsschutzes. Im Vortrag werden die genannten Bereiche exemplarisch mit ihren Auswirkungen auf die Medizinethik erläutert und die nationalen Differenzen im Vergleich analysiert. Abschließend sollen verschiedene Optionen diskutiert werden, mit dieser vorhandenen Diversität der Regulierung im Rahmen der Europäischen Union umzugehen. Die regulatorische Entwicklung zur Gewebeforschung in den Ländern der Europäischen Union kann als Beispiel für einen Globalisierungs- und Integrationsprozess gelten, der die Praxis der medizinischen Forschung tiefgreifend verändern wird.

S6.3 Besteht eine Verpflichtung, Studienteilnehmern nach Studienende den Zugang zum Studienmedikament sicher zu stellen? Eine systematische Übersicht zu Pro – und Contra Argumenten

D. Strech (✉), N. Sofaer

Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund: In den letzten 10 Jahren wurde kontrovers diskutiert, ob Probanden in klinischen Studien auch nach Studienende der Zugang zum Studienmedikament weiterhin ermöglicht werden sollte (post trial access, PTA-Verpflichtungen) und wenn ja

wie. Diese Fragestellung entsteht insbesondere im Kontext multinationaler Forschung, insbesondere wenn Entwicklungsländer eingebunden sind. Es existieren verschiedene nicht-systematische Übersichtsarbeiten, welche beanspruchen, die Diskussion zu dieser Fragestellung wiederzugeben. Bisher gibt es jedoch keine systematische Übersicht (systematic reviews, SR), welche genauen Angaben zu den in der Literatur beschriebenen Argumenten und Gründen für oder gegen PTA-Verpflichtungen macht. Dies ist zunächst nicht verwunderlich, denn SR, die zur Darstellung von Ergebnissen klinischer Studien weit verbreitet sind, gibt es bislang für Argumente und Gründe in der ethischen Literatur auch für keine andere Fragestellung. Insbesondere für solche ethischen Fragestellungen, welche von internationaler und interkultureller Bedeutung sind und in bedeutsamen Ethikleitlinien (z.B. Deklaration von Helsinki) berücksichtigt werden, erscheint die Methode von SR zu ethisch relevanten Argumenten prinzipiell praxisrelevant. *Ziele:* (1) Beantwortung der Frage: „Welche Gründe wurden für die Position genannt, dass es PTA-Verpflichtungen hinsichtlich der Studienmedikation geben oder nicht geben sollte?“ (2) Aufzeigen von Möglichkeiten und Herausforderungen beim Übertragen der SR-Methodik ethisch-argumentative Literatur. *Methodik:* Wir durchsuchten systematisch MEDLINE und andere elektronische Datenbanken, sowie Schlüsselwerke der Forschungsethik und die Bibliographien der von uns einbezogenen Quellen. Anhand von Titel, Abstract und Schlüsselwörtern wurden, basierend auf explizite Vorgaben, Quellen mit potentieller Relevanz für die Reviewfrage ausgewählt, im Volltext gelesen und bei Vorhandensein von relevanten Argumenten final in den SR eingeschlossen. Die Autoren extrahierten unabhängig Argumente und weitere Daten von 5 ausgesuchten Quellen und diskutierten Diskrepanzen in der Informationsextraktion. Nachdem Einigkeit über die Informationsextraktion bestand extrahierte eine Person (NS) aus den verbliebenen Quellen relevante Informationen

und die andere Person (DS) überprüfte die Informationsextraktion. Methodische Herausforderungen wurden begleitend zur Auswertung dokumentiert. *Ergebnisse:* Es wurden 75 Quellen eingeschlossen. Diese nannten insgesamt 34 allgemeine und 237 spezifische Argumente. Keine der eingeschlossenen Quellen enthielt mehr als 21 allgemeine und 67 spezifische Argumente. Die häufigsten allgemeinen Argumente waren Ausnutzung vermeiden (96 Argumente), Stake-holder Interessen (85) logistische Hindernisse (73) und Rollenverständnis (73); jedes dieser allgemeinen Argumente wurde in seinen spezifischen Varianten als Grund sowohl für als auch gegen PTA-Verpflichtungen angeführt. Unterschiede innerhalb der Quellen in Bezug zu den Konsequenzen (für/gegen PTA-Verpflichtungen) erklären sich zum Teil aus verschiedenen Interpretationen der Argumente, ihrer zugrundeliegenden Konzepte und den jeweiligen Hypothesen im Hinblick auf Kosten, Durchführbarkeit und Legalität von PTA-Verpflichtungen. Die häufigste Schlussfolgerung war, dass PTA manchmal aber nicht immer gewährt werden sollte (45 Quellen, 60%). Quellen, die sich für diese Position aussprachen, nannten verschiedene verantwortliche Personen und Institutionen (agents). Die Qualität der Argumentationen variierte zum Teil offensichtlich, konnte aber aufgrund fehlender Standards für argumentative Qualität nicht als Ausschlusskriterium fungieren. *Schlussfolgerungen:* Weitere Forschung zu Ethik, Kosten, Durchführbarkeit und Legalität von PTA-Verpflichtungen ist notwendig. SR zur ethisch-argumentativen Literatur befördern die Sachkundigkeit und Ausgewogenheit von Entscheidungen. Wir empfehlen die Nutzung von SR u.a. bei der Erstellung von international bedeutsamen Leitlinien zur Forschungsethik. Die Anwendbarkeit von SR in anderen Bereichen wie klinische Ethik und Bioethik bedarf weiterer Untersuchungen.

