

Gibt es eine Pflicht zur medizinischen Forschung?

Dietmar Hübner, Bonn

1. Einführung

Die Ethik der Forschung ist stets eines der zentralen Themen innerhalb der bioethischen Debatte gewesen. Insbesondere die Frage nach der grundsätzlichen bzw. einzelfallbezogenen Legitimität von medizinischer Forschung am Menschen gehört zu den geradezu klassischen Problemkreisen der modernen Bioethik, und die Entwicklung von Prinzipien und Beurteilungen etwa für die Forschung an Nichteinwilligungsfähigen oder für die fremdnützige Forschung macht einen durchgehend bedeutenden Anteil ihrer Betätigung aus.

Überlegungen zu einer Ethik der Forschung wurden vereinzelt bereits im 19. Jahrhundert angestellt. Verstärkt und systematisch angegangen wurde dieses Gebiet jedoch erst aufgrund der historischen Erfahrung von eklatanten Rechtsverletzungen im Verlauf von medizinischen Humanexperimenten, die vor allem in den totalitären Regimes des 20. Jahrhunderts, mitunter allerdings auch in demokratischen Gesellschaften zu beobachten waren.¹ Die Ergebnisse dieser Überlegungen haben ihren Niederschlag unter anderem in einer Reihe von nationalen und internationalen forschungsethischen Kodices gefunden, die von verschiedenen Organisationen aufgestellt worden sind und die teilweise beständig fortgeschrieben werden. Als Reaktion auf die angesprochenen Rechtsverletzungen

1 Einen historischen Überblick über Missbrauchserfahrungen und ethische und rechtliche Konsequenzen hieraus geben: George J. Annas/Michael A. Grodin (Hg.), *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. Human Rights in Human Experimentation*, New York/Oxford 1992; Baruch Brody, *The Ethics of Biomedical Research. An International Perspective*, New York/Oxford 1998, 31-37; Albert R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, New York/Oxford 1998, 125-165; Jay Katz, *Experimentation with Human Beings. The Authority of the Investigator, Subject, Professions, and State in the Human Experimentation Process*, New York 1972, 283-321; Paul M. McNeill, *The Ethics and Politics of Human Experimentation*, Cambridge 1993, 15-50; Jonathan D. Moreno, *Undue Risk. Secret State Experiments on Humans*, New York/London 2001; Maurice Henry Pappworth, *Human Guinea Pigs. Experimentation on Man*, London 1967; Kristin Shrader-Frechette, *Ethics of Scientific Research*, Lanham 1994, 1-21; Gerhard Baader, „Medizinische Menschenversuche im Nationalsozialismus“, in: Hanfried Helmchen/Rolf Winau (Hg.), *Versuche mit Menschen in Medizin, Humanwissenschaft und Politik*, Berlin/New York 1986, 41-82; Henry K. Beecher, „Ethics and Clinical Research“, in: *The New England Journal of Medicine* 274 (1966), 1354-1360; Allan M. Brandt/Lara Freidenfelds, „Research Ethics after World War II: The Insular Culture of Biomedicine“, in: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 6 (1996), 239-243; Paul M. McNeill, „Experimentation on Human Beings“, in: Helga Kuhse/Peter Singer (Hg.), *A Companion to Bioethics*, Oxford/Malden 1998, 369-378; Jonathan D. Moreno/Susan E. Lederer, „Revising the History of Cold War Research Ethics“, in: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 6 (1996), 223-237.

formulieren diese Kodices vor allem Prinzipien, die individuelle Schutzansprüche menschlicher Probanden für den speziellen Zusammenhang medizinischer Forschung festschreiben.²

Versucht man, das moralische Gefüge der in diesen Kodices angelegten Forschungsethik etwas genauer zu umreißen, so sieht das Ergebnis in erster Näherung wie folgt aus: Der Forscher kann sich in seiner Tätigkeit auf ein grundrechtlich zugesichertes *Recht auf Forschung* berufen, das jedoch hinter den Selbstbestimmungs- und Unverletzlichkeitsrechten von Probanden systematisch zurückstehen muss. Ähnlich wird auch im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland die Freiheit von Wissenschaft und Forschung zwar nicht einfach unter die allgemeinen Freiheits- und Entfaltungsrechte von Art. 2 GG subsumiert, sondern in Art. 5 Abs. 3 GG eigenständig erwähnt und damit in ihrer persönlichen wie gesellschaftlichen Bedeutung ausdrücklich affirmiert. Dabei bleibt jedoch der Wortlaut eindeutig der Logik eines Rechts auf Forschung verpflichtet, das an dem Würde- und Lebensschutz von Probanden seine kategorische Grenze finden muss und daher im Sinne der genannten Regelungen des Probandenschutzes eingeschränkt werden kann.³

Indessen hat es auch immer wieder Kritik an dieser klassischen Konzeption der Forschungsethik gegeben. Eine Reihe von Autoren hat die Perspektive eines grundsätzlich begrenzbaren Rechts auf Forschung als vom Ansatz her einseitig erachtet und die hieraus abgeleiteten Beschränkungen der Forschungsfreiheit für in der Konzeption überzogen, in der Auswirkung hinderlich sowie in der Dynamik unkontrollierbar und selbstbeschleunigend erklärt.⁴ Insbesondere in jüngerer Zeit scheint ein diesbezüglicher Umschwung in der moralischen Einschät-

2 Hierzu gehören vor allem: World Medical Association (WMA), *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* (1964, 1975, 1983, 1989, 1996, 2000), <http://www.wma.net>; Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* (1993, 2002), <http://www.cioms.ch>; Nuremberg Military Tribunal, „Nuremberg Code“ (1947), in: Warren T. Reich (Hg.), *Encyclopedia of Bioethics*, Bd. 5, New York 1995, 2763-2764; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, „The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research“ (1979), in: a. a. O., 2767-2773; Council of Europe, „Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine“ (1997), in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 2 (1997), 285-303.

3 „Kunst und Wissenschaft, Forschung und Lehre sind frei. Die Freiheit der Lehre entbindet nicht von der Treue zur Verfassung.“ (Art. 5 Abs. 3 GG.) Diese spezielle Erwähnung der Forschungsfreiheit ist dann auf die allgemeine Begrenzung der je eigenen Freiheitsentfaltung durch die Persönlichkeitsrechte anderer zu beziehen (vgl. Art. 2 GG).

4 Diese Position findet sich etwa bei: Geoffrey Edsall, „A Positive Approach to the Problem of Human Experimentation“, in: Paul A. Freund (Hg.), *Experimentation with Human Subjects*, New York 1969, 276-292; Edward L. Pattullo, „Who Risks What in Social Research?“, in: *The Hastings Center Report* 10, H. 2 (1980), 15-18; Philip Pettit, „Instituting a Research Ethic: Chilling and Cautionary Tales“, in: *Bioethics* 6, H. 2 (1992), 89-112.

zung von Forschung stattzufinden. Während früher etwa großes Gewicht darauf gelegt wurde, Forschung für bestimmte verletzliche Probandengruppen generell auszuschließen, so werden inzwischen verstärkt Stimmen laut, die gerade umgekehrt Forschung für die entsprechenden vernachlässigten Patientengruppen nachdrücklich einklagen, wobei sie im Interesse dieser Patienten gewisse bislang anerkannte Schutzstandards für Probanden zu relativieren bereit sind.⁵

Bei genauerem Hinsehen dokumentiert sich in solchen Einstellungen nicht nur eine abweichende materiale Beurteilung von Forschung, sondern eine ganz neue formale Konzeptualisierung des Problems: Moralischer Ausgangspunkt ist nicht mehr die negative Beschränkung des Rechts auf Forschung mit Rücksicht auf die Rechte von Probanden, sondern die positive Anmahnung einer *Pflicht zur Forschung* mit Rücksicht auf die Ansprüche von Patienten. In diesem Sinne fordert auch die Deutsche Forschungsgemeinschaft in einer jüngeren Stellungnahme, bestimmte innovative Forschungsvorhaben nicht durch zu große forschungsethische Einschränkungen zu behindern. Und um dieser Forderung Nachdruck zu verleihen, appelliert sie nicht allein an die Respektierung einer negativen Forschungsfreiheit, sondern ausdrücklich an die Berücksichtigung einer positiven Forschungspflicht.⁶

Ein solcher Übergang von der Perspektive eines Rechts auf Forschung zur Perspektive einer Pflicht zur Forschung läuft offenbar darauf hinaus, nicht nur punktuelle Umgewichtungen in der Forschungsmoral anzumahnen, sondern eine generelle Neustrukturierung der Forschungsethik einzuleiten. Insbesondere ist hierbei die Intention erkennbar, dem Aspekt des Probandenschutzes nicht nur quantitative Abschwächungen aufzuerlegen, sondern ihn einer qualitativen Relativierung zu unterziehen. Die Hoffnung, dass diese Relativierung mit der Rede von einer Pflicht zur Forschung gelingen könnte, wirkt auf den ersten Blick durchaus berechtigt: Eine Pflicht zur Forschung scheint der Forschung nicht allein eine größere moralische Dignität zu verleihen, als ein bloßes Recht auf Forschung dies tun könnte, sondern genauer dem herkömmlichen, restriktiven Aspekt des Probandenschutzes ein eigenständiges, moralisches Gegengewicht

5 Eine Bestandsaufnahme dieses Umschwungs ist zu finden in: Anna Mastroianni/Jeffrey Kahn, „Swinging on the Pendulum. Shifting Views of Justice in Human Subjects Research“, in: *The Hastings Center Report* 31, H. 3 (2001), 21-28.

6 „Die dargestellten Ziele der wissenschaftlichen Forschung sind als solche nicht nur ethisch und verfassungsrechtlich vertretbar, sondern geboten, denn die Verbesserung der medizinischen Versorgung des Menschen ist eine Aufgabe, der die medizinische Forschung verpflichtet ist.“ (Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), „Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Forschung mit menschlichen Stammzellen“, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 6 (2001), 349-385, hier 361) Diese spezielle Stellungnahme zur Forschung an embryonalen Stammzellen fügt sich in allgemeine Forderungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft nach geringerer Forschungsbehinderung in Deutschland ein (vgl. Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), *Forschungsfreiheit. Ein Plädoyer für bessere Rahmenbedingungen der Forschung in Deutschland*, Weinheim 1996).

zu verschaffen. An die Stelle einer Forschungsfreiheit, deren Ausübung oder Nichtausübung letztlich der subjektiven Entscheidung des Einzelnen überlassen bleibt und die somit im moralischen Konfliktfall zu einer weitgehend defensiven Position verurteilt ist, wird eine Forschungsverpflichtung gesetzt, die eine objektive Anforderung darstellt und daher im moralischen Konfliktfall eine durchaus offensive Vertretung erlaubt. Gewiss wird es auf diese Weise nicht gelingen, die Grenzen des Probandenschutzes völlig zurückzudrängen, insofern die von ihm garantierten elementaren Rechte von solchen Überlegungen nicht gänzlich marginalisiert werden können. Aber immerhin wird eine grundsätzlich neue Konstellation der moralischen Ausgangsforderungen hergestellt, von der man erwarten könnte, dass innerhalb ihrer auch Abwägungen von Forschungsinteressen einerseits und Probandenbelangen andererseits sich in völlig neuer Weise vollziehen müssten. Denn während die bloße Forschungsfreiheit – bei aller Affirmation, die ihr durch ihre hervorgehobene Stellung etwa im Grundgesetz zukommen mag – systematisch allein ein passives Ausübungsrecht für eine nach eigenem Gutdünken wählbare oder verzichtbare Tätigkeit bezeichnet, würde eine Forschungsverpflichtung dieser Tätigkeit eine eigene moralische Dringlichkeit zusprechen, auf die ihre Ausübenden sich im Sinne einer von ihnen zu erfüllenden sittlichen Aufgabe aktiv berufen könnten. Und während das bloße Recht auf Forschung den elementaren Persönlichkeitsrechten anderer durchgehend nachzuordnen sein wird und daher insbesondere an dem Komplex des Probandenschutzes seine unverrückbare Grenze finden muss, würde eine Pflicht zur Forschung – so könnte man hoffen, wenn man sich den oben erwähnten Kritikern anschließt – am Ende vielleicht auch gegenüber dem Probandenschutz eine ganz neue Art von Abwägung einläuten.

Die folgenden Überlegungen werden versuchen, in die skizzierte Argumentationslage ein wenig Licht zu bringen, indem sie das Verhältnis von Rechten und Pflichten mit Blick auf die medizinische Forschung einer systematischen Analyse unterziehen. Dabei werden sie sich genauer den beiden Fragen widmen, die mit der beschriebenen Diskussion innerhalb der Forschungsethik aufgeworfen worden sind: Erstens werden sie zu klären versuchen, ob eine Pflicht zur medizinischen Forschung *begründet* werden kann und welche genaue Form diese Pflicht hätte. Zweitens werden sie untersuchen, ob diese Pflicht zur Forschung tatsächlich geeignet wäre, den Aspekt des Probandenschutzes zu *relativieren*. Das grundsätzliche Ergebnis darf hier bereits vorweggenommen werden: Die erste Frage ist durchaus zu *bejahen*, d. h. von einer Pflicht zur Forschung kann gesprochen werden, und unter bestimmten Bedingungen sogar von einer – systematisch besonders starken – individuellen Rechtspflicht zur Forschung. Die zweite Frage ist hingegen zu *verneinen*, d. h. diese Pflicht zur Forschung kann keinesfalls den Komplex des Probandenschutzes zurückdrängen, sondern wird in bestimmten Fällen sogar – sehr überraschend und ironischerweise ganz entgegen der Intention ihrer Proponenten – zu einer empfindlichen Verschärfung der Forderungen dieses Komplexes führen.

Dabei wird die vorliegende Untersuchung in zweifacher Hinsicht eine ‚neuzeitliche‘ Perspektive einnehmen. Erstens wird die Diskussion im Vokabular der modernen politischen Ethik geführt werden: Es wird nach *Rechten und Pflichten* sowie deren *Verhältnis zueinander* im Bereich der Forschung gefragt werden. Forschung wird somit in den Zusammenhang einer allgemeinverbindlichen Rechtsmoral gestellt und ihr spezifisches Moralegefüge im Hinblick auf einklagbare Verpflichtungen zu beleuchten gesucht.⁷ Zweitens wird die Analyse sich an einer modernen Auffassung von Forschung selbst orientieren: Gemäß dieser Auffassung steht Forschung (zwar womöglich nicht in der Zielgebung des individuellen Forschers, wohl aber in der Rechtfertigung des kollektiven Forschungssystems) grundsätzlich unter dem Aspekt der *Anwendung*, begreift sich also nicht als Selbstzweck, sondern als Mittel zum Zweck einer Verbesserung von Lebensverhältnissen. Überdies ist sie wesentlich der Methode des *Experiments* verpflichtet, stützt sich also nicht auf einen passiv-kontemplativen, sondern auf einen aktiv-manipulierenden Zugang zu ihrem Gegenstand (so dass nicht erst ihr sinngebendes Ziel, die Anwendung, sondern auch das hierfür eingesetzte Mittel, der Vollzug der Forschung selbst, einer ethischen Bewertung unterliegt).⁸ Beide Aspekte – die Terminologie von Rechten und Pflichten sowie die Konzeption von Anwendung und Experiment – scheinen der vorgegebenen Fragestellung und dem Selbstverständnis moderner medizinischer Forschung angemessen zu sein.

2. Zur Semantik von Rechten und Pflichten

Ehe auf den speziellen Bereich medizinischer Forschung eingegangen wird, ist es angeraten, sich zunächst skizzenhaft die allgemeine Zusammenhangsstruktur von Rechten und Pflichten zu vergegenwärtigen. Dies mag den Zugang zum

7 Vgl. Otfried Höffe, „Wann ist eine Forschungsethik kritisch? Plädoyer für eine judikative Kritik“, in: Jean-Pierre Wils/Dietmar Mieth (Hg.), *Ethik ohne Chance? Erkundungen im technologischen Zeitalter*, 2. Aufl. Tübingen 1991, 109-129, hier 119, 122. Medizinische Forschung demgegenüber entweder als transethische gesellschaftliche Notwendigkeit oder aber als supererogatorisches persönliches Opfer darzustellen (so die Alternativen etwa bei Hans Jonas, „Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects“, in: Paul A. Freund (Hg.), *Experimentation with Human Subjects*, New York 1969, 1-31), würde sie dieser rechtsethischen Perspektive weitgehend entziehen. Entsprechend bliebe sie im Rahmen einer solchen Konzeption dem wesentlichen Vokabular moderner Ethik unzugänglich.

8 Vgl. Hans Jonas, „Freedom of Scientific Inquiry and the Public Interest“, in: *The Hastings Center Report* 6, H. 4 (1976), 15-17, hier 16f. Eine antike Auffassung von Forschung, die sich als reiner Erkenntnisgewinn selbstzwecklich verstand und als theoretische Kontemplation weitgehend eingrifflos blieb (so die Darstellung etwa bei Otfried Höffe, Art. „Forschungsethik“, in: *Lexikon der Bioethik*, Bd. 1, Gütersloh 1998, 765-769), würde im Rahmen der gleich zu skizzierenden Klassifikationen unter dem Stichwort einer Pflicht ohne korrespondierende Rechte erscheinen, d.h. als individuelle bzw. kollektive Tugendpflicht. Hingegen wird sich das neuzeitliche Forschungsverständnis, namentlich im medizinischen Bereich, auf entsprechende Rechte gründen lassen.

eigentlichen Thema dieser Untersuchung ein wenig verzögern, rechtfertigt sich aber dadurch, dass so gut wie alle der im Folgenden aufgeführten allgemeinen Aspekte in der speziellen Analyse der medizinischen Forschung wiederkehren werden. Es wird daher letztlich der Übersichtlichkeit und auch der Kürze dieser Untersuchung dienen, jene Zusammenhänge stichwortartig im Gesamtüberblick darzustellen, statt sie nach und nach an den geeigneten Stellen einzustreuen.⁹

Bei der Analyse von Rechten und Pflichten ist besonders wichtig, zwischen der Ebene der Individuen und der Ebene der Kollektive zu unterscheiden und gewisse Asymmetrien in den Blick zu nehmen, die auf diesen Ebenen zwischen Rechten und Pflichten bestehen.

Symmetrisch ist das Verhältnis von Individual-Rechten und Individual-Pflichten grundsätzlich bei *negativen Abwehrrechten*: So korrespondiert dem *universellen* Individual-Recht auf körperliche Unversehrtheit eine ebenso *universelle* Individual-Pflicht zur Respektierung dieser körperlichen Unversehrtheit. Diese Symmetrie kann auch bei *positiven Anspruchsrechten* gewahrt sein, vor allem in bestimmten Sozialbeziehungen, wie etwa Vertragspartnerschaften, Familienbindungen oder Notsituationen: Bei einem Kaufvertrag korrespondiert dem *speziellen* Individual-Recht des Verkäufers auf Zahlung die *spezielle* Individual-Pflicht des Kunden zur Zahlung; innerhalb von Familienstrukturen korrespondiert dem *speziellen* Individual-Recht des Kindes auf Fürsorge die *spezielle* Individual-Pflicht der Eltern zur Fürsorge; in einer Gefahrensituation korrespondiert dem *speziellen* Individual-Recht des Betroffenen auf Hilfeleistung eine *spezielle* Individual-Pflicht des Beobachters zur Hilfeleistung.

Asymmetrisch wird das Verhältnis zwischen Individual-Rechten und Individual-Pflichten bei bestimmten anderen *positiven Anspruchsrechten*, vor allem bei der Sicherstellung eines Schutzes von negativen Abwehrrechten oder bei der Bereitstellung einer Basis von materiellen Grundgütern: So korrespondiert dem *universellen* Individual-Recht auf Schutz der körperlichen Unversehrtheit keine *universelle* Individual-Pflicht zur Beteiligung an entsprechenden Sicherheitssystemen; dem *universellen* Individual-Recht auf Gewährleistung einer materiellen Existenzgrundlage korrespondiert keine *universelle* Individual-Pflicht zur Teilnahme an entsprechenden Unterstützungssystemen. Hier werden vielmehr *Kollektiv-Pflichten* relevant, die allein sekundär, über geeignete Institutionalisierungen, wiederum bestimmte Individual-Pflichten begründen können. Demgegenüber werden analoge *Kollektiv-Rechte*, welche die Gemeinschaft unmittelbar gegenüber ihren Mitgliedern geltend machen könnte, nicht postuliert werden

9 Vgl. im Folgenden etwa: Otfried Höffe, *Politische Gerechtigkeit. Grundlegung einer kritischen Philosophie von Recht und Staat*, Frankfurt a. M. 1989, 50-61; Otfried Höffe, *Demokratie im Zeitalter der Globalisierung*, München 1999, 66-79; Wolfgang Kersting, *Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend. Abhandlungen zur praktischen Philosophie der Gegenwart*, Frankfurt a. M. 1997, 74-120; Onora O'Neill, *Tugend und Gerechtigkeit. Eine konstruktive Darstellung des praktischen Denkens*, Berlin 1996, 169-179, 191-199.

können, sondern ihrerseits lediglich als sekundäre Bündelungen von Individual-Rechten zu verstehen sein.

Spricht man bei einem Individuum davon, dass es *Pflichten ohne korrespondierende Rechte* haben könne, so sind damit so genannte ‚Tugendpflichten‘ gemeint, denen zwar eine moralische Begründung gegeben werden kann, denen aber, im Gegensatz zu so genannten ‚Rechtspflichten‘, *keine einklagbaren Ansprüche anderer* entsprechen. Solche Pflichten ohne korrespondierende Rechte spielen für die politische Ethik eine untergeordnete Rolle, da sie zumindest nach *liberaler Auffassung* keine legitime Grundlage für gesetzliche Regelungen darstellen. Sie mögen zwar in allgemein-ethischer Perspektive ein erhebliches moralisches Gewicht haben, objektiven Begründungen zugänglich sein und keineswegs dem allein supererogatorischen Bereich zugehören. Sie bleiben aber in politisch-ethischer Perspektive von nachrangiger Bedeutung, erlauben keine staatliche Intervention und sind im Konfliktfall Pflichten mit korrespondierenden Rechten grundsätzlich unterzuordnen.¹⁰

Spricht man bei einem Individuum davon, dass es *Rechte ohne korrespondierende Pflichten* haben könne, so sind hiermit Rechte gemeint, die zwar keinen Anspruch auf Erfüllung bei einem anderen Individuum begründen, wohl aber einen *Anspruch auf Erfüllung durch ein Kollektiv*. Sofern man nicht einer *individualistischen Auffassung* anhängt und den Gedanken einer solchen kollektiven Verpflichtung für grundsätzlich unangebracht hält, ist der Ausdruck ‚Rechte ohne korrespondierende Pflichten‘ daher irreführend, insofern jede Art von Recht eine korrespondierende Pflicht begründet, entweder bei einem Individuum oder bei einem Kollektiv. In letzterem Fall kann und muss diese Pflicht zwar durch Institutionalisierung sekundär an bestimmte Individuen delegiert werden. Sie hat aber ihren primären moralischen Ort in der Gemeinschaft.¹¹

10 Diese Nachrangigkeit ist haltbar angesichts von Vorwürfen, die Onora O’Neill gegen moderne Gerechtigkeitstheorien erhebt mit dem Hinweis, sie würden die Existenz solcher Pflichten ohne Rechte gänzlich aus dem Blick verlieren (O’Neill, a.a.O., 185f.). Denn es ist durchaus nicht angestrebt, im Sinne *liberalistischer* Theorien Pflichten ohne Rechte aus der Gesamtheit der ethischen Perspektive auszuschließen; vielmehr geht es darum, im Sinne *liberaler* Theorien Pflichten ohne Rechte nicht in den Regelungsbereich der politischen Ethik aufzunehmen. Dass es durchaus legitim ist, eine entsprechende Abstufung von Pflichten mit korrespondierenden Rechten und Pflichten ohne korrespondierende Rechte vorzunehmen und die ersteren den letzteren vorzuordnen, deutet sich auch in O’Neills eigener Terminologie an, wenn sie die Begriffe *vollkommene Pflicht* bzw. *unvollkommene Pflicht* im Sinne dieser Unterscheidung verwendet und die Betrachtung der ersteren für Fragen der *Gerechtigkeit*, die Betrachtung der letzteren für Fragen der *Tugend* als maßgeblich erachtet (a.a.O., 189f.).

11 Diese Auffassung erscheint stimmiger als gewisse Andeutungen bei Onora O’Neill, denen zufolge bei positiven universellen Wohlfahrtsrechten *vor* der Institutionalisierung überhaupt keine korrespondierenden Pflichten bestehen und erst *nach* der Institutionalisierung solche korrespondierenden Pflichten zustande kommen (O’Neill, a.a.O., 174f.). Eine solche Auffassung droht auf einen naturalistischen Fehlschluss hinauszulaufen: Wenn *vor* der Institutionalisierung *überhaupt* keine Pflicht besteht – auch keine Kollektiv-Pflicht *zur Schaffung* von Institutionen –, hingegen *nach* der Institutionalisierung

Pflichten eines Kollektivs können somit aus Rechten eines Individuums entstehen, die keine unmittelbaren Ansprüche bei einem bestimmten anderen Individuum begründen. Fragt man seinerseits wiederum nach möglichen *Pflichten eines Kollektivs ohne solche korrespondierenden Rechte eines Individuums*, so können hier *perfektionistische Ziele* angeführt werden, die sich etwa auf bestimmte kulturelle oder wissenschaftliche Errungenschaften beziehen, ohne dass sich diese auf die Ansprüche Einzelner gründen ließen. Solche Perfektionierungen haben, eben als kollektive Tugendpflichten, einen ähnlich nachrangigen Status wie schon die individuellen Tugendpflichten. Insbesondere müssten sie im Konfliktfall mit kollektiven Rechtspflichten diesen grundsätzlich nachgeordnet werden und könnten für sich genommen keine legitime Grundlage für gesetzliche Regelungen darstellen.

Rechte eines Kollektivs sind demgegenüber zu bestreiten, wenn sie mehr bedeuten sollen als nur ein sekundäres Aggregat der Rechte von Individuen. Die Terminologie des Rechts hat sich ganz auf die *Ansprüche von Individuen* zu gründen, sofern man einer *nichttotalitären Auffassung* von Gesellschaft verpflichtet ist, im Gegensatz zu jedem Gedanken eines unmittelbaren Anspruchs der Gemeinschaft gegen den Einzelnen. Lediglich bei speziellen vertraglichen Bindungen zwischen Individuen und Kollektiven könnte man, neben der entstehenden Pflicht des Individuums, auch ein entsprechendes Recht des Kollektivs auf Vertragserfüllung postulieren. Zumindest für die Gesellschaft als Ganze ist dergleichen allerdings nicht anzunehmen.

Diese Asymmetrie zwischen bestehenden kollektiven Pflichten (die lediglich sekundär, aufgrund von Delegation Pflichten bei Individuen begründen) und nicht bestehenden kollektiven Rechten (die allein sekundär, als Aggregation der Rechte von Individuen aufzufassen sind) verweist auf eine grundsätzlich individuelle Ausrichtung der neuzeitlichen politischen Ethik: nicht in dem Sinne, dass allein der Einzelne *Adressat* von Forderungen sein könnte, aber in dem Sinne, dass allein der Einzelne *Ausgangspunkt* von Ansprüchen werden kann. Es ist anzumerken, dass in extremen Krisenzeiten wie Kriegszuständen oder Naturkatastrophen auch moderne Gesellschaften von dieser individuellen Sichtweise abzurücken und kollektive Ansprüche geltend zu machen bereit sind. Gleichviel scheint der dann postulierte Vorrang des existentiell bedrohten Kollektivs gegenüber dem letztlich opferbaren Individuum einen tiefen Bruch mit den grundlegenden Annahmen neuzeitlicher Ethik zu bedeuten: Die Rechtfertigung solcher kollektiver Ansprüche gegenüber individuellen Rechten kann zumindest inner-

sehr *wohl* eine Pflicht besteht – nämlich eine Individual-Pflicht *auf Grundlage* von Institutionen –. so würde hier ein bloßes Faktum (die seinerzeit ethisch neutrale Schaffung von Institutionen) zu einer moralischen Norm (der inzwischen ethisch relevanten Geltung aufgrund von Institutionen) führen. Günstiger scheint es daher zu sein, den Gedanken kollektiver Pflichten ernst zu nehmen und somit zu dem behaupteten durchgängigen Verweis von Rechten auf Pflichten zu gelangen, den O’Neill an anderer Stelle auch befürwortet (a.a.O., 169f.).

halb der klassischen Begründungsfigur des ‚social contract‘ nicht mehr gelingen und ist damit womöglich überhaupt nicht mehr als ethisch, sondern eher als ‚transethisch‘ einzuschätzen.¹²

3. Erste Analyse von Rechten und Pflichten innerhalb der medizinischen Forschung

Diese Vorbemerkungen zum allgemeinen Zusammenhang von Rechten und Pflichten können als Grundlage einer ersten politisch-ethischen Analyse auch der medizinischen Forschung dienen. Inwieweit diese Analyse noch zu verfeinern ist, wird im weiteren Verlauf zu untersuchen sein. Ihre grundsätzlichen Zuordnungen erscheinen aber insofern überzeugend, als sie bereits die beiden Hauptaspekte zu erfassen vermag, welche der Forschungsethik gemeinhin zugesprochen werden: zum einen den Aspekt der Redlichkeit des Forschers; zum anderen den Aspekt des Schutzes des Probanden.

(a) Zum einen wird man davon ausgehen dürfen, dass der einzelne *Patient* angesichts seines Krankheitszustandes ein individuelles Recht auf medizinische Versorgung geltend machen kann.¹³ Dabei scheint es nicht zu gewagt, dieses *positive Anspruchsrecht* nicht auf die Bereitstellung bereits erhältlicher Gesundheitsmaßnahmen zu beschränken, sondern – in genauer zu bestimmendem Umfang – auch auf die Verfügbarmachung neuer Wege von Diagnose, Therapie und Prävention auszudehnen. Hierbei wird freilich deutlich, dass dieses Recht des Patienten keine unmittelbare Pflicht bei einem anderen Individuum begründet, sondern eine primäre Pflicht der Gemeinschaft bezeichnet. Diese ist aufgerufen, einen gewissen medizinischen Fortschritt zu gewährleisten, indem sie die nötigen Mittel bereitstellt und eine geeignete Struktur von Anreiz- und Sanktionsmechanismen schafft, damit ein erfolversprechendes Forschungssystem tätig werden kann.¹⁴

Erst *sekundär* begründet die Schaffung eines solchen Forschungssystems auch entsprechende Individual-Pflichten: Diejenigen, die dem Forschungssystem bei-

12 Vgl. Jonas, „Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects“ (Anm. 7), 9; Walsh McDermott, „Opening Comments“, in: *Annals of Internal Medicine* 67, H. 3 (1967), Suppl. 7, 39-42, hier 41.

13 Vgl. etwa Erwin Deutsch, „Der Beitrag des Rechts zur klinischen Forschung in der Medizin“, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 1995, 3019-3024, hier 3022, 3024. Während dieses ‚Recht auf Gesundheitsversorgung‘ ein positives Anspruchsrecht auf gewisse Leistungen darstellt, wäre ein ‚Recht auf Gesundheit‘ wohl in erster Linie als negatives Abwehrrecht gegenüber fremden Übergriffen zu verstehen; vgl. Tom L. Beauchamp/Ruth R. Faden, „The Right to Health and the Right to Health Care“, in: *The Journal of Medicine and Philosophy* 4, H. 2 (1979), 118-131, hier 124f.

14 Zum Verhältnis dieser Kollektiv-Pflicht zu anderen vergleichbaren Kollektiv-Pflichten, die etwa die Schaffung von Versorgungs-, Sicherheits- oder Ausbildungssystemen betreffen, vgl. Vittorio Hösle, *Moral und Politik. Grundlagen einer Politischen Ethik für das 21. Jahrhundert*, München 1997, 1101-1136.

treten, haben sich den Binnen-Normen zu fügen, die zur Beförderung einer möglichst effektiven Forschungsarbeit von der Gemeinschaft aufgestellt werden. Diese Binnen-Normen betreffen vor allem die Aspekte der Sorgfalt und Wahrhaftigkeit wissenschaftlichen Arbeitens. Die sich hieran anschließenden Individual-Pflichten weisen zwar ein hohes Maß an moralischer Verbindlichkeit auf, sind aber sekundär insofern, als ihnen ein geschlossenes Regelwerk entspricht, dessen Reichweite vollständig und ausschließlich *innerhalb des Forschungssystems* liegt, dessen Einhaltung durch entsprechende *systemeigene Anreiz- und Sanktionsstrukturen* überwacht wird und dessen Geltung sich der einzelne Forscher erst durch *ausdrücklichen Eintritt* in dieses System unterwirft.

(b) Zum anderen ist zu beachten, dass im Falle von Versuchen am Menschen der einzelne *Proband* ein individuelles Recht auf entsprechenden Würde- und Lebensschutz bei den an ihm vorgenommenen Forschungshandlungen hat.¹⁵ Dieses *negative Abwehrrecht* fügt dem Forschungssystem weitere Binnen-Normen hinzu, eben diejenigen des Probandenschutzes, wie sie in den einschlägigen Kodices festgehalten sind. Hierbei handelt es sich vor allem um die Grundsätze der informierten Zustimmung, der Unentbehrlichkeit der Humanforschung für die angestrebten Ergebnisse, der Verhältnismäßigkeit von Belastungen/Risiken und erwartbarem Nutzen sowie der etwaigen Nützlichkeit der Ergebnisse für den Probanden selbst. Der Charakter eines Abwehrrechts wird deutlich sowohl in den Anteilen, die vorrangig den Schutz vor Instrumentalisierung des Probanden verfolgen (erster und vierter Grundsatz), als auch in den Anteilen, die vorrangig den Schutz seiner Gesundheit zum Ziel haben (zweiter und dritter Grundsatz).¹⁶ Dieser Komplex wendet sich zwar wiederum der Gemeinschaft zu und fordert sie zu einer entsprechenden zusätzlichen rechtlichen Ausgestaltung des Forschungssystems auf. Als ein Komplex von Abwehrrechten, die den Würde- und Lebensschutz von Individuen betreffen, ist er aber grundsätzlich und zunächst

15 Vgl. etwa Deutsch, „Der Beitrag des Rechts zur klinischen Forschung in der Medizin“ (Anm. 13), 3022. Dieser Schutz wird zumeist als unterschiedlich dringlich erachtet, je nach der ‚Verwundbarkeit‘ des Probanden, ist aber grundsätzlich von konstanter Struktur und wird nicht einmal im Falle eines Selbstversuchs gänzlich hinfällig; vgl. Pappworth, *Human Guinea Pigs* (Anm. 1), 31.

16 Für einen Kurzüberblick, wie diese Grundsätze im Normalfall miteinander zu kombinieren bzw. in Spezialfällen geeignet zu modifizieren sind, vgl. Dietmar Hübner, Art. „Humanexperiment“, in: *Lexikon für Theologie und Kirche*, Bd. 11, Freiburg i.Br. 2001, Sp. 132. Zu spezielleren inhaltlichen Bestimmungen (etwa Schutz von Privatsphäre und persönlichen Daten, Umgang mit Nichteinwilligungsfähigen insbesondere bei fremdnütziger Forschung, Regelungen bei Forschungs Kooperationen zwischen Industrie- und Entwicklungsländern) sowie genaueren prozeduralen Vorschriften (etwa Anhörung von Ethikkommissionen, Versuchsprotokolle mit Dokumentation ethisch relevanter Vorgänge, Veröffentlichungsverbot für nicht angemessen erworbene Forschungsergebnisse), die diese vier Kernsätze ergänzen bzw. ihre Beachtung sicherstellen sollen, vgl. Jochen Taupitz, „Schutzmechanismen zugunsten des Probanden und Patienten in der klinischen Forschung“, in: Hans-Dieter Lippert/Wolfgang Eisenmenger (Hg.), *Forschung am Menschen. Der Schutz des Menschen – die Freiheit des Forschers*, Berlin/Heidelberg/New York 1999, 13-32.

von jedem anderen Individuum unmittelbar zu respektieren. Seine *genaue Ausformulierung* mag er erst vor dem Hintergrund des *speziellen* Verhältnisses gewinnen, in das Forscher und Proband zueinander treten. Seinen *grundsätzlichen Gehalt* aber leitet er aus den *universellen* Verpflichtungen ab, die jedem Individuum aus dem Abwehrrecht eines anderen Individuums entstehen. Er ist daher für die forschend Tätigen nicht allein *sekundär, aufgrund* ihres Eintritts in das Forschungssystem verbindlich, sondern *primär, angesichts* ihrer Tätigkeit in diesem System. So ist auch zu verstehen, dass Verstöße gegen diesen zweiten Komplex von Binnen-Normen *weitaus schwerer wiegen* als gegen den ersten und nach weitgehender Übereinstimmung zu rechtskräftigen Verurteilungen führen durften, selbst wenn die Verstöße noch vor einer entsprechenden Kodifizierung stattgefunden hatten. Auch ziehen solche Verstöße tendenziell direktere Vorwürfe *gegen den Forscher selbst* nach sich, während bei Verstößen gegen den ersten Komplex vorrangig die mangelnde Funktionstüchtigkeit des Systems im Zentrum der Kritik steht. Schließlich beschränkt dieser Komplex das Individual-Recht auf Forschung selbst dann noch, wenn sie rein aus persönlicher Neugier und *außerhalb des gemeinschaftlich begründeten Forschungssystems* betrieben wird, während in diesem Fall von Privatforschung die entsprechenden gemeinschaftlichen Binnen-Normen der Redlichkeit letztlich irrelevant bleiben.

Der Forscher sieht sich also im Normalfall mit zwei Individual-Rechten konfrontiert: mit dem individuellen positiven Anspruchsrecht des zur Zeit nicht in der gewünschten Form heilbaren *Patienten*, welches ihn aber nur *mittelbar, sekundär* erreicht, *sofern* er das Forschungssystem betritt und sich den darin von der Gemeinschaft geschaffenen Anreiz- und Sanktionsmechanismen unterwirft; sowie mit dem individuellen negativen Abwehrrecht des an der aktuellen Forschung teilnehmenden *Probanden*, welches er stets *unmittelbar, primär* zu respektieren hat, das aber kontingent nur wirksam wird, *sobald* er das Forschungssystem betritt und tatsächlich an einem Probanden forscht.¹⁷

Es ist nun zu fragen, inwieweit auf der Grundlage dieser Überlegungen eine ‚Pflicht zur Forschung‘ sichtbar wird.

Auf der *individuellen Ebene* des einzelnen Forschers lassen sich zwar die beiden skizzierten Arten von Pflichten ausmachen, die aufgrund ihrer Korrespondenz mit entsprechenden Rechten von Patienten bzw. Probanden sogar den starken Status von Rechtspflichten haben. Aber bei genauerem Hinsehen erkennt man, dass sie lediglich Pflichten *bei* der Forschung, nicht Pflichten *zur* Forschung darstellen: Bei ihnen geht es um die Frage, *wie* Forschung betrieben werden soll (sekundär positiv nach der Binnen-Norm der Redlichkeit, primär negativ nach der Binnen-Norm des Probandenschutzes), nicht jedoch darum, *dass* Forschung betrieben werden soll (primär positiv im Namen des Patientenwohls). Eine

17 Eine Gleichrangigkeit der beiden Moralkomplexe, wie sie sich etwa bei Edsall, „A Positive Approach to the Problem of Human Experimentation“ (Anm. 4), 287, oder bei Shrader-Frechette, *Ethics of Scientific Research* (Anm. 1), 38, andeutet, wird hier also bestritten.

Pflicht zur Forschung scheint daher auf der individuellen Ebene zumindest nicht mit der Stärke einer Rechtspflicht zu bestehen, sondern bestenfalls den Status einer Tugendpflicht beanspruchen zu können, die sich aus externen Moralerwägungen, aber nicht aus einklagbaren Rechtsgründen ableiten würde.¹⁸

Auf der *kollektiven Ebene* der gesamten Gemeinschaft begegnet man einer weiteren Pflicht, die wiederum den Status einer Rechtspflicht beanspruchen kann. Und diese benennt nun nicht allein eine Pflicht *bei* der Forschung, sondern in der Tat eine Pflicht *zur* Forschung: Es ist eine einklagbare Aufgabe der Gemeinschaft, dem Anspruch von derzeit nicht heilbaren Individuen genüge zu tun, indem sie im Rahmen ihrer gegebenen finanziellen Möglichkeiten und in Abwägung mit anderen öffentlichen Aufgaben ein funktionierendes medizinisches Forschungssystem einrichtet und unterhält. Und mit Blick auf den vorangehenden Absatz wird man hinzufügen dürfen, dass dieses System gerade dann als ‚funktionierend‘ zu bezeichnen ist, wenn es ohne Rückgriff auf eine etwaige *individuelle* Pflicht zur Forschung auskommt, dass die Gemeinschaft also ihrer tatsächlichen *kollektiven* Pflicht zur Forschung gerade dann gerecht wird, wenn sie Anreiz- und Sanktionsstrukturen schafft, die begabte Wissenschaftler allein aufgrund moralisch neutraler Erwägungen dazu bringen, dieses System in ausreichender Anzahl zu betreten und in ihm mit hinreichender Effektivität zu wirken.¹⁹

Dieser Befund einer (möglichen) *individuellen Tugendpflicht* und einer (sicheren) *kollektiven Rechtspflicht* zur Forschung bestätigt deren erhebliche moralische Bedeutung. Allerdings entspricht er wohl kaum dem moralischen Impetus, mit dem gegenwärtig innerhalb der Forschungsethik zuweilen eine ‚Pflicht zur Forschung‘ angemahnt wird. Insbesondere wenn mit diesem Begriff eine ethische Gegenperspektive zum üblichen Ausgangspunkt des Rechts auf Forschung und zur Einschränkung von Forschungsfreiheit im Namen des Probandenschut-

18 Zwar ließe sich argumentieren, dass die Teilnahme am Forschungssystem zumeist in zwei Stufen verläuft, einer Ausbildungsstufe und einer Forschungsstufe, und dass dem Forscher nach dem Erwerb einer womöglich kostspieligen Ausbildung eine Pflicht entstünde, durch entsprechende Forschung seine Schuldigkeit bei der Gemeinschaft zu begleichen (vgl. Shrader-Frechette, *Ethics of Scientific Research* (Anm. 1), 24 f.). Aber auch hierbei würde es sich bestenfalls um eine moralische Tugendpflicht handeln, nicht um eine einklagbare Rechtspflicht, so dass es im Wesentlichen bei der Abwägung zwischen dem Recht auf Forschung und den Rechten anderer Teile der Gesellschaft bzw. bei den üblichen Begrenzungen der Forschungsfreiheit bliebe (vgl. a.a.O., 26 ff., 37).

19 Mit Blick auf die Gemeinschaft gilt also: Weder ist ein kollektives *Recht* auf Forschung anzunehmen, dem zufolge die Gemeinschaft als solche einen Anspruch auf medizinischen Fortschritt hätte und hieraus entsprechende Rechtspflichten beim Individuum geltend machen könnte (so aber McDermott, „Opening Comments“ (Anm. 12), 40, 42). Noch ist eine kollektive *Pflicht* zur Forschung zu bestreiten, insofern medizinischer Fortschritt im Wesentlichen melioristisch wäre und entsprechend beim Individuum nicht einmal Tugendpflichten, sondern lediglich supererogatorische Motivationen begründen könnte (so aber Jonas, „Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects“ (Anm. 7), 14, 16).

zes eröffnet werden soll, kann dies durch die bisher erschlossenen Konzepte offensichtlich nicht eingelöst werden.

Zum einen mag eine *individuelle Tugendpflicht* zur Forschung, wenn sie sich begründen lässt, zwar für den Einzelnen ein ausschlaggebender Faktor seines Handelns sein. Und sie bräuchte auch keineswegs dem subjektiven Belieben ihres Adressaten anheim gestellt zu sein, sondern könnte durchaus eine objektive Verbindlichkeit aufweisen. Eine Pflicht aber, die zu dem üblichen Moralkomplex des Probandenschutzes in ein ernsthaftes Abwägungsverhältnis treten sollte, müsste eine *Rechtspflicht* sein. Denn nur indem diese Pflicht auf korrespondierende Rechte Dritter gegründet werden könnte, hätte sie eine Aussicht, in einer möglichen Abwägung gegen die Rechte von Probanden ein vergleichbares ethisches Gewicht zu gewinnen.

Zum anderen mag eine *kollektive Rechtspflicht* zur Forschung, da sie sich auf die individuellen Rechte von Kranken berufen kann, zwar eine größere moralische Bedeutung haben als andere gesellschaftliche Tätigkeiten, die nicht auf solche Rechte zurückgehen. Insbesondere wird sie im Konfliktfall mit perfektionistischen Gesellschaftszielen diesen stets vorzuordnen sein. Eine Pflicht aber, die gegenüber den herkömmlichen Schutzrechten von Probanden eine relevante Gegenperspektive eröffnen sollte, müsste eine *Individual-Pflicht* sein. Denn eine kollektive Pflicht könnte lediglich die gemeinschaftliche Verantwortung benennen, ein funktions-tüchtiges Forschungssystem mit entsprechenden Entfaltungsmöglichkeiten für die dort tätigen Einzelforscher zu schaffen, deren Freiheiten an den elementaren Schutzrechten der Probanden sofort ihre bekannten Grenzen finden würden.

Es zeigt sich somit, welchen speziellen Charakter eine Pflicht zur Forschung annehmen müsste, wenn tatsächlich eine Möglichkeit bestehen soll, mit ihrer Proklamation die Grenzen des Probandenschutzes zwar nicht in beliebiger Weise zu überschreiten, aber doch in qualitativer Weise neu zu bestimmen. Denn wenn diese Pflicht sich nicht auf die *Rechte bestimmter Personen* gründen lässt, wird sie in der Abwägung gegen die *Rechte von Probanden* schon rein systematisch immerfort unterlegen sein. Tugendpflichten bleiben Rechtspflichten im Konfliktfall generell nachgeordnet, also auch die Tugendpflicht eines Forschers der Rechtspflicht gegenüber seinem Probanden. Und wenn der jeweilige Forscher nicht erklären kann, es sei *seine* originäre Pflicht zu forschen, und nicht allein eine allgemeine Pflicht der Gemeinschaft, deren entsprechenden Institutionen er sich angeschlossen und deren entsprechende Binnen-Normen er akzeptiert habe, kann er dies auch nicht als Argument anführen, um *seiner* Tätigkeit eine besondere moralische Rechtfertigung zu geben, die über sein bloßes Recht auf Forschung hinausginge. Der letztlich stets individuelle moralische Konflikt, in dem sich ein Entscheider sieht, kann nur mit Rekurs auf seine eigenen individuellen Pflichten geklärt werden, also auch der Konflikt des Forschers nur mit Rekurs auf die Pflichten des Forschers.

Kurzum: Wenn überhaupt, so könnte erst eine *individuelle Rechtspflicht* zur Forschung gegenüber dem Schutz von Probandenrechten eine ernst zu nehmende

Gegenperspektive eröffnen. Bislang ist eine solche individuelle Rechtspflicht aber nicht sichtbar geworden.

4. Vergleich mit dem Wirtschaftssystem

Es ist sicherlich ein Vorzug der bisherigen Analyse, dass sie mit den Aspekten der Redlichkeit und des Probandenschutzes die beiden wesentlichen Komponenten zu rekonstruieren vermag, die als individuelle Rechtspflichten *bei* der Forschung einer Forschungsethik nach allgemeinem Verständnis zugehören. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass speziellere Aspekte der medizinischen Forschung bislang übersehen wurden, die zuletzt auch einer individuellen Rechtspflicht *zur* Forschung als Grundlage dienen könnten. In diesem Zusammenhang ist es aufschlussreich festzustellen, dass die bislang angestellten Überlegungen zum Forschungssystem sich in nahezu vollständiger Parallele für das Wirtschaftssystem wiederholen lassen.

So lässt sich aus dem Individual-Recht insbesondere bedürftiger Gesellschaftsmitglieder auf materielle Mindestversorgung eine Kollektiv-Pflicht zur Etablierung eines hinreichend funktionstüchtigen Wirtschaftssystems ableiten. Innerhalb dessen kommen dann sekundäre Individual-Pflichten der produktionstechnischen Sorgfalt und der kaufmännischen Aufrichtigkeit zur Geltung. Darüber hinaus besteht ein Individual-Recht der an der Herstellung Beteiligten auf geeigneten Schutz vor gesundheitlicher Schädigung und finanzieller Ausnutzung im Rahmen ihrer Tätigkeit. Dies zieht entsprechende zusätzliche primäre Individual-Pflichten seitens der Arbeitgeber nach sich, wie sie vor allem in arbeits- und tarifrechtlichen Rahmenvorgaben ihren Niederschlag finden.

In Analogie zum Forschungssystem entstünden somit zwar individuelle Rechtspflichten *bei* der Produktion (sekundär positiv nach der Binnen-Norm der Sorgfalt und Aufrichtigkeit, primär negativ nach der Binnen-Norm des Beschäftigtenschutzes). Es werden aber keine individuellen Rechtspflichten *zur* Produktion sichtbar (weder auf der Ebene des einzelnen Unternehmens noch auf der Ebene des einzelnen Beschäftigten).²⁰ Lediglich *kollektive* Rechtspflichten zur Produktion lassen sich ausmachen (primär positiv aufgrund von Versorgungsrechten), denen die Gemeinschaft durch die Einrichtung eines funktionierenden Wirtschaftssystems nachkommt (je nach den genaueren Umständen beispielsweise in Form eines mehr oder weniger reglementierten Marktes). Und wiederum macht diese kollektive Rechtspflicht zur Einrichtung eines funktionierenden Wirt-

20 Eine Erfolgspflicht des einzelnen Unternehmens gegenüber seinen Arbeitnehmern bzw. eine Versorgungspflicht des einzelnen Beschäftigten gegenüber seiner Familie würde die Produktion nur als vorrangige *Methode zur Erfüllung der eigentlichen Aufgabe*, dem Unternehmenserhalt bzw. dem Gelderwerb, konzipieren und wäre daher nicht richtig als ‚Pflicht zur Produktion‘ beschrieben, bei welcher eben das *Herstellen von Produkten selbst* die geforderte Aufgabe darstellen müsste.

schaftssystems die Abwesenheit einer individuellen Rechtspflicht zur Produktion noch einmal besonders deutlich. Denn als ‚funktionierend‘ werden Wirtschaftssysteme in der Regel dann eingeschätzt, wenn sie hinreichende Anreize und Sanktionen bereithalten (etwa in Form von Preismechanismen oder Kartellstrafen), um allein durch Motivation des eigennützigen Gewinnstrebens ihrer Wirtschaftssubjekte zu einer Steigerung des Wohlstands zu finden (der dann durch entsprechende Steuersysteme geeignet zu verteilen ist). Ein Appell an moralische Motivationen der Wirtschaftssubjekte wird demgegenüber zumeist als Eingeständnis der mangelhaften Funktionstüchtigkeit des eigenen Wirtschaftssystems aufgenommen (etwa als der Rhetorik überkommener zentralistischer Planungswirtschaften zugehörig). Gerade ein Rekurs auf individuelle Rechtspflichten zur Produktion gilt somit als Beleg für das Nichterfüllen der kollektiven Rechtspflichten zur Produktion (auch wenn dieses Versäumnis aufgrund entsprechender Institutionalisierung womöglich bestimmten Amtsinhabern angelastet werden kann).²¹ Es scheint eben die Produktions-Moral intakter Wirtschaftssysteme auszumachen, die der Gemeinschaft aufgegebenen Wohlstandssteigerung ohne Rückgriff auf die Produktions-Moral ihrer Wirtschaftssubjekte erreichen zu können.

Zwischen der bisherigen Analyse des Forschungssystems und der skizzierten Analyse des Wirtschaftssystems tun sich somit starke Parallelen auf. Es ist aber nicht unmittelbar klar, ob dies eigentlich ein Vorteil oder aber ein Nachteil der Untersuchung ist: Heißt es, dass allgemeingültige Strukturen in beiden Systemen erkannt wurden, oder dass besondere Strukturen in einem der beiden Systeme übersehen wurden?²² Im Folgenden sollen daher zwei Ergänzungen der bisherigen Analyse des Forschungssystems erprobt werden. In der ersten wird die Parallele zum Wirtschaftssystem ausdrücklich bejaht, aber mit einer speziellen Gewichtung versehen (Abschn. 5). In der zweiten wird die Parallele zum Wirtschaftssystem überschritten, indem besondere Verantwortungsstrukturen hervorgehoben werden (Abschn. 6).

5. Erster Ansatz zur Modifikation der bisherigen Analyse: Medizinische Forschung als Bekämpfung existentieller Krisen

Mit Blick auf das Wirtschaftssystem gibt es einen speziellen Anwendungsfall, in dem sich eine individuelle Rechtspflicht zur Produktion womöglich doch glaubhaft machen lässt. Falls nämlich eine wirtschaftliche Anstrengung als unentbehr-

21 Dabei wird diese Individual-Pflicht zur Produktion überdies nicht selten aus einem ebenso zweifelhaften Kollektiv-Recht auf Produktion abgeleitet.

22 Zu soziologischen Unterschieden zwischen Wirtschafts- und Forschungssystem vgl. auch Talcott Parsons, „Research with Human Subjects and the ‚Professional Complex‘“, in: Paul A. Freund (Hg.): *Experimentation with Human Subjects*, New York 1969, 116-151, hier 121 ff., 141.

lich gilt, um eine existentielle Bedrohung – etwa aufgrund eines Vernichtungskriegs oder einer Naturkatastrophe – von der Gemeinschaft abzuwenden, so scheint eine individuelle Rechtspflicht zur Produktion der entsprechenden Güter angemahnt werden zu können. Es ließe sich nun fragen, ob das medizinische Forschungssystem nicht mit einem Wirtschaftssystem vergleichbar wäre, das die ökonomischen Grundlagen für eine im Kriegs- oder Katastrophenzustand befindliche Gesellschaft zu erbringen hat. Auch medizinische Forschung scheint schließlich unentbehrlich zu sein, um existentielle Krisen – in Form von Krankheiten oder Seuchen – von der Gemeinschaft fernzuhalten, so dass eine individuelle Rechtspflicht zur Forschung an entsprechenden Therapiewegen entstehen könnte.

Diese Krisenperspektive für die medizinische Forschung, welche die grundsätzliche Parallele zum Wirtschaftssystem bestehen lässt, allerdings eine spezielle Akzentuierung ihrer gesellschaftlichen Bedeutung vornimmt, könnte gewissen Grundintuitionen entgegenkommen: Forschendes Handeln wird gelegentlich als *Wissensproduktion* aufgefasst,²³ und medizinisches Handeln wird zuweilen mit Hilfe einer *Kriegsmetaphorik* beschrieben.²⁴ Zwar würden gewiss nicht alle Bereiche medizinischer Forschung von dieser Argumentation erfasst werden können, da einige sich Krankheiten widmen, die entweder bereits für das Individuum oder spätestens für das Kollektiv nicht als ernsthafte Bedrohungen gelten können. Aber für zumindest einige Bereiche medizinischer Forschung scheint der Vergleich mit militärischer Güterproduktion nicht abwegig zu sein.

Dennoch gibt es Gründe, der Krisenperspektive mit starken Vorbehalten zu begegnen.

(a) Zunächst ist daran zu erinnern, dass in tatsächlichen Kriegs- oder Katastrophenzeiten die medizinische Forschung, selbst in demokratischen Staaten, zuweilen *sehr spezielle* und *sehr fragwürdige* Formen angenommen hat.²⁵ Medizinische Forschung am Kriegs- bzw. Katastrophenparadigma auszurichten, scheint daher für eine *situationsunabhängige* und *angemessene* ethische Normierung

23 Vgl. etwa Gereon Wolters, „Einschränkungen der Forschungsfreiheit aus ethischen Gründen?“, in: Helmut Holzhey/Ursula Pia Jauch/Hans Würzler (Hg.), *Forschungsfreiheit. Ein ethisches und politisches Problem der modernen Wissenschaft*, Zürich 1991, 199-214, hier 200.

24 Vgl. etwa Ernst Viktor v. Leyden, „Fünfzig Jahre innerer Therapie“, in: *Die Therapie der Gegenwart. Medizinisch-Chirurgische Rundschau für praktische Ärzte* 50, H. 1 (1909), 1-10, hier 1 f., 10.

25 Vgl. Moreno/Lederer, „Revising the History of Cold War Research Ethics“ (Anm. 1), 226 ff. Diese Zweifelhafteigkeit wird dann besonders deutlich, wenn die individuelle Pflicht zur Forschung nicht so sehr auf Seiten des Forschers als vielmehr auf Seiten des Probanden verortet wird, wie es sich etwa bei der Rekrutierung von Häftlingen zur Untersuchung von Infektionskrankheiten während des Zweiten Weltkrieges oder auch bei den geheimen Forschungen zur Wirkung atomarer, biologischer und chemischer Waffen während des Kalten Krieges andeutet. Vgl. Jonsen, *The Birth of Bioethics* (Anm. 1), 136 f., 139 f.

nicht vielversprechend zu sein.²⁶ Grundsätzlich gerät der Versuch, eine *individuelle Pflicht* zu gewissen Tätigkeiten aus einer Krisenperspektive heraus zu begründen, rasch in die Nähe des Ansatzes, ein *kollektives Recht* auf gewisse Opfer in Krisenzeiten zu proklamieren.²⁷ Mit der Proklamation solcher Rechte eines Kollektivs bzw. entsprechender Pflichten gegenüber einem Kollektiv würde aber der Boden einer weithin anerkannten ethischen Konzeption von Rechten und Pflichten verlassen, wie sie in Abschn. 2 dargestellt wurde.²⁸

(b) Mit einer aus der Krisenperspektive begründeten Pflicht zur Forschung hätte man möglicherweise *inhaltlich* das Ziel verfehlt, das man eigentlich erreichen wollte. Denn wenn man hervorhebt, dass kollektive Bedrohungen beispielsweise von schweren Seuchen oder hoher Kindersterblichkeit ausgehen, muss man ebenso einräumen, dass vergleichbare Bedrohungen aus starker Überbevölkerung oder allmählicher Überalterung entspringen. Medizinische Forschung aber kann nicht nur erstere bekämpfen, sondern auch letztere befördern. Zumindest mit Blick auf einige Forschungsvorhaben wäre es also sehr fraglich, ob sich mit der Krisenperspektive tatsächlich eine *Pflicht zur Forschung* herleiten ließe, oder ob sich nicht in Einzelfällen sogar unversehens eine *Pflicht zur Nichtforschung* ergeben würde.

(c) Nicht zuletzt hätte eine an der Krisenperspektive orientierte Pflicht zur Forschung vermutlich *formal* nicht den Charakter, den man sich von ihr verspricht. Denn im Wirtschaftssystem wäre eine aus einer Krisendiagnose entspringende *Pflicht zur Produktion* vornehmlich eine Pflicht, Produzent zu *werden* (um die erforderlichen Güter bereitzustellen), nicht aber eine Pflicht, die man erst *als* Produzent hätte. Analog würde auch im Forschungssystem eine Krisendiagnose als *Pflicht zur Forschung* eine Pflicht liefern, Forscher zu *werden* (sofern man eine hinreichende Begabung hierfür aufweist), nicht aber eine Pflicht, die einem erst *als* Forscher zukäme. Es ist aber sehr zweifelhaft, ob mit der Rede von einer Pflicht zur Forschung tatsächlich eine Pflicht intendiert sein kann, *Forscher zu werden*, und ob nicht vielmehr eine Pflicht gemeint ist, die man *als Forscher übernommen hätte* und auf die man sich nun eben als Forscher im Verlauf seiner Tätigkeit berufen könnte.

26 Vgl. Herrman L. Blumgart, „The Medical Framework for Viewing the Problem of Human Experimentation“, in: Paul A. Freund (Hg.), *Experimentation with Human Subjects*, New York 1969, 39-65, hier 54.

27 Vgl. Edsall, „A Positive Approach to the Problem of Human Experimentation“ (Anm. 4), 285. Dieses Abgleiten wäre auch dann zu konstatieren, wenn medizinische Forschung am Menschen ‚auf halbem Wege‘ angesiedelt würde zwischen der ‚normalen‘ Begründung des dauerhaften, individual-basierten Rechtsstaats, der keinerlei Anspruch auf Einzelopfer erheben kann, und der ‚transethischen‘ Begründung eines vorübergehenden, quasi-totalitären Kollektivrechts, das in Extremsituationen die Forderung nach Einzelopfern einschließt. Vgl. Jonas, „Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects“ (Anm. 7), 9, 14 f.

28 Vgl. Don Marquis, „Leaving Therapy to Chance“, in: *The Hastings Center Report* 13, H. 4 (1983), 40-47, hier 46.

6. *Zweiter Ansatz zur Modifikation der bisherigen Analyse:
Medizinische Forschung als Teil ärztlichen Handelns*

Insbesondere wenn man den letztgenannten Kritikpunkt aufnimmt und genauer nach einer individuellen Rechtspflicht zur Forschung sucht, die nicht eine Pflicht zum *Ergreifen* des Forscherberufs, sondern eine Pflicht in der *Eigenschaft* als Forscher wäre, erscheint ein anderer Ansatz vielversprechender. Denn gerade diese Pflichtstruktur – die einerseits den Eintritt in das Forschungssystem als bereits erfolgt voraussetzt, andererseits über die sekundären positiven Pflichten zur Redlichkeit und die primären negativen Pflichten zum Probandenschutz hinausgeht – findet in der Pflichtstruktur eines bestimmten Teilnehmers des medizinischen Systems ein klares Vorbild: in der des Arztes.

Der behandelnde Arzt hat eine individuelle Rechtspflicht *zur Behandlung*, die weder als Pflicht *zum Ergreifen* des Arztberufs missverstanden werden darf, noch als eine sekundäre positive Pflicht oder eine primäre negative Pflicht *bei der Behandlung* (aufgrund bestimmter Binnen-Normen des Gesundheitssystems). Vielmehr handelt es sich um eine spezielle positive Pflicht aufgrund einer bestimmten *Sozialbeziehung*, wie sie in Abschn. 2 an den Beispielen von Vertragspartnerschaft, Familienbindung und Notsituation erläutert wurde. Auch das Arzt-Patient-Verhältnis stellt eine solche Sozialbeziehung dar, die einen symmetrischen Zusammenhang von Individual-Pflicht und Individual-Recht begründen kann und die insbesondere eine direkte Pflicht auf Seiten des Arztes entstehen lässt, die nicht darin besteht, überhaupt erst Arzt zu *werden*, sondern die Bestand hat, insofern man Arzt *ist*.²⁹

Allerdings ist nicht offenbar, wie diese spezielle individuelle Rechtspflicht des Arztes helfen sollte, eine spezielle individuelle Rechtspflicht des Forschers zu begründen. Denn die Grundlage dieser positiven Rechtspflicht, das Arzt-Patient-Verhältnis, ist im Forschungsbetrieb nun einmal nicht gegeben. Und die dortige Grundbeziehung, das Forscher-Proband-Verhältnis, vermag eben nur die negativen Rechtspflichten des Probandenschutzes, aber keine positiven Rechtspflichten des Patientenwohls zu erschließen. Wenn das aber stimmt, dann kann der Versuch, die ärztliche Pflichtstruktur auf das forschende Handeln zu übertragen, lediglich in einem Fall aussichtsreich zu sein: *wenn der Forscher zugleich auch Arzt ist*. Die unmittelbare Personalunion von Arzt und Forscher müsste dafür sorgen, dass aus der direkten Individual-Pflicht des Arztes gegenüber dem

29 Dabei darf an dieser Stelle offen bleiben, welchem jener drei Typen von Sozialbeziehung das Arzt-Patient-Verhältnis am ehesten nahekommt: einer Vertragsregelung (Robert M. Veatch, *The Patient-Physician Relation. The Patient as Partner*, Part 2, Bloomington/Indianapolis 1991, 11-15), einer Fürsorgebeziehung (Michael Balint, *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit* (1964), 8. Aufl. Stuttgart 1993, 321-337) oder einer Notverbindung (Viktor v. Weizsäcker, „Der Arzt und der Kranke“ (1926), in: *Gesammelte Schriften*, ed. Peter Achilles/Dieter Janz/Martin Schrenk/Carl Friedrich v. Weizsäcker, Bd. 5, Frankfurt a. M. 1987, 9-26).

konkreten Patienten eine entsprechende direkte Individual-Pflicht des Forschers entstehen könnte – dies aber offenbar nicht gegenüber dem *konkreten Probanden*, sondern gegenüber dem *potentiellen Patienten*.

Der Arzt-Forscher hätte dann eine individuelle Rechtspflicht *zur Forschung*, die wiederum weder eine Pflicht *zum Ergreifen* des Forscherberufs darstellen würde, noch eine sekundäre positive Pflicht oder eine primäre negative Pflicht *bei der Forschung* (aufgrund von Binnen-Normen des Forschungssystems). Vielmehr würde sich seine unmittelbare Pflicht *als Arzt* gegenüber dem jeweils konkreten Patienten übertragen in eine unmittelbare Pflicht *als Forscher* gegenüber dem potentiellen Patienten. Seine Personalunion als Arzt und Forscher würde dafür sorgen, dass die positiven, aber bloß sekundären Individual-Pflichten gegenüber den konkreten Patienten und die primären, aber bloß negativen Individual-Pflichten gegenüber den konkreten Probanden durch primäre, positive Individual-Pflichten gegenüber potentiellen Patienten ergänzt werden könnten.

Einige Autoren gehen davon aus, dass diese Personalunion von Arzt und Forscher sogar letztlich eine Forderung ist, die ‚medizinische Forschung‘ erfüllen muss, um sich von bloß ‚humanbiologischer Forschung‘ abzuheben. Beide Forschungen würden sich womöglich nicht *extensional* unterscheiden, insofern sie denselben Gegenstandsbereich haben könnten. Allerdings würden sie sich *intentional* unterscheiden, insofern medizinische Forschung in die praktische Zielsetzung des klinischen Handelns eingebunden bleibe, während humanbiologische Forschung der theoretischen Erweiterung eines naturwissenschaftlichen Erkenntnisstandes diene. Aufgrund dieser Differenz zwischen Praxis und Theorie habe medizinische Forschung im Vergleich zu humanbiologischer Forschung ein wesentlich höheres Legitimationspotential und eine wesentlich spezifischere Normativität.³⁰ Medizinische Forschungsziele seien aus der ärztlichen Handlungserfahrung herzuleiten³¹ und medizinische Forschungsdurchführung müsse in die Moralität des ärztlichen Handelns eingebunden bleiben.³² So wäre medizinische Forschung zwar einerseits von *Therapie* unterschieden, insofern ihr Zweck die Gewinnung von Wissen statt der Behandlung von Probanden ist (Humanexperiment im Gegensatz zu Heilversuch³³). Eben dieser Wissenserwerb

30 Jonas, „Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects“ (Anm. 7), 1.

31 Dirk Lanzerath, *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*, Freiburg i.Br./München 2000, 64.

32 A.a.O., 68 f., 77.

33 Zur Unterscheidung beider vgl. etwa: Brody, *The Ethics of Biomedical Research* (Anm. 1), 37 f.; Edsall, „A Positive Approach to the Problem of Human Experimentation“ (Anm. 4), 278 f.; Taupitz, „Schutzmechanismen zugunsten des Probanden und Patienten in der klinischen Forschung“ (Anm. 16), 15; Curtis E. Margo, „When is Surgery Research? Towards an Operational Definition of Human Research“, in: *Journal of Medical Ethics* 27, H. 1 (2001), 40-43, hier 41 f.; Hans-Ludwig Schreiber, „Rechtliche Regeln für Versuche mit Menschen“, in: Hanfried Helmchen/Rolf Winau (Hg.), *Versuche mit Menschen in Medizin, Humanwissenschaft und Politik*, Berlin/New York 1986, 15-33, hier 17 ff.; Michael Staak, „Wesen und Bedeutung der Unterscheidung zwischen therapeutischen und rein wissenschaftlichen Versuchen“, in: Erwin Deutsch/Jochen Taupitz (Hg.),

wäre aber andererseits von *Theorie* unterschieden, insofern er auf die besondere Behandlung anderer Patienten statt auf die allgemeine Erweiterung von Kenntnissen hingeordnet ist (Medizin im Gegensatz zu Humanbiologie³⁴). Dies könnte es nahelegen, den Titel ‚medizinischer Forschung‘ im Gegensatz zu bloß ‚humanbiologischer Forschung‘ auch nur solcher Forschung zuzusprechen, die tatsächlich von einem ausgebildeten Arzt und in unmittelbarem Zusammenhang mit dessen ärztlicher Tätigkeit betrieben oder zumindest verantwortlich geleitet wird. Die Personalunion von Arzt und Forscher wäre dann nicht nur für den Fall gefordert, dass es sich um Forschung an menschlichen Probanden handelte und die Anwesenheit eines Arztes notwendig erschiene, um deren Gesundheitsschutz zu gewährleisten (was vor allem für klinische Forschung der Fall wäre). Vielmehr wäre sie gefordert, insofern Forschung nachweislich und unmittelbar auf das konkrete Heilungsbestreben eines Arztes bezogen sein und als Teil von dessen Handeln an seinen Patienten verstehbar sein müsste, um als ausdrücklich medizinische Forschung gelten zu dürfen (zu welcher industriell-pharmazeutische Forschung dann folglich nicht mehr zu rechnen wäre). Gemäß der vorliegenden Analyse könnte dann aber jene spezifischere Moralität und höhere Dignität, die ‚medizinischer Forschung‘ gegenüber bloß ‚humanbiologischer Forschung‘ angeblich zukommt, eben genau daran festgemacht werden, dass in der ersteren eine individuelle Rechtspflicht zur Forschung bestehen würde, in der letzteren hingegen nicht.

Es soll hier nicht weiter untersucht werden, ob man die Personalunion von Forscher und Arzt in diesem Sinne zur Grundlage einer terminologischen Differenzierung zwischen ‚medizinischer Forschung‘ und bloß ‚humanbiologischer Forschung‘ heranziehen kann oder nicht. In jedem Fall ist es diese Personalunion, die eine individuelle Rechtspflicht zur Forschung glaubhaft machen könnte, welche von genau dem gesuchten Typus wäre: nämlich eine *primäre, positive* Pflicht, die man *als* Arzt-Forscher wahrzunehmen hätte.

Forschungsfreiheit und Forschungskontrolle in der Medizin. Zur geplanten Revision der Deklaration von Helsinki, Berlin/Heidelberg/New York 2000, 273-287, hier 276 f.

- 34 Zur Unterscheidung beider vgl. etwa: Ludger Honnefelder/Michael Fuchs, Art. „Medizinische Ethik, 2. Systematisch“, in: *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2, Gütersloh 1998, 652-661, hier 653; Peter Hucklenbroich, „Theorie und Praxis in der Medizin. Ein medizintheoretischer Klärungsversuch“, in: Peter Kröner/Thomas Rütten/Karin Weisemann/Urban Wiesing (Hg.), *Ars medica. Verlorene Einheit der Medizin?*, Stuttgart/Jena/New York 1995, 133-155, hier 149 ff.; Alfons Labisch, „Der Arzt zwischen Heilkunde und Heilkunst – oder: Ist eine zeitgemäße ärztliche Handlungswissenschaft möglich?“, in: a.a.O., 191-210, hier 200 ff.; Günter Rager, „Medizin als Wissenschaft und ärztliches Handeln“, in: Ludger Honnefelder/Günter Rager (Hg.), *Ärztliches Urteilen und Handeln. Zur Grundlegung einer medizinischen Ethik*, Frankfurt a. M./Leipzig 1994, 15-52, hier 18 ff.; Wolfgang Wieland, *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft*, Heidelberg 1986, 21 ff.

7. Tragik

Falls der Forscher also zugleich auch Arzt ist, könnte sich in Anlehnung an die Pflicht zur Behandlung gegenüber dem konkreten Patienten auch eine Pflicht zur Forschung gegenüber dem potentiellen Patienten plausibel machen lassen. Nun ist die Rede vom ‚potentiellen Patienten‘ allerdings unscharf und steht in der Gefahr, bei irrtümlicher Ausdeutung den ärztlichen Aspekt im Handeln des medizinischen Forschers wieder preiszugeben. Schließlich kann auch ein Forscher ohne jedwede ärztliche Ausrichtung von ‚potentiellen Heilungserfolgen‘ bei ‚potentiellen Patienten‘ sprechen und die Normativität seines Handelns auf diese Formulierungen gründen. Um gegenüber solchen Ausmalungen das spezifisch ärztliche Moment festzuhalten, muss der Begriff des ‚potentiellen Patienten‘ in einer Weise bestimmt werden, dass er eine unmittelbarere normative Bedeutung für den Arzt-Forscher erlangen kann als allein die eines ‚möglichen späteren Patienten‘, den er vielleicht mit ‚künftigen neuen Methoden‘ einmal würde heilen können. Denn ein solcher ‚möglicher Patient‘ stünde in keinem wirklicheren Verhältnis zum ärztlichen Forscher als zum nicht-ärztlichen Forscher und vermöchte daher auch keine greifbarere Verpflichtung bei diesem als bei jenem zu begründen. Der ‚potentielle Patient‘ muss in einer Weise gedacht werden, dass nicht ein *potentielles Verhältnis zwischen Arzt und Patient* zur Grundlage einer etwaigen Forschungs-Pflicht gemacht wird – diese Pflicht wäre beim ärztlichen Forscher nicht fundierter als beim nicht-ärztlichen Forscher –, sondern ein *reales Verhältnis zwischen Arzt und potentielltem Patienten*.

Dieser Gedanke lässt sich konkretisieren, wenn man diejenige Entität in den Blick nimmt, auf welche das Handeln des Arzt-Forschers ausgerichtet ist: nämlich die Krankheit des Patienten. Ginge es bei dem ‚potentiellen Patienten‘ um einen möglichen späteren Patienten mit der gleichen Krankheit, so würde der Arzt-Forscher die Krankheit nicht mehr als konkretes Gegebenes, sondern als allgemeinen Typ ins Visier nehmen müssen. Genau dieser Zielpunkt des Krankheits-*type* statt des Krankheits-*token* würde aber gerade den Rückfall vom ärztlichen zum nicht-ärztlichen Handeln markieren. Denn für das Arzt-Sein, im Gegensatz zum bloßen Forscher-Sein, ist es konstitutiv, Krankheit nicht als abstrakte Entität aufzufassen, sondern als konkretes Ereignis zu erfahren,³⁵ nicht als selbständige Substanz, sondern als Eigenschaft des Individuums,³⁶ nicht als allgemeine, sondern als besondere Krankheit.³⁷ Zwar mag die Subsumtion einer besonderen Krankheitserscheinung unter ein allgemeines Krankheitsbild unabdingbare *theoretische Voraussetzung* einer erfolgreichen Therapie sein.³⁸ Aber das die Tätigkeit des Arztes definierende *praktische Ziel* ist stets die Behandlung

35 Lanzerath, *Krankheit und ärztliches Handeln* (Anm. 31), 64.

36 A.a.O., 45.

37 A.a.O., 51, 73, 87.

38 Felix Anschütz, *Ärztliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche*, Darmstadt 1988, 108 ff.

der individuellen Krankheit.³⁹ Die Anbindung des medizinischen Forschens an die ärztliche Normativität kann also nur dann gewahrt bleiben, wenn die Tätigkeit des Arzt-Forschers von Krankheit im Sinne des Besonderen bestimmt bleibt, d. h. aber: wenn das die medizinische Forschung erfordernde kranke Individuum nicht zu einem allgemeinen kranken Individuum wird, sondern stets ein besonderes krankes Individuum bleibt, zu welchem der Arzt-Forscher in einer direkten Arzt-Patient-Beziehung steht. Der ‚potentielle Patient‘, der eine direkte Individual-Pflicht beim Arzt-Forscher begründen soll, kann somit nicht einen möglichen späteren, *anderen* Träger der *gleichen* Krankheit, sondern muss den realen jetzigen, *bestimmten* Träger *derselben* Krankheit meinen. Der ‚potentielle Patient‘, angesichts dessen Forschung zur Pflicht werden soll, ist nicht der *spätere mögliche Patient*, den der Arzt-Forscher bei Erwerb der gewünschten Forschungsergebnisse *vielleicht wird heilen können*, sondern es ist der *jetzige wirkliche Patient*, den der Arzt-Forscher in Ermangelung der nötigen Forschungsergebnisse *noch nicht heilen kann*.

Diese Feststellung mag zunächst banal erscheinen. Sie versieht aber die Verpflichtung zur Forschung, welche für den Arzt-Forscher bestehen mag, mit einer sehr wichtigen Nuancierung. Denn es ist grundsätzlich nicht davon auszugehen, dass jener jetzige wirkliche Patient, in dessen Namen Forschung zur Pflicht wird, auch tatsächlich selbst noch von den Ergebnissen dieser Forschung wird profitieren können. Insbesondere bei schwerwiegenden und komplexen Krankheiten, die kurzfristig lebensbedrohlich sind und langfristig erforscht werden müssen, ist dies ausdrücklich nicht der Fall. Wenn der potentielle Patient also schon *per definitionem* nicht der mögliche zu Heilende, sondern der wirkliche nicht zu Heilende ist, so gibt es auch *realiter* keinen Grund zur Annahme, dass er die letztere Eigenschaft ablegen und die erstere Eigenschaft annehmen wird.

Wenn dadurch aber der normative Anlass der Forschung und der putative Nutznießer der Forschung auseinander treten, wenn der Urgrund der Pflicht zur Forschung nicht mehr der Einlösungspunkt dieser Pflicht sein kann, so tut sich eine Struktur auf, die grundsätzlich tragischer Natur ist: Die Pflicht zur Forschung entspringt mit vollem Ernst dem Verhältnis zu einem Kranken, dem die Erfüllung dieser Pflicht mit größter Wahrscheinlichkeit nicht mehr wird helfen können. Forschung findet statt im Namen eines Patienten, dem man *hätte* helfen können, wenn die zu erforschenden Mittel bereits zur Verfügung gestanden hätten, dem man aber voraussichtlich nicht mehr helfen *kann*, sobald man diese Mittel erarbeitet hat. Die ‚Potentialität‘ im ‚potentiellen Patienten‘ benennt *definitionsgemäß* nicht das antizipatorische Futur eines unbekanntes und künftig heilbaren Menschen, sondern den irrealen Konjunktiv eines bekannten und gegenwärtig nichtheilbaren Menschen. Und die Pflicht zur Forschung, die für den Arzt-Forscher aus dem Anspruch dieses konkreten Menschen entspringt, kann

39 Günter Rager, Art. „Medizin, 2. Wissenschaftstheoretisch“, in: *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2, Gütersloh 1998, 642-646, hier 642.

auch *normalerweise* keine reale, sondern nur eine fiktionale Einlösung bei diesem Menschen selbst finden. Bei aller Zustandsverbesserung, aller Linderung und Teilheilung, die ein Arzt seinem Patienten verschaffen mag: Es ist *gerade und einzig* der Rest des Nichttherapierbaren, auf welchen eine Pflicht zur Forschung sich *trivialerweise überhaupt nur gründen kann*; und es ist *im realistischen Normalfall* auch dieser Rest, dem mit dem Nachkommen jener Pflicht *nicht mehr abzuhelfen sein wird*.

Es ist vielleicht überraschend, wie auf diese Weise der scheinbar so optimistische Gedanke einer Pflicht zur Forschung unversehens eine tragische Struktur enthüllt: Der Anspruch, auf den sich die gesuchte individuelle Rechtspflicht zur Forschung allein gründen kann – ungeachtet aller individuellen Tugendpflichten und aller kollektiven Rechtspflichten zur Forschung sowie aller individuellen Rechtspflichten bei der Forschung, die hier samt und sonders nicht weiterhelfen –, dieser Anspruch ist seinem Wesen nach grundsätzlich unerfüllbar. Das bedeutet, dass in der Erfahrung des Arztes es nicht die *Ausmalung des Erfolges* bei einem anonymen Patienten, sondern das *Erlebnis des Scheiterns* bei dem konkreten Patienten ist, in welchem sich eine Pflicht zur Forschung allein vermitteln kann.⁴⁰ So weicht die augenscheinliche Zukunftsgewandtheit, die man forschender Tätigkeit gemeinhin unterstellt, einer tiefer liegenden Vergangenheitsorientierung – zumindest sofern und soweit von einer individuellen Rechtspflicht zur Forschung die Rede sein soll. Wollte man diese Nuancierung philosophiehistorisch pointieren, so könnte man sagen: Die Pflicht zur Forschung ist nicht mit dem Blochschen Anruf einer guten Zukunft, sondern mit dem Benjaminschen Anruf einer schlimmen Vergangenheit verwandt.⁴¹ Sie steht nicht im Zeichen des *Prinzips Hoffnung*, das, gegen den „Geist des Anamnesis“,⁴² alles Jetzt als ein unerfülltes Noch-Nicht auffasst,⁴³ sondern sie folgt dem Blickwinkel des *Angelus Novus*, der, mit dem Rücken voraus dem Künftigen entgegengetrieben,⁴⁴ dem „Echo von nun verstummten [Stimmen]“ lauscht.⁴⁵

Forschung, die zur individuellen Rechtspflicht werden soll, ist ihrer Struktur nach nicht zukunftsgewandt-utopisch, sondern vergangenheitsbezogen-erinnernd. Dies tut ihr alles andere als Abbruch. Und es sollte auch nicht verwundern: Während die Zukunftswendung zwangsläufig das erlebte Individuelle zugunsten des anonymen Kollektiven aus dem Blick verlieren muss, kann allein der Vergangenheitsbezug Verpflichtung als Verhältnis zwischen konkreten Indi-

40 Diese Pointierung verdanke ich Andreas Vieth.

41 Vgl. Dietmar Hübner, *Entscheidung und Geschichte. Rationale Prinzipien, narrative Strukturen und ein Streit in der Ökologischen Ethik*, Freiburg i.Br./München 2001, 406-426, 465-507.

42 Ernst Bloch, *Das Prinzip Hoffnung* (1947), Gesamtausgabe, Bd. 5, Frankfurt a. M. 1959, 330.

43 A.a.O., 58.

44 Walter Benjamin, „Über den Begriff der Geschichte“ (1940), in: *Gesammelte Schriften*, ed. Rolf Tiedemann/Hermann Schweppenhäuser, Bd. 1, Frankfurt a. M. 1974, 697 f.

45 A.a.O., 693.

viduen bewahren. Genau und nur ein solches Verhältnis ist es aber, welches die ärztliche Ethik kennzeichnet; und dieses Verhältnis ist es auch allein, welches im forschenden Handeln individuelle positive Rechtspflichten begründen kann.

8. Konsequenzen

Eventuell könnte die aufgezeigte tragische Struktur einer möglichen Pflicht zur Forschung Zweifel daran wecken, ob man bei dieser Pflicht – wenn sie doch im Normalfall nicht beim Anspruchsträger selbst einlösbar ist – tatsächlich sinnvoll von einer *Rechtspflicht* sprechen kann. In jedem Fall folgt aus dieser tragischen Struktur aber, dass die so begründete Pflicht zur Forschung – ebenso wie zuvor schon die individuelle Tugendpflicht zur Forschung und die kollektive Rechtspflicht zur Forschung – wiederum *nicht geeignet* wäre, ein qualitatives Gegengewicht gegen die Beschränkungen zu schaffen, die im Sinne des Probandenschutzes der Forschung auferlegt werden.

Denn wenn die positive Pflicht zur Forschung nicht bei demjenigen erfüllt werden kann, der sie allererst begründet, kann sie auch nicht ernsthaft gegen die negative Pflicht gegenüber jenen Dritten ins Feld geführt werden, an denen die Forschung vorgenommen wird. Ohnehin wird man das Abwehrrecht des Probanden dem Anspruchsrecht des Patienten *tendenziell* vorordnen müssen und von dieser Ausgangsgewichtung nur abweichen können, wenn dadurch dem ersteren geringe Belastungen abverlangt und dem letzteren schlimme Schädigungen erspart würden. Denn die Unverletzlichkeit der Person führt zu einer quantitativen Bevorzugung von *Abwehrrechten* gegenüber *Anspruchsrechten*, die nur bei hinreichend ungleichen Betroffenheiten die ersteren zugunsten der letzteren einschränken kann. Die Rechtskollision zwischen Proband und Patient wird aber *durchgehend* zugunsten des ersteren ausfallen, wenn die Ansprüche des letzteren grundsätzlich nicht bei diesem selbst einlösbar sind. Denn lässt sich der Pflicht zur Forschung ihrer Struktur nach nur tragisch nachkommen, d.h. nur im *Namen*, aber nicht im *Interesse* dessen, der sie begründet, so muss sie der Pflicht gegenüber demjenigen, dessen Interessen es zu schützen gilt, qualitativ nachstehen.

Der Forscher mag also, wenn er zugleich Arzt ist, nicht nur eine individuelle Rechtspflicht zum Probandenschutz (d.h. eine Pflicht bei der Forschung), sondern auch eine individuelle Rechtspflicht zum Patientenwohl (d.h. eine Pflicht zur Forschung) tragen. Dabei hätte der *relative* Vorrang von Abwehrrechten gegenüber Anspruchsrechten ohnehin stets dafür gesorgt, dass dem Probandenschutz ein *prima facie*-Übergewicht gegenüber dem Patientenwohl zukommt – wobei sich dieses Ausgangsübergewicht aber je nach den jeweiligen Konsequenzen für Proband bzw. Patient in der konkreten Abwägung hätte umkehren können. Nun hat sich allerdings, angesichts des speziellen Status des potentiellen Patienten, die individuelle Rechtspflicht zum Patientenwohl (d.h. die Pflicht zur

Forschung) als tragisch unerfüllbar erwiesen, während die individuelle Rechtspflicht zum Probandenschutz (d. h. die Pflicht bei der Forschung) fraglos erfüllbar ist. Damit steht das Patientenwohl auch *systematisch* zurück und muss dem Probandenschutz *absolut* untergeordnet bleiben – in letztlich kaum verschiedener Weise, wie eine Tugendpflicht gegenüber einer Rechtspflicht nachgeordnet bleibt.⁴⁶

Das heißt: Der Verweis auf die Pflicht zur Forschung kann nicht dazu dienen, die Beschränkungen des Rechts auf Forschung zu schwächen und einen qualitativ neuen Abwägungsprozess zwischen Probandenschutz und Patientenwohl zu begründen. Wenn es bei der Verkündung einer ‚Pflicht zur Forschung‘ darum gehen sollte, die herkömmlichen Grenzen zwischen legitimer und illegitimer Forschung in qualitativ neuer Weise zu bestimmen, so muss dieses Vorhaben vergeblich bleiben – selbst wenn man bereit ist, wie hier geschehen, dem Konzept einer individuellen Rechtspflicht zur Forschung sehr weitgehend nachzuspüren und es unter gewissen Bedingungen sogar als begründet zu erachten.

Der Weg dieser Begründung führte im Wesentlichen darauf, das forschende Handeln an das ärztliche Handeln anzubinden, indem die *Personalunion von Forscher und Arzt* als Voraussetzung einer individuellen Rechtspflicht zur Forschung erkannt wurde. Diese Konstellation ist für das Vorhaben einer Zurückdrängung des Probandenschutzes aber nicht nur, wie gesehen, unwirksam. Vielmehr könnte sie ihm sogar direkt zuwiderlaufen. Dies würde dann geschehen, *wenn nicht nur der Forscher zugleich Arzt ist* (als Vorbedingung einer individuellen Rechtspflicht zur Forschung), sondern *wenn überdies auch der Proband zugleich Patient ist* (als Normalfall in der klinischen Forschung). In diesem Fall einer zusätzlichen *Personalunion von Proband und Patient* kommen nämlich zu all den (primär negativen) Pflichten des Forschers gegenüber dem konkreten Probanden nun noch die (primär positiven) Pflichten des Arztes gegenüber dem

46 Ähnlich wie somit die Pflicht des Arzt-Forschers (Forschung zu betreiben) aufgrund seiner persönlichen Erfahrung mit der Krankheit potentieller Patienten *prinzipiell* schwach ist, da er diese nicht mehr bei jenen potentiellen Patienten selber einlösen kann, wäre auch eine etwaige Pflicht heutiger Patienten-Probanden (an Forschung teilzunehmen) aufgrund ihres persönlichen Vorteils aus den Opfern früherer Probanden *prinzipiell* schwach, insofern sie auch diese nicht mehr bei jenen früheren Probanden einlösen könnten (vgl. Marquis, „Leaving Therapy to Chance“ (Anm. 28), 46). Hinzu käme im letzteren Fall freilich, dass man kaum je von einer konkreten Einzelbeziehung zwischen heutigem Patienten und früherem Probanden ausgehen könnte, so dass man es eher wieder mit dem fragwürdigen Anspruch eines Kollektivs statt mit dem eines Individuums zu tun hätte und auch bestenfalls eine *Tugendpflicht* statt einer *Rechtspflicht* für Patienten-Probanden postulieren könnte (vgl. Schreiber, „Rechtliche Regeln für Versuche mit Menschen“ (Anm. 33), 20f.). Dies bestätigt sich auch darin, dass selbst Autoren, die diese Probandenpflicht sehr ernsthaft in Erwägung ziehen, meist einen qualitativen Vorbehalt in Form des Rechts auf jederzeitigen Abbruch des Experiments bestehen lassen und somit offenbar bestenfalls Pflichten *bei* der Forschung, nicht aber eine Pflicht *zur* Forschung auf Probandenseite für einklagbar halten (vgl. Parsons, „Research with Human Subjects and the ‚Professional Complex‘“ (Anm. 22), 136).

konkreten Patienten hinzu. Die individuelle Rechtspflicht zur Forschung, die man als Arzt-Forscher (primär positiv) gegenüber dem potentiellen Patienten hat, könnte dann in der individuellen Rechtspflicht zur Behandlung, die man als Arzt (primär positiv) gegenüber dem konkreten Patienten-Probanden hat, auf ein noch viel stärkeres Gegengewicht treffen, als es die herkömmliche kollektive (primär positive) Rechtspflicht zur Forschung und die mögliche individuelle (primär positive) Tugendpflicht zur Forschung in der üblichen individuellen (primär negativen) Rechtspflicht zum Probandenschutz finden. Solche Verschärfungen deuten sich in allen vier Grundsätzen an, die als übliche Forderungen des Probandenschutzes gemeinhin vertreten werden (vgl. Abschn. 3).

(a) Mit Blick auf den Grundsatz der informierten ‚Zustimmung‘ würde sich die Verschärfung nicht so sehr in der Komponente der Zustimmung, als vielmehr in der Komponente der *Informiertheit* ergeben, nämlich entlang der Frage, welche Fakten einem Patienten-Probanden mitzuteilen sind, damit dieser als hinreichend ‚aufgeklärt‘ gelten kann. Für gewöhnlich fasst man hierbei unter Verweis auf die *Betroffenheit des Probanden* lediglich Informationen ins Auge, die unmittelbar die *medizinischen Bedingungen* des anstehenden Experiments betreffen (vor allem dessen Zweck, Erfolgsaussichten und Risiken).⁴⁷ Bei einem rigoroseren Verständnis der *Autonomie des Probanden* könnte man jedoch womöglich jedwede Information einschließen wollen, welche in *irgendeiner Form* seine Entscheidung zur Teilnahme betreffen könnte (etwa persönliche Hintergründe des Forschers, seine Einstellungen oder sein Sponsoring).⁴⁸ Während man nun bei einem bloßen *Forscher-Proband-Verhältnis* diesen letzteren Komplex unter Verweis auf den Persönlichkeitsschutz des Forschers recht engen Beschränkungen unterziehen kann, wäre er bei einem *Arzt-Patient-Verhältnis* womöglich von weit größerer Relevanz. Denn insofern dieses Arzt-Patient-Verhältnis ein durchaus intimes Vertrauensverhältnis darstellt,⁴⁹ könnte der Arzt-Forscher seinem Patienten-Probanden Informationen schulden, die über dessen rein medizinische Belange hinausgehen und die persönliche Beziehung zwischen beiden betreffen. Beispielsweise könnte man den Arzt-Forscher als verpflichtet ansehen, offenzulegen, welche finanziellen Vorteile ihm aus der Teilnahme seines Patienten-Probanden an einer klinischen Studie entstehen würden, wenn er nicht das spezielle Vertrauensverhältnis, auf welcher die Zusammenarbeit mit seinem Patienten-Probanden beruht, missbrauchen will.

(b) Mit Blick auf den Grundsatz der ‚Unentbehrlichkeit der Humanforschung für die angestrebten Ergebnisse‘ führt die sich ankündigende Verschärfung gerade-

47 Ferdinand van Oosten, „Consent and Information in Medical Research“, in: Erwin Deutsch/Jochen Taupitz (Hg.), *Forschungsfreiheit und Forschungskontrolle in der Medizin. Zur geplanten Revision der Deklaration von Helsinki*, Berlin/Heidelberg/New York 2000, 327-339, hier 336f.

48 Martin Wilkinson, „Research, Informed Consent, and the Limits of Disclosure“, in: *Bioethics* 15 (2001), 341-363, hier 344f.

49 Wieland, *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik* (Anm. 34), 59.

wegs auf ein *Dilemma*, das in der Literatur unter dem Stichwort der ‚equipoise‘ behandelt wird.⁵⁰ Moderne medizinische Forschung sieht sich einerseits der naturwissenschaftlichen Forderung gegenüber, statistisch valide Vergleiche zwischen verschiedenen Behandlungsformen anzustellen (beispielsweise eine neue Behandlung versus Standardtherapie oder Placebogabe zu testen), und ist andererseits mit der ärztlichen Forderung konfrontiert, den beteiligten Patienten-Probanden nur die jeweils bessere bzw. wahrscheinlicher wirkungsvolle Behandlung zukommen zu lassen (wobei im Normalfall die verglichenen Behandlungsformen eben nicht als exakt gleich erfolgversprechend anzusehen sein werden, sei es bereits zu Beginn oder sei es erst im Verlauf der Studie).⁵¹ Das Dilemma entsteht dadurch, dass ein Datentrend, der rational noch nicht ausreichen würde, die ‚policy‘ decision zur Einführung der getesteten Therapie zu fällen, bereits ethisch verlangen würde, die ‚present patient‘ decision zum Abbruch der begonnenen Studie zu treffen.⁵² Die Fragwürdigkeit, die sich hieraus für zumindest einige randomisierte klinische Studien ergibt, wird oft als forschungsethisches Problem der ‚society‘ insgesamt angesprochen.⁵³ Allerdings gewinnt es seine volle Schärfe erst aufgrund der speziellen Verpflichtungen der ‚patient-physician relationship‘.⁵⁴ Denn aus der Sicht des gesamten Forschungssystems wird man häufig noch eine *hinreichende Uneinigkeit* über die Wirksamkeit zweier Therapieformen behaupten können, um das individuelle Recht des Patienten-Probanden auf *angemessene Therapie* durch die Randomisierung nicht als verletzt anzusehen.⁵⁵ Aber der einzelne Arzt-Forscher wird kaum jemals in einem Zustand *völliger Unentschiedenheit* zwischen zwei Behandlungsalternativen sein, um seine individuelle Pflicht als Arzt zur *bestmöglichen Therapie* als bei beiden Varianten gleichermaßen erfüllt betrachten zu können.⁵⁶ Auch ließe sich aus dem Blickwinkel eines kollektiven Gerechtigkeitsproblems der schlechteren Behandlung *jetziger Probanden* die verbesserte Behandlung *künftiger Patienten* gegenüberstellen, und übliche Gerechtigkeitskriterien (Nutzen, Gleichheit, Dringlichkeit etc.) könnten ermitteln, inwiefern zwischen den grundsätzlich

50 Charles Fried, *Medical Experimentation. Personal Integrity and Social Policy*, Amsterdam 1974.

51 Timothy S. Jost, „Are Placebo-Controlled Studies Permissible?“, in: Erwin Deutsch/Jochen Taupitz (Hg.), *Forschungsfreiheit und Forschungskontrolle in der Medizin. Zur geplanten Revision der Deklaration von Helsinki*, Berlin/Heidelberg/New York 2000, 315-325.

52 Fred Gifford, „Community-Equipoise and the Ethics of Randomized Clinical Trials“, in: *Bioethics* 9 (1995), 127-148, hier 144.

53 Jason H.T. Karlawish/John Lantos, „Community Equipoise and the Architecture of Clinical Research“, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 6 (1997), 385-396, hier 385.

54 Marquis, „Leaving Therapy to Chance“ (Anm. 28), 43.

55 Benjamin Freedman, „Equipoise and the Ethics of Clinical Research“, in: *The New England Journal of Medicine* 317 (1987), 141-145, hier 143f.

56 Gifford, „Community-Equipoise and the Ethics of Randomized Clinical Trials“ (Anm. 52), 136f.

gleichberechtigten Ansprüchen dieser beiden Interessengruppen ein moralischer Vorrang der einen oder der anderen auszumachen wäre.⁵⁷ Mit Blick auf die individuellen Pflichten des Arzt-Forschers aber bestehen viel unmittelbarere moralische Anforderungen, die angesichts des Gefälles zwischen der real-einlösbaren Pflicht gegenüber den *konkreten Patienten-Probanden* und der tragisch-uneinlösbaren Pflicht gegenüber den *potentiellen Patienten* stets zugunsten der ersteren sprechen müssten.⁵⁸ Somit wäre der Arzt-Forscher äußerst engen Restriktionen unterworfen, sobald er auf einen Patienten-Probanden trifft: Sein Arzt-Sein würde ihm aus medizinischen Versorgungsgründen verbieten, seiner Forscher-Tätigkeit nach naturwissenschaftlichen Optimierungsgesichtspunkten nachzugehen.

(c) Der Grundsatz der ‚Verhältnismäßigkeit von Belastungen/Risiken und erwartbarem Nutzen‘ würde im Rahmen einer Arzt-Patient-Beziehung darauf hinauslaufen, dass nicht mehr allein die Komponente der Belastungen/Risiken, sondern auch die Komponente des *Nutzens* auf den Patienten-Probanden bezogen wäre. Während in der üblichen Version dieses Grundsatzes also mit jenem erwartbaren Nutzen der erhoffte *Wissensgewinn* für die Medizin insgesamt gemeint ist, würde nun hierunter der erhoffte *Therapieeffekt* für den Patienten-Probanden zu verstehen sein.⁵⁹ Diese Verschärfung würde das Humanexperiment zwar nicht zu einem Heilversuch werden lassen, insofern es seiner *Intention* nach immer noch auf den Wissensgewinn als primäres Ziel ausgerichtet wäre. Allerdings würden ihm mit Blick auf seine Legitimität so enge Grenzen auferlegt, dass es seiner *Extension* nach sich nicht weiter als ein Heilversuch erstrecken könnte. Ein Kompromiss zwischen dieser Verschärfung und der ursprünglichen Version des Grundsatzes bestünde darin, den Nutzen weder für die Allgemeinheit insgesamt noch für den Patienten-Probanden selbst, sondern vielmehr für seine *Betroffenengruppe* zu fordern. Diese Regelung wird teilweise für die Forschung an Nichteinwilligungsfähigen erwogen und ist dort nicht unumstritten.⁶⁰ Allerdings konvergiert auch der folgende Punkt (d) zu diesem Ergebnis, so dass es zumindest im Falle der Einwilligungsfähigkeit den Anforderungen der Arzt-Patient-Beziehung vielleicht genügen könnte.

57 Gunnel Elander/Göran Hermerén, „Placebo Effect and Randomized Clinical Trials“, in: *Theoretical Medicine* 16 (1995), 171-182, hier 178 f.

58 Marquis, „Leaving Therapy to Chance“ (Anm. 28), 46.

59 Vgl. Blumgart, „The Medical Framework for Viewing the Problem of Human Experimentation“ (Anm. 26), 43 f.

60 Sie wird dort zumeist ergänzt um die Forderung nach informierter Zustimmung eines gesetzlichen *Vertreters* und weitestmöglicher *Einbeziehung* des Probanden in den Entscheidungsprozess, um die Forderung nach Undurchführbarkeit des Experiments bei *Einwilligungsfähigen*, sowie um die Forderung nach *minimaler* Belastung/Risiko für den Probanden und *erheblichem* Nutzen für seine Betroffenengruppe. Vgl. Taupitz, „Schutzmechanismen zugunsten des Probanden und Patienten in der klinischen Forschung“ (Anm. 16), 29 f.

(d) Beim Grundsatz der ‚etwaigen Nützlichkeit der Ergebnisse für den Probanden selbst‘ zeigt sich die Verschärfung darin, dass dieser Grundsatz, der bei Erfüllung der anderen drei Grundsätze zumeist als fakultativ gilt, im Falle der Forschung des Arztes an seinem Patienten *unerlässlich* werden könnte. Fremdnützige Versuche bei Kranken wären also für den Arzt-Forscher grundsätzlich inakzeptabel. Dies läge nicht daran, dass an der *faktischen Möglichkeit* einer *informierten Zustimmung* bei einem Kranken gezweifelt würde,⁶¹ sondern daran, dass fremdnützige Forschung prinzipiell die *ethische Zielgebung* der *Arzt-Patient-Beziehung* korrumpieren würde.⁶² Während also nichts unmittelbar dagegen spräche, wenn der bloße Forscher unter Beachtung der anderen Grundsätze auch kranke Probanden in seine Studien aufnähme, könnte der behandelnde Arzt nur unter Verletzung seiner Handlungsgrundlage seine eigenen Patienten für fremdnützige Untersuchungen anwerben. Dieses Verbot wäre womöglich zu relativieren, wenn diese Untersuchungen zwar fremdnützig wären, insofern sie dem Patienten nicht mehr helfen könnten, sich aber immerhin noch auf jene Krankheit beziehen würden, an welcher der Patient selbst leidet. Denn dann wäre er *selbst jener potentielle Patient*, in dessen Namen die Pflicht zur Forschung an *ihm als realem Probanden* vollzogen würde – eine Konstellation, die unter Beachtung der anderen, verschärften Grundsätze als legitimierend gelten könnte. In diesem Fall bliebe das strenge Verbot also übrig als das Verbot für den Arzt, an seinem Patienten ohne Bezug zu dessen Krankheit zu forschen – was sich mit der milderer Variante der Verschärfung unter Punkt (c) decken würde.

9. Abschluss

Die vorangehenden Überlegungen haben gezeigt, dass eine Pflicht zur medizinischen Forschung im Sinne einer *individuellen Rechtspflicht* unter gewissen Bedingungen begründet werden kann: nämlich für den Fall einer Personalunion von Forscher und Arzt. Wie weit diese Pflicht genau reicht und in welchen *inhaltlichen Einzelverpflichtungen* sie sich aussprechen könnte, ist im Rahmen dieser Untersuchung nicht analysiert worden. Ebenso ist nicht erörtert worden, in welchem Ausmaß es angemessen oder angeraten wäre, eine solche Pflicht einer *gesetzlichen Implementierung* zu unterziehen, etwa durch Auflagen zur Testung neuer Medikamente, zur Sammlung und Weitergabe von Informationen oder zu entsprechender Fortbildung. Untersucht wurde lediglich die *formale Struktur* dieser Rechtspflicht.

Dies genüge allerdings, um zu zeigen, dass die ursprüngliche *Intention*, mit der eine solche Pflicht zur Forschung derzeit in der forschungsethischen Debatte propagiert wird, nicht einlösbar ist: Die skizzierte individuelle Rechtspflicht

61 Vgl. Schreiber, „Rechtliche Regeln für Versuche mit Menschen“ (Anm. 33), 23 ff.

62 Vgl. Jonas, „Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects“ (Anm. 7), 20 ff.

kann aufgrund ihrer grundsätzlich tragischen Unerfüllbarkeit *nicht* dazu dienen, in der Rechtskonkurrenz zwischen realem Probanden und potentielltem Patienten den systematischen Primat des ersteren aufzuheben und ein gleichberechtigtes Abwägungsverhältnis zum letzteren herzustellen. *Im Gegenteil* neigt sie sogar dazu, im Falle einer Personalunion von Proband und Patient den herkömmlichen Beschränkungen im Sinne des Probandenschutzes noch weitere Verschärfungen auf der Grundlage des Arzt-Patient-Verhältnisses hinzuzufügen.

Ein schwächeres Konzept einer Pflicht zur Forschung als diese individuelle Rechtspflicht könnte aber ebenso wenig hinreichen, um den Komplex des Probandenschutzes zurückzudrängen: Eine *individuelle Tugendpflicht* zur Forschung bleibt systematisch den individuellen Rechtspflichten gegenüber Probanden nachgeordnet; so kann etwa eine Pflicht zur Wahrheitsuche niemals gegenüber Probandenrechten in ein ernsthaftes Abwägungsverhältnis gebracht werden. Eine *kollektive Rechtspflicht* zur Forschung wiederum begründet nur die Schaffung eines Systems, innerhalb dessen der Probandenschutz in gewohnter Weise zu gewährleisten ist; wenn es hier zu Vergleichen kommen soll, die individuelle Handlungen rechtfertigen könnten, so müssen diese auf die Ebene des einzelnen Akteurs heruntergebrochen werden, wo die bereits diskutierten Verhältnisse bestehen.

Schließlich ist zu bedenken, dass die hier vorgestellte Begründung einer Pflicht zur Forschung vollends hinfällig wird, wenn es richtig sein sollte, dass die Personalunion von Forscher und Arzt sich in jüngerer Zeit zunehmend auflöst. Wenn es tatsächlich Anzeichen für eine Desintegration von Forschung und Klinik gibt,⁶³ so untergräbt dies jedweden Versuch, eine individuelle Rechtspflicht zur Forschung zur Geltung zu bringen. Gerade die moderne naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin, mit der so viel Enthusiasmus und Hoffnung einhergehen und der man mit der Deklaration einer ‚Pflicht zur Forschung‘ derzeit wohl Vorschub zu leisten hofft – gerade sie würde dieser Deklaration zuletzt selber den Boden entziehen, insofern die in ihr Tätigen lediglich Forscher, aber keine Ärzte mehr wären. Solange die Forscher indessen noch Ärzte sind, wird jener Appell an eine ‚Pflicht zur Forschung‘ ebenso wenig eine Beschränkung von Probandenrechten einläuten können – eher ist das Gegenteil der Fall, wenn nämlich ihre Probanden auch ihre Patienten sind.⁶⁴

Dr. phil. Dietmar Hübner, M.Phil., Dipl.-Phys., Institut für Wissenschaft und Ethik an der Universität Bonn, Niebuhrstr. 51, D-53113 Bonn;
e-mail: hubner@iwe.uni-bonn.de

63 Vgl. David Robertson, „The Future of Clinical Research“, in: *Journal of Investigative Medicine* 48 (2000), 309-311, hier 309.

64 Diese Arbeit ist im Rahmen der von der DFG geförderten Klinischen Forschergruppe „Stammzelltransplantation – Molekulare Therapieansätze in der Pädiatrie“ entstanden.