

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der
Universität Tübingen

Direktor: Professor Dr. Dr. U. Wiesing

Das Humanexperiment in der medizinischen Forschung in
der Diskussion der verfassten Ärzteschaft der Bundesre-
publik Deutschland im Spiegel des *Deutschen Ärzteblatts*
von 1949-1978

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Timo Michael Ziegler

aus

Stuttgart

2014

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. Dr. U. Wiesing

2. Berichterstatter: Professor Dr. D. Luft

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Einführung in das Thema | 1 |
| 1.2 | Regelungen über die Forschung am Menschen..... | 4 |
| 1.2.1 | Der <i>Nürnberger Kodex</i> (1947)..... | 4 |
| 1.2.2 | Die <i>Deklaration von Helsinki</i> (1964) | 8 |
| 1.3 | Fragestellung | 15 |
| 2 | Forschungsstand, Material und Methoden | 18 |
| 2.1 | Forschungsstand..... | 18 |
| 2.2 | Das <i>Deutsche Ärzteblatt</i> als Quelle..... | 24 |
| 2.3 | Methodisches Vorgehen..... | 27 |
| 3 | Zwischen Konsolidierung und Neuanfang: Die Debatte über die Forschung am Menschen zwischen dem Nürnberger Ärzteprozess 1946/47 und der <i>Deklaration von Helsinki</i> (1964) | 29 |
| 3.1 | Instrumentalisierte Vergangenheitspolitik: Der Nürnberger Ärzteprozess und die ärztliche Standespolitik (1946-1951) | 29 |
| 3.2 | Deutsche Forscher vor Gericht: Das ärztliche Gewissen als Mittlerinstanz ärztlichen Ethos in der medizinischen Forschung (1954) | 38 |
| 3.3 | Die Kontroverse über den Doppelblindversuch und die Verwendung von Placebos in der medizinischen Forschung (1956)..... | 47 |
| 3.4 | Der Umgang der bundesrepublikanischen Ärzteschaft mit den nationalsozialistischen Menschenversuchen und ihrer Wiedergutmachung in den 1950er Jahren | 58 |
| 3.4.1 | Tabuisieren und Verdrängen: Der „Fall Clauberg“ und die ärztlichen Standesorganisationen | 59 |
| 3.4.2 | Entschädigung für die Opfer nationalsozialistischer Humanexperimente | 65 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 4 | Die <i>Deklaration von Helsinki</i> 1964 im Spiegel des <i>Deutschen Ärzteblatts</i> . 70 | |
| 5 | Das Humanexperiment in der Debatte über die ärztliche Berufsordnung (1969/70)..... | 87 |
| 6 | Forschungsskandale als Thema im <i>Deutschen Ärzteblatt</i> – die Fernsehserie „Halbgott in Weiß“ (1970)..... | 91 |
| 7 | Die Novellierung des Arzneimittelgesetzes 1976 und die Debatte über die Forschung am Menschen..... | 101 |
| 7.1 | Die Arzneimittelprüfung als Belastung für die Arzt-Patienten-Beziehung (1973/74)..... | 103 |
| 7.2 | Die Diskussion über den Wirksamkeitsnachweis als Voraussetzung für die Zulassung neuer Arzneimittel (1975/76)..... | 111 |
| 7.3 | Der Streit zwischen Schulmedizin und alternativen Heilverfahren über die Zulässigkeit des placebokontrollierten Doppelblindversuchs (1978) | 120 |
| 8 | Diskussion und Zusammenfassung | 132 |
| 9 | Literaturverzeichnis | 140 |
| 10 | Tabellarische Übersicht der Artikel im <i>Deutschen Ärzteblatt</i> | 146 |
| 11 | Danksagung..... | 151 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------|---|
| ÄK | Ärztekammer |
| ÄM | Ärztliche Mitteilungen |
| AM | Arzneimittel |
| AMA | American Medical Association |
| AMG | Arzneimittelgesetz |
| APIM | Association Professionelle Internationale des Médecins |
| AWA | Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern |
| ARD | Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland |
| BÄK | Bundesärztekammer |
| BAK | Bundesassistentenkonferenz |
| BMJFG | Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit |
| BRD | Bundesrepublik Deutschland |
| DÄ | Deutsches Ärzteblatt |
| DDR | Deutsche Demokratische Republik |
| dpa | Deutsche Presse-Agentur GmbH |
| FDA | Food and Drug Administration |
| IKRK | Internationales Komitee vom Roten Kreuz |
| KZ | Konzentrationslager |
| NS | Nationalsozialismus/nationalsozialistisch |
| NSDAP | Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei |
| NSLB | Nationalsozialistischer Lehrerbund |
| SA | Sturmabteilung |
| SPD | Sozialdemokratische Partei Deutschlands` |
| SS | Schutzstaffel |
| USA | United States of America |
| WMA | World Medical Association |

1 Einleitung

1.1 Einführung in das Thema

Die Notwendigkeit medizinischer Forschung ist heute unbestritten. Ohne sie wäre die medizinische Versorgung keinesfalls durch die Qualität gekennzeichnet, von der wir als Patienten in entscheidendem Maße profitieren und die wir wie selbstverständlich in Anspruch nehmen. Entscheidende Impulse für den diagnostischen und therapeutischen Fortschritt in der Medizin sind auf die systematische Anwendung experimenteller Forschung auf medizinische Fragestellungen zurückzuführen. Diese offenbart allerdings erhebliche ethische Wertkonflikte, was insbesondere in der Forschung am Menschen deutlich wird. Der grundsätzliche ethische Konflikt in der Forschung am Menschen wird nachvollziehbar, wenn man sich den Unterschied von ärztlicher Handlung und klinischem Versuch bzw. Humanexperiment vergegenwärtigt: Die ärztliche Handlung, die streng genommen auch als Versuch gewertet werden muss, da ihr Erfolg keinesfalls als gesichert gelten kann, ist individuell ausgerichtet und verfolgt ausschließlich das Ziel, dem Patienten zu helfen. Demgegenüber zielt das Humanexperiment auf den reinen Erkenntnisgewinn ab.¹ Nutzen entsteht dabei ausschließlich für die medizinische Forschung sowie auf gesellschaftlicher Ebene für zukünftige Patienten. Der klinische Versuch bzw. die klinische Studie sind durch die Verschränkung von Heilungsintention und Forschungsinteresse gekennzeichnet und nehmen somit eine Mittelstellung zwischen ärztlicher Handlung und Humanexperiment ein. Voraussetzung für den klinischen Versuch ist der potentielle Nutzen für den Patienten. Zusätzlich profitieren der Forscher und in letzter Konsequenz – sofern der Versuch zur Entwicklung neuer oder verbesserter Therapiestrategien führt – zukünftige Patienten und damit die Gesellschaft. Darüber hinaus führt die Experimentalsituation zu einer neuen Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient. Während bei der ärztlichen Handlung der Patient als Individuum mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt des Interesses steht, treten im Rahmen des Humanexperiments das Forschungsinteresse und damit das Interesse der Allgemeinheit in den Vordergrund. Dies

¹ Vgl. Wiesing (2012), S. 130 f.

spiegelt sich als intrapersonaler Konflikt in der Rolle des forschenden Arztes. Für ihn muss die Individualität des Patienten bestimmend sein, um helfen zu können. Der Forschende hingegen muss die Individualität des Patienten negieren, um Erkenntnisse über das Kollektiv gewinnen zu können.² Damit liegt der Experimentalsituation eine grundlegende Veränderung der Subjekt-Objekt-Struktur zugrunde. Gemäß dem normativen Prinzip der Menschenwürde ist der Mensch als Subjekt im Besitz unveräußerlicher Rechte. Diese schützen ihn als Individuum vor Instrumentalisierung, d.h. vor willkürlicher Behandlung, die ihn zu einem Objekt fremden Handelns werden lässt. Doch gerade diese Unveräußerlichkeit wird in der Experimentalsituation aufgegeben. Durch die Rollenzuschreibung von Beobachter und Beobachtetem steht dem Subjekt „Versuchsleiter“ in der Person des Arztes das Objekt „Versuchsperson“ in der Person des Patienten gegenüber. Dies bedingt den Verlust des Subjektstatus des Patienten, einhergehend mit dem Zurücktreten der Individualität, dem Ausgeliefertsein des Patienten bzw. Probanden und dem daraus resultierenden Machtgefälle zwischen Arzt (Subjekt) und Patient bzw. Proband (Objekt). Würde man vor diesem Hintergrund den Verzicht medizinischer Forschung fordern, hätte dies jedoch wiederum gravierende Folgen für das ärztliche Handeln. Forschung am Menschen ist zweifellos mit einem Risiko für den Patienten bzw. Probanden verbunden. Andererseits stellen unerforschte Medikamente und Therapieverfahren ebenfalls ein Risiko für Patienten dar.³ Richard Toellner brachte das ethische Dilemma der Forschung am Menschen auf die Formel: „Es ist unethisch, eine Therapie anzuwenden, deren Sicherheit und Wirksamkeit nicht wissenschaftlich geprüft ist; es ist aber auch unethisch, die Wirksamkeit einer Therapie wissenschaftlich zu prüfen.“⁴

Da dieser Konflikt nicht gelöst werden kann, lässt sich das ethische Dilemma nur durch Regelungen über die Forschung am Menschen auf ein allgemein akzeptables Minimum reduzieren.⁵ Diese wurden in verschiedenen ethischen Kodizes niedergelegt. Besonders hervorzuheben sind der *Nürnberger Kodex* von

² Vgl. ebd., S. 132 f.

³ Vgl. ebd.

⁴ Toellner (1990), S. 8.

⁵ Vgl. Wiesing (2012), S. 133.

1947 und die *Deklaration von Helsinki* aus dem Jahr 1964, deren Entstehungsgeschichte und Diskussionszusammenhänge im folgenden Kapitel dargestellt werden.

1.2 Regelungen über die Forschung am Menschen

1.2.1 Der *Nürnberger Kodex* (1947)

Der Nürnberger Ärzteprozess war der erste von insgesamt zwölf Prozessen gegen verschiedene Funktionseliten des „Dritten Reichs“. ⁶ Ziel des Prozesses war nicht nur die Verurteilung von 20 Ärzten und drei hochrangigen NS-Funktionären, sondern zugleich die Schaffung von ethischen Richtlinien für die Forschung am Menschen, um Versuchspersonen zukünftig besser zu schützen. ⁷ Die Anklageschrift des I. Amerikanischen Militärgerichtshofs vom 25. Oktober 1946 umfasste vier Artikel: „Verbrechen gegen den Frieden“, „Kriegsverbrechen“, „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“ und „Mitgliedschaft in einer kriminellen Vereinigung“. Der erste Artikel „Verbrechen gegen den Frieden“ bezog sich auf den Völkermord an den europäischen Juden. Der Punkt „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“ umfasste Straftaten wie Mord, Folter, Vergewaltigung, Deportation oder Gefangenschaft. ⁸ Der Prozess wurde am 9. Dezember 1946 eröffnet und endete am 20. August 1947 mit sieben Todesurteilen, neun Haftstrafen und sieben Freisprüchen. ⁹ Das Bekanntwerden der Medizinverbrechen in den nationalsozialistischen Konzentrationslagern während des Nürnberger Ärzteprozesses sorgte zunächst für erhebliche Entrüstung. Dennoch wurden zahlreiche Erkenntnisse der NS-Menschenversuche nachträglich übernommen und etliche der Angeklagten wissenschaftlich rehabilitiert. ¹⁰ Die Herausforderung der Staatsanwälte im Nürnberger Ärzteprozess bestand darin, zu zeigen, dass die in den Konzentrationslagern durchgeführten Humanexperimente nicht mit der gängigen Forschungspraxis im Einklang standen. Hierzu musste allerdings erst ein entsprechendes Regelwerk erarbeitet werden. Aus diesem Grund beauftragten die amerikanischen Staatsanwälte die Amerikanische Medizinische Vereinigung (AMA) unter der Leitung von Dr. Andrew Ivy mit der Ausarbeitung von Richtlinien für die Forschung am Menschen. Das von Ivy

⁶ Ausführliche Darstellungen des Nürnberger Ärzteprozesses finden sich u. a. bei Weindling (2005) oder Freimüller (2001). Vgl. außerdem den Sammelband von Ebbinghaus und Dörner (2001) und die Materialsammlung von Dörner/Ebbinghaus/Linne (1999).

⁷ Vgl. Schmidt (2001), S. 338.

⁸ Vgl. ebd., S. 339.

⁹ Vgl. Freimüller (2001), S. 17 ff.

¹⁰ Vgl. Krause/Winslade (1997), S. 192.

im Dezember 1946 vorgelegte Dokument bildete die Entscheidungsgrundlage für die Urteilsfindung im Nürnberger Ärzteprozess.¹¹

Unter der Überschrift „Zulässige medizinische Versuche“ stellten die Richter ihrer Urteilsbegründung zehn Grundsätze für die Forschung an Menschen voran, die nachfolgend als *Nürnberger Kodex* bezeichnet wurden. In der Präambel kommt dabei zum Ausdruck, „daß gewisse medizinische Experimente an Menschen, wenn sie innerhalb ziemlich klar festgelegter Grenzen bleiben, der ärztlichen Ethik entsprechen.“¹² Begründet wurde dies damit, „daß solche Versuche für das Wohl der Menschheit Ergebnisse erzielen, welche durch andere Methoden oder Studien nicht zu erlangen sind.“¹³ Die Verfechter medizinischer Versuche am Menschen sind dabei jedoch insgesamt der Überzeugung, „daß gewisse Grundprinzipien befolgt werden müssen, um mit moralischen, ethischen und juristischen Grundregeln im Einklang zu stehen.“¹⁴ Nachfolgend werden die benannten „Grundprinzipien“ in zehn Artikeln dargelegt. Der erste Artikel befasst sich sehr ausführlich mit den Bedingungen des freien informierten Einverständnisses. Artikel 2 führt aus, dass medizinische Versuche nur dann gerechtfertigt sind, wenn sie dem Wohl der Gesellschaft dienen und dieses Ziel nur auf diese Weise realisiert werden kann. Die Durchführung eines Humanexperiments erfordert vorangegangene Tierversuche und grundlegende Erkenntnisse über die zu erforschende Fragestellung (Artikel 3). Die Artikel 4, 5, 7 und 8 fordern, dass derartige Versuche nur von wissenschaftlich qualifiziertem Personal durchgeführt werden dürfen und die Probanden vor jeglichem Risiko von Verletzung, bleibenden gesundheitlichen Schäden oder Tod geschützt werden müssen. Artikel 6 besagt, dass das Risiko der Versuchspersonen in einem angemessenen Verhältnis zum erwarteten Nutzen stehen muss. Wie und anhand welcher Kriterien dieses Verhältnis bestimmt werden soll, wird nicht näher ausgeführt. Die letzten beiden Artikel schreiben vor, dass ein Versuch abgebrochen werden muss, sofern eine Bedrohung für das Wohl des Probanden besteht. Der Pro-

¹¹ Vgl. ebd., S. 193.

¹² Zit. nach Wiesing (2012), S. 137.

¹³ Ebd., S. 138.

¹⁴ Ebd.

band hat die Möglichkeit, den Versuch jederzeit ohne Begründung abzubrechen.

Der *Nürnberger Kodex* kann weder als entscheidende Zäsur in der forschungsethischen Debatte noch als wirkungslos im Hinblick auf die Rechte des Probanden in der medizinischen Forschung angesehen werden, so der Medizinhistoriker Ulf Schmidt.¹⁵ Parallel zum Aufschwung der Naturwissenschaften in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts hatte sich der Diskurs über die ethischen Implikationen biomedizinischer Forschung am Menschen entwickelt. Besondere Aufmerksamkeit hatte der Fall des Dermatologen Albert Neisser erregt, der Frauen gezielt mit dem Syphiliserreger infiziert hatte.¹⁶ Im Rahmen des Strafprozesses hatte er seine Vorgehensweise mit der Begründung gerechtfertigt, dass er „nur“ Prostituierte in seine Experimente einbezogen habe, die sich mit großer Wahrscheinlichkeit ohnehin infiziert hätten. In der Folge hatte der preußische Staatsminister für Medizinalangelegenheiten am 29. Dezember 1900 eine „Anweisung an die Vorsteher der Kliniken, Polikliniken und sonstigen Krankenanstalten“ erlassen, wonach Forschungsexperimente ohne Zustimmung der Versuchsperson strafbar waren. Die Praxis der klinischen Forschung änderte sich jedoch kaum. Erst unter dem Eindruck von Immunisierungsversuchen in Lübeck, denen im Februar 1930 über 70 Kinder zum Opfer gefallen waren, befasste sich die Reichsregierung erneut mit dem Thema klinischer Versuche am Menschen und verabschiedete am 28. Februar 1931 die „Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen“.¹⁷ Das Dokument legte verbindliche Regeln für Menschenversuche fest und stellte einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu einem verbesserten Probandenschutz dar. Wie wenig diese Leitlinien jedoch die medizinische Forschungspraxis beeinflussten, zeigten wenige Jahre später die Menschenversuche in den nationalsozialistischen Konzentrationslagern. Aus dieser Perspektive zählt der *Nürnberger Kodex* zu einer ganzen Reihe von Richtlinien, die primär als Reaktion auf das Bekanntwerden unmoralischer Forschungspraktiken erlas-

¹⁵ Vgl. Schmidt (2001), S. 336 f.

¹⁶ Vgl. Winau (2008), S. 42 ff.

¹⁷ Vgl. ebd., S. 48 ff.

sen wurden, um die Versuchsteilnehmer besser zu schützen und den Fortbestand medizinischer Forschung im Dienste des wissenschaftlichen Fortschritts zu garantieren. Jenseits dieser Kontinuitäten setzte er jedoch neue Maßstäbe für die Forschungspraxis, indem er das Prinzip des freiwilligen, informierten Einverständnisses als unumgängliche Voraussetzung für die Durchführung klinischer Studien forderte. Zudem wurde das Recht des Versuchsteilnehmers eingeführt, das Experiment zu jedem Zeitpunkt ohne Begründung abbrechen zu können. Die Stärkung der Probandenrechte gegenüber den Forschungsinteressen des Arztes bzw. Versuchsleiters verfolgte das Ziel, das Machtgefälle zwischen Arzt und Proband in der Experimentalsituation zu nivellieren. Der *Nürnberger Kodex* appelliert sowohl an die Versuchsperson, die durch die Garantie spezifischer Rechte geschützt werden soll, als auch an den Arzt bzw. Forscher, den Maßstäben ärztlicher Standesethik gerecht zu werden. Der Medizinhistoriker Ulf Schmidt erkennt darin „eine besondere Verknüpfung von im Völkerrecht verankerten Menschenrechten *und* Hippokratischer Ethik“.¹⁸

Sie [die Verknüpfung] besagt, daß der Patient bzw. die Versuchsperson dem Therapeuten bzw. dem Forscher gleichgestellt ist. Dies ist der wirklich innovative und visionäre Aspekt des Nürnberger Kodexes. Letztlich handelt es sich um einen Dialog zwischen zwei Subjekten, von denen das eine dem anderen Schaden zufügen kann, wenn es nicht aufpaßt, und das andere Subjekt Schaden erleiden kann, wenn es seine Rechte nicht wahrnimmt.¹⁹

Mit der Verbindung von ärztlicher Standesethik und Menschenrechten versuchten die Nürnberger Richter der Tatsache Rechnung zu tragen, dass das Vertrauen in das Gewissen des Arztes und die berufsständische Ethik der Ärzteschaft die nationalsozialistischen Medizinverbrechen nicht verhindern konnte.

¹⁸ Schmidt (2001), S. 360.

¹⁹ Ebd., S. 361.

1.2.2 Die *Deklaration von Helsinki* (1964)

Die öffentliche Sensibilisierung für die ethischen Probleme der Forschung am Menschen war in entscheidendem Maße mit dem Aufschwung verbunden, den die medizinische Forschung nach dem Zweiten Weltkrieg erfuhr. Insbesondere in den Vereinigten Staaten nahm die Zahl klinischer Studien rapide zu.²⁰ Damit einhergehend häuften sich die Fälle ethischen Fehlverhaltens. Dies lag zum einen daran, dass den für die Forschung zur Verfügung gestellten finanziellen Mitteln zu wenige erfahrene Forscher gegenüber standen. Somit wurde die wissenschaftliche Ausrichtung medizinischer Fakultäten sukzessive von unerfahrenen Nachwuchsforschern und deren Karrierestreben bestimmt.²¹ Zum anderen wandelte sich mit dem Forschungsboom das Bild des erfolgreichen Arztes: Nicht mehr der fürsorgende Arzt am Krankenbett galt als Gallionsfigur der ärztlichen Profession, sondern der erfolgreich forschende Mediziner.²² Bereits unmittelbar nach Kriegsende rückten die Streptomycinversuche in England das Problem des kontrollierten klinischen Versuchs in den Fokus der Öffentlichkeit. Im Kern konzentrierte sich die Kritik an den Versuchen zur Überprüfung der Wirksamkeit von Streptomycin in der Behandlung der Tuberkulose auf zwei Aspekte: Zum einen wurde das nach 1945 in England nur in unzureichenden Mengen vorhandene Streptomycin ausschließlich in ausgewählten Zentren ausgegeben, so dass vielen Tuberkulosekranken eine Therapieoption vorenthalten wurde. Zum anderen wurde per Zufall entschieden, ob ein Patient der Therapie- oder der Kontrollgruppe zugeteilt wird. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass die Wirksamkeit von Streptomycin in der Behandlung der Tuberkulose in den USA bereits ausreichend nachgewiesen worden war. Die Streptomycinversuche offenbarten das ethische Dilemma des kontrollierten klinischen

²⁰ Von 1945 bis 1965 konnten die National Institutes of Health ihre jährlichen Etats von 700.000 Dollar auf rund 500 Mio. Dollar steigern. Vgl. Beecher (1966a). Maßgeblich für die enorme Ausweitung medizinischer Forschung in den USA war sicherlich die durch den Kalten Krieg bedingte Systemkonkurrenz.

²¹ Vgl. Körner (1999), S. 15.

²² Vgl. Schaupp (1993), S. 53.

Versuchs: die bewusste Vorenthaltung einer Therapieoption, um die Wirksamkeit eines Arzneimittels wissenschaftlich objektivieren zu können.²³

Seit den frühen 1950er Jahren fand eine verstärkte Auseinandersetzung mit den ethischen Problemen der Forschung am Menschen statt. Berichte von Forschern über ethisches Fehlverhalten in ihrer Umgebung sorgten in jenen Jahren immer wieder für Aufsehen. Dabei häuften sich die Forderungen an den Weltärztebund, Maßnahmen gegen derartige Missstände zu ergreifen. In England veröffentlichte der Medical Research Council 1953 eine Leitlinie zur Forschung am Menschen. Zur gleichen Zeit befasste sich die French National Academy of Medicine mit dem Problem des Menschenversuchs. Auf Antrag der Royal Netherlands Medical Association widmete sich der Vorstand des Weltärztebunds im Jahr 1953 der Frage des Humanexperiments und beauftragte seinen Ethik-Ausschuss mit der Ausarbeitung einer Stellungnahme. Die Anfrage der niederländischen Ärzteorganisation an die World Medical Association (WMA) stand wohl in engem Zusammenhang damit, dass der öffentliche Gesundheitsrat in den Niederlanden im selben Jahr ein Expertengremium einsetzte, das sich mit der Thematik des Menschenversuchs beschäftigen sollte.²⁴ Bereits ein Jahr danach legte der Ethik-Ausschuss einen Bericht vor, der von der VIII. Generalversammlung des Weltärztebunds in Rom 1954 als die "Principles for Thorse in Research and Experimentation" (auch genannt die "Principles" von Rom) angenommen wurde. Er umfasste fünf Punkte:

- Wissenschaftliche und moralische Aspekte des Experimentierens
- Klugheit und Vorsicht in der Veröffentlichung der ersten Resultate von Experimenten
- Experimente an gesunden Subjekten
- Experimente an kranken Subjekten
- Notwendigkeit, die Person, die sich einem Experiment unterwirft, über Natur, Gründe und Risiken eines Experiments aufzuklären.²⁵

²³ Vgl. Schaupp (1993), S. 67 ff.

²⁴ Vgl. ebd., S. 71 ff.

²⁵ Zit. nach Schaupp (1993), S. 178.

Damit erkannte der Weltärztebund die Notwendigkeit an, verbindliche Vorschriften für das Humanexperiment zu erlassen. Tatsächlich enthielten die genannten Eckpunkte, abgesehen von der Forderung nach der informierten Einwilligung der Versuchsteilnehmer, keine konkreten Vorgaben für Versuche am Menschen.²⁶ Die Problematik des Humanexperiments beschäftigte das Ethikkomitee und den Rat des Weltärztebunds auch nach der Verabschiedung der "Principles" von Rom.²⁷

Auf der 13. Generalversammlung 1959 in Montreal wurden bereits die Weichen für eine neue Resolution über die Forschung am Menschen gestellt. Der Ethik-Ausschuss wurde beauftragt, Regelungen für folgende fünf Experimentalsituationen auszuarbeiten: Die Erprobung neu entwickelter Medikamente an Medizinstudenten, den Einsatz von Impfstoffen unter Einbeziehung nichtgeimpfter Kontrollpersonen, kontrollierte klinische Versuche mit Häftlingen und psychisch kranken Menschen sowie die Beteiligung von hospitalisierten Patienten an klinischen Studien, die in keinem kausalen Zusammenhang mit dem Einweisungsgrund stehen.

Eine erste Fassung für einen Kodex über die Forschung am Menschen wurde auf der 15. Generalversammlung in Rio de Janeiro 1961 unter der Überschrift "A Draft Code of Ethics on Human Experimentation" diskutiert.²⁸ Der Entwurf umfasste drei Abschnitte: Allgemeine Prinzipien und Definitionen, therapeutische und nicht-therapeutische Versuche. Diese Dreigliederung wurde auch in der endgültigen Fassung der *Deklaration von Helsinki* von 1964 beibehalten. An erster Stelle stand die Definition des Begriffs „Experiment“, verstanden als jegliche Veränderung der inneren oder äußeren Umstände eines menschlichen Individuums mit der Zielsetzung, die Folgen der vorgenommenen Intervention zu beobachten. Auch wenn die Definition präzise erscheint, bleibt sie unscharf im Hinblick auf die Grenzziehung zwischen wissenschaftlichem Experiment und normalem ärztlichen Handeln.²⁹ Die erste Forderung des Entwurfs bezog sich

²⁶ Vgl. Schaupp (1993), S. 180.

²⁷ Vgl. Lederer (2007), S. 99 ff.

²⁸ Vgl. ebd., S. 101 f.

²⁹ Vgl. Schaupp (1993), S. 181 f.

auf das Einholen der informierten Zustimmung, womit sich der Entwurf stark an die Bestimmungen des *Nürnberger Kodex* anlehnte. Die Erfordernisse für eine informierte Zustimmung waren sehr restriktiv. So sah der Entwurf zwar die Möglichkeit der stellvertretenden Einverständniserklärung von Eltern für ihre Kinder vor. Das Experimentieren mit Kindern in Heimen wurde jedoch grundsätzlich verboten. Der zweite Abschnitt, der sich auf Experimente im Interesse des Patienten bezog, forderte eine klare Abgrenzung zu Experimenten, bei denen der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn im Mittelpunkt steht. Ebenso bemerkenswert war, dass das Recht des Arztes zur Erprobung neuer Therapieverfahren, im Gegensatz zur endgültigen Version der *Deklaration von Helsinki*, ans Ende gestellt und damit dem Patienteninteresse untergeordnet wurde.³⁰ Die restriktive Grundhaltung des Entwurfs wurde im letzten Abschnitt besonders deutlich. Um den Missbrauch von Abhängigkeitsverhältnissen zu verhindern, schlossen die Autoren bestimmte Personengruppen kategorisch von Experimenten aus. Hierzu gehörten Gefangene, Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern, geistig Behinderte sowie alle Menschen, die aufgrund bestimmter Lebensumstände (z.B. ihres Alters) in ihrer freien Entscheidungsfindung beeinträchtigt sind. Die insgesamt sehr eng gefassten Bestimmungen stießen innerhalb der Forschungsgemeinschaft auf erhebliche Kritik, da Experimente mit geistig Behinderten, psychisch Kranken und Kindern in Heimen unzulässig und Ausnahmen von der informierten Zustimmung selbst für therapeutische Experimente nicht erlaubt waren. Der behandelnde Arzt hätte demzufolge auch in Notfallsituationen nicht auf eine Behandlungsmethode zurückgreifen können, die nicht dem gegenwärtigen Stand des medizinischen Wissens entspricht, sofern keine Einverständniserklärung von Angehörigen oder einem gesetzlichen Stellvertreter vorliegt.

Die 18. Generalversammlung 1964 in Helsinki verabschiedete schließlich die endgültige Version der *Deklaration von Helsinki*. Der dreigliedrige Aufbau des Entwurfs aus dem Jahr 1961 wurde durch eine Einleitung ergänzt. Der Leitbegriff des „Experiments“ aus dem Entwurf von 1961 wurde durch den Begriff der

³⁰ Vgl. ebd., S. 182.

„klinischen Forschung“ ersetzt. Die Einleitung orientierte sich am *Genfer Gelöb-
nis* von 1948, einer zeitgemäßen Version des *Hippokratischen Eids*, indem sie
an das ärztliche Ethos appellierte, dem Patienten zu nutzen und nicht zu scha-
den. Im Anschluss daran wurde die Durchführung von Versuchen am Men-
schen für notwendig erklärt und die Unterscheidung in therapeutische und nicht-
therapeutische Versuche erläutert. Im ersten Kapitel, den allgemeinen Prinzi-
pien, das im Entwurf von 1961 an erster die Stelle die informierte Zustimmung
forderte und sämtliche Zustimmungsvoraussetzungen auflistete, fanden sich
nun lediglich die allgemeinen Grundsätze der Wissenschaftlichkeit, die Forde-
rung nach Tierversuchen, die allen Versuchen am Menschen vorausgehen
müssen, das Kriterium der Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Risiko, die For-
derung nach einer generellen Risikoabschätzung im Vorfeld des Experiments
sowie das Gebot besonderer Sorgfalt bei persönlichkeitsverändernden Ver-
suchsanordnungen. Das in der vorherigen Fassung zentrale Kriterium des in-
formierten Einverständnisses war nun Bestandteil der Ausführungen über den
therapeutischen bzw. nicht-therapeutischen Versuch. Auch im zweiten Kapitel,
den Bestimmungen über den therapeutischen Versuch, kam es zu einer Ver-
schiebung der Prioritäten. Während in der Fassung von 1961 die Grenze zw-
ischen therapeutischen Versuchen und wissenschaftlichen Experimenten, ver-
bunden mit der Warnung vor einer Ausweitung therapeutischer Versuche zur
Forschung am Kranken, von zentraler Bedeutung war, rückte nun das Recht
des Arztes zur Erprobung neuer Therapieverfahren an die erste Stelle. Somit
erfolgte eine Aufwertung der Interessen des Arztes zu Lasten der Schutzbe-
dürfnisse der Probanden.³¹ Eine wesentliche Akzentverschiebung vollzog sich
auch im dritten Abschnitt, den Richtlinien zum nicht-therapeutischen Versuch. In
der Fassung des Kodexes von 1961 begann dieser Absatz mit der Forderung
nach der informierten Zustimmung, wohingegen die endgültige Fassung von
1964 der Verantwortung des Arztes größeres Gewicht beimaß. Insgesamt kann
festgestellt werden, dass 1964 der Verantwortung des Forschers für die Ver-
suchspersonen eine größere Bedeutung zugesprochen wurde, während die

³¹ Vgl. ebd., S. 184 f.

informierte Zustimmung des Versuchsteilnehmers relativiert wurde.³² Einerseits fordert das Kriterium der informierten Zustimmung zwar die geistige, körperliche und rechtliche Zustimmungsfähigkeit der Probanden, was geistig Behinderte, psychisch Kranke, Kinder, senile und bewusstlose Menschen von jeglichen Versuchen ausschließt. Andererseits ist bei rechtlicher Zustimmungsunfähigkeit zusätzlich zum Einverständnis der Probanden die Zustimmung des gesetzlichen Stellvertreters Voraussetzung für eine Versuchsteilnahme. Dieser Widerspruch innerhalb der Deklaration bedeutete, dass Experimente mit Kindern zulässig waren, sofern sie die Bedeutung des Experiments verstehen und ihr Einverständnis hierzu erklären konnten. In der endgültigen Fassung wurden somit keine Personengruppen mehr von Versuchen ausgeschlossen, wie dies noch in der vorläufigen Version von 1961 der Fall war. Der endgültige Entwurf eröffnete somit wesentlich größere Handlungsmöglichkeiten und Interpretationsspielräume, da er auf konkrete Festlegungen weitgehend verzichtete.³³ Was war zwischen 1961 und 1964 geschehen? Weshalb wurde der Verantwortung des Forschers und damit den Arztpflichten im endgültigen Entwurf der Deklaration wieder größeres Gewicht beigemessen als den Patientenrechten?

Der Contergan-Skandal von 1961 verlieh der Debatte über die Zulässigkeit von Menschenversuchen weltweit eine neue Dynamik.³⁴ Am 1. Oktober 1957 hatte das Pharmaunternehmen Grünenthal GmbH das Schlaf- und Beruhigungsmittel Contergan mit dem Wirkstoff Thalidomid auf den Markt gebracht. Contergan hatte sich als besonders wirksam gegen frühmorgendliches Erbrechen in der Schwangerschaft erwiesen und galt aufgrund zahlreicher Tierversuche als sehr nebenwirkungsarm. Interessanterweise wurde Contergan aufgrund unzureichender Prüfung in den Vereinigten Staaten nicht zugelassen. Grünenthal verkaufte Contergan indes rezeptfrei, ohne eine ausreichende klinische Prüfung durchgeführt zu haben und behauptete, es sei völlig ungefährlich, ohne die Einnahme während der Schwangerschaft geprüft zu haben. In der Folge kam es zu schweren Fehl- und Missbildungen an Organen und Gliedmaßen bei Neugebo-

³² Vgl. ebd.

³³ Vgl. ebd., S. 185.

³⁴ Vgl. Maio (2002), S. 31.

renen. Obwohl bereits 1961 tausende Meldungen über Fehlbildungen vorlagen und gleichzeitig ein deutscher und ein australischer Arzt auf den Zusammenhang zwischen der Einnahme von Contergan und dem gehäuften Auftreten von Missbildungen bei Neugeborenen hingewiesen hatten, wurde das Mittel weiter vertrieben. Erst nach einem Zeitungsartikel in der *Welt am Sonntag* vom 28. November 1961 nahm Grünenthal Contergan aus dem Handel. Während die forschungsethische Debatte bislang von den Medizinverbrechen des „Dritten Reichs“ und den Bestimmungen des *Nürnberger Kodexes* geprägt war, bestimmte nun die Gegenwart die Diskussion. So forderte die *United States Food and Drug Administration (FDA)* vor dem Hintergrund des Contergan-Falls, die Erprobung neuer Arzneimittel zu beschleunigen und zu vereinheitlichen. Die Schutzinteressen der Probanden traten demgegenüber in den Hintergrund. George Annas, einer der renommiertesten Autoren auf dem Gebiet der Forschungsethik, wies darauf hin, dass der Contergan-Skandal in entscheidendem Maße dafür verantwortlich war, dass die endgültige Version der *Deklaration von Helsinki* die Interessen der Forschenden zu Lasten der Schutzbedürfnisse der Versuchsteilnehmer im Vergleich zum Kodex-Entwurf von 1961 aufwertete.³⁵

³⁵ Vgl. Lederer (2007), S. 107.

1.3 Fragestellung

Forschung am Menschen ist und bleibt die Voraussetzung für medizinischen Fortschritt. Dennoch handelt es sich um ein in der Gesellschaft immer wieder kontrovers diskutiertes Thema. Auch innerhalb der Ärzteschaft, der bei diesem Thema eine herausragende Bedeutung zukommt, gehen die Meinungen über die ethischen Implikationen biomedizinischer Forschung am Menschen teilweise weit auseinander. Trotz einer großen Fülle von Studien, die sich mit dem dargestellten ethischen Dilemma der Forschung am Menschen und den Möglichkeiten, diesen Konflikt durch Regelungen zu begrenzen, auseinandersetzen, ist dieses Thema nicht abschließend bearbeitet. So existieren bislang nur wenige medizinhistorische Arbeiten, die sich explizit mit der Diskussion über die Forschung am Menschen innerhalb der deutschen Ärzteschaft in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg beschäftigen. Vor diesem Hintergrund hat sich die vorliegende Arbeit das Ziel gesetzt, die Debatte über die Forschung am Menschen in einem zentralen Organ des ärztlichen Berufsstands der Bundesrepublik, dem *Deutschen Ärzteblatt*, zu analysieren, um einen Beitrag zur Darstellung der innerärztlichen forschungsethischen Debatte zu leisten. Eine systematische Untersuchung entsprechender Artikel und Diskussionsbeiträge im *Deutschen Ärzteblatt* wurde bislang nicht vorgelegt.

Bei der Sichtung des Quellenmaterials konnten für den Zeitraum von 1949 bis zum Ende der 1970er Jahre nur sehr wenige Publikationen zum Themenkomplex „Forschung am Menschen“ gefunden werden. Mit Beginn der 1980er Jahre ließ sich dann ein deutlicher Anstieg von Veröffentlichungen zum Forschungsthema beobachten. Während für die Zeitspanne von 1949 bis 1978 insgesamt 102 Artikel der Problematik des Humanexperiments zugeordnet werden konnten, stieg die Zahl der Artikel ab den 1980er Jahren auf durchschnittlich 15 bis 20 pro Jahrgang an. Angesichts der für die ersten drei Nachkriegsjahrzehnte auffällig dürftigen Quellenlage und des seit den 1980er Jahren signifikanten Anstiegs an Publikationen stellte sich bereits relativ früh die für die vorliegende Arbeit zentrale Frage, ob in den ersten Nachkriegsjahrzehnten im *Deutschen*

Ärzteblatt überhaupt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den ethischen Problemen der humanmedizinischen Forschung stattgefunden hatte.

Ausgehend von dieser Beobachtung konzentriert sich die Arbeit auf den Zeitraum von 1949 bis 1978. Sie spannt damit einen zeitlichen Bogen von der ersten Ausgabe des *Deutschen Ärzteblatts* nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs über die Verabschiedung der *Deklaration von Helsinki* im Jahr 1964 und ihre Revision 1975 in Tokio bis zum Inkrafttreten der Novellierung des Arzneimittelgesetzes 1978. Sie umfasst somit den Zeitraum zwischen einer ersten Phase der innerärztlichen Beschäftigung mit der Medizin im Nationalsozialismus im Zusammenhang mit dem Nürnberger Ärzteprozess und einer zweiten Phase, die, laut Norbert Jachertz, in den 1980er Jahren einsetzte.³⁶ Eingeläutet wurde diese Phase mit dem Gesundheitstag 1980, der die Landesvertreter zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit der Rolle der bundesdeutschen Ärzteschaft im „Dritten Reich“ aufforderte und der Diskussion über medizinethische Probleme eine neue Qualität verlieh.³⁷

Die nationalsozialistische Funktions- und Tätergeneration war zu diesem Zeitpunkt bezeichnenderweise bereits im Ruhestand. Analog zu den mit diesem generationellen Wandel verbundenen gesamtgesellschaftlichen Wandlungsprozessen vollzog sich auch innerhalb der verfassten Ärzteschaft ein Generationswandel, der die innerärztliche Selbstfindungsphase der Nachkriegsjahrzehnte beendete und den Weg für die Beschäftigung mit der ethischen Problematik des Humanexperiments ebnete. Den Beginn dieser neuen Phase kennzeichnete die Empfehlung der Deutschen Forschungsgemeinschaft und des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages zur Einrichtung von Ethikkommissionen aus dem Jahr 1979.

Mit der Konzentration auf die Jahre von 1949 bis 1978 umfasst die vorliegende Arbeit ganz bewusst den Zeitraum, der in besonderem Maße von den personellen und institutionellen Kontinuitäten der bundesrepublikanischen Nachkriegsgesellschaft geprägt war. Erst der Ende der 1970er Jahre endgültig vollzogene

³⁶ Vgl. Jachertz (1997), S. 275.

³⁷ Vgl. ebd., S. 280 ff.

generationelle Wandel ermöglichte eine innerärztliche Beschäftigung mit der Medizin im Nationalsozialismus und parallel dazu die Auseinandersetzung mit den ethischen Implikationen der biomedizinischen Forschung am Menschen. Damit wird deutlich, wie eng die innerärztliche Diskussion über die Forschung am Menschen nach 1945 mit der nationalsozialistischen Vergangenheit der Ärzteschaft und ihrer jahrzehntelangen Weigerung, sich dieser zu stellen, verknüpft ist.

Die Untersuchung fokussiert sich auf folgende Fragen: Welchen Verlauf nahm die Debatte über die Forschung am Menschen im *Deutschen Ärzteblatt* und welche Phasen der innerärztlichen Auseinandersetzung lassen sich voneinander abgrenzen? Welche Ereignisse und gesellschaftlichen Veränderungen beeinflussten die Diskussion? Wie kann die innerärztliche Debatte in den zeithistorischen Kontext eingeordnet werden? Wie positionierte sich die Redaktion des *Deutschen Ärzteblatts* in der Debatte über die Forschung am Menschen? Fungierte die bedeutendste deutschsprachige Standeszeitschrift der Ärzteschaft, gemäß ihrem publizistischen Selbstverständnis, als Plattform eines offenen Meinungsaustauschs oder agierte sie in erster Linie als berufspolitisches Organ, um die öffentliche Meinung zugunsten des ärztlichen Berufsstands zu beeinflussen?

Im folgenden Kapitel (2.) soll ein kursorischer Überblick über den Forschungsstand zur Debatte über die Forschung am Menschen gegeben werden. Anschließend wird das *Deutsche Ärzteblatt* als Quelle beschrieben, wobei ein besonderer Schwerpunkt dem publizistischen Selbstverständnis gilt. Daraufhin wird das methodische Vorgehen dieser Arbeit erläutert. Der Hauptteil (3.-7.) umfasst die systematische Analyse aller Beiträge, die im Zeitraum von 1949 bis 1978 der Debatte über die Forschung am Menschen zugeordnet werden können. Die Debatte wird chronologisch rekonstruiert und im gesellschaftlichen und zeithistorischen Kontext verortet. Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung und kritischen Diskussion der Ergebnisse sowie einem Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen, die auf dieser Arbeit aufbauen (8.).

2 Forschungsstand, Material und Methoden

2.1 Forschungsstand

Die in den letzten Jahrzehnten entstandene ethische Literatur über die Forschung am Menschen und die sie begleitenden Debatten lässt sich kaum mehr überblicken. Rein quantitativ kann diese Entwicklung anhand der medizinischen Datenbank Pubmed nachvollzogen werden, die allein für das Jahr 2012 für die Verknüpfung der Schlagworte "ethics" und "research" 2350 Artikel auflistet (vgl. Abb. 1). Angesichts dessen ist es äußerst schwierig, den Forschungsstand zur Ethik der Forschung am Menschen vollumfänglich darzustellen. Daher kann an dieser Stelle nur eine cursorische und damit zwangsläufig unvollständige Übersicht über den aktuellen Diskussionsstand gegeben werden. Da sich die vorliegende Arbeit nicht mit der tatsächlichen Forschungspraxis beschäftigt, sondern mit der Diskussion darüber, konzentriert sich die Auswahl der aufgeführten Arbeiten vor allem auf die Debatte über die medizinische Forschung in Deutschland nach 1945.

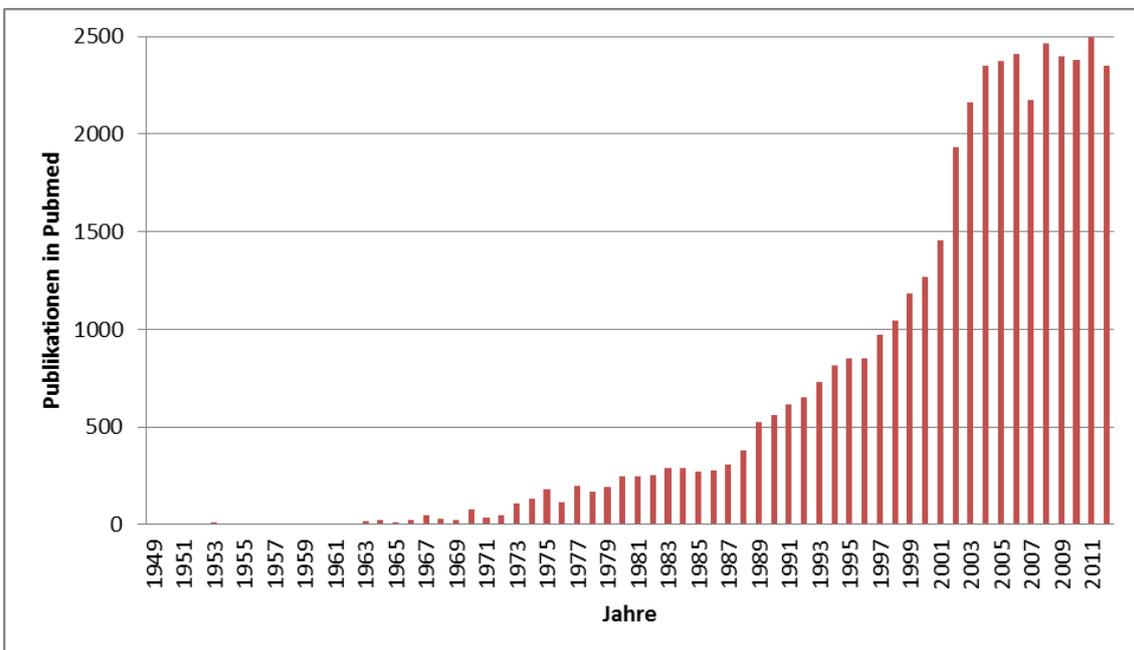


Abbildung 1: Anzahl der für die Jahre 1949 bis 2012 gefundenen Artikel unter der Stichwortverknüpfung "ethics" und "research" in der medizinischen Datenbank Pubmed.

Eine allgemeine Einführung in den Bereich der Forschungsethik bietet das 2008 publizierte "Oxford Textbook of Clinical Research Ethics".³⁸ Das Werk bietet auf über 800 Seiten in 73 Fachartikeln einen grundlegenden Überblick über alle wesentlichen Fragen der Forschungsethik. Als weitere Standardwerke im Bereich der Forschungsethik gelten die mehrbändige "Encyclopedia of Bioethics"³⁹, die einen umfassenden Überblick über das gesamte Spektrum der Bioethik liefert, einschließlich einer ausführlichen Darstellung der Forschungsethik, ebenso wie die "Ethics of Biomedical Research"⁴⁰. Als Überblicksdarstellung zu den verschiedenen ethischen Problemfeldern der biomedizinischen Forschung eignet sich zudem der von Urban Wiesing, Alfred Simon und Dietrich von Engelhardt edierte Aufsatzband „Ethik in der medizinischen Forschung“, basierend auf Vorträgen der Jahrestagung der „Akademie für Ethik in der Medizin e. V.“ vom 3. und 4. September 1999 in Leipzig.⁴¹ Neben Beiträgen zu den theoretischen und philosophischen Fragen der Forschungsethik finden sich darin u. a. Aufsätze zu Fragen der Tierethik, zur Arzneimittelforschung an Kindern oder der Zusammensetzung von Ethikkommissionen.

Eine Überblicksdarstellung zur forschungsethischen Debatte nach 1945 in Deutschland sowie auf internationaler Ebene bietet der Sammelband „Standards der klinischen Forschung – historische Entwicklung und ethische Grundlagen klinischer Studien“, herausgegeben von Andreas Frewer.⁴² Der Band behandelt zunächst geschichtliche Aspekte der medizinischen Forschung am Menschen, fokussiert auf das 20. Jahrhundert: Welche Konsequenzen wurden aus den Humanexperimenten des „Dritten Reichs“ gezogen? Welche Bedingungen formulierte der *Nürnberger Kodex* für die Durchführung klinischer Studien? Die ethische Auseinandersetzung konzentriert sich auf nationale Forschungsstandards wie das Arzneimittelrecht oder internationale Regelungen wie die *Deklaration von Helsinki*. Ausgehend von diesen theoretischen Überlegungen fragen die Autoren, welche praktischen Konsequenzen sich daraus für

³⁸ Vgl. Emanuel/Grady/Crouch et al. (2008).

³⁹ Vgl. Reich (1995).

⁴⁰ Vgl. Brody (1998).

⁴¹ Vgl. von Engelhardt, Maio, Wiesemann, Birnbacher, Klein und Neitzke in: Wiesing/Simon/von Engelhardt (2000).

⁴² Vgl. Frewer (2007).

die Arbeit von Forschern und Ethikkommissionen ergeben. Ebenfalls eine grundlegende Einführung in die Diskussion ermöglicht ein von Volker Roelcke und Giovanni Maio publizierter Band über eine internationale Tagung im Jahr 2001 zur Geschichte des Menschenversuchs im 20. Jahrhundert.⁴³ Zudem ist an dieser Stelle die ausführliche Studie zur französischen Diskussion über die Forschung am Menschen nach 1945 von Maio hervorzuheben.⁴⁴ Eine vergleichende Betrachtung der medizinischen Verbrechen im 20. Jahrhundert in Deutschland, Japan und den USA sowie eine Rekonstruktion des ethischen Diskurses darüber stellt die von Gernot Böhme, William LaFleur und Susumu Shimazono herausgegebene Aufsatzsammlung dar.⁴⁵ Eine Gesamtschau über die Entwicklung der Debatte über die medizinische Forschung am Menschen für den Zeitraum von 1900-1950 liefert der Sammelband von Andreas Frewer und Josef Neumann.⁴⁶ Die zeitliche Klammer bilden die vom preußischen Staatsminister für Medizinalangelegenheiten erlassene „Anweisung an die Vorsteher der Kliniken, Polikliniken und sonstigen Krankenanstalten“ zur Forschung am Menschen von 1900 und der im Zuge des Nürnberger Ärzteprozesses verabschiedete *Nürnberger Kodex* von 1947 sowie die Neuformulierung des *Hippokratischen Eids* in Form des *Genfer Gelöbnisses* von 1948. Besonders hervorzuheben ist der Aufsatz von Ulf Schmidt über die Geschichte und die Frage nach der ethischen Grundposition des *Nürnberger Kodex*. Auch wenn der *Kodex* nicht als eine entscheidende Zäsur in der Geschichte der Ethik-Kodizes angesehen werden könne, so Schmidt, stelle er „eine besondere Verknüpfung von im Völkerrecht verankerten Menschenrechten und Hippokratischer Ethik“⁴⁷ dar, indem er sowohl an die Rechte des Probanden als auch an den Forscher appelliere, den Maßstäben ärztlicher Standesethik gerecht zu werden, wodurch der Asymmetrie der Experimentalsituation zwischen Forscher und Patient wirksam begegnet werden könne. Mit der Frage, was Ethik-Kodizes in Bezug auf die tatsächliche Forschungspraxis überhaupt zu leisten vermögen, beschäftigt sich eine 1997,

⁴³ Vgl. Roelcke/Maio (2004).

⁴⁴ Vgl. Maio (2002).

⁴⁵ Vgl. Böhme/LaFleur/Shimazono (2008).

⁴⁶ Vgl. Frewer/Neumann (2001).

⁴⁷ Schmidt (2001), S. 360.

also 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozess und dem *Nürnberger Kodex*, von Ulrich Tröhler und Stella Reiter-Theil herausgegebene Aufsatzsammlung.⁴⁸

Neben dem *Nürnberger Kodex* stellt die *Deklaration von Helsinki* einen weiteren Themenbereich dar, dem sich die Forschung angenommen hat. Die *Deklaration von Helsinki* gilt international als wichtigster Kodex der Forschungsethik. Bis heute gilt sie als wegweisendes Dokument in der humanmedizinischen Forschung. Einen umfassenden Einblick in die Entstehungsgeschichte der Deklaration und ihre historischen Wurzeln sowie ihre Rolle im internationalen Kontext bietet ein von Ulf Schmidt und Andreas Frewer herausgegebener Band.⁴⁹ Die Dissertation des Theologen Walter Schaupp beleuchtet zunächst die historischen Entstehungsbedingungen der Deklaration, um dann ihren ethischen Gehalt eingehender zu untersuchen, wobei aus Sicht des Autors in der praktischen Anwendung der Deklaration viele Fragen offen bleiben.⁵⁰ Ein von Hans-Jörg Ehni und Urban Wiesing herausgegebener Aufsatzband beschäftigt sich mit der Frage, ob sich die Deklaration durch eine einheitliche ethische Grundposition auszeichnet.⁵¹ Dabei kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass es diese gar nicht geben könne, da die Deklaration ein Kompromissdokument des Weltärztebunds darstelle. Darin würden zentrale Bestandteile des *Hippokratischen Eids*, wonach das Wohl des Patienten an erster Stelle zu stehen habe, mit modernen ethischen Überzeugungen, wie dem Gedanken der Selbstbestimmung, zusammengeführt. Zudem untersucht der Band die verschiedenen Novellierungen der Deklaration und greift aktuelle Diskussionen wie den Einsatz von Placebopräparaten, die Forschung mit Biobanken oder an Nichteinwilligungsfähigen auf.

Da sich die vorliegende Arbeit mit der binnenärztlichen Debatte über die Forschung am Menschen befasst, ist zudem die Untersuchung von Thomas Gerst über die ärztliche Standespolitik im Zeitraum von 1945-1955 zu erwähnen.⁵² Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang die Rekonstruktion

⁴⁸ Vgl. Tröhler/Reiter-Theil (1997).

⁴⁹ Vgl. Schmidt/Frewer (2007).

⁵⁰ Vgl. Schaupp (1993).

⁵¹ Vgl. Ehni/Wiesing (2012).

⁵² Vgl. Gerst (2004).

der Diskussion über den Nürnberger Ärzteprozess, die Publikationen von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke⁵³ sowie die Bestrebungen der deutschen Ärzteschaft zur Aufnahme in den Weltärztebund. Hilfreich bei der Einordnung der binnenärztlichen Debatte sind außerdem die von Robert Jütte herausgegebene Überblicksdarstellung zur Geschichte der deutschen Ärzteschaft im 19. und 20. Jahrhundert⁵⁴ sowie die umfassende soziologische Studie von Eliot Freidson über die ärztliche Profession und ihre gesellschaftliche Stellung.⁵⁵ Freidson erkennt in der beruflichen Autonomie das entscheidende Kriterium der ärztlichen Profession, konkretisiert in der Kontrolle darüber, wer Zugang zur ärztlichen Profession erhält und worin ärztliches Wissen und Handeln besteht.⁵⁶ Die praktische Anwendung ärztlichen Wissens werfe wiederum ethische Fragen auf, weshalb die Medizin als ein „moralisches Unternehmen“⁵⁷ charakterisiert werden könne. Die berufsethischen Kodifizierungen, die die ärztliche Profession für ihre Mitglieder formuliert, dokumentierten ihren Autonomieanspruch auf medizinethischem Gebiet. Darüber hinaus beanspruche die ärztliche Profession die alleinige Kompetenz darüber, das Verhalten ihrer Mitglieder zu überwachen und von den berufsethischen Kodizes abweichendes Verhalten zu sanktionieren. Dieser Anspruch werde mit dem hierfür notwendigen Expertenwissen begründet, womit die ärztliche Profession ihren Sonderstatus innerhalb der Gesellschaft rechtfertige.⁵⁸

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass verschiedene Arbeiten die forschungsethische Debatte der deutschen Ärzteschaft nach 1945 thematisiert haben. Allerdings hat keine medizinhistorisch angelegte Arbeit bislang die innerärztliche Debatte in den Fokus des Forschungsinteresses gerückt. Die vorliegende Studie verfolgt das Ziel, die ethische Debatte über den Menschenversuch innerhalb der deutschen Ärzteschaft nach 1945 anhand des *Deutschen Ärzteblatts*, das nach publizistischem Selbstverständnis als „Sprachrohr“ der

⁵³ Zur Biographie Alexander Mitscherlichs vgl. Freimüller (2007) und Dehli (2007).

⁵⁴ Vgl. Jütte (1997).

⁵⁵ Vgl. Freidson (1979).

⁵⁶ Vgl. Freidson (1979), S. 11 f.

⁵⁷ Ebd., S. 287.

⁵⁸ Vgl. ebd., S. 117.

Ärztenschaft“⁵⁹ fungiert, darzustellen. Sie soll damit einen Beitrag zum besseren Verständnis der forschungsethischen Debatte in der Bundesrepublik nach 1945 leisten. Das *Deutsche Ärzteblatt* wurde bereits in verschiedenen medizinhistorischen Untersuchungen als Quellenkorpus genutzt.⁶⁰ Bislang hat sich jedoch keine Arbeit explizit mit der Debatte über die Forschung am Menschen nach dem Zweiten Weltkrieg auf der Grundlage des *Deutschen Ärzteblatts* beschäftigt. Die vorliegende Arbeit unternimmt daher den Versuch, diese Debatte für den Zeitraum von 1949 bis 1978 zu rekonstruieren und in ihren jeweiligen zeit-historischen Kontext einzuordnen.

Da das *Deutsche Ärzteblatt* als zentraler Quellenkorpus für die vorliegende Arbeit dient, wird es im folgenden Kapitel ausführlich vorgestellt. Hierzu soll ein kurzer Überblick über den Forschungsstand zur Geschichte und publizistischen Tätigkeit der Standeszeitschrift gegeben werden. Diesem schließt sich eine Darstellung des methodischen Vorgehens dieser Arbeit an.

⁵⁹ Jachertz (1999b), DÄ, Beilage zu H. 21, S.16.

⁶⁰ Vgl. bspw. Berger (2011), Retzlaff (2009), Waigand (2001) oder Nierlich (1991).

2.2 Das *Deutsche Ärzteblatt* als Quelle

Das *Deutsche Ärzteblatt* wird gemeinsam von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung⁶¹ in drei verschiedenen Auflagen, A für niedergelassene Ärzte, B für Klinikärzte und C für sonstige Bezieher, herausgegeben.⁶² Es stellt das wichtigste Publikationsorgan der deutschen Ärzteschaft dar. Während sich die Auflage im Jahr 1949 auf 55.000 Exemplare⁶³ belief, wurden im Jahr 2003 360.000 Exemplare ausgeliefert.⁶⁴ Mit einer Reichweite von 70,3% unter Allgemeinärzten und niedergelassenen Internisten belegt das *Deutsche Ärzteblatt* eine Spitzenposition unter medizinischen Fachzeitschriften.⁶⁵ Hinzu kommt seine Internetpräsenz. Das Internetportal verzeichnete im Jahr 2006 mehr als 3,5 Millionen Zugriffe pro Monat bei durchschnittlich 600.000 Besuchern.⁶⁶ Gemäß einer eigenen Studie beurteilen 89% aller Leser die Landeszeitschrift als „kompetent“, 88% als „informativ“ und 78% bewerten die publizierten Beiträge als „interessant“.⁶⁷ Der Erfolg des *Deutschen Ärzteblatts* beruht in erster Linie auf der kostenlosen Zustellung an alle Ärzte in Deutschland. Die entsprechend große Reichweite bildet wiederum die Grundlage für die Finanzierung über Anzeigenerlöse, wobei 60% der Einnahmen über Stellenanzeigen und 35% über Anzeigen der Pharmaindustrie erzielt werden.⁶⁸ Als offizielles Organ der deutschen Ärzteschaft besteht seine Hauptaufgabe in der Bereitstellung von Informationen, die für die ärztliche Tätigkeit in Deutschland von Belang sind und in der Artikulierung berufspolitischer Interessen. Darüber hinaus soll durch die Veröffentlichung von medizinischen Fachartikeln gewährleistet werden, dass Ärzte aller Fachrichtungen über aktuelle Entwicklungen in der Medizin informiert bleiben, um Patienten kompetent beraten zu können.⁶⁹ Damit verbindet die Redaktion der Landeszeitschrift den Anspruch, sich auch in der medizinischen Fachwelt zu behaupten. Dies belegt eine Steigerung

⁶¹ Vgl. Vilmar/Schorre (1999), DÄ, Beilage zu H. 21, S. 4.

⁶² Vgl. Rieser (1999), DÄ, Beilage zu H. 21, S. 33.

⁶³ Vgl. Vilmar/Schorre (1999), DÄ, H. 21, S. 4.

⁶⁴ Vgl. Jachertz (2003), DÄ, H. 33, S. A-2105.

⁶⁵ Vgl. ebd.

⁶⁶ Vgl. Schmedt (2006), DÄ, H. 49, S. A-3318.

⁶⁷ Vgl. Sprunkel (1999), DÄ, Beilage zu H. 21, S. 10.

⁶⁸ Vgl. ebd., S. 8.

⁶⁹ Vgl. Doppelfeld (1999), DÄ, Beilage zu H. 21, S. 30.

des Impact-Faktors, der angibt, wie oft eine Zeitschrift innerhalb eines bestimmten Zeitraums zitiert wurde, von 1,1 auf 2,1 innerhalb eines Jahres. In dieser Kategorie belegt das *Deutsche Ärzteblatt* demnach den 35. Platz von 151 ausgewählten medizinischen Fachzeitschriften.⁷⁰

Das *Deutsche Ärzteblatt* in seiner heutigen Form entstand aus ursprünglich zwei Zeitschriften, dem *Ärztlichen Vereinsblatt* und den *Ärztlichen Mitteilungen*. Das *Ärztliche Vereinsblatt* wurde erstmals im Jahr 1872 von dem Dresdner Medizinprofessor Hermann Eberhard Richter, Gründer des „Deutschen Ärztevereinsbundes“, herausgegeben. Die erste Ausgabe erschien am 9. September 1872 in Leipzig. Als zweiter Vorläufer der heutigen Landeszeitschrift wurden 1904 die *Ärztlichen Mitteilungen* als Sprachrohr des „Leipziger Verbandes“, dem späteren Hartmannbund und der Kassenärztlichen Vereinigungen, gegründet. Trotz aller Konkurrenz gaben beide Organe die Interessenvertretung der Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit als oberstes Ziel ihrer publizistischen Anstrengungen aus. Dieses Konkurrenzverhältnis endete mit der Zusammenlegung der beiden Zeitschriften durch die Nationalsozialisten. In der Zeit von 1933 bis 1945 erschien die Landeszeitschrift unter dem Titel „Deutsches Ärzteblatt“.⁷¹ Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs wurde die Landeszeitschrift kurzzeitig eingestellt. Um einen klaren Trennstrich zur Zeit des Nationalsozialismus zu ziehen und unter Berücksichtigung der deutschen Teilung wurde auf das Wort „deutsch“ im Titel der Zeitschrift zunächst verzichtet. Daher erschien sie in Anlehnung an die Publikation des Hartmannbundes ab dem 15. Mai 1949 zunächst unter dem Titel „Ärztliche Mitteilungen“. Seit 1964 erscheint die Zeitschrift wieder unter dem Titel „Deutsches Ärzteblatt“.⁷²

Als wesentlichen Auftrag definiert das *Deutsche Ärzteblatt* für sich, „Zusammenhänge der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie Hintergründe der Berufspolitik aufzuzeigen, [...] erweitert um die ärztliche Fortbildung in der gesamten Medizin. Hinzu treten selbstverständlich die Bekanntgaben und offiziellen Stel-

⁷⁰ Vgl. bae (2011), DÄ, H. 27, S. A-1507.

⁷¹ Vgl. Jachertz (1997), DÄ, H. 39, S. A-2445.

⁷² Vgl. Gerst (1999), DÄ, Beilage zu H. 21, S. 13.

lungnahmen der Herausgeber.“⁷³ Besonders deutlich wird der politische Auftrag des Standesorgans in einer Jubiläumsschrift zum 50-jährigen Bestehen herausgestellt. Darin bezeichnet Norbert Jachertz, Chefredakteur des Blatts von 1991 bis 2004 und Redaktionsmitglied seit 1972, das *Deutsche Ärzteblatt* als „ein politisch geprägtes, kämpferisches Organ der Ärzteschaft“⁷⁴. In derselben Schrift heißt es weiter: „Der politische Auftrag ist eindeutig und reicht weit zurück: Umfassende Information unter Wahrung des Auftrages der Herausgeber.“⁷⁵ Des Weiteren wird ausdrücklich betont, dass man sich dabei bemühe, „das in der Ärzteschaft zutage tretende weite und oft heterogene Meinungsspektrum“⁷⁶ ausreichend abzubilden. Demnach „förderten [die Herausgeber] durchweg die Meinungsfreiheit und verteidigten sie gegenüber vielerlei Ansinnen“⁷⁷. Schließlich sei es „nicht selbstverständlich für ein von Herausgebern geprägtes Presseergebnis, Meinungsvielfalt zu pflegen“⁷⁸. Vor diesem Hintergrund sei das *Deutsche Ärzteblatt*, „sei es als Zeitschrift, sei es als Pressestelle, ‚Sprachrohr‘ der Ärzteschaft“⁷⁹.

⁷³ Vilmar/Schorre (1999), DÄ, Beilage zu H. 21, S. 4.

⁷⁴ Jachertz (1999a), DÄ, Beilage zu H. 21, S. 1.

⁷⁵ Jachertz (1999b), DÄ, Beilage zu H. 21, S. 16 f.

⁷⁶ Ebd., S. 18.

⁷⁷ Ebd.

⁷⁸ Ebd.

⁷⁹ Ebd., S. 16.

2.3 Methodisches Vorgehen

Um sich einen Überblick über die Anzahl der Artikel zum Themenkomplex „Forschung am Menschen“ im *Deutschen Ärzteblatt* zu verschaffen, wurden zunächst alle Ausgaben der *Ärztlichen Mitteilungen* im Zeitraum von 1949, Heft 1 (34. Jahrgang) bis 1963, Heft 52 (60. Jahrgang) bzw. des *Deutschen Ärzteblatts* im Zeitraum von 1964, Heft 1 (61. Jahrgang) bis 1978, Heft 52 (75. Jahrgang) durchgesehen.

In einem ersten Schritt wurde im Sachregister nach Stichworten wie „Menschenversuch“, „Humanexperiment“, „Klinisches Experiment“, „Nürnberger Kodex“, „Deklaration von Helsinki“, „Einwilligungsfähigkeit“ oder „Forschungsethik“ gesucht. Die Auswahl der Artikel basierte ausschließlich auf inhaltlichen Kriterien. Formale Kriterien, wie z.B. die Art der Publikation, die Länge des Artikels oder die Zuordnung zu einer bestimmten Rubrik, wurden nicht berücksichtigt, um sich einen möglichst umfassenden Überblick über den Diskurs im *Deutschen Ärzteblatt* zu verschaffen. In einer zweiten Durchsicht wurde der Stichwortkatalog um verwandte Themenbereiche wie beispielsweise „Arzneimittelforschung“, „Medizinische Ethik“, „Bioethik“ oder „Ärzteprozess“ erheblich erweitert. Da beide Untersuchungsgänge des Quellenmaterials jedoch lediglich 39 Beiträge zum Forschungsthema lieferten, wurde in einer dritten Durchsicht jede einzelne Zeitschrift im Untersuchungszeitraum Seite für Seite durchgesehen, um Artikel, die durch die Stichwortsuche nicht erfasst wurden, mit aufzunehmen. Diese Recherche diente auch dazu, einen Überblick über verwandte Themenbereiche und Verbindungen zwischen einzelnen Themenkomplexen zu gewinnen. Im Rahmen dieser abschließenden Sichtung des Quellenmaterials konnten insgesamt 102 Artikel zum Themenkomplex „Forschung am Menschen“ für den Zeitraum von 1949 bis 1978 im gefunden werden. Dabei handelt es sich um eine sehr weit gefasste Auswahl, die Publikationen unterschiedlichster Form, wie z.B. Kommentare, Stellungnahmen, Kurzmitteilungen oder Leserzuschriften etc., umfasst, die sich auch nur im Entferntesten der Problematik des Menschenversuchs zuordnen lassen. Angesichts der insgesamt eher dürftigen Quellenlage stellte sich zu diesem Zeitpunkt bereits die für diese Arbeit

zentrale Frage, ob in den ersten Nachkriegsjahrzehnten im wichtigsten Publikationsorgan der westdeutschen Ärzteschaft überhaupt eine profunde Diskussion über die ethische Dimension der Forschung am Menschen zustande gekommen war.

Zur übersichtlichen Aufbereitung des Quellenmaterials wurden alle verwendeten Publikationen in einer tabellarischen Übersicht am Ende dieser Arbeit zusammengestellt. Mit diesem tabellarischen Artikelverzeichnis kann zum einen verdeutlicht werden, dass sich relativ wenige Artikel zum eigentlichen Forschungsthema dieser Arbeit, der Forschung am Menschen, im *Deutschen Ärzteblatt* finden lassen. Zum anderen bietet es einen Überblick über das Spektrum verwandter Themenbereiche, die in die vorliegende Arbeit mit einbezogen wurden.

Nach der quantitativen Sichtung des Quellenkorpus erfolgte eine Zusammenstellung der gefundenen Artikel zu wichtigen Themenfeldern, um wesentliche Schwerpunkte der innerärztlichen Forschungsdebatte herauszuarbeiten. Begleitend wurden Artikel aus anderen Presseorganen, insbesondere aus den frei zugänglichen Onlinearchiven der Wochenzeitschrift *Der Spiegel* sowie der Wochenzeitung *Die Zeit* herangezogen, um die innerärztliche Debatte in den jeweiligen zeithistorischen Kontext einzuordnen.

Am Ende der Studie wurden die beim Gang der Untersuchung gewonnen Erkenntnisse in ihrer Gesamtschau diskutiert, mit den Ergebnissen ähnlicher Arbeiten in Beziehung gesetzt und im aktuellen Forschungszusammenhang verortet.

3 Zwischen Konsolidierung und Neuanfang: Die Debatte über die Forschung am Menschen zwischen dem Nürnberger Ärzteprozess 1946/47 und der *Deklaration von Helsinki* (1964)

3.1 Instrumentalisierte Vergangenheitspolitik: Der Nürnberger Ärzteprozess und die ärztliche Standespolitik (1946-1951)

Die erste Phase innerärztlicher „Vergangenheitsbewältigung“ begann mit der Eröffnung des Nürnberger Ärzteprozesses am 9. Dezember 1946 und endete mit der Annahme des Abschlussberichts von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke durch den 51. Deutschen Ärztetag 1948. Sie war eine primär innerprofessionelle Auseinandersetzung über die Frage einer „Kollektivschuld“ der deutschen Ärzteschaft, die zeitlich parallel zu den Bemühungen ihrer Standesvertreter um eine Aufnahme in den Weltärztebund geführt wurde.⁸⁰ Dies belegt die Rezeptionsgeschichte der Publikationen von Alexander Mitscherlich, Privatdozent für Neurologie in Heidelberg, und seines studentischen Mitarbeiters Fred Mielke. Auch wenn sich im *Deutschen Ärzteblatt* hierzu nur äußerst wenige Hinweise finden, da das Standesorgan erst ab Mai 1949 wieder erschien, bildet die Kenntnis der Rezeptionsgeschichte der Publikationen Mitscherlichs und Mielkes eine wichtige Voraussetzung, um die nachfolgenden Debatten über die Forschung am Menschen im *Deutschen Ärzteblatt* nachvollziehen zu können. Zum einen kann dabei gezeigt werden, welchen Einfluss der Weltärztebund auf die Standespolitik der deutschen Ärzteschaft hatte. So ließ der Weltärztebund unter dem Eindruck der von Mitscherlich und Mielke vorgelegten Publikationen seine Forderung nach einem kollektiven Schuldbekenntnis der deutschen Ärzteschaft fallen. Zum anderen begleitet die Diskussion über die Rolle der deutschen Ärzteschaft während des „Dritten Reiches“ und den Nürnberger Ärzteprozess den innerärztlichen Forschungsdiskurs bis heute.⁸¹

⁸⁰ Vgl. Jachertz (1997), S. 275 ff.

⁸¹ Vgl. Maio (2002), S. 311 f.

Der Nürnberger Ärzteprozess war der erste von insgesamt zwölf Prozessen gegen verschiedene Funktionselemente des „Dritten Reiches“. In seiner Anklageschrift vom 25. Oktober 1946 warf der I. Amerikanische Militärgerichtshof zwanzig Ärzten und drei hochrangigen NS-Funktionären u.a. „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“ vor. Die Anklageschrift konzentrierte sich auf die Menschenversuche in den Konzentrationslagern, das „Euthanasieprogramm“ und die Zwangssterilisationen. Im Vorfeld des Prozesses befürchteten die ärztlichen Standesvertreter, dass durch die Berichterstattung über den Ärzteprozess das Ansehen der Ärzteschaft in der deutschen Bevölkerung erheblichen Schaden nehmen könnte. Deshalb verständigten sich die Präsidenten der Ärztekammern der drei Westzonen auf ihrer Tagung am 2. und 3. November 1946 in Bad Nauheim darauf, „1. alle Schritte zu unternehmen, die geeignet sind, eine ärztliche Berichterstattung über den kommenden Nürnberger Ärzteprozess zu erreichen, 2. alles zu tun, um den Begriff der Kollektivschuld von der Ärzteschaft in der Presse und der Öffentlichkeit abzuwenden“⁸². Auf der Grundlage dieses Beschlusses wurde eine Ärztekommision zur Beobachtung des Prozesses gebildet. Die Leitung wurde Alexander Mitscherlich übertragen, einem zum damaligen Zeitpunkt noch relativ unbekanntem Heidelberger Privatdozenten für Neurologie.⁸³ Zu seinen Mitarbeitern wählte er Fred Mielke, einen seiner Studenten, sowie die drei Ärzte Wolfgang Benstz, Wolfgang Spamer und Alice Gräfin von Platen-Hallermund. Zudem wurde die Arbeit der Kommission auf Empfehlung von Carl Oelemann, zum damaligen Zeitpunkt Präsident der Großhessischen Ärzteschaft, durch den Frankfurter Arzt Friedrich Jensen unterstützt. Oelemann war von den Ärztekammerpräsidenten mit der Bildung der Beobachtungskom-

⁸² Beschluss der Ärztekammerpräsidenten auf ihrer Tagung am 2. November 1946 in Bad Nauheim, zit. nach Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1201.

⁸³ Bislang konnte nicht abschließend geklärt werden, weshalb die Wahl der Ärztekammerpräsidenten auf Mitscherlich fiel. Vorgeschlagen wurde er von Friedrich Koch, dem damaligen stellvertretenden Vorsitzenden der Ärztekammer Darmstadt. Ausschlaggebend war wohl die Tatsache, dass Mitscherlich aufgrund seines mehrjährigen Exils in der Schweiz und seinen Verbindungen zu der Widerstandsgruppe um den Nationalbolschewisten Ernst Niekisch als politisch unbelastet galt. Vgl. Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1201. Zur Biographie Mitscherlichs sei auf Dehli (2007) und Freimüller (2007) verwiesen.

mission beauftragt worden. Jensen, Spamer und Benstz blieben jedoch nur bis Anfang 1947 in Nürnberg.⁸⁴

In seiner Autobiografie stellt Mitscherlich rückblickend fest, dass er sich bei der Übernahme der Kommissionsleitung sehr wohl bewusst gewesen sei, dass seine Arbeit bei der Ärzteschaft auf Widerstände stoßen werde. So erinnerte er sich, dass er damals einen Kollegen gefragt habe, „ob er sich Gedanken über [s]ein Schicksal gemacht hätte und [...] ob er sich darüber klar sei, daß mit der Aufnahme dieser Aufgabe [s]eine akademische Karriere als beendet angesehen werden dürfte“⁸⁵. Ob sich Mitscherlich der tatsächlichen Tragweite seiner Entscheidung zum damaligen Zeitpunkt bewusst war, darf jedoch bezweifelt werden.

Unbestritten ist der Zielkonflikt mit seinen Auftraggebern, den Ärztekammern. Diese versuchten, mit der Einsetzung der Beobachtungskommission, die Berichterstattung über den Ärzteprozess in ihrem Sinne zu beeinflussen. Dies geht aus den Antwortschreiben der Dekane der medizinischen Fakultäten auf ein Rundschreiben Mitscherlichs hervor.⁸⁶ Darin hatten sie die Vermutung geäußert, dass nur „eine verschwindend geringe Zahl von Ärzten“, eine „äußerst beschränkte nat. soz. Clique“ Medizinverbrechen begangen und damit Schuld auf sich geladen habe.⁸⁷ Mitscherlich hingegen kam im Verlauf des Prozesses zu einer gänzlich anderen Einschätzung. 1947 schrieb er weitsichtig:

Dabei ist es so, dass die Belastung durch die *Duldung* für die deutsche Ärzteschaft – von ihren unbedeutendsten bis zu ihren bedeutendsten Vertretern so groß ist, dass sich die Kommissionsmitglieder im Lauf dieser Wochen mehr als einmal die Frage gestellt haben, ob sie nicht ihre übernommene Aufgabe zurückgeben sollten, da zu erwarten steht, dass sie allein durch die Vermittlung dokumentarischen Materials sich ausserordentlich unpopulär machen wird. Sie hat sich vorerst zur Fortführung ihrer Tätigkeit entschieden

⁸⁴ Vgl. Peter (1994), S. 39 ff.

⁸⁵ Mitscherlich (1980), S. 144.

⁸⁶ Das Rundschreiben Mitscherlichs und die Antwortschreiben der Dekane der medizinischen Fakultäten sind abgedruckt in: Peter (1994), S. 32-36.

⁸⁷ Antwortschreiben des Dekans der medizinischen Fakultät Göttingen, Prof. H. J. Deuticke, vom 19.11.1946 und des Dekans der Freiburger medizinischen Fakultät, Prof. Paul Hoffmann, vom 22.11.1946, abgedruckt in: Peter (1994), S. 36 f.

und wird sine ira et studio [ihre] Chronistenpflicht erfüllen und hofft trotz affektiver Widerstände, die sich gewiss regen werden auf das Einverständnis der Ärzteschaft, bei dem Bemühen sich Rechenschaft über die jüngste Vergangenheit zu geben.⁸⁸

Erste Differenzen zwischen Mitscherlich und seinen Auftraggebern traten bereits bei der Veröffentlichung von Zwischenberichten zur Dokumentation des Prozessverlaufs auf. Oelemann bot Mitscherlich im Januar 1947 an, fortlaufend Beiträge über den Prozessverlauf im *Südwestdeutschen Ärzteblatt* zu publizieren. Mitscherlich hingegen plante eine umfassende Dokumentation, die er im Rahmen der *Deutschen Medizinischen Wochenschrift* als Sonderausgabe veröffentlichen wollte. Deren Redaktion erteilte ihm jedoch eine Absage mit der Begründung, dass man als medizinische Fachzeitschrift nur wissenschaftliche Artikel publiziere.⁸⁹ Voller Empörung wandte sich Mitscherlich darauf an Oelemann:

Ich fände es doch sehr blamabel, wenn wir die Herren von den Amerikanern zwingen lassen müssten, diese ihnen sehr unangenehmen Akten zu veröffentlichen. [...] Im Grunde ist es haarsträubend, mit welcher Leichtfertigkeit all diese ehrenwerten Herren den Tod von Hunderttausenden verdrängen.⁹⁰

Nachdem die Veröffentlichung in einer renommierten medizinischen Fachzeitschrift gescheitert war, publizierte Mitscherlich, ohne Oelemann hierüber zu informieren, seine erste Prozessdokumentation unter dem Titel *Das Diktat der Menschenverachtung* im März 1947 im Verlag Lambert Schneider in Heidelberg.⁹¹ Damit war die Strategie der Standesvertreter, die Berichterstattung über den Prozess nach ihrem Willen zu beeinflussen und möglichst wenig Details der Verhandlung öffentlich zu thematisieren, gescheitert. Entsprechend groß war laut Mitscherlich die Wut seiner Auftraggeber und vieler ärztlicher Kollegen:

Meine medizinischen Kollegen haben mich damals nicht nur als Vaterlandsverräter beschimpft, sondern auch verschiedentlich versucht, mich beruflich

⁸⁸ Alexander Mitscherlich: Zwischenbericht an die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern vom 6.2.1947, abgedruckt in: Peter (1994), S. 321-323.

⁸⁹ Vgl. Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1202.

⁹⁰ Mitscherlich an Oelemann, zit. nach Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1202.

⁹¹ Vgl. Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1202.

zu diffamieren und zu schädigen. Das Verhalten der Kapazitäten grenzte an Rufmord.⁹²

Die Veröffentlichung der Dokumentensammlung *Das Diktat der Menschenverachtung* hatte in den Reihen der ärztlichen Standesvertreter für erheblichen Unmut gesorgt, da sie durch eine Thematisierung der von Ärzten begangenen Verbrechen während des „Dritten Reichs“ einen immensen Ansehensverlust für ihren Berufsstand fürchteten.⁹³ Zudem warfen sie Mitscherlich vor, innerärztliche Vorgänge öffentlich thematisiert und damit die Arzt-Patienten-Beziehung unnötigerweise einer schweren Belastungsprobe ausgesetzt zu haben.⁹⁴ Mitscherlich wies die erhobenen Vorwürfe auf der Tagung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern (AWA) vom 14. bis 16. Juni 1947 in Bad Nauheim mit dem Hinweis entschieden zurück, dass medizinische Fachzeitschriften seine Dokumentation nicht publizieren wollten.⁹⁵ In diesem Zusammenhang stellte er auch die Vertrauensfrage, die er jedoch bei nur einer Stimmenthaltung für sich entscheiden konnte.⁹⁶ Trotz der heftigen Kontroversen über das *Diktat der Menschenverachtung* in der *Göttinger Universitätszeitung* sowie den gerichtlichen Auseinandersetzungen mit dem Pathologen Franz Büchner, dem Pharmakologen Wolfgang Heubner und dem Chirurgen Ferdinand Sauerbruch⁹⁷, hielten die ärztlichen Standesvertreter an Mitscherlich fest. Entscheidend hierfür war, dass die Arbeit Mitscherlichs und der Ärztekommmission seit September 1947 von der AWA gänzlich anders bewertet wurde. Vom 16. bis 21. September 1947 hatten sich die im Jahr zuvor gegründeten Weltärztebund organisierten nationalen Ärzteorganisationen darauf verständigt, die deutsche Ärzteschaft nur unter der Bedingung in den Weltärztebund aufzunehmen, dass die deutschen Ärzte ein kollektives Schuldbekenntnis für die während des „Dritten Reichs“ begangenen Medizinverbrechen ablegten. Die deutschen Standesvertreter waren jedoch keineswegs gewillt, die Forderung des

⁹² Mitscherlich (1980), S. 146.

⁹³ Vgl. Gerst (2004), S. 128.

⁹⁴ Vgl. Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1204.

⁹⁵ Vgl. ebd.

⁹⁶ Vgl. ebd.

⁹⁷ Eine ausführliche Darstellung der gerichtlichen Auseinandersetzungen findet sich in: Peter (1994), S. 166-221.

Weltärztebunds zu erfüllen. Vor dem Hintergrund der Bemühungen der deutschen Ärzteorganisationen, die internationale Isolation zu durchbrechen und der Forderung des Weltärztebunds nach einem kollektiven Schuldbekenntnis, wurden die Publikationen von Mitscherlich und Mielke unter strategischen Gesichtspunkten betrachtet. So dienten sie nun als Beleg dafür, dass sich die deutsche Ärzteschaft aktiv um die Aufarbeitung der von Mitgliedern ihres Berufsstands begangenen Verbrechen bemühte. Plötzlich erfuhr der im April 1949 im Verlag Lambert Schneider publizierte Abschlussbericht *Wissenschaft ohne Menschlichkeit* von Seiten der AWA nachhaltige Unterstützung, da man den Wert der Schrift für die Beitrittsverhandlungen mit den Vertretern des Weltärztebunds und die damit verbundene Rückkehr in die internationale ärztliche Gemeinschaft erkannte. Unter keinen Umständen sollte das Bild getrübt werden, dass die deutschen Ärzte in vollem Umfang zur Auseinandersetzung mit ihrer nationalsozialistischen Vergangenheit bereit waren.⁹⁸

So wurde auf der Tagung der AWA am 18./19. Oktober 1947 in Bad Nauheim die von Mitscherlich formulierte Resolution zum Nürnberger Ärzteprozess verabschiedet, die später nahezu unverändert in das Vorwort von *Wissenschaft ohne Menschlichkeit* übernommen wurde.⁹⁹ Damit konnte die Arbeit der Ärztekommision letztlich doch noch erfolgreich abgeschlossen werden. Ende Mai 1948 legte Fred Mielke die Abschlussdokumentation *Wissenschaft ohne Menschlichkeit* in ihrer Endfassung vor. Auf dem ersten Deutschen Ärztetag nach dem Zweiten Weltkrieg am 16. Oktober 1948 in Stuttgart präsentierte Mielke den Abschlussbericht der Beobachtungskommission zum Prozessverlauf in Nürnberg. In seinem Referat lieferte er die Argumentationsstruktur, die den ärztlichen Standesorganisationen über Jahrzehnte hinweg als Richtschnur in der Auseinandersetzung mit ihrer nationalsozialistischen Vergangenheit dienen sollte:

Mit der Entsendung einer Kommission nach Nürnberg zeigte die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zweifellos, dass die Ärzteschaft als erster Berufsstand gewillt war, alle in Nürnberg aufgedeckten Fak-

⁹⁸ Vgl. Gerst (2004), S.129 ff.

⁹⁹ Vgl. ebd., S. 129.

ten zu beachten und zu verwerten, und legte damit ein echtes Zeugnis demokratischer Gesinnung ab. [...] Zur Frage der Belastung der Deutschen Ärzteschaft soll hierzu noch festgestellt werden, daß gegenüber etwa 90.000 in Deutschland tätigen Ärzten die Anzahl der an Medizinverbrechen unmittelbar Beteiligten verschwindend gering ist – etwa 300 bis 400 Ärzte, wenn man hoch schätzt.¹⁰⁰

Diese Darstellung trug wesentlich dazu bei, so der Historiker Tobias Freimüller, dass eine wirkliche Auseinandersetzung der deutschen Ärzteschaft mit ihrer Rolle während des Nationalsozialismus über Jahrzehnte hinweg unterblieb:

Die Zahl 350 war von nun an für 40 Jahre das einzige, was der Ärzteschaft zu ihrer NS-Vergangenheit einfiel. Jenseits der vermeintlich 350 Schuldigen strahlte die Medizinerzunft im Gewand der Unschuld – und im weißen Kittel der 65 Arztfilme, die allein zwischen 1946 und 1959 gedreht wurden.¹⁰¹

Nach den Ausführungen Mielkes beschloss der Deutsche Ärztetag, „die deutsche Ärztekommision beim ersten Amerikanischen Militärgerichtshof in Nürnberg mit der baldigen Drucklegung des abschließenden Berichts [...] zu beauftragen, wobei die Ärztekammern sich zur anteiligen Abnahme der erforderlichen Anzahl von Exemplaren der Druckschrift verpflichten“¹⁰². Zudem verständigte man sich darauf, dass *Wissenschaft ohne Menschlichkeit* im Verlag Lambert Schneider in einer Auflage von 10.000 Exemplaren erscheinen sollte. Nach Vorlage der endgültigen Fassung Ende März 1949 trafen sich Mielke und Karl Haedenkamp¹⁰³, Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, in Stuttgart, um sich über die konkreten Auslieferungsbedingungen der Publikation zu verständigen. Interessanterweise einigte man sich

¹⁰⁰ Mielke in seinem Abschlussbericht auf dem Stuttgarter Ärztetag am 16. Oktober 1948, zit. nach Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1207.

¹⁰¹ Freimüller (2001), S. 31.

¹⁰² Beschlussfassung des Deutschen Ärztetags am 16. Oktober 1948 in Stuttgart, zit. nach Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1208.

¹⁰³ Karl Haedenkamp (1889-1955) war aufgrund seiner Beziehungen zu führenden Vertretern des Weltärztebunds aus seiner Zeit als Mitglied der *Association Professionnelle Internationale des Médecins (APIM)*, der Vorgängerorganisation des Weltärztebunds, eine Schlüsselfigur in den Beitrittsverhandlungen mit dem Weltärztebund. Zugleich war er aufgrund seiner Nähe zur NSDAP in den Jahren 1934 bis 1939 eine Belastung für die deutsche Ärzteschaft. Dennoch hielten die deutschen Standesvertreter an Haedenkamp fest, indem sie dessen bedeutende Rolle für die Konsolidierung der ärztlichen Standesorganisationen nach Kriegsende betonten. Vgl. Lederer (2007), S. 96. Zur Biographie Haedenkamps sei auf Klee (2003) verwiesen.

darauf, die Dokumentation nicht im Buchhandel erscheinen zu lassen, sondern sie lediglich über die Ärztekammern zu vertreiben.¹⁰⁴ An dieser Stelle wird erneut die Strategie der Standesvertreter deutlich, die Berichterstattung und die öffentliche Debatte über den Nürnberger Ärzteprozess in ihrem Sinne zu beeinflussen. Zudem scheint die Publikation von *Wissenschaft ohne Menschlichkeit* auch in der Ärzteschaft auf eher geringes Interesse gestoßen zu sein. Dies belegen die schwachen Verkaufszahlen der von den einzelnen Ärztekammern aufgekauften und vertriebenen Exemplare.¹⁰⁵ Zwei Jahre nach dem Urteilspruch von Nürnberg war das Interesse der Ärzteschaft an der Dokumentensammlung so gering, dass viele Ärztekammern auf den erworbenen Exemplaren sitzen blieben. Resigniert hatten Mitscherlich und Mielke in ihrem Vorwort zu *Wissenschaft ohne Menschlichkeit* bereits festgestellt, „dass sie mit einer solchen Dokumentation kaum noch vom Bedürfnis einer großen, auf Rechenschaft drängenden Öffentlichkeit erwartet werden“¹⁰⁶. Die Klage Mitscherlichs über die mangelnde Rezeption führte zu zahlreichen Mutmaßungen und Spekulationen über den Verbleib der ersten Auflage. Tatsächlich wurden im Einvernehmen mit Mitscherlich 10.000 Exemplare von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern vom Verlag Lambert Schneider übernommen, wovon 9.000 Stück anteilmäßig an die jeweiligen Ärztekammern verteilt wurden. Diese wiederum boten das Buch in ihren Publikationsorganen zum Verkauf an.¹⁰⁷ Der Grund für die mangelnde Resonanz des Buches in der Ärzteschaft, so scheint es, war nicht dessen Vorenthaltung durch die ärztlichen Standesorganisationen, sondern der Wunsch, die Frage nach der individuellen Schuld für die von deutschen Ärzten begangenen Medizinverbrechen während des „Dritten Reichs“ zu verdrängen.

Gleichwohl hatte die Publikation Wirkung gezeigt: Unter dem Eindruck der von Mitscherlich und Mielke vorgelegten Dokumentationen über den Nürnberger Ärzteprozess kam es im Januar 1950 in Stuttgart zu einer ersten offiziellen Be-

¹⁰⁴ Vgl. Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1208.

¹⁰⁵ Vgl. ebd.

¹⁰⁶ Vorwort zu *Wissenschaft ohne Menschlichkeit*, zit. nach Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1208.

¹⁰⁷ Vgl. Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1208.

gegnung zwischen dem Schatzmeister des Weltärztebunds, Otto Leuch (Schweiz), Dag Knutson (Schweden), Vorstandsmitglied des Weltärztebunds, und Hans Neuffer, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern.¹⁰⁸ Aufgrund der beiden Publikationen *Das Diktat der Menschenverachtung* und *Wissenschaft ohne Menschlichkeit* ließ der Weltärztebund die Forderung nach einem kollektiven Schuldbekenntnis der deutschen Ärzte fallen.¹⁰⁹ Auf der im selben Jahr in New York stattfindenden Generalversammlung sprachen sich 28 von 31 teilnehmenden nationalen Ärztevereinigungen für eine Aufnahme Deutschlands aus. Aufgrund dieser Entscheidung beauftragte die Generalversammlung den Rat des Weltärztebunds, Deutschland aufzunehmen.¹¹⁰ Die Aufnahme erfolgte 1951. Die AWA begrüßte die Entscheidung mit den Worten, dass nun „ein Schlußstrich unter eine unglückselige Entwicklung gezogen [werde], die die deutsche Ärzteschaft von der übrigen Welt getrennt hatte“¹¹¹. Die Rezeptionsgeschichte der Dokumentationen von Mitscherlich und Mielke zum Nürnberger Ärzteprozess ist somit untrennbar mit der Aufnahme der deutschen Ärzteschaft in den Weltärztebund verknüpft und kann nur vor diesem Hintergrund gedeutet werden.

¹⁰⁸ Vgl. Neuffer (1950a), ÄM, H. 11, S. 209.

¹⁰⁹ Vgl. Neuffer (1950b), ÄM, H. 22, S. 463.

¹¹⁰ Vgl. ohne Verfasserangabe (1951), ÄM, H. 17/18, S. 225.

¹¹¹ Ebd.

3.2 Deutsche Forscher vor Gericht: Das ärztliche Gewissen als Mittlerinstanz ärztlichen Ethos in der medizinischen Forschung (1954)

In den 1950er Jahren war die Beschäftigung mit dem Humanexperiment im *Deutschen Ärzteblatt* geprägt von der Auseinandersetzung mit den Medizinverbrechen im „Dritten Reich“. Auch der erste Artikel im *Deutschen Ärzteblatt* nach 1945, der sich explizit mit der Problematik des Menschenversuchs beschäftigte, thematisierte die nationalsozialistischen Menschenversuche. Es handelte sich um einen Bericht über den Prozess gegen die beiden deutschen Mediziner Otto Bickenbach und Eugen Haagen vor dem Militärgericht Lyon aus dem Jahr 1954.¹¹² Bickenbach und Haagen waren zunächst vom französischen Militärgericht in Metz 1952 wegen „Anwendung gesundheitsschädlicher Substanzen und Giftmord“¹¹³ im Konzentrationslager Natzweiler-Struthof zu lebenslänglicher Zwangsarbeit verurteilt worden. Bickenbach wurden Giftgasexperimente mit Phosgen zur Last gelegt, sein Kollege Haagen von der Universität Straßburg musste sich für Fleckfieberversuche an Häftlingen verantworten. Das Urteil wurde jedoch von einem Pariser Militärgericht 1954 aufgehoben und zur Neuverhandlung nach Lyon überwiesen. Dieses Gericht verurteilte die beiden deutschen Mediziner schließlich zu 20 Jahren Zwangsarbeit. Bereits im Herbst 1955 wurden beide jedoch vorzeitig amnestiert. Da dieser Bericht die erste ausführliche Beschäftigung der Standeszeitschrift mit der Problematik des Humanexperiments nach dem Krieg darstellt, soll er eingehend diskutiert werden.

Die Prozessbeobachter beklagten zunächst die aus ihrer Sicht einseitige Berichterstattung der französischen Presse, die sich durch „unerfüllte[n] Revanchegefühle“¹¹⁴ gegenüber dem ehemaligen Kriegsgegner erklären lasse. Diese hätte „in einer Weise berichtet, die die Schuld der Angeklagten vorwegnahm“¹¹⁵. Zudem hätten „die zum Teil tumultuarischen Demonstrationen des Publikums [...] dem Gerichtssaal in Metz den Charakter eines Revolutionstribu-

¹¹² Vgl. dke (1954), *ÄM*, H. 11, S. 362-364.

¹¹³ Ebd., S. 362.

¹¹⁴ Ebd.

¹¹⁵ Ebd.

nals verliehen¹¹⁶. Zu Beginn des Prozesses sei es zunächst Aufgabe der Verteidigung gewesen, die Notwendigkeit medizinischer Forschung am Menschen grundsätzlich zu begründen. Dies sei jedoch „nicht schwer [gewesen], denn immer kommt bei der Entwicklung eines neuen Medikamentes, ja überhaupt einer neuen Heilmethode irgendwann der Augenblick, wo zum ersten Male ein Versuch am Menschen gemacht werden muß“¹¹⁷. Die erstmalige Anwendung eines neuen Medikaments am Menschen stelle immer ein Risiko dar, „das durch keinen voraufgehenden Tierversuch gänzlich ausgeschaltet werden kann“¹¹⁸. Dabei handele es sich zumeist um einen ärztlichen Selbstversuch. Dessen Aussagekraft sei jedoch begrenzt, da „der Nachweis der Verträglichkeit und Unschädlichkeit des Mittels [...] nicht identisch [sei] mit dem Nachweis der Nützlichkeit und Wirksamkeit“¹¹⁹. Um die Wirksamkeit von Schutzimpfungen zu belegen, habe Haagen 40 immunisierte und 40 nicht-immunisierte Häftlinge mit einem lebenden, jedoch abgeschwächten Virus infiziert. Der Vorwurf, Haagen habe die ungeimpfte Kontrollgruppe nicht mit der abgeschwächten Form des Virus infiziert, habe durch Zeugenaussagen zurückgewiesen werden können. Die Sachlage im Falle Bickenbachs stelle sich dagegen wesentlich differenzierter dar. So müsse unterschieden werden zwischen den Versuchen, die Bickenbach selbstverantwortlich durchgeführt und denen, die er nur als „technischer Sachverständiger“¹²⁰ begleitet habe. In der ersten Versuchsreihe, die Bickenbach selbstverantwortlich geleitet habe, hätten die Versuchspersonen keine Schäden erlitten. Heinrich Himmler, Bickenbachs oberster militärischer Vorgesetzter, habe jedoch auf einer weiteren Versuchsreihe bestanden mit der Anordnung, zwölf Häftlinge vor der Exposition gegenüber dem Giftgas Phosgen durch die Verabreichung von Urotropin zu schützen und zwölf Versuchspersonen ungeschützt zu exponieren. Aufgrund von Meinungsverschiedenheiten mit Himmler sei Bickenbach jedoch die Verantwortung für die Versuchsdurchführung entzogen und dem Anatomieprofessor August Hirt übertragen worden. Bickenbach habe jedoch von der geplanten Versuchsanordnung erfahren,

¹¹⁶ Ebd.

¹¹⁷ Ebd., S. 363.

¹¹⁸ Ebd.

¹¹⁹ Ebd.

¹²⁰ Ebd.

wodurch es „zu jenem Gewissenskonflikt [gekommen sei], der das Kernproblem des Prozesses gegen Bickenbach darstellt“¹²¹. Um den Tod aller 24 Häftlinge zu verhindern, habe sich Bickenbach in die Versuchsplanung eingeschaltet. Daraufhin sei die Zahl der Versuchsteilnehmer auf 16 herabgesetzt und die Giftgaskonzentration erheblich reduziert worden. Dennoch habe der Tod von vier Häftlingen nicht verhindert werden können. Die Bildung einer Kontrollgruppe sei jedoch unerlässlich gewesen, da die schützende Wirkung von Urotropin gegenüber dem Giftgas Phosgen andernfalls nicht hätte belegt werden können. Dies sei vor dem Hintergrund, dass zum damaligen Zeitpunkt ein amerikanischer Giftgasangriff mit Phosgen sehr wahrscheinlich gewesen sei, nicht zu verantworten gewesen. Damit habe es sich um eine Frage der Verhältnismäßigkeit zwischen dem Risiko der Versuchsteilnehmer und dem Schutz der deutschen Bevölkerung vor einem amerikanischen Giftgasangriff gehandelt. Somit müssten die vier Todesopfer der Kontrollgruppe vor dem Hintergrund gesehen werden, dass durch den Nachweis der Schutzwirkung von Urotropin möglicherweise Millionen von Menschenleben hätten gerettet werden können. Mit dieser Abwägung rechtfertigten die Autoren die ungeschützte Exposition der Kontrollgruppe gegenüber dem Giftgas Phosgen. Eine eingehendere Beschäftigung mit der Frage, ob und welches „Opfer“ die Gesellschaft vom einzelnen Versuchsteilnehmer zugunsten des medizinischen Erkenntnisgewinns und des potentiellen Nutzens der Allgemeinheit einfordern darf, fand jedoch nicht statt.

Interessanterweise kamen die Autoren zu dem Ergebnis, „daß die Kernproblematik mit der Problematik der Konzentrationslager eigentlich nur den Ort der Handlung und die Tatsache gemeinsam hatte, daß die Versuchspersonen Häftlinge waren“¹²². Grundsätzlich bekannten sich die Autoren zu der im *Nürnberger Kodex* geforderten freiwilligen Zustimmung der Versuchsperson als unabdingbarer Voraussetzung zur Durchführung eines Versuchs am Menschen. Dass dieses Prinzip im vorliegenden Fall in eklatanter Weise verletzt wurde, wurde jedoch nur am Rande mit der Bemerkung thematisiert, dass aufgrund widersprüchlicher Zeugenaussagen „in der Frage der Freiwilligkeit [...] im Verlauf des

¹²¹ Ebd.

¹²² Ebd.

Prozesses keine eindeutige Klärung zugunsten der Angeklagten erfolgt [sei]“¹²³. So seien einerseits Zeugen aufgetreten, die eine Zustimmung zur Versuchsteilnahme in Verbindung mit der Möglichkeit der Freilassung aus dem Konzentrationslager bestätigt hätten. Andere Zeugen hätten eine Befragung von Häftlingen vehement bestritten. Dabei erscheint allein die Annahme befremdlich, dass Häftlinge in einem Konzentrationslager überhaupt die Möglichkeit zur Verweigerung der Versuchsteilnahme hatten. Zudem wurde entschuldigend auf das Fehlverhalten amerikanischer und französischer Wissenschaftler verwiesen. Auch namhafte Wissenschaftler dieser Länder hätten medizinische Versuche an Häftlingen durchgeführt und in den Vereinigten Staaten sei dies sogar gegenwärtig noch der Fall. Entscheidend sei jedoch, dass wissenschaftliche Gutachter aus verschiedenen Ländern zu dem Ergebnis gekommen seien, dass Bickenbach und Haagen „ihre Versuche so durchgeführt haben, daß alle unnötigen körperlichen und geistigen Leiden und Verletzungen vermieden wurden, daß das Risiko der Versuche jene Grenze nicht überschritt, welche sich aus der humanitären Bedeutung des zu lösenden Problems ergaben“¹²⁴.

Der Bericht über den Prozess gegen die beiden deutschen Wissenschaftler konzentrierte sich im Kern auf die Bedeutung des ärztlichen Gewissens in der medizinischen Forschung sowie auf die Verantwortung des Forschers für die gesamte Bevölkerung, die bedroht schien. So wurde unterstrichen, „daß Bickenbach sich in einem echten Gewissenskonflikt befand und daß er in diesem wahrhaft tragischen Gewissenskonflikt eine Entscheidung traf, wie er sie auch nach strengen Grundsätzen christlicher Ethik nicht anders hätte treffen können“¹²⁵. Diese Feststellung irritiert in Anbetracht der Tatsache, dass mindestens vier Häftlinge bei den Versuchen Bickenbachs zu Tode gekommen waren und zahlreiche weitere Häftlinge gravierende Folgeschäden erlitten hatten. Bickenbach selbst hatte bei seiner Vernehmung 1947 im Rahmen des Nürnberger Ärztesprozesses eingeräumt, „daß derlei Experimente ,der ärztlichen Ethik zuwider

¹²³ Ebd.

¹²⁴ Ebd.

¹²⁵ Ebd.

laufen“¹²⁶. Gerade weil das Vertrauen in das ärztliche Gewissen und die berufsständische Ethik der Ärzteschaft die nationalsozialistischen Medizinverbrechen nicht verhindern konnte, forderten die Nürnberger Richter das informierte, freiwillige Einverständnis als unumgängliche Voraussetzung für die Durchführung medizinischer Versuche am Menschen. Doch bereits die Diskussion im Vorfeld der Verabschiedung der *Deklaration von Helsinki* offenbarte die Bestrebungen der Ärzteschaft, das informierte Einverständnis zugunsten der Betonung der ärztlichen Verantwortung zu relativieren. Dies verdeutlicht ein ebenfalls 1954 im *Deutschen Ärzteblatt* erschienener Artikel über den aktuellen Diskussionsstand im Ethikausschuss des Weltärztebunds über die Grundsätze medizinischer Forschung. Darin wurden die ärztlichen Pflichten gegenüber den Rechten des Probanden, die durch den *Nürnberger Kodex* gestärkt wurden, höher gewichtet:

Der wichtigste Faktor beim Experimentieren am Menschen ist das Verantwortungsbewußtsein des Forschers und nicht die Bereitwilligkeit der betreffenden Person, die sich dem Versuch aussetzt.¹²⁷

Die Relativierung des informierten Einverständnisses zugunsten der Betonung ärztlicher Verantwortung kennzeichnete auch die endgültige Fassung der *Helsinki-Deklaration* von 1964. Die Hervorhebung des ärztlichen Gewissens bei der Verteidigung Bickenbachs dokumentierte damit auch den Anspruch der Ärzteschaft auf Deutungshoheit in medizinethischen Fragen. Entsprechend wichtig erschien den Prozessberichterstattem, „die Bedeutung der selbstverantwortlich entscheidenden Persönlichkeit für Gesellschaft und Staat zu unterstreichen“¹²⁸. Es sei bedauerlich, „daß es weder im nationalen noch im internationalen Recht einen gesetzlichen Schutz für das Risiko des experimentierenden medizinischen Forschers gebe“¹²⁹. Daher sei zu befürchten, dass die Verurteilung Bickenbachs und Haagens eine abschreckende Wirkung auf andere Forscher

¹²⁶ Zit. n. ohne Verfasserangabe (1983): Menschenversuche. Ungezügelter Bosheit. In: *Der Spiegel*, 37 (46), S. 86-90, hier S. 90.

¹²⁷ Röken (1954), *ÄM*, H. 23, S. 821.

¹²⁸ dke (1954), *ÄM*, H. 11, S. 364.

¹²⁹ Ebd.

habe. Das Urteil sei somit ein Rückschlag für den medizinischen Fortschritt insgesamt:

Neben den Opfern der Phosgenversuche hat die Wissenschaft in Lyon neue Opfer gefordert. Und auch das ist vielleicht bezeichnend, daß Haagen und Bickenbach [...] von der großen Sorge sprachen, ein negativer Ausgang des Prozesses könne eine abschreckende Wirkung auf manchen Forscher ausüben.¹³⁰

Die Bedeutung des ärztlichen Gewissens bestimmte Mitte der 1950er Jahre auch die Debatten des Weltärztebunds über die Forschung am Menschen. Dies belegt ein im März 1956 im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichter Bericht über eine „Internationale Konferenz über ärztliche Ethik“, die sich u.a. mit den Bedingungen medizinischer Forschung am Menschen beschäftigt hatte.¹³¹ Als wichtigste Voraussetzung für verantwortungsvolle medizinische Forschung wurde auch hier „das Gewissen des Arztes, seine Geschicklichkeit und seine Achtung und Zuneigung zu den Patienten als Menschen“¹³² genannt. Die freiwillige, informierte Zustimmung zur Versuchsteilnahme folgte in dem aufgelisteten Forderungskatalog erst an zweiter Stelle. Doch worin genau bestand nun die Bedeutung und Funktion des ärztlichen Gewissens, das in der Debatte der 1950er Jahre immer wieder beschworen wurde?

Der britische Arzt Hugh Clegg, der 1959 zum Vorsitzenden des Ethik-Komitees des Weltärztebunds ernannt worden war und damit maßgeblich an der Erstellung der ersten Fassung der *Helsinki-Deklaration* beteiligt war, stellte hierzu fest:

Der moderne Arzt folgt Hippokrates nach in seiner mitfühlenden Sorge für den Kranken. Es gibt das Risiko, daß der moderne Forscher in seinen Experimenten so brutal sein kann wie Galen es war in seiner passionierten Suche nach der Wahrheit und seinem Verlangen zu beweisen, daß der andere im

¹³⁰ Ebd.

¹³¹ Vgl. ohne Verfasserangabe (1956), *ÄM*, H. 9, S. 254-255.

¹³² Ebd., S. 254.

Unrecht ist. So lange aber der Forscher erfüllt ist vom hippokratischen Ideal, sollten dieses und sein Gewissen ihm eine genügende Richtschnur sein.¹³³

Demzufolge gründet ärztliches Handeln einerseits auf dem „Hippokratischen Ideal“, verdichtet in dem Doppelgebot, dem Wohl des Patienten zu nutzen und zugleich jeglichen Schaden zu vermeiden¹³⁴ und andererseits auf dem Gewissen des individuellen Arztes. Diese Auffassung deckt sich mit der des amerikanischen Arztes Henry Beecher, der die forschungsethische Debatte kritisch begleitete und immer wieder die unzureichende Kontrolle klinischer Forschung beklagte. Beecher wies darauf hin, dass wirksamer Probandenschutz nicht durch Richtlinien oder institutionelle Kontrollmechanismen realisiert werden könne, sondern in erster Linie durch die Gegenwart eines verantwortlich handelnden Arztes:

Bleibt der Patient dann also ohne Hoffnung auf eine verantwortungsvolle Sorge? Keineswegs. Seine große Sicherheit sowohl bei der Forschung als auch bei der Therapie ist die Präsenz eines erfahrenen, informierten, intelligenten, aufrichtigen, verantwortlichen und mitfühlenden Arztes.¹³⁵

Das ärztliche Gewissen als Vermittlungsinstanz in der Anwendung des „Hippokratischen Ideals“ auf konkrete ärztliche Entscheidungssituationen war Ausdruck einer grundlegenden Skepsis gegenüber detaillierten Richtlinien für die Forschung. Dementsprechend kritisch beurteilte Beecher 1959 die Erstellung umfassender Regelungen für die klinische Forschung:

Wie schon erwähnt, ist es nicht meine Absicht, daß viele Normen niedergelegt werden können, um die Forschung am Menschen zu regeln. In den meisten Fällen bewirken sie mehr Schaden als Nutzen.¹³⁶

Die Hervorhebung des ärztlichen Gewissens war jedoch nicht nur Ausdruck der Sorge um das Wohl des Patienten, sondern diente zugleich der Wahrung ärztli-

¹³³ Clegg, H. (1960): Human Experimentation. In: *World Medical Journal* (7), S. 77-79, hier S. 77, zit. nach Schaupp (1993), S. 42.

¹³⁴ Vgl. Wiesing (2012), S. 39.

¹³⁵ Beecher, H. K. (1966b): Consent in clinical experimentation. Myth and reality. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 195 (1), S. 34-35, hier S. 35, zit. nach Schaupp (1993), S. 42.

¹³⁶ Beecher, H. K. (1959): Experimentation in man. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 169 (5), S. 461-478, hier S. 471, zit. nach Schaupp (1993), S. 43.

cher Autonomie und damit den Interessen der ärztlichen Profession. Wenn einerseits lediglich allgemein gehaltene, unverbindliche Rahmenbedingungen für die klinische Forschung vorgegeben wurden und andererseits deren praktische Anwendung auf die konkrete Entscheidungssituation dem einzelnen Arzt überlassen blieb, bedeutete dies, dass die durch die Forschung am Menschen aufgeworfenen ethischen Fragen letztlich nur seitens der Ärzteschaft kompetent beantwortet werden könnten. Der diesem Zusammenhang zugrunde liegende Anspruch auf Deutungshoheit in medizinethischen Fragen war Ausdruck des Autonomieanspruchs der ärztlichen Profession innerhalb der Gesellschaft. Dieser Autonomieanspruch stützte sich im Kern auf die Behauptung, dass für die Beurteilung medizinethischer Fragen ein hohes Maß an medizinischem Fachwissen erforderlich ist, das nur Mitglieder der ärztlichen Profession besitzen. Im Umkehrschluss bedeutete dies, dass eine forschungsethische Debatte nur eine innerärztliche Debatte sein konnte. Daraus folgte, dass sowohl die Erarbeitung medizinethischer Kodizes als auch die Sanktionierung von Standesmitgliedern bei abweichendem Verhalten nur eine innerprofessionelle Angelegenheit sein konnte.¹³⁷ Die verbrecherischen Humanexperimente im „Dritten Reich“ als auch die Missstände auf dem Gebiet der medizinischen Forschung nach dem Krieg offenbarten jedoch eine eklatante Diskrepanz zwischen dem Autonomieanspruch der ärztlichen Profession und der Wirklichkeit der medizinischen Forschung. Demnach waren die professionsinternen Kontrollmechanismen keinesfalls ausreichend gewesen, um Patienten bzw. Probanden wirksam vor Missbrauch zu schützen und damit das Ethos der ärztlichen Profession durchsetzen zu können. Das Versagen professionsinterner Kontroll- und Sanktionsmechanismen bestimmte daher auch die innerärztliche Debatte über den Umgang mit ehemaligen NS-Ärzten in den 1950er Jahren.

Des Weiteren muss die Kernthese des professionellen Autonomieanspruchs hinterfragt werden, wonach sich nur Mitglieder der Profession aufgrund ihres Fachwissens an der Diskussion medizinethischer Fragen beteiligen können. Der amerikanische Soziologe Eliot Freidson, der sich intensiv mit den Struktu-

¹³⁷ Vgl. Freidson (1979), S. 117.

ren der ärztlichen Profession auseinander gesetzt hat, stuft die ärztliche Profession als eine „beratende Profession“ ein, da sich ihre Mitglieder nicht nur mit der Erweiterung theoretischen Wissens, sondern auch mit dessen Anwendung auf konkrete Probleme erkrankter Menschen beschäftigen. Dies unterscheidet die ärztliche Profession von rein „gelehrten Professionen“, die sich ausschließlich mit der Erweiterung theoretischen Wissens befassen.¹³⁸ Mit der Anwendung des theoretischen Wissens auf die Diagnose und Therapie kranker Menschen stellten sich jedoch nicht nur theoretisch-wissenschaftliche Fragen, sondern auch ethische Fragen, die die Lebensqualität des Patienten betreffen. Daher sollte hinsichtlich der Gültigkeit des Autonomieanspruchs der ärztlichen Profession unterschieden werden zwischen theoretischen und praktischen, also anwendungsbezogenen Fragestellungen. Während dieser Anspruch auf dem Gebiet des theoretischen Wissens gerechtfertigt sei, könne er, laut Freidson, auf dem Gebiet der praktischen Anwendung dieses Fachwissens nicht uneingeschränkt akzeptiert werden, da hierbei Fragen berührt würden, die weit über medizinisches Expertenwissen hinausgingen und damit Gegenstand einer gesamtgesellschaftlichen Auseinandersetzung sein müssten.

Die Hervorhebung des ärztlichen Gewissens und die damit verbundene Ablehnung detaillierter Richtlinien über die Forschung am Menschen zielten letztlich auf die Bewahrung ärztlicher Autonomie. Wenn auf der einen Seite lediglich unverbindliche Rahmenbedingungen für die medizinische Forschung existierten und auf der anderen Seite das ärztliche Gewissen die maßgebliche Entscheidungsinstanz für deren praktische Anwendung darstellte, bedeutete dies, dass die ethischen Fragen in der Forschung am Menschen nur seitens der Ärzteschaft beantwortet werden konnten.¹³⁹

¹³⁸ Vgl. ebd., S. 7.

¹³⁹ Vgl. Schaupp (1993), S. 43.

3.3 Die Kontroverse über den Doppelblindversuch und die Verwendung von Placebos in der medizinischen Forschung (1956)

Im Jahr 1955 erschien in der amerikanischen Fachzeitschrift *The Journal of the American Medical Association* ein Artikel von Henry Beecher (1904-1976) unter dem Titel "The powerful placebo", der die Debatte über den Einsatz des Doppelblindversuchs in der medizinischen Forschung weit über die Grenzen Amerikas hinaus beeinflusste.¹⁴⁰ Beecher fasste darin die Auswertung von 15 placebokontrollierten Studien zusammen und kam zu dem Ergebnis, dass bei rund 35% aller Studienteilnehmer nach Placebogabe eine signifikante Besserung ihres Gesundheitszustands beobachtet werden konnte. Damit war der Placeboeffekt erstmals zahlenmäßig objektiviert und wissenschaftlich verifiziert worden. Die Veröffentlichung Beechers in einem renommierten Fachblatt trug wesentlich dazu bei, dass die Durchführung placebokontrollierter Doppelblindstudien seit Ende der 1950er Jahre zunehmend selbstverständlich in der pharmazeutischen Forschung wurde. Sie gehört bis heute zu den meist zitierten Arbeiten auf dem Gebiet der Placeboforschung.¹⁴¹

Die Diskussion über den Doppelblindversuch und die Verwendung von Placebopräparaten in der medizinischen Forschung beschäftigte Mitte der 1950er Jahre auch die Ärzteschaft in Deutschland. Unter der Überschrift „Placebo-Versuche – ‚Placebo-Komplexe?‘“ veröffentlichte das *Deutsche Ärzteblatt* im Dezember 1956 ein Referat von Gerd Iversen, Internist und Psychotherapeut sowie späterer Präsident der schleswig-holsteinischen Ärztekammer, das dieser auf einem dermatologischen Fachkongress im Oktober des gleichen Jahres gehalten hatte.¹⁴² Darin versuchte Iversen einen Überblick über die Problematik des Doppelblindversuchs und die verschiedenen Positionen zu diesem Thema innerhalb der deutschen Ärzteschaft zu geben. Aus aktuellem Anlass bezog sich Iversen auf US-amerikanische Studien ohne diese jedoch näher zu benennen:

¹⁴⁰ Vgl. Beecher, H. K. (1955): The powerful placebo. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 159 (17), S. 1602-1606.

¹⁴¹ Vgl. Bundesärztekammer (Hg.) (2011): Placebo in der Medizin. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 28.

¹⁴² Vgl. Iversen (1956), *ÄM*, H. 36, S. 1021-1025.

Zu den Placebo-Versuchen haben sich in zahlreichen Veröffentlichungen verschiedene Autoren teils zustimmend, teils ablehnend, mindestens außerordentlich divergierend geäußert. Dabei stützen sie sich z. T. auf Jahre oder Jahrzehnte währende eigene Erfahrungen, teils auf die in der Literatur zu diesem Thema mitgeteilten Ergebnisse, insbesondere der Amerikaner.¹⁴³

Die zeitliche Nähe zu der Publikation Beechers und ihre intensive internationale Rezeption lassen den Schluss zu, dass die Studienergebnisse Beechers auch die Debatte in Deutschland beeinflussten.

Gleich zu Beginn seines Referats stellte Iversen fest, dass der grundsätzliche ethische Konflikt des Doppelblindversuchs wohl unlösbar sei. Denn einerseits sei es unethisch, ein Medikament zu verabreichen, dessen Sicherheit und Nutzen nicht ausreichend belegt sei, was nur mit einem Doppelblindversuch gelingen könne. Zugleich sei es jedoch unethisch, ein Medikament mittels eines Doppelblindversuchs zu testen, da die Gabe eines Placebopräparats und damit die Vorenthaltung einer möglicherweise wirksamen Therapie nicht mit dem ärztlichen Ethos vereinbar seien. Wenn der Konflikt ethisch nicht lösbar sei, könne er letztlich nur durch klare Regelungen begrenzt werden. Doch wie sollten diese Regelungen aussehen? Unter welchen Voraussetzungen sollte die Durchführung eines Doppelblindversuchs gerechtfertigt sein?¹⁴⁴ In seinen Ausführungen lieferte Iversen einen Überblick über die aus seiner Sicht wichtigsten Positionen in dieser Debatte, die im Folgenden wiedergegeben werden.

Arthur Jores, Mitbegründer der wissenschaftlichen Psychosomatik, habe erkannt, dass die Besonderheit des „therapeutisch-klinische[n] ,Experiment[s]“ darin bestehe, „daß es das einzige Experiment am Menschen ist, bei dem das sonst ganz unverzichtbare Merkmal der Freiwilligkeit ausgeschaltet werden muß, ausgenommen die Möglichkeit wirklicher Gefährdung des Patienten“¹⁴⁵. In seiner Begründung habe sich Jores auf den Internisten Paul Martini bezogen, der in seinem 1932 erschienenen Buch „Methodenlehre der therapeutischen Untersuchung“ die Verwendung von Leertabletten in der klinischen Forschung

¹⁴³ Ebd., S. 1021.

¹⁴⁴ Vgl. ebd.

¹⁴⁵ Ebd.

propagiert hatte, um Arzneimittelwirkungen zu objektivieren.¹⁴⁶ Martini habe festgestellt, dass „zur ‚Ausschaltung suggestiver oder sonstiger unsachlicher und deshalb unerwünschter Faktoren‘ [...] bei der Prüfung eines Medikamentes [...] ‚die unwissentliche Versuchsanordnung‘ [...] ‚das beste und am häufigsten indizierte Mittel‘ [ist]“, wobei „die prüfenden Ärzte ‚zunnerst davon durchdrungen sein [müssen], daß sie nur die Wahrheit suchen“¹⁴⁷. Zugleich sei Martini der Auffassung gewesen, dass der doppelte Blindversuch ethisch äußerst problematisch ist, weshalb „Ärzte, die in der therapeutischen Forschung arbeiten wollen [...] zu solcher intellektueller Redlichkeit erzogen werden [müssen], daß sie auch ohne doppelten Blindversuch zu echten Ergebnissen kommen“¹⁴⁸. Demgegenüber habe Jores die flächendeckende Einführung des Doppelblindversuchs auch für Deutschland gefordert. So hätten verschiedene amerikanische Studien gezeigt, dass Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern auf Placebogabe mit einer Besserung ihrer Beschwerden reagiert hätten, wenn sie der Überzeugung waren, ein wirksames Medikament erhalten zu haben. Die Placebowirkung sei in der Vergangenheit erheblich unterschätzt worden. Die Durchführung von Doppelblindstudien sollte jedoch Krankenhäusern vorbehalten bleiben.¹⁴⁹

Demgegenüber habe Manfred Pflanz, Mitbegründer der Sozialmedizin in der Bundesrepublik, betont, dass der Doppelblindversuch nicht nur den Krankenhäusern vorbehalten sein sollte. Auch niedergelassene Ärzte sollten einfache Versuche mit Placebogaben durchführen dürfen. Zudem hätten die Ergebnisse der Placeboforschung gezeigt, dass „der seelische Faktor [...] nicht ausgeklammert [werden dürfe]“¹⁵⁰.

Hans Schulten, Professor für Innere Medizin an der Universität Köln, habe argumentiert, dass eine Überprüfung der therapeutischen Wirksamkeit durch Verblindungsversuche „in den meisten Fällen nicht nötig“ sei und stellt[e] abschlie-

¹⁴⁶ Vgl. Martini (1932).

¹⁴⁷ Iversen (1956), *ÄM*, H. 36, S. 1021.

¹⁴⁸ Ebd.

¹⁴⁹ Vgl. ebd., S. 1021 f.

¹⁵⁰ Ebd., S. 1022.

ßend fest, daß „alle diese Methoden zeitraubend und umständlich sind“¹⁵¹. Während psychologische Einflussfaktoren auf die therapeutische Wirksamkeit eines Medikaments in der alltäglichen ärztlichen Praxis keinesfalls unterschätzt werden dürften, sei ihre Berücksichtigung in der wissenschaftlichen Forschungspraxis eher als hinderlich anzusehen.

Der Freiburger Arzt Günter Clauser habe „Arzneimittelprüfungen ohne Berücksichtigung ‚medizinisch-psychologischer Forderungen‘ überhaupt für fragwürdig [gehalten]“¹⁵². Der Doppelblindversuch sei ebenso fehlerbehaftet wie alle anderen klinischen Prüfverfahren. Die entscheidende Schwäche des Doppelblindversuchs bestehe, so Clauser, in der mangelnden Berücksichtigung der Persönlichkeit des behandelnden Arztes. Dieser Einflussfaktor könne nur ausgeschaltet werden, wenn „beide ‚Medikamente‘ von dem behandelnden Arzt mit der gleichen ‚Dosis suggestiver Heilkraft‘ gegeben werden“¹⁵³. Um die Wechselwirkungen zwischen einem rein medikamentösen und einem bewussten oder unbewussten psychischen Effekt unterscheiden zu können, müssten sowohl das zu prüfende Medikament als auch das Placebo jeweils in Verbindung mit einer positiven und negativen Suggestion des Arztes verabreicht werden. Zudem dürfe die Bedeutung von Sinneswahrnehmungen wie Farbe, Geruch, Applikationsform, Verpackung und Name nicht unterschätzt werden. Da eine „Patentlösung“ zur Ausschaltung psychischer Reaktionen von Arzt und Patient¹⁵⁴ derzeit nicht existiere, müsse davor gewarnt werden, „daß der doppelte Blindversuch ‚Mode‘ werde“¹⁵⁵. Zudem dürfe nicht vergessen werden, „daß viele Krankheiten auscheiden, bei denen man gewiß eine Placebo-Medikation ärztlich nicht verantworten kann“¹⁵⁶. So sei „jeder Arzt [...] zuallererst zweifellos beauftragt, zu helfen und zu heilen und wird dabei zumeist diejenigen Mittel und Wege nutzen, die er für geeignet hält, um das Behandlungsziel zu erreichen“¹⁵⁷. In seiner Therapieentscheidung solle sich der behandelnde Arzt „eher auf altes Erfahrungs-

¹⁵¹ Ebd.

¹⁵² Ebd.

¹⁵³ Ebd.

¹⁵⁴ Ebd.

¹⁵⁵ Ebd.

¹⁵⁶ Ebd., S. 1023.

¹⁵⁷ Ebd.

gut und eigene Beobachtungen [...] stützen als auf lückenlose ‚Beweise‘ der in ihrer grundlegenden Bedeutung unbestrittenen klinischen und pharmakologischen Forschung, oder auf das Fazit von Experimenten, bei denen man mit scheinwissenschaftlicher Exaktheit bemüht war, die Unwägbarkeiten des lebendigen Geschehens auszuschalten“¹⁵⁸.

Hellmuth Kleinsorge, Direktor der Medizinischen Poliklinik in Jena, habe sich mit der praktischen Umsetzung von placebokontrollierten Doppelblindversuchen beschäftigt und zu bedenken gegeben, dass „häufig [...] eine Placebo-Medikation an den finanziellen oder organisatorischen Schwierigkeiten scheitern [wird]“¹⁵⁹, beispielsweise „an [der] leidige[n] Frage der Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern“¹⁶⁰. Grundsätzlich habe er „gegen die Anwendung von Placebo-Präparaten aus differentialdiagnostischen Gründen, z.B. zur ‚Abgrenzung einer psychischen Krankheitsgenese‘ [...] am wenigsten Bedenken, weil es sich dabei um eine ‚diagnostische Hilfsmaßnahme‘ handelt, deren Ergänzung ‚durch andere psycho-diagnostische Verfahren‘ allerdings selbstverständlich sein sollte“¹⁶¹. Dennoch könnten, so Kleinsorge, die mit der Person des Arztes verbundenen Einflussfaktoren auch mit Hilfe des placebokontrollierten Doppelblindversuchs nicht eliminiert werden, „da suggestive Momente (bei der Placebo-Methode) auch eine organisch bedingte Symptomatik überdecken können“¹⁶².

Ludwig Lendle, Ordinarius für Pharmakologie an der Universität Göttingen, habe sich kritisch mit den 1931 vom Reichsinnenministerium erlassenen „Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen“ auseinander gesetzt, wonach „unerprobte Heilmittel nur mit Einverständnis und nach Belehrung des Patienten verabreicht werden dürfen“¹⁶³. Die Aufklärung des Patienten über die genauen Versuchsbedingungen könne jedoch „unangebracht [sein], da der Kranke ‚die Bedingungen gar

¹⁵⁸ Ebd.

¹⁵⁹ Ebd.

¹⁶⁰ Ebd.

¹⁶¹ Ebd.

¹⁶² Ebd.

¹⁶³ Ebd.

nicht mit Sachverständnis beurteilen kann“¹⁶⁴. Die Verwendung von Placebos in der klinischen Forschung sei jedoch unabdingbar für die wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit neuer Medikamente. Demnach sei es unerlässlich, „daß im Rahmen von Arzneimitteluntersuchungen das ‚Recht der Placebo-Prüfung‘ zugelassen werden müsse, wenn mit unschädlichen Mitteln gearbeitet und damit nicht eine dringend notwendige Heilmaßnahme unterlassen werde“¹⁶⁵. Es müsse genügen, „wenn der Patient darüber aufgeklärt wird, daß man auch an ihm ein neues Medikament zu erproben beabsichtigt“¹⁶⁶.

Iversen stimmte Lendle in diesem Punkt ausdrücklich zu, indem er die Forderung einer „zweckentsprechenden Belehrung“¹⁶⁷ als problematisch einstufte. Eine umfassende Aufklärung des Patienten vor der Erprobung eines neuen Heilverfahrens, so Iversen, könne starke Verunsicherung auslösen und damit dem Patienten eher schaden als nutzen, was letztlich dem Kern ärztlichen Ethos zuwider laufe:

Die Form der ‚zweckentsprechenden Belehrung‘ wird man sicher besonders sorgfältig überlegen müssen, wenn man Unwägbarkeiten des Geistes und der Seele beim Patienten berücksichtigen will! – Wer aber wird daran zweifeln, daß schon der Hinweis auf die Erprobung eines neuen Heilmittels bei dem Heilungssuchenden eine jener Unwägbarkeiten provoziert, die gerade vermieden werden sollten?!¹⁶⁸

Nachfolgend habe der Jurist Robert Schmelcher, so Iversen weiter in seinem Referat, die Schwierigkeit adäquater Aufklärung aus strafrechtlicher Perspektive thematisiert, indem er die „‚Aufklärungspflicht‘ als [...] ‚Teil der Pflicht des Arztes zu sachgemäßer Behandlung‘ [bezeichnet habe]“¹⁶⁹. Demnach dürfe der Patient weder hinsichtlich der Aufklärung über seine Erkrankung noch über das therapeutische Vorgehen im Ungewissen gelassen werden. Andernfalls sei das Verhalten des Arztes als Körperverletzung zu werten. Einschränkend bemerkte Schmelcher, „daß in derartigen Fällen ‚eine strafbare Körperverletzung aus-

¹⁶⁴ Ebd.

¹⁶⁵ Ebd.

¹⁶⁶ Ebd.

¹⁶⁷ Ebd.

¹⁶⁸ Ebd., S. 1023 f.

¹⁶⁹ Ebd., S. 1024.

scheiden‘ dürfte, weil dem Arzt ‚sicherlich das Bewußtsein der Strafbarkeit fehlt‘¹⁷⁰.

Demgegenüber habe der Jurist Adolf Schönke ausgeführt, „daß die Tatbestandsmäßigkeit [...] bei Eingriffen allerdings nur dann fehle, wenn diese Eingriffe zu Heilzwecken und zum Wohle des Behandelten vorgenommen würden. Die Tatbestandsmäßigkeit sei daher gegeben bei kosmetischen Operationen und Eingriffen zu experimentellen Zwecken.“¹⁷¹ Diese könne „nur dadurch entkräftet werden, daß der Patient seine Einwilligung gibt und damit die Rechtswidrigkeit ausgeschaltet wird“¹⁷².

Anschließend führte Iversen die Diskussionsbeiträge des Pharmakologen Lendle und des Juristen Schönke zusammen und folgerte:

Wenn ein Patient, der vom Arzt – wie Lendle vorschlägt – ‚darüber aufgeklärt wird, daß man auch an ihm ein neues Medikament zu erproben beabsichtigt‘, dieser Absicht nicht widerspricht, wäre der Tatbestand der Körperverletzung wohl nicht anzunehmen – denn zur Erprobung eines neuen Medikamentes kann gewiss auch der sogenannte Placebo-Versuch gerechnet werden; hat der Patient aber gegen die Erprobung eines neuen Medikamentes nichts einzuwenden, so könnte man darin eben gleichzeitig auch das Einverständnis mit einem Placebo-Versuch sehen!¹⁷³

Den Einwand des Juristen Schmelcher, dass der Patient [...] „auf Grund des Arztbehandlungsvertrages ‚einen Rechtsanspruch zur Aufklärung über sein Krankheitsbild sowie über die Durchführung und Aussichten vorgesehener Heilmethoden‘ [habe]“¹⁷⁴, wies Iversen ausdrücklich zurück. Das ärztliche Standesethos verpflichte den Arzt, die Fürsorge seines Patienten über alle anderen Interessen zu stellen. Damit sei eine ausreichende Wahrung der Patienteninteressen garantiert:

Sicher ist der Arzt verpflichtet alles zu tun (und nichts zu unterlassen), um den Patienten erfolgreiche Hilfe angedeihen zu lassen. Würde aber diese

¹⁷⁰ Ebd.

¹⁷¹ Ebd.

¹⁷² Ebd.

¹⁷³ Ebd.

¹⁷⁴ Ebd.

Hilfe u. U. durch eine sinnvolle Verabfolgung von Placebos erreicht, so dürfte das evtl. im Interesse der Patienten liegen.¹⁷⁵

Abschließend mahnte Iversen in Anlehnung an Paul Martini, den Begründer der Methodenlehre placebokontrollierter Studien, „daß zwar ‚ein Ziel des Versuches eine neue Erkenntnis – immerhin zugunsten anderer‘ sein kann, daß aber ‚das letzte Ziel die Heilung der Versuchsperson selbst, also eines Kranken‘ bleiben muß!“¹⁷⁶ Kontrollierte Doppelblindstudien sollten daher „nur für ausnehmend schwierige therapeutische Fragestellungen durchgeführt werden, wenn ihre Beantwortung anders nicht einwandfrei möglich ist!“¹⁷⁷ Dies bedeute „für den doppelten Blindversuch die Indikation sorgfältig und, das heißt, eng abzugrenzen!“¹⁷⁸

Das Referat Iversens, das verschiedene Meinungen über den Doppelblindversuch zusammenfasst, lässt letztlich keine eindeutige Positionierung der deutschen Ärzteschaft erkennen. Es dokumentiert jedoch die für die 1950er Jahre charakteristische paternalistische Grundhaltung der Ärzteschaft. Der Paternalismus zeigt sich darin, dass in der Debatte über den Doppelblindversuch nur von Arztpflichten, jedoch nicht von Patientenrechten die Rede ist. Dies kann exemplarisch anhand der Frage der adäquaten Aufklärung des Patienten gezeigt werden.

Die Arzt-Patienten-Beziehung entspringt der Grundkonstellation von Not und Hilfe. Ärztliches Handeln stellt eine Antwort auf diese zwischenmenschliche Ausgangssituation dar, indem es versucht, die Not zu beseitigen oder zumindest zu lindern. Ärztliches Ethos ist demnach zuallererst ein Ethos der Fürsorge.¹⁷⁹ Das Ethos der Fürsorge konkretisiert sich in zwei Grundprinzipien: dem Nicht-Schadens-Prinzip und dem Prinzip des Wohltuns.¹⁸⁰ Im „Hippokratischen Eid“ findet sich dieses Doppelprinzip in den Formulierungen „Ärztliche Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und

¹⁷⁵ Ebd.

¹⁷⁶ Ebd.

¹⁷⁷ Ebd., S. 1025.

¹⁷⁸ Ebd.

¹⁷⁹ Vgl. Pöltner (2006), S. 89.

¹⁸⁰ Vgl. ebd., S. 91.

meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden“ und „in alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hineingehen [...]“¹⁸¹ Auch in der „Genfer Deklaration“ von 1948 taucht dieser Grundsatz in der Formulierung “The health of my patient will be my first consideration“¹⁸² wieder auf. Die Bedeutung des Fürsorgeethos erschließt sich aus der Analogie zwischen dem Verhalten eines Vaters seinen Kindern und dem Verhalten eines Arztes seinen Patienten gegenüber.¹⁸³ Betrachtet man das Verhalten eines Vaters gegenüber seinen Kindern, lassen sich zwei grundlegende Beziehungsmerkmale herausarbeiten: Zum einen ist ein Vater idealtypischer Weise bestrebt, das Wohlergehen seiner Kinder zu mehren, zum anderen entscheidet er selbst darüber, worin das Wohlergehen seiner Kinder besteht und trifft diese Entscheidung in der Regel stellvertretend für seine Kinder. Übertragen auf die Arzt-Patienten-Beziehung bedeutet dies, dass der Arzt in seinem Handeln dem Wohl seines Patienten immer oberste Priorität einräumt, zugleich verfügt er allein über die Kompetenz, darüber zu entscheiden, worin das Wohl seines Patienten besteht und wie dieses am besten realisiert werden kann. Das paternalistische Arzt-Patienten-Modell stellt die ärztliche Fürsorgepflicht in den Mittelpunkt. Aufgrund seiner fachlichen Kompetenz trifft der Arzt alleine die aus seiner Sicht erforderlichen Entscheidungen über das diagnostische und therapeutische Vorgehen, die der Gesundheit und dem Wohlergehen des Patienten am ehesten förderlich sind. Dabei liegt der paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung die Annahme zugrunde, dass anhand eines objektiven Kriterienkatalogs festgestellt werden kann, welches die beste diagnostische und therapeutische Vorgehensweise für den Patienten darstellt. Dies hat zur Folge, dass eine Beteiligung des Patienten an der Entscheidungsfindung nur in eingeschränkter Form möglich ist. Wie in der dargestellten Vater-Kind-Beziehung handelt der Arzt als Vormund des Patienten, der allein beurteilen und letztlich auch durchführen kann, was dem Patienten zum Besten dient.

¹⁸¹ Zit. nach Wiesing (2012), S. 43.

¹⁸² Ebd., S. 81. Dort: THE HEALTH OF MY PATIENT will be my first consideration.

¹⁸³ Vgl. Pöltner (2006), S. 91.

Da der Arzt dazu verpflichtet ist, die Interessen seines Patienten über alle anderen Interessen zu stellen, handelt der Arzt als Beschützer seines Patienten.¹⁸⁴

Die paternalistische Dimension ärztlichen Ethos zeigt sich exemplarisch in dem Debattenbeitrag des Pharmakologen Ludwig Lendle, wenn dieser anmerkt, dass auf eine detaillierte Aufklärung verzichtet werden könne, „da der Kranke ‚die Bedingungen gar nicht mit Sachverständnis beurteilen kann‘“¹⁸⁵. Unter Verweis auf die „Unwägbarkeiten des Geistes und der Seele beim Patienten“ sei es ausreichend, „wenn der Patient darüber aufgeklärt wird, daß man auch an ihm eine neues Medikament zu erproben beabsichtigt“¹⁸⁶. Die Analogie zwischen dem Verhalten eines Vaters gegenüber seinen Kindern und dem des Arztes gegenüber seinem Patienten verdeutlicht zugleich die Gefahr der paternalistischen Vereinnahmung des ärztlichen Fürsorgeethos. Diese besteht zunächst in der Grundannahme der paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung, wonach das Wohl des individuellen Patienten ein objektiv zu bestimmendes Gut darstellt. Dabei stellt sich die Frage, ob es überhaupt objektive Bewertungskriterien dafür geben kann, was für den individuellen Patienten als das Beste zu gelten hat. Und wer soll diese Kriterien definieren? Im Hinblick auf die forschungsethische Diskussion beinhaltet der paternalistische Zug des Fürsorgeethos die Gefahr, dass der Patient im Spannungsfeld von individuellem Heilauftrag und ärztlichem Forschungsinteresse seinen Subjektstatus als Patient verliert und zum reinen Objekt medizinischen Erkenntnisstrebens wird.

Die von Gerd Iversen referierten Meinungsäußerungen über den Doppelblindversuch zeichnen sich mehrheitlich durch die für die 1950er Jahre paternalistische Grundausrichtung ärztlichen Ethos aus, wonach sich der Arzt in Analogie zur Vater-Kind-Beziehung als Vormund des Patienten verstand. Er entschied, worin das Wohl des Patienten zu sehen sei und wie dieses realisiert werden könne. Aus dieser Perspektive konnte es auch durchaus gerechtfertigt sein, dem Patienten Informationen vorzuenthalten, um seine Zustimmung für diag-

¹⁸⁴ Vgl. Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992): Four Models of the Physician-Patient Relationship. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 267 (16), S. 2221–2226.

¹⁸⁵ Iversen (1956), *ÄM*, H. 36, S. 1023.

¹⁸⁶ Ebd.

nostische und therapeutische Maßnahmen zu erhalten, die aus ärztlicher Sicht geboten waren.

3.4 Der Umgang der bundesrepublikanischen Ärzteschaft mit den nationalsozialistischen Menschenversuchen und ihrer Wiedergutmachung in den 1950er Jahren

In der Nachkriegszeit war die Auseinandersetzung der westdeutschen Ärzteschaft mit den Medizinverbrechen des „Dritten Reichs“ durch Verschweigen, Verdrängen und Tabuisieren gekennzeichnet. Mit allen Mitteln wurde versucht, in der Öffentlichkeit einen Ansehensverlust des ärztlichen Berufsstands zu vermeiden.¹⁸⁷ Die Debatte über die Forschung am Menschen innerhalb der deutschen Ärzteschaft nach 1945 muss daher immer auch vor dem Hintergrund der nationalsozialistischen Vergangenheit der Ärzteschaft und ihrer jahrzehntelangen Weigerung, sich dieser Vergangenheit zu stellen, begriffen werden. Dennoch darf sie nicht auf diese Auseinandersetzung reduziert oder gar mit dieser gleich gesetzt werden.¹⁸⁸ Ihre Vielschichtigkeit zeigt sich beispielhaft in den Diskussionen über den Doppelblindversuch und den Einsatz von Placebos oder die Verabschiedung der *Helsinki-Deklaration*. In der zweiten Hälfte der 1950er und den frühen 1960er Jahren nahm die Beschäftigung mit den nationalsozialistischen Menschenversuchen im *Deutschen Ärzteblatt* jedoch breiten Raum ein. In dieser Zeit erschienen gehäuft Kurzberichte über die Entschädigung von Opfern. In den beiden folgenden Unterkapiteln soll der Umgang der Ärzteschaft mit NS-Medizinern und die Berichterstattung über die Entschädigung der Opfer nationalsozialistischer Menschenversuche eingehender untersucht werden.

¹⁸⁷ Vgl. Baumann (2009), S. 35 ff.

¹⁸⁸ Vgl. Maio (2002), S. 291 f.

3.4.1 Tabuisieren und Verdrängen: Der „Fall Clauberg“ und die ärztlichen Standesorganisationen

Seit Mitte der 1950er Jahre sah sich die Bundesärztekammer immer wieder zu Stellungnahmen zu den NS-Verbrechen einzelner Ärzte gezwungen. In einer grundsätzlichen Stellungnahme vom September 1958 wurde betont, dass man sich „wiederholt nachdrücklich und eindeutig von allen Medizinern distanziert, die verbrecherische Experimente an Menschen durchgeführt haben und unter Verleugnung ihrer ärztlichen Pflichten zu Handlangern eines unmenschlichen Regimes wurden. Die deutsche Ärzteschaft und ihre Standesvertretung will auch heute mit solchen Personen nichts zu tun haben.“¹⁸⁹ Insbesondere die Fälle von Carl Clauberg, der u.a. Sterilisationsversuche in Auschwitz durchgeführt hatte¹⁹⁰, sowie von Werner Heyde, ehemaliger Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie in Würzburg und Gutachter der „Aktion T4“¹⁹¹, beschäftigten die Ärzteschaft über Jahre hinweg. Exemplarisch soll nachfolgend das Verhalten der ärztlichen Standesorganisationen im „Fall Clauberg“ im Spiegel des *Deutschen Ärzteblatts* dargestellt werden.

Carl Clauberg wurde am 28. September 1898 in Wupperhof (Kreis Solingen) als ältester Sohn eines Messerschmiedemeisters geboren.¹⁹² Nachdem er im Alter von 18 Jahren zum Kriegsdienst in den Ersten Weltkrieg einberufen worden war und anschließend in englische Kriegsgefangenschaft geriet, studierte er Medizin in Kiel, Hamburg und Graz und begann 1925 seine ärztliche Laufbahn als Assistenzarzt an der Universitäts-Frauenklinik in Kiel.¹⁹³ 1932 wechselte er nach Königsberg, habilitierte sich 1933, wurde im August 1937 Oberarzt und im November 1939 außerplanmäßiger Professor. Von Februar 1940 an war Clauberg in der Frauenklinik am Knappschaftskrankenhaus in Königshütte bis zu dessen Schließung im Januar 1945 tätig. Am 1. April 1933 trat Clauberg in die NSDAP ein und war zugleich Mitglied der SA sowie des Nationalsozialistischen Lehrerbundes (NSLB).

¹⁸⁹ ÄK (1958), ÄM, H. 32, S. 891.

¹⁹⁰ Vgl. Lang (2011), S.115-131.

¹⁹¹ Vgl. Freimüller (2001), S. 53 ff.

¹⁹² Vgl. Bastian (1995), S. 85.

¹⁹³ Vgl. zum Folgenden: Sehn (1959), S.13.

Schon früh begann sich Clauberg in seinen wissenschaftlichen Arbeiten für die Wirkung der weiblichen Sexualhormone zu interessieren. Eine wesentliche Rolle spielte dabei die Beziehung zu Walter Schöller, Chemiker bei der Schering-Kahlbaum AG in Berlin, der die Forschungsvorhaben Claubergs sowohl finanziell als auch durch die Bereitstellung von tierischen Forschungspräparaten unterstützte. Das Ergebnis dieser Forschungsk Kooperation war die Entwicklung des Hormonpräparats „Progynon A“, ein synthetisch hergestelltes Hormon zur Stimulation des Eileiterwachstums, das zur Behandlung von Unfruchtbarkeit eingesetzt wurde.¹⁹⁴ Clauberg behandelte auch Frauen von SS-Führern. In diesem Zusammenhang stellte Heinrich Himmler die Frage, ob nicht eine gegenteilige Wirkung, also eine operationslose Form der Sterilisierung, erreicht werden könne.¹⁹⁵ Zur Realisierung dieses Vorhabens schlug Clauberg die Schaffung eines „Forschungsinstituts für Fortpflanzungsbiologie“ vor, um dort neben der Behandlung der Unfruchtbarkeit auch eine nichtoperative Sterilisierungsmethode zu entwickeln.¹⁹⁶ Im Rahmen von Tierversuchen konnte Clauberg zeigen, dass die Injektion von Formalinlösung in den Uterus zu einer Entzündungsreaktion der Eileiter führt, die in der Folge verkleben.¹⁹⁷ Himmler erteilte im August 1942 Rudolf Höß, dem Lagerkommandanten von Auschwitz, den Befehl, „die ‚Basis‘ für Claubergs Versuche [zu] schaffen“¹⁹⁸. Daraufhin fuhren Höß und Clauberg gemeinsam in das Stammlager, wo sich Clauberg Block 10 für seine Sterilisierungsexperimente aussuchte.¹⁹⁹ Die vorgenommenen Sterilisierungen umfassten drei Phasen: In einem ersten Abschnitt wurde die Durchgängigkeit der Eileiter anhand einer Salpingographie mittels Röntgenkontrastmittel untersucht, dann die eigentliche Sterilisierung durch Einspritzung von Formalin in die Eileiter vollzogen und schließlich in einem zeitlichen Abstand von 4-8 Wochen der Erfolg der durchgeführten Maßnahme, also der entzündungsbedingte Verschluss der Eileiter, mit Hilfe einer erneuten Salpingographie überprüft.²⁰⁰ Es

¹⁹⁴ Vgl. Bastian (1995), S. 86.

¹⁹⁵ Vgl. Sehn (1959), S. 16.

¹⁹⁶ Vgl. ebd., S. 16 f.

¹⁹⁷ Vgl. Bastian (1995), S. 86.

¹⁹⁸ Zit. nach Bastian (1995), S. 86.

¹⁹⁹ Vgl. Lang, Hans-Joachim (2011): Die Frauen von Block 10. Medizinische Versuche in Auschwitz. Hamburg: Hoffmann und Campe.

²⁰⁰ Vgl. Sehn (1959), S. 23.

gilt als gesichert, dass „die von Clauberg gewollte Empfängnisverhütung durch Verschluss der Eileiter [...] in den meisten Fällen auch wirklich eingetreten [ist]“²⁰¹.

Aufgrund des Vorrückens der Roten Armee floh Clauberg im Januar 1945 ins KZ Ravensbrück, wo er seine Sterilisierungsversuche an „Zigeunerinnen“ fortführte.²⁰² Erst am 8. Juni 1945 wurde Clauberg in Schinkel (Kreis Eckernförde) festgenommen und 1948 in der Sowjetunion zu 25 Jahren Haft verurteilt.²⁰³ Er wurde jedoch begnadigt und traf am 11. Oktober 1955 mit dem ersten Gefangenentransport aus der Sowjetunion in der Bundesrepublik ein. Am 21. November 1955 aber verhaftete die Polizei in Kiel Clauberg.²⁰⁴ In seiner Verteidigung beharrte er darauf, dass die Häftlinge ihrer Sterilisierung zugestimmt hätten, da sie dadurch der Vernichtung in den Gaskammern entgangen wären. Mit seinen Experimenten habe er letztlich viele Häftlinge vor dem sicheren Tod gerettet.²⁰⁵ Zum Prozess kam es nicht mehr, da Clauberg am 9. August 1957 in Untersuchungshaft verstarb.²⁰⁶

Die Bundesärztekammer betonte in ihrer Stellungnahme vom September 1958, dass sie im Fall Clauberg unverzüglich alle notwendigen Schritte eingeleitet und „bei Bekanntwerden der ihm zur Last gelegten Verbrechen gegen die Menschlichkeit [...] den zuständigen Landesbehörden seinerzeit die Entziehung der Approbation empfohlen“²⁰⁷ habe. Tatsächlich lehnte die Bundesärztekammer jedoch eine eindeutige Distanzierung von Clauberg nach dessen Rückkehr aus der Sowjetunion 1955 und seiner anschließenden Verhaftung in Kiel aus rein formalen Gründen ab.²⁰⁸ Auf die Forderung des Chefredakteurs des *Rheinischen Merkur*, Otto Roegele, die ärztlichen Standesorganisationen sollten sich mit dem Fall Clauberg beschäftigen und den Mediziner verurteilen, entgegnete die Bundesärztekammer, dass eine Vorwegnahme des Urteils unter rechts-

²⁰¹ Sehn (1959), S. 24.

²⁰² Vgl. Bastian (1995), S. 86.

²⁰³ Vgl. ebd., S. 86 f.

²⁰⁴ Vgl. Sehn (1959), S. 26.

²⁰⁵ Vgl. ebd.

²⁰⁶ Vgl. Bastian (1995), S. 87.

²⁰⁷ ÄK (1958), ÄM, H. 32, S. 892.

²⁰⁸ Vgl. Sehn (1959), S. 31.

staatlichen Gesichtspunkten unzulässig sei.²⁰⁹ Ein moralisches Verdikt vor Ende des Prozesses sei „nicht mehr und nicht weniger als ein Urteil ohne Verfahren“²¹⁰. Zur Begründung ihres Verhaltens führte sie aus:

Die Ärztekammern sahen keinen Anlaß, dem bereits laufenden Verfahren der ordentlichen Gerichtsbarkeit vorzugreifen. Das entspricht den Gepflogenheiten des Rechtsstaates ebenso wie die Tatsache, daß z. B. Berufsggerichte nur im Rahmen ihrer gesetzlich gegebenen Zuständigkeit wirksam werden können. Der Chefredakteur des ‚Rheinischen Merkur‘ mag sich über diese Gepflogenheiten und Tatsachen hinwegsetzen, Körperschaften des öffentlichen Rechts können das nicht. Wenn der Chefredakteur des ‚Rheinischen Merkur‘ dies dennoch von den Ärztekammern verlangt, so ist das nicht mehr und nicht weniger als die Aufforderung, den Gepflogenheiten und Gesetzen des Rechtsstaates zuwider zu handeln. Ein doch wohl erstaunliches Ansinnen!²¹¹

Darüber hinaus dokumentierten die Resolution der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern (AWA) von 1947 und die Publikation *Wissenschaft ohne Menschlichkeit*, so jedenfalls die Bundesärztekammer, dass sich die deutsche Ärzteschaft eingehend mit ihrer Vergangenheit befasst und die von Ärzten begangenen Verbrechen unmissverständlich verurteilt habe.²¹² Die im *Rheinischen Merkur* geäußerte Befürchtung, Clauberg könne sich durch ein ärztliches Gutachten, das ihm Prozessunfähigkeit bescheinige, dem Prozess noch entziehen, sei eine Diffamierung der gesamten deutschen Ärzteschaft und der „Versuch, etwaige ärztliche Gutachtertätigkeit durch öffentliche Meinungs-mache zu beeinflussen“²¹³. Tatsächlich war die Kollegialität innerhalb der Ärzteschaft so stark, dass es der Staatsanwaltschaft äußerst schwer fiel, Sachverständige zu finden, die sich bereit erklärten, objektive Gutachten über die verbrecherischen Sterilisierungsversuche Claubergs zu verfassen.²¹⁴

Als weiterer Beleg für die fortwährende Loyalität gegenüber Clauberg dient ein Antwortschreiben des Präsidenten der Bundesärztekammer, Hans Neuffer, auf

²⁰⁹ Vgl. Reinhardt (1956), *ÄM*, H. 4, S. 86 f.

²¹⁰ Ebd., S. 87.

²¹¹ Ebd.

²¹² Vgl. ebd., S. 87.

²¹³ Ebd., S. 87.

²¹⁴ Vgl. Freimüller (2001), S. 53.

eine Anfrage des „Internationalen Auschwitz-Komitees“, einem 1952 gegründeten Zusammenschluss von ehemaligen Häftlingen und Überlebenden des Konzentrations- und Vernichtungslagers Auschwitz-Birkenau.²¹⁵ In einem offenen Brief hatte das Komitee die Frage aufgeworfen, ob die deutsche Ärzteschaft nicht der Ansicht sei, dass Clauberg gegen die Ideale des „Hippokratischen Eids“ verstoßen und damit das Recht, weiterhin als Arzt tätig zu sein, verwirkt habe.²¹⁶ Neuffer verweigerte, ähnlich wie in der Auseinandersetzung mit dem *Rheinischen Merkur*, eine moralische Verurteilung Claubergs vor Abschluss des laufenden Verfahrens:

Die Grundsätze rechtsstaatlichen Denkens sind jedoch unteilbar. Sie beinhalten auch, daß eine Gemeinschaft über einen Menschen erst dann den Stab brechen und ihn ausstoßen kann, wenn nachgewiesen worden ist, daß er sich verabscheuungswürdiger Verbrechen schuldig gemacht hat.²¹⁷

Dennoch blieb die Anfrage nicht ohne Folgen. Clauberg wurde kurze Zeit später aus der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie“ ausgeschlossen.²¹⁸ Doch erst der eindringliche Appell von ehemaligen Häftlingsärzten des Vernichtungslagers Auschwitz-Birkenau, ihn aus der Ärzteschaft auszuschließen, veranlassete die Standesorganisationen zu konkreten Schritten.²¹⁹ Am 20. Februar 1957 empfahl der Vorstand, „gegen Prof. Clauberg ein vorläufiges Verbot zur Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 5 Abs. 5 der Reichsärzteordnung“ bei den in Schleswig-Holstein zuständigen Behörden zu beantragen, „da Clauberg auf Grund der gegen ihn erhobenen Anklagen beim Landgericht in Kiel einer schweren Verletzung der ärztlichen Berufspflichten verdächtig ist“²²⁰. Der öffentliche Druck hatte dazu geführt, dass sich die Ärztekammer entgegen der zunächst verweigerten moralischen Verurteilung Claubergs nun doch während des laufenden Verfahrens zu einer umfassenden Distanzierung genötigt sah. Fortan empfahl die Bundesärztekammer den zuständigen Landesbehörden, „unverzüglich von den Bestimmungen der Reichsärzteordnung von 1935 (§ 5)

²¹⁵ Vgl. Neuffer (1956), *ÄM*, H. 35, S. 1004.

²¹⁶ Vgl. ebd.

²¹⁷ Ebd.

²¹⁸ Vgl. Sehn (1959), S. 31.

²¹⁹ Vgl. ebd.

²²⁰ Ohne Verfasserangabe (1957), *ÄM*, H. 19, S. 581.

Gebrauch zu machen, nach denen die Bestallung zurückzunehmen ist, wenn durch eine schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlung des Arztes erwiesen ist, daß ihm die für die Ausübung des ärztlichen Berufes erforderliche Eignung oder Zuverlässigkeit fehlt²²¹.

Der Fall Clauberg ist bezeichnend für die Weigerung der deutschen Ärzteschaft, sich kritisch mit der eigenen Vergangenheit auseinanderzusetzen, und für die Loyalität gegenüber ärztlichen Kollegen, die an Medizinverbrechen beteiligt waren. Unter keinen Umständen sollten das Bild des „Halbgottes in Weiß“ durch Berichte über die Beteiligung deutscher Ärzte an den nationalsozialistischen Medizinverbrechen beschädigt und damit das Vertrauen in den ärztlichen Berufsstand getrübt werden.

²²¹ ÄK (1958), ÄM, H. 32, S. 892.

3.4.2 Entschädigung für die Opfer nationalsozialistischer Humanexperimente

Die verdrängende Haltung der deutschen Ärzteschaft im Hinblick auf ihre NS-Vergangenheit hatte auch gravierende Folgen für die Anerkennung und Entschädigung der Opfer nationalsozialistischer Menschenversuche.²²² Zum einen trug das Schweigen deutscher Ärzte entscheidend dazu bei, dass ihre Aufarbeitung lange Zeit behindert wurde. Andererseits verwehrten deutsche Ärzte in ihrer Rolle als medizinische Gutachter aus Loyalität gegenüber ärztlichen Kollegen, die an nationalsozialistischen Medizinverbrechen beteiligt waren, Betroffenen die Anerkennung als Opfer nationalsozialistischer Menschenversuche mit entsprechenden Konsequenzen für deren Entschädigungsansprüche. Wie im Fall von Otto Bickenbach, der im KZ Natzweiler-Struthof Giftgasversuche an Häftlingen durchgeführt hatte, sahen sich die Opfer schlimmstenfalls ehemaligen Tätern gegenüber gestellt.²²³ Bickenbach hatte Versuche mit Phosgengas durchgeführt, denen mindestens vier Häftlinge zum Opfer fielen. 1947 war er verhaftet und 1952 zu einer 20-jährigen Freiheitsstrafe verurteilt worden. Bereits 1955 wurde er jedoch freigesprochen und arbeitete anschließend als niedergelassener Internist in einer Praxis in Siegburg. In dieser Funktion wurde Bickenbach mit der Begutachtung von Opfern von Menschenversuchen beauftragt.²²⁴ Während den Betroffenen vielfach die Anerkennung als Opfer verwehrt blieb, wurden die ehemaligen Täter rasch rehabilitiert. Die Universität Bonn bescheinigte Bickenbach, dass er durch sein gewissenhaftes Mitwirken an der Versuchsreihe im Konzentrationslager Natzweiler verhindert habe, dass noch mehr Häftlinge zu Tode kamen. Honoriert wurde sein Verhalten durch eine Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft.²²⁵

In diesem Zusammenhang soll untersucht werden, ob, in welcher Form und mit welchen Argumenten sich die Diskussion um die Anerkennung und Entschädi-

²²² Ausführliche Darstellungen zum Themenkomplex „Nationalsozialistische Verbrechen und ihre Wiedergutmachung“ finden sich u.a. bei Hockerts/Moisel/Winstel (2006), Goschler (2005) und Brunner/Goschler/Frei (2011). Zur Anerkennung und Entschädigung der Opfer nationalsozialistischer Menschenversuche vgl. insbesondere Baumann (2009).

²²³ Vgl. Baumann (2009), S. 46.

²²⁴ Vgl. ebd., S. 23.

²²⁵ Vgl. ebd., S. 85 f.

gung von Opfern nationalsozialistischer Menschenversuche im *Deutschen Ärzteblatt* wiederfindet. Dabei stellen sich folgende Fragen: Wurden die Betroffenen nationalsozialistischer Menschenversuche als „Opfer“ anerkannt? Wie wurden die geleisteten Entschädigungen bewertet? Welche Bedeutung wurde den Humanexperimenten des „Dritten Reichs“ hinsichtlich ihres wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns für die medizinische Forschung beigemessen?

Im Untersuchungszeitraum der vorliegenden Arbeit von 1949-1978 erschienen lediglich drei Kurzmitteilungen über die Entschädigungspraxis nationalsozialistischer Menschenversuche. Bei allen Artikeln handelte es sich um kommentarlose Kurzmitteilungen, die über die jeweiligen Entschädigungssummen informierten. Eine genauere Erläuterung der Hintergründe der durchgeführten Versuche oder Begutachtungsverfahren erfolgte nicht. Beim ersten Bericht aus dem Jahr 1959 unter der Überschrift „35 000 Dollar für Opfer von KZ-Experimenten“ handelte es sich um den Abdruck einer Meldung der deutschen Presseagentur. Darin hieß es:

Die Botschaft der Bundesrepublik Deutschland in den USA hat dem privaten amerikanischen ‚Ravensbrück-Lapins-Ausschuß‘ einen Betrag von 35 000 Dollar (147 000 DM) übergeben, der für die ärztliche Behandlung von 35 Polinnen bestimmt ist, die Opfer von Experimenten in deutschen Konzentrationslagern geworden sind.²²⁶

Darüber hinaus habe die deutsche Botschaft in den USA angekündigt, „daß die Bundesregierung weitergehende Hilfsmaßnahmen prüft“²²⁷. Den Hintergrund dieser Pressemeldung bildete die Reise von 35 polnischen Frauen im Dezember 1958 in die USA, die als Häftlinge des Konzentrationslagers Ravensbrück Opfer von Phlegmone- und Knochentransplantationsversuchen geworden waren und bislang vergeblich auf Entschädigungsleistungen durch die Bundesrepublik gepocht hatten. Die medial wirksame Zurschaustellung des erfahrenen Leids der „Ravensbrück Lapins“ und ihres Kampfes um Anerkennung als Opfer nationalsozialistischer Humanexperimente mobilisierte die amerikanische Öffentlichkeit in ungeahnter Weise und führte zu Verstimmungen im deutsch-

²²⁶ dpa (1959), ÄM, H. 23, S. 757.

²²⁷ Ebd.

amerikanischen Verhältnis. Um weiteren außenpolitischen Schaden von der Bundesrepublik abzuwenden, wies die Bundesregierung die deutsche Botschaft in Washington an, den 35 polnischen Frauen jeweils einen Betrag von 1000 Dollar als Einmalzahlung zukommen zu lassen. Die Frauen lehnten jedoch ab, mit dem Argument, dass die Bundesrepublik mit der Leistung einer Einmalzahlung ihre Pflicht zur Wiedergutmachung als erfüllt betrachten könnte. Den Organisatoren der Unterstützerkampagne der "Ravensbrück Lapins" gelang es, die leidvollen Erfahrungen der polnischen Frauen über einen Zeitraum von rund zwei Jahren – von 1958 bis 1960 – in der amerikanischen und internationalen Öffentlichkeit zu halten, was nicht zuletzt zu einer ernsthaften Belastung der deutsch-amerikanischen Beziehungen führte, die für die Bundesrepublik vor dem Hintergrund des „Kalten Krieges“ von essentieller Bedeutung waren. Angesichts des zunehmenden internationalen politischen Drucks lenkte die Bundesregierung 1960 schließlich ein. In seiner Sitzung vom 5. Mai 1960 stimmte der Bundestag einem Entschließungsantrag der SPD-Bundestagsfraktion zu, wonach die polnischen Opfer nationalsozialistischer Menschenversuche dem ihnen zugefügten Leid entsprechend entschädigt werden sollten. Diese Entscheidung wurde durch einen Beschluss des Bundeskabinetts vom 22. Juni 1960 ergänzt, der vorsah, allen osteuropäischen Opfern von Menschenversuchen unter Vermittlung des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz (IKRK) angemessene Entschädigungsleistungen zu gewähren.²²⁸ Über die Umsetzung dieses Kabinettsbeschlusses berichtete die Redaktion des *Deutschen Ärzteblatts* in einer Kurzmitteilung vom 2. Dezember 1961 unter der Überschrift „Wiedergutmachung an Versuchsoffer“.²²⁹ Demnach habe die Bundesregierung 4,5 Millionen DM an das Internationale Rote Kreuz in Genf überwiesen, „die als Wiedergutmachungsleistung an überlebende Opfer von Menschenversuchen in nationalsozialistischen Konzentrationslagern an das Polnische und das Ungarische Rote Kreuz weitergeleitet werden sollen“²³⁰.

²²⁸ Vgl. Baumann (2009), S. 112 ff.

²²⁹ *ÄM* (1961), *ÄM*, H. 44, S. 2491.

²³⁰ Ebd.

Zum letzten Mal im Untersuchungszeitraum der vorliegenden Arbeit beschäftigte sich die *Standeszeitschrift* 1967 – erneut in Form einer Kurzmitteilung – mit der Leistung von Entschädigungszahlungen der Bundesrepublik an ehemalige Versuchsoffer. Es wurde darüber informiert, dass die Bundesregierung 17,5 Millionen DM für die „Opfer pseudomedizinischer Versuche“ bereitgestellt habe.²³¹ Auffällig ist die Verwendung der Begrifflichkeit „pseudomedizinisch“. Sie steht exemplarisch für die opportunistische Haltung der deutschen Ärzteschaft, aus Standesinteressen über die Vergangenheit zu schweigen und die Aufklärung von Medizinverbrechen zu behindern. Mit der Einführung des Begriffs der „Pseudowissenschaft“ sollte eine klare Trennlinie zur „wahren“, seriösen medizinischen Forschungspraxis gezogen werden. Es sollte deutlich gemacht werden, dass es sich bei den in den nationalsozialistischen Konzentrationslagern durchgeführten Humanexperimenten um unwissenschaftliche oder zumindest wissenschaftlich überholte Versuche handelte. Dabei sind die Versuche, laut Volker Roelcke, nicht pauschal als unwissenschaftlich einzustufen, auch wenn ihr Erkenntnisgewinn in Teilen als nur gering anzusehen ist. So konnte der Medizinhistoriker für die Versuche zum Nachweis der Wirksamkeit von Sulfonamiden in der Versorgung großflächiger Wunden anhand historischer Dokumente zeigen, dass die den Versuchen zugrunde liegende Fragestellung und die vorgesehene Versuchsanordnung zum Zeitpunkt ihrer Durchführung sehr wohl dem damaligen Stand der Wissenschaft entsprachen.²³²

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich eine eingehendere Auseinandersetzung mit der Wiedergutmachung von Versuchsoffern im *Deutschen Ärzteblatt* nicht finden lässt. Lediglich drei redaktionelle Kurzberichte informierten über die Leistung von Entschädigungszahlungen seitens der Bundesrepublik an Betroffene. Interessant ist jedoch die Verwendung des Begriffs der „Pseudowissenschaft“ für die Humanexperimente in den Konzentrationslagern. Mit dieser semantischen Grenzziehung gegenüber der „wahren“ Wissenschaft und der Gegenüberstellung von sogenannten „Pseudowissenschaftlern“ und verantwortlich handelnden Ärzten und Forschern sollte eine klare Trennlinie

²³¹ Ohne Verfasserangabe (1967), DÄ, H. 5, S. 218.

²³² Vgl. Roelcke (2009), S. 42-60.

zu den Medizinverbrechen gezogen werden. Es sollte das Signal ausgesandt werden, dass der Patient der medizinischen Forschung und ihren Akteuren nach dem Krieg wieder vertrauen könne.

4 Die Deklaration von Helsinki 1964 im Spiegel des Deutschen Ärzteblatts

Die *Deklaration von Helsinki* aus dem Jahr 1964 gilt als das wichtigste forschungsethische Dokument der Ärzteschaft. Ihre Verabschiedung war das Ergebnis jahrelanger Diskussionen über eine vernünftige Balance zwischen dem Schutz von Versuchspersonen in medizinischen Experimenten und den Erfordernissen klinischer Forschung. Über die seit den frühen 1950er Jahren im Weltärztebund geführten Diskussionen wurde auch im *Deutschen Ärzteblatt* berichtet. 1954 erschien erstmals ein Bericht über die VIII. Generalversammlung des Weltärztebunds in Rom, der sich schwerpunktmäßig mit der Rolle der Laienpresse in der Berichterstattung über Humanexperimente und dem Problem des "informed consent" bei Kindern und psychisch Kranken auseinandersetzte.²³³ Darin wurden Forscher vor der verfrühten Publikation von Versuchsergebnissen gewarnt, da dies zu einer ungünstigen Berichterstattung in der Laienpresse führen und die gesellschaftliche Unterstützung für die klinische Forschung mindern könne. Zudem wurde die schriftliche Einwilligung des Probanden als Voraussetzung für die Versuchsteilnahme gefordert. Im *Deutschen Ärzteblatt* wurden die Beschlüsse des Weltärztebunds kommentarlos dokumentiert. Eine inhaltliche Auseinandersetzung fand nicht statt, obwohl auch deutsche Ärzte in den Gremien des Weltärztebunds an der Erarbeitung von Richtlinien für die Forschung am Menschen beteiligt waren.²³⁴ Zudem hatte Hugh Clegg, Vorsitzender des Ethik-Ausschusses des Weltärztebunds, auf der XIII. Generalversammlung 1959 in Montreal elf nationale Ärzteverbände, darunter auch die deutschen Landesorganisationen, aufgefordert, einen Kodex für die Forschung am Menschen zu entwerfen.²³⁵ Hierzu waren die ausgewählten Ärzteverbände zunächst befragt worden, ob in ihren Ländern bereits entsprechende Regelungen existierten.²³⁶ Zu Beginn der 1960er Jahre häuften sich die Berichte über die aktuellen Diskussionen innerhalb des Weltärztebunds. Anlässlich

²³³ Vgl. Röken (1954), *ÄM*, H. 23, S. 821-823.

²³⁴ Vgl. Lederer (2007), S. 99.

²³⁵ Vgl. ebd.

²³⁶ Vgl. Schaupp (1993), S. 181.

der ersten Generalversammlung in der Bundesrepublik 1960 in Berlin erschien ein umfangreicher Artikel über die weltweite Arbeit des Weltärztebunds. In „Kapitel IV – Ethik“ wurde darüber berichtet, dass in den Jahren 1953 und 1954 intensive Diskussionen über die Problematik des Humanexperiments stattgefunden hätten. Zur Erarbeitung einer Stellungnahme sei daraufhin ein Ethik-Ausschuss eingerichtet worden, der wesentliche Richtlinien für die Forschung am Menschen erstellt habe, die 1954 von der VIII. Generalversammlung angenommen wurden. Demnach sollten medizinische Versuche nur von fachlich geeigneten Ärzten durchgeführt werden. Zudem sollte von einer vorzeitigen Publikation von Forschungsergebnissen abgesehen werden, da dies zu einer Verunsicherung der Öffentlichkeit führen und damit letztlich der Forschung insgesamt schaden könnte. Experimente am Menschen sollten nur nach Einholung der informierten Einwilligung des Probanden vorgenommen werden, wobei in Ausnahmen, wie im Fall von schwerstkranken oder sterbenden Patienten, ein Heilversuch indiziert sein könne, sofern zuvor die Einwilligung des Patienten oder seiner Angehörigen eingeholt wurde. Grundsätzlich sollte jeder Patient im Vorfeld der Versuchsteilnahme über Zielsetzung und Durchführung sowie über die Versuchsrisiken aufgeklärt worden sein und sein Einverständnis zur Teilnahme schriftlich bekundet haben.²³⁷ Der Tagungsbericht über die XIV. Generalversammlung 1960 in Berlin vermerkte, dass der „Ausschuss für Berufsfragen“ der Generalversammlung einen „Arbeitsentwurf von Leitsätzen für Versuche an Menschen“ vorgelegt habe.²³⁸ Der erste Abschnitt enthielt eine allgemeine Definition des Versuchsbegriffs. Im zweiten Absatz wurden die Versuchsbedingungen in vier Punkten skizziert, die im Kern den oben aufgeführten Voraussetzungen entsprachen, ergänzt um den Hinweis, dass jedem Versuch am Menschen ein Tierversuch vorausgehen müsse. Die vorgelegten Richtlinien müssen wohl zu intensiven Diskussionen innerhalb der Gremien des Weltärztebunds geführt haben:

²³⁷ Vgl. Klitscher (1960), ÄM, H. 4, S. 160-162.

²³⁸ Ohne Verfasserangabe (1960), ÄM, H. 37, S.1865.

Nach dieser ersten Lesung vor dem Plenum des Weltärztebundes wurde der Entwurf mit den Anregungen, die sich aus der Diskussion ergaben, an den Ausschuß für Berufsordnung zurückverwiesen.²³⁹

Welche Einwände vorgebracht wurden und weshalb die Beschlussvorlage in den Ausschuss zurückverwiesen wurde, wurde in dem Tagungsbericht nicht erwähnt. Keiner der im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichten Berichte gewährt Einblick in die Diskussionen im Vorfeld der Annahme der *Helsinki-Deklaration* durch die Generalversammlung des Weltärztebunds. Auch die Redaktion des *Deutschen Ärzteblatts* positionierte sich nicht zu den verabschiedeten Richtlinien, was Rückschlüsse auf die Haltung der deutschen Ärzteschaft in diesem jahrelangen Diskussionsprozess zulassen würde. Erstaunlicherweise löste auch die Veröffentlichung ihrer endgültigen Fassung im November 1964²⁴⁰ in der Bundesrepublik keinerlei Reaktion oder Diskussion aus.

Dennoch beschäftigte sich das *Deutsche Ärzteblatt* seit den frühen 1960er Jahren, also zeitlich parallel zu den Diskussionen im Weltärztebund, verstärkt mit der Problematik des Menschenversuchs. Diese Auseinandersetzung konzentrierte sich jedoch nicht auf die gegenwärtige Diskussion, sondern blickte zurück in die Medizingeschichte. Dies zeigt eine 1962 erschienene Artikelserie unter der Überschrift „Selbstversuche von Ärzten mit lebenden Krankheitserregern“ des Literaturwissenschaftlers und Ethnologen Erich Friedrich Podach über die Erfolge der Medizin auf dem Gebiet der Infektiologie.²⁴¹ Es handelt sich um eine Publikation, die Podach bereits 1934 verfasst hatte und die nun, rund 30 Jahre später, in etwas gekürzter Form im *Deutschen Ärzteblatt* erschien. Die darin zusammengefassten Berichte über die Aufopferungsbereitschaft deutscher Ärzte können als Strategie angesehen werden, in der Öffentlichkeit verlorengegangenes Vertrauen zurückzugewinnen. Den menschenverachtenden Versuchen in den Konzentrationslagern sollten die vermeintlich heroischen Taten deutscher Ärzte bei der Erforschung von Infektionskrankheiten wie Cholera, Pest, Malaria oder Lepra gegenübergestellt werden, um damit den Blick wegzu-

²³⁹ Ebd.

²⁴⁰ Vgl. ohne Verfasserangabe (1964), DÄ, H. 48, S. 2533-2534.

²⁴¹ Vgl. Podach (1962), ÄM, H. 39, S. 1965-1971; Podach (1962), ÄM, H. 40, S. 2016-2020; Podach (1962), ÄM, H. 41, S. 2087-2090; Podach (1962), ÄM, H. 42, 2152-2158.

lenken von den Verbrechen, die von deutschen Ärzten während des „Dritten Reichs“ begangen wurden. Interessanterweise wurde die Artikelserie nicht von einem Mediziner oder Medizinhistoriker verfasst, sondern von einem renommierten jüdischen Literaturwissenschaftler, Ethnologen und Nietzsche-Spezialisten. Dies kann als Versuch angesehen werden, durch professionelle Distanz Objektivität in der Berichterstattung und damit inhaltliche Glaubwürdigkeit zu suggerieren. Durch den Rückgriff auf die erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts sollte, so scheint es, an die Verdienste deutscher Ärzte in der Medizingeschichte erinnert werden. Diese medizinhistorische Bezugnahme ging jedoch weit über den bloßen Akt des Erinnerns hinaus. Sie stellte den Versuch dar, nach den schrecklichen Verbrechen deutscher Ärzte während des Nationalsozialismus, in Anknüpfung an das mutige und scheinbar selbstlose Handeln deutscher Ärzte Ende des 19. Jahrhunderts, das Bild des Arztes als integrem Anwalt seines Patienten wiederzubeleben und in Teilen der Öffentlichkeit verloren gegangenes Vertrauen zurückzugewinnen. Da die Artikelserie in der wichtigsten deutschsprachigen Standeszeitschrift publiziert wurde und damit in erster Linie an die Ärzteschaft selbst adressiert war, diente die Erinnerung an das heroische Wirken deutscher Ärzte auch der moralischen Selbstentlastung. Zudem zeugte es von einem neuen Selbstbewusstsein der deutschen Ärzteschaft. Damit wurde die Artikelserie zum Instrument einer Geschichtspolitik, die einerseits nach innen gerichtet war, indem sie der standespolitischen Selbstvergewisserung diente und andererseits nach außen vertrauensbildend in die Gesellschaft hineinwirken sollte.

Eröffnet wurde die Artikelserie durch ein Vorwort, das ihre standespolitische Zielsetzung deutlich machte. So führte ein unbekannter Verfasser zu ärztlichen Selbstversuchen darin aus:

Sie stellen die einzige zulässige Form ärztlicher Versuche am Menschen dar. Sollte eine Frage – wir haben dafür auch Beispiele bei Selbstversuchen mit lebenden Krankheitserregern – nur durch Versuche an mehreren Personen entscheidbar sein, so muß die Freiwilligkeit über jeglichen Zweifel erhaben sein, und der Versuchsleiter hat sich an die Spitze der Versuche zu stellen. Wer sich die Rolle des Zuschauers bei auch nur im geringsten gesund-

heitlich relevanten Versuchen am Menschen anmaßt, stößt sich aus der hippokratischen Gemeinschaft der Ärzte aus.

Selbstversuche dienen der medizinischen Wissenschaft und nur durch die damit beabsichtigten Konsequenzen der ärztlichen Praxis. Das ärztliche Handeln, der Umgang mit Patienten, kennt keine Versuche im wissenschaftlichen Sinne. Wenn ein Arzt im äußersten Fall, beim Versagen aller seiner Bemühungen mit erprobten Mitteln (oder Verfahren), etwas Neues anwendet, tut er dies, weil er damit eine Chance für den Patienten sieht. Das ist eine ärztliche Handlung selbst dann, wenn die Lehren daraus der Wissenschaft, damit der ärztlichen Allgemeinheit, zugute kommen. Erst recht ist die Einführung durch alle zu Gebote stehenden Mittel geprüfter Arzneien oder Verfahren kein ‚Versuch am Menschen oder Kranken‘, sondern ärztliches Vorgehen. Die Begriffe können nicht scharf genug geschieden und vor Augen gehalten werden.²⁴²

Damit sollte einerseits an das mutige und verantwortungsvolle Handeln deutscher Ärzte als Ausweis besonderer Tugendhaftigkeit erinnert werden. Zugleich kann darin ein Appell an den einzelnen Arzt gesehen werden, der moralischen Verantwortung gegenüber seinen Patienten, notfalls auch durch Selbstversuche, gerecht zu werden. Die Betonung der freiwilligen Zustimmung zur Teilnahme an medizinischen Versuchen kann als Antwort auf die nationalsozialistischen Menschenversuche verstanden werden. Die Bemerkung, wonach sich Ärzte, die diesen Grundsätzen zuwiderhandeln, aus der „hippokratischen Gemeinschaft“ selbst ausstoßen, ähnelte im Wortlaut den seit Mitte der 1950er Jahre nahezu gebetsmühlenartig vorgetragenen Stellungnahmen zu den Medizinverbrechen deutscher Ärzte:

Der Vorstand der Bundesärztekammer stellte dazu fest, daß sich die ärztliche Standesorganisation nach wie vor von solchen Ärzten distanziert, die gegen das unveränderliche Sittengesetz des ärztlichen Berufes verstoßen und sich damit auch selbst außerhalb ihres ärztlichen Standes gestellt haben.²⁴³

Zugleich kann das Vorwort jenseits aller geschichts- und standespolitischen Überlegungen auch als Kommentar zu den aktuellen Diskussionen innerhalb

²⁴² Podach (1962), ÄM, H. 39, S. 1965.

²⁴³ BÄK (1964), DÄ, H. 9, S. 485.

des Weltärztebunds betrachtet werden. So zieht der Autor eine klare Grenze zwischen ärztlichem Handeln im Umgang mit Patienten und Versuchen am Menschen zu wissenschaftlichen Zwecken. Dabei sieht er im Umgang mit Kranken nur die Möglichkeit des Heilversuchs, also die Erprobung bislang unzureichend erforschter Therapieverfahren beim Versagen aller etablierten Therapien in der Hoffnung auf Heilung. Die Unterscheidung zwischen dem therapeutischen Versuch, der im Interesse des Patienten vorgenommen wird, und dem nicht-therapeutischen Versuch, dem eine ausschließlich wissenschaftliche Zielsetzung und damit in letzter Konsequenz das Interesse der Allgemeinheit immanent ist, wurde auch Grundlage der zwei Jahre später verabschiedeten *Deklaration von Helsinki*. Angesichts der in anderer Form im *Deutschen Ärzteblatt* nicht dokumentierten Debatte über die ethische Problematik des Humanexperiments im Zusammenhang mit der Verabschiedung der *Helsinki-Deklaration* kann das programmatische Vorwort auch als Versuch betrachtet werden, sich über die Beschäftigung mit der Medizingeschichte indirekt zu aktuellen Fragen der medizinischen Ethik zu positionieren. Dennoch muss die Artikelserie über ärztliche Selbstversuche in erster Linie als Instrument einer standespolitisch motivierten Geschichtspolitik angesehen werden, die nach innen, also in den ärztlichen Berufsstand hinein, moralisch entlastend und nach außen, also in die Gesellschaft hinein, vertrauensbildend wirken sollte. Dies wird deutlich bei der Einordnung der Artikelserie in ihren zeithistorischen Kontext.

Den Hintergrund für die Publikation der Artikelserie über ärztliche Selbstversuche bildete das seit den frühen 1960er Jahren verstärkte öffentliche Interesse an der Aufdeckung und Verfolgung ehemaliger NS-Mediziner. Den Auftakt hierzu bildete die Selbstanzeige von Werner Heyde, ehemaliger Privatdozent an der Universität Würzburg und Gutachter der „Aktion T4“, am 12. November 1959. Heyde war im Mai 1945 als Leiter eines Lazarets der Waffen-SS von den Amerikanern verhaftet und der deutschen Justiz ausgeliefert worden. Im Nürnberger Ärzteprozess sollte er als Zeuge aussagen. Auf der Rückfahrt von Nürnberg in die Untersuchungshaftanstalt gelang ihm die Flucht nach Schleswig-Holstein. Unter dem Namen Fritz Sawade arbeitete Heyde ab 1949 wieder als Sportarzt und Gutachter. Unter dem Pseudonym „Nervenarzt Dr. Sawade“ ver-

fasste Heyde bis zu seiner Aufdeckung rund 7.000 neurologische Gutachten für Gerichte und Behörden. Der Frankfurter Generalstaatsanwalt Fritz Bauer legte im Mai 1962, also nahezu zeitgleich zu der im *Deutschen Ärzteblatt* publizierten Artikelserie, eine Anklageschrift gegen Heyde vor, die ihm in seiner Eigenschaft als Gutachter der „Aktion T4“ die Tötung von mindestens 100.000 Menschen zur Last legte. Kurz vor Eröffnung der Verhandlung beging Heyde am 13. Februar 1964 Selbstmord. Die Aufdeckung Heydes bedeutete eine Zäsur in der Auseinandersetzung mit den von Ärzten begangenen Verbrechen. Denn Generalstaatsanwalt Fritz Bauer und seine Mitarbeiter bemühten sich nun verstärkt um eine Strafverfolgung von NS-Medizinern, insbesondere von solchen, die an „Euthanasie“-Aktionen beteiligt waren. In der Folge wurden 1961/62 die „Euthanasie“-Ärzte Heinrich Bunke, Aquillin Ullrich und Klaus Endrweit verhaftet, die wesentlich an der „Aktion T4“ beteiligt waren.²⁴⁴

Der im Zusammenhang mit der 1962 veröffentlichten Artikelserie über ärztliche Selbstversuche zu beobachtende Versuch, sich über die Medizingeschichte der aktuellen Debatte über die Forschung am Menschen anzunähern, bestimmte die Beschäftigung mit der Problematik des Menschenversuchs im *Deutschen Ärzteblatt* in den 1960er Jahren. Diese Form der Auseinandersetzung kennzeichnete auch ein im April 1964, also unmittelbar vor der Verabschiedung der *Helsinki-Deklaration* im Juni 1964, publiziertes Referat von Enno Freerksen, Professor für Experimentelle Medizin und Leiter des Forschungsinstituts Borsstel, „Zur Problematik und Bedeutung des Experimentes in der Medizin“, das dieser 1963 vor der schleswig-holsteinischen Universitäts-Gesellschaft gehalten hatte.²⁴⁵

Bereits in der Einleitung seiner auf acht Seiten angelegten medizinhistorischen Überblicksdarstellung über die Geschichte des Humanexperiments stellte Freerksen Bezüge zur aktuellen Debatte her, indem er daraufhin hinwies, dass sich die Medizin nicht auf die Heilung kranker Menschen beschränken lasse, son-

²⁴⁴ Vgl. Freimüller (2001), S. 50 ff. Eine ausführliche Darstellung der „Heyde/Sawade-Affäre“ findet sich bei Godau-Schüttke (1998).

²⁴⁵ Vgl. Freerksen (1964), DÄ, H. 17, S. 977-984.

dem „sehr viel mehr, nämlich die gesamte, sich täglich erweiternde naturwissenschaftliche Grundlage, deren sich die Heilkunde bedient“²⁴⁶, umfasse:

Ein schwieriges Problem, das dabei heute nicht nur viele Menschen beschäftigt, sondern auch mit Unbehagen erfüllt, liegt in der Frage, woher diese immer neuen Kenntnisse kommen, d. h. nicht, wie sie der einzelne Arzt für sich selbst erwirbt, sondern aus welcher Quelle sie für ihn bereitgestellt werden.²⁴⁷

Um die Frage des Erkenntnisgewinns in der Medizin in ihrer gesamten Tragweite erfassen zu können, müsse man sich dieser Thematik aus dem Blickwinkel der Medizingeschichte nähern.

Die Anfänge der modernen, wissenschaftlichen Medizin reichten bis weit in die griechische Antike zu Hippokrates zurück, der „Kranksein als eine Naturerscheinung“²⁴⁸ begriffen habe und nicht als unabwendbares Schicksal, eine von Göttern auferlegte Strafe oder Folge eines sündhaften Lebenswandels. Hippokrates habe erkannt, „daß die Krankheit und das Kranksein natürliche Erscheinungen sind, die wie alles andere in der Natur regelhaft ablaufen“²⁴⁹. Ausgehend von dieser Grundüberzeugung seien die griechischen Ärzte bestrebt gewesen, „alles auszuschalten, was den Krankheitsverlauf verschlimmern oder verlängern, und alles einwirken zu lassen, was ihn verkürzen und für den Kranken erträglich machen könnte“²⁵⁰. Hierfür „muß sich der Arzt eine möglichst große Erfahrung aneignen durch möglichst genaue Beobachtung und Beschreibung möglichst vieler Krankheiten bei möglichst vielen Menschen“²⁵¹. Diese von den Griechen entwickelte systematische Vorgehensweise sei bis heute konstitutiv für ärztliches Handeln. Dieser Aspekt hippokratischen Denkens werde meist nur unzureichend gewürdigt, da Hippokrates in erster Linie als Begründer der ärztlichen Ethik wahrgenommen werde. Das für jeden Arzt uneingeschränkt geltende Gebot des *Hippokratischen Eids*, das Wohl seiner Patienten zu meh-

²⁴⁶ Ebd., S. 977.

²⁴⁷ Ebd.

²⁴⁸ Ebd.

²⁴⁹ Ebd.

²⁵⁰ Ebd.

²⁵¹ Ebd.

ren und jeglichen Schaden abzuwenden, tangiere selbstverständlich auch die Problematik des Humanexperiments:

Der Arzt kann als solcher nicht Experimentator sein, denn das Experiment hat es immer mit ‚Objekten‘ zu tun; der Kranke darf aber nicht zu einem solchen gemacht werden. Der Arzt würde sonst seine Würde als Arzt verlieren und seinen Beruf selbst desavouieren. Natürlich berührt das nicht seine Tätigkeit als Wissenschaftler, der wissenschaftliche Fragestellungen an geeigneten Objekten experimentell bearbeitet oder ärztliche Erfahrungen auswertet.²⁵²

Wie diese beiden Sphären ärztlichen Handelns exakt voneinander geschieden werden sollen, ließ Freerksen offen. Schließlich führt die Experimentalsituation zu einer neuen Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient. Während bei der Heilbehandlung der Patient als Individuum mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht, treten im Rahmen des Experiments das Forschungsinteresse und damit das Interesse der Allgemeinheit in den Vordergrund. Dies spiegelt sich als intrapersonaler Konflikt in der Rolle des forschend tätigen Arztes.²⁵³ Dieser ethische Konflikt wurde von Freerksen jedoch nicht weiter diskutiert.

Im Folgenden griff der Autor seine historischen Überlegungen zur Entwicklung des Experiments in der Medizin wieder auf und widmete sich der „geistige[n] Revolution der Renaissance“, die dazu geführt habe, „daß das Experiment denkmöglich wurde“²⁵⁴:

Man erkannte, daß weiterführendes Wissen nicht mehr allein durch ehrfurchtsvolle Anschauung der Natur und daraus abgeleiteten Regeln gewonnen werden kann. Der Mensch rückte in seinem Bewusstsein mehr und mehr aus der Natur heraus, lernte, sie als Objekt zu betrachten, Fragen an sie zu stellen und sie sogar zu nötigen, auf diese Fragen auch zu antworten. Daraus entwickelte sich das Verfahren, für das die Bezeichnung ‚Experiment‘ erst ihren vollen Gehalt bekommt. Es war mit der deduktiv verfahrenen Philosophie der Griechen nicht vereinbar und auch nicht mit dem

²⁵² Ebd.

²⁵³ Vgl. Wiesing (2012), S. 132 f.

²⁵⁴ Freerksen (1964), DÄ, H. 17, S. 979.

griechischen Begriff des Arzttums; es war aber auf die hippokratische Vorstellung vom ‚natürlichen‘ Ablauf der Krankheiten angewiesen.²⁵⁵

Mit diesem Schritt „konnte aus der wissenschaftlichen Heilkunde der Griechen die wissenschaftliche Medizin des Abendlandes werden“²⁵⁶. Hieraus ergaben sich für den Autor zwei entscheidende Fragen:

1. Warum überhaupt Experimente? Genügt nicht die Vervollständigung der Erfahrung durch die Beobachtung im hippokratischen Sinne?
2. Wenn das Experiment aber unentbehrlich ist, wie kann und darf man Experimente in der Medizin anstellen?²⁵⁷

Mit der Epoche der Renaissance habe das Erkenntnisstreben der Menschheit völlig neue Dimensionen erreicht, indem über Jahrhunderte hinweg tradierte Lehrsätze radikal hinterfragt wurden und der menschliche Wissensdrang sich zunehmend auch auf den Bereich der belebten Natur, also auf Mensch und Tier, ausdehnte. Durch die Anwendung experimenteller Verfahren, gestützt auf eine Reihe von Erfindungen wie dem Fernrohr oder dem Mikroskop, habe damit eine intensive Phase der systematischen Befragung der Natur begonnen. Insbesondere die Physiologie des 19. Jahrhunderts sei zu der Erkenntnis gekommen, „daß ohne Versuche am lebenden Tier keine der entscheidenden Funktionen und Leistungen des tierischen und menschlichen Körpers aufklärbar sind“²⁵⁸. Während im Zuge der „geistige[n] Revolution der Renaissance“ das Experiment als Möglichkeit des Erkenntnisgewinns „denkmöglich wurde“, habe die Physiologie um Claude Bernard das Experiment für „unentbehrlich“ erklärt.²⁵⁹ Vordergründig ließe sich die Frage, warum der Mensch überhaupt auf die Idee kam, Experimente am lebenden Organismus durchzuführen, mit der Notwendigkeit des Erkenntnisgewinns beantworten. Das menschliche Erkenntnisinteresse reiche jedoch bedeutend tiefer und könne nicht allein unter dem Aspekt der Zweckdienlichkeit begriffen werden. Vielmehr gehöre zu ihm ein der menschlichen Natur immanentes „geistiges Wachsen und Sichentfalten und vor

²⁵⁵ Ebd.

²⁵⁶ Ebd.

²⁵⁷ Ebd.

²⁵⁸ Ebd.

²⁵⁹ Ebd.

allem Spontaneität und geistige Unabhängigkeit“²⁶⁰. Demnach werde „der menschliche Geist [...] seinen Weg in die immer weiter getriebene Rationalisierung fortsetzen“²⁶¹. Diesem Streben wisse auch die zu allen Zeiten immer wieder laut gewordene Fortschrittskritik nichts entgegenzusetzen:

Die oft zu hörenden Cassandra-Rufe über die zerstörerische Gefahr der Forschung, der Ruf nach ‚Ketten für Prometheus‘, wird ebenfalls wirkungslos verhallen. Man kann den Menschen nicht hindern, Mensch zu sein. Die Frage, warum er Experimente ausführt, ist denn auch ähnlich ‚sinnlos‘ wie die, warum man Bilder malt, Berge besteigt oder Mondraketen baut. Es gehört zu seiner Natur.²⁶²

Die entscheidende Frage sei daher nicht, warum der Mensch überhaupt Experimente durchführe, sondern vielmehr, auf welche Art und Weise er seine Erkenntnisse gewinne und wie er mit dem erworbenen Wissen umgehe. Damit leitete der Verfasser zur zweiten eingangs gestellten Frage über, den konkreten Bedingungen medizinischer Forschung am Menschen.

Während das Experimentieren mit unbelebten Stoffen auf den Gebieten der Chemie oder Physik oder das Hantieren mit Pflanzen von den meisten Menschen als ethisch unbedenklich angesehen werde, habe die Durchführung von Tierexperimenten schon immer erheblichen Widerstand mobilisiert, ganz abgesehen von Versuchen am Menschen:

Es ist nicht uninteressant, daß der Mensch dabei gefühlsmäßig Unterschiede machte. Er hatte zwar keine Bedenken, Versuche mit Tieren anzustellen, die er für ‚niedere‘ hielt; gegen die Einbeziehung der für ‚höher‘ gehaltenen sträubte sich aber sein Gefühl; Experimente am lebenden Menschen lagen zunächst noch außer seiner Denkmöglichkeit.²⁶³

Doch auch dieses letzte Denk- und Handlungsverbot sei mit den Leichenöffnungen des Mittelalters und der Begründung der Anatomie als wissenschaftlicher Disziplin beiseite geräumt worden.

²⁶⁰ Ebd., S. 980.

²⁶¹ Ebd.

²⁶² Ebd.

²⁶³ Ebd.

Angesichts der „Grobheit des ersten biologischen Experimentierens“²⁶⁴ und der damit verbundenen Ungenauigkeit und Nichtverallgemeinerbarkeit der Ergebnisse seien etliche jedoch zu dem Schluss gekommen, dass die im Rahmen derartiger Experimente gewonnenen Erkenntnisse keine Relevanz für den Menschen hätten. Dies habe in der Folge zur Herausbildung von zwei Extrempositionen in der Debatte über die Sinnhaftigkeit medizinischer Versuche am Menschen geführt: Entweder könnten Erkenntnisse über den Menschen nur durch Versuche am Menschen gewonnen werden oder Versuche am Menschen führten zu keinen allgemeingültigen Aussagen. Ursache dieser inhaltlichen Zuspitzung sei, dass bei der Bewertung der Problematik des Menschenversuchs „sowohl auf einer wissenschaftlichen als auch auf einer außerwissenschaftlichen Ebene operiert [werde]“²⁶⁵. Die Betrachtung eines aus Sicht des Autors rein wissenschaftlichen Problems, nämlich des Humanexperiments, auf einer „außerwissenschaftliche Ebene“ führe dazu, „daß dann immer die Gefahr von emotionellen, weltanschaulichen, sogar fanatischen Meinungsbildungen besteht“²⁶⁶. Demnach sei das Humanexperiment primär als ein naturwissenschaftliches und nicht als ein ethisches und damit weltanschauliches Problem zu begreifen. Schließlich gehe es im Kern um die Frage, ob Versuche am Menschen zukünftig überhaupt noch erforderlich seien. Die neuere naturwissenschaftliche Forschung habe gezeigt, „daß die Säugetiere untereinander und im Vergleich zum Menschen [...] zwar große Verschiedenheiten aufzeigen, daß diese aber doch nicht prinzipieller Natur sind, sondern nur Modifikationen des gleichen morphologisch-funktionellen Planes“²⁶⁷. Angesichts dessen sei die Hoffnung nicht unberechtigt, dass Versuche am Menschen zukünftig entbehrlich werden könnten. Zwar gebe es Erkrankungen, die nur bei Tieren oder nur bei Menschen zu beobachten seien. Dennoch habe man feststellen können, dass sich Krankheitsbilder bei unterschiedlichen Säugetieren und beim Menschen auf bemerkenswerte Weise ähnelten. Zudem richte sich mit der Einführung der „äti-

²⁶⁴ Ebd.

²⁶⁵ Ebd.

²⁶⁶ Ebd.

²⁶⁷ Ebd.

ologischen Therapie“²⁶⁸ auf dem Gebiet der Infektiologie die Therapie nicht mehr gegen bestimmte Krankheitsbilder, sondern gegen bestimmte Krankheitserreger. Im Folgenden stellte Freerksen seine These anhand des Erregers der Tuberkulose dar.

Die ausschließlich auf Beobachtung gründende Medizin der griechischen Antike habe so unterschiedliche Krankheitsbilder wie eine eitrige Infektion des Kniegelenks, eine Entzündung der Hirnhäute oder eine Lungentuberkulose als eigenständige Krankheitsentitäten betrachtet und dementsprechend einer jeweils unterschiedlichen Behandlung zugeführt. Mit der Erforschung der Infektionskrankheiten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts habe man jedoch erkannt, dass die drei genannten Krankheitserscheinungen auf ein und denselben Erreger zurückzuführen und demzufolge auch mit ein und demselben Medikament zu behandeln seien:

Diese Entwicklung gründet sich auf den experimentell erbrachten Nachweis, daß diese drei verschiedenen Erkrankungen die gleiche Ursache (den Erreger der Tuberkulose) haben können, und auf die experimentell verifizierte Hypothese, daß man durch die gleiche Ursache induzierte [...] Krankheitsformen mit dem gleichen, gegen die Ursache gerichteten Medikament heilen kann. Schon dieses eine Beispiel [...] zeigt die unerhörte Bedeutung der experimentellen Ursachen- und Therapieforschung für den Kranken und für die Medizin. Es zeigt zugleich nicht nur die Entbehrlichkeit, sondern die Unbrauchbarkeit des Menschen als Versuchstier [...] für solche Experimente, die man als ‚Basisexperimente‘ bezeichnen könnte.²⁶⁹

Sogenannte „Basisexperimente“, wie der Verzicht auf anerkannte Therapieverfahren oder die Erprobung bislang nur unzureichend erforschter Medikamente, sollten durch die konsequente Anwendung von in Tierversuchen gewonnenen Erkenntnissen auf den menschlichen Organismus zunehmend überflüssig werden. Einschränkend bemerkte Freerksen jedoch, „daß unter den gegenwärtigen wissenschaftlichen Bedingungen auch die klinische Arbeit, soweit sie forschender Natur ist, notwendigerweise experimentellen Charakter hat – jedoch in ei-

²⁶⁸ Ebd., S. 981.

²⁶⁹ Ebd.

nem anderen Sinne als beim Basisexperiment“²⁷⁰. Hierbei gehe es in der Regel nur noch um die Frage, „ob und in welchem Umfange die Ergebnisse von Basisexperimenten ärztlich genutzt werden können“²⁷¹. An dieser Stelle ließ der Autor jedoch offen, was genau unter „Basis- und Folgeexperimenten“ zu verstehen sei, wie diese voneinander abgegrenzt werden könnten und wie die konkreten Versuchsmodalitäten ausgestaltet werden sollten.

In diesem Zusammenhang wies Freerksen die Kritik, wonach sich im Tierexperiment gewonnene Erkenntnisse nur eingeschränkt auf den menschlichen Organismus übertragen ließen, entschieden zurück:

Bei allen Fragen, die klinisch und experimentell wirklich vollständig durchgeführt wurden, ist die prinzipielle Übereinstimmung der Ergebnisse evident. Nichtübereinstimmung beruhte offensichtlich darauf, daß die Arbeiten irgendwo noch unvollständig sind – sei es in der klinischen oder experimentellen Versuchsanordnung, sei es in der Wahl der geeigneten Versuchstierspezies, sei es in der sonst verwendeten Methodik.²⁷²

Demzufolge beruhten viele der angeblichen Belege für die unzureichende Übertragbarkeit tierexperimenteller Studien auf den Menschen lediglich auf „banalen Versuchsfehlern, auf falschen Deutungen und Schlußfolgerungen oder auf unzulässigen und voreiligen Verallgemeinerungen von experimentellen oder klinischen Einzelbefunden – sofern nicht einfach Voreingenommenheit einer unbefangenen, sachlichen Urteilsbildung im Wege steht“²⁷³. Zugleich räumte Freerksen ein, „daß es auch heute noch Fragen gibt, die nur am Menschen experimentell bearbeitet werden können, weil gegenwärtig noch die methodischen Voraussetzungen fehlen, um brauchbare Basisexperimente am Versuchstier planen oder durchführen zu können“²⁷⁴. Diese unbestrittene Tatsache stelle „jedoch nicht [...] eine prinzipielle Unmöglichkeit [dar], und man braucht daher auch mit dieser Feststellung nicht zu resignieren, sondern muß sie als noch

²⁷⁰ Ebd.

²⁷¹ Ebd.

²⁷² Ebd.

²⁷³ Ebd.

²⁷⁴ Ebd.

ungelöste aber lösbare Aufgabe betrachten“²⁷⁵. In diesem Kontext streifte Freerksen die ethische Problematik des Tierversuchs und mahnte einen verantwortungsvollen Umgang mit Versuchstieren an. Dennoch habe der Mensch „die Berechtigung, seine tierische Umwelt als einen Bestandteil der Natur zu betrachten, den er sich dienstbar machen und nach seinen Plänen ordnen darf“²⁷⁶.

Auch wenn durch umfangreiche Tierversuche Versuche am Menschen zunehmend entbehrlicher würden, müsse zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt davon ausgegangen werden, dass in absehbarer Zeit nicht auf sie verzichtet werden könne. Letztlich stelle jede Operation und die Verabreichung jedes Medikaments, selbst wenn bereits ausführliche Studienergebnisse und Erfahrungswerte vorliegen, ein „Experiment“ dar. Deshalb müsse man die Medizin als „angewandte Naturwissenschaft“²⁷⁷ begreifen:

Es soll damit einerseits auf die überragende Bedeutung des Experimentes in der modernen Medizin und andererseits auf die Schwierigkeit für den Arzt hingewiesen werden, der darüber hinaus noch auf einer ganz anderen Ebene denken und arbeiten muß. Denn die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist nicht nur wissenschaftlich begründet, nicht nur personal und nicht nur ‚psychologisch‘. Sie wird durch das Gegenüber der individuellen Persönlichkeit des Kranken und der des Arztes bestimmt.²⁷⁸

Doch gerade diese Ebene, also die Arzt-Patienten-Beziehung, die in der Versuchssituation einer besonderen Belastungsprobe ausgesetzt wird, wurde auch in den weiteren Ausführungen nicht näher beleuchtet. Freerksen kam zu dem Schluss, dass die einzig vernünftige Antwort auf die ethische Herausforderung des Humanexperiments darin bestehe, den „Prozeß der Rationalisierung immer weiter voran[zu]treiben und alle Versuche ab[zu]wehren, die den Glauben an das Wunder erhalten wollen, wo er keinen Platz hat“²⁷⁹.

²⁷⁵ Ebd.

²⁷⁶ Ebd., S. 982.

²⁷⁷ Ebd., S. 983.

²⁷⁸ Ebd.

²⁷⁹ Ebd.

Es folgte eine mehrseitige, pathetisch anmutende Verklärung naturwissenschaftlicher Errungenschaften, die es mit aller Kraft gegen ihre vermeintlichen Widersacher zu verteidigen gelte:

Die Menschen sind – wie in der Renaissance – wieder auf dem Wege, jahrhundertalte Tabus zu verletzen, [...] alte Glaubenssätze beiseite zu schieben und eine neue Vorstellungswelt aufzubauen. Wieder erheben sich dagegen jene, die darin nicht mehr als sich selbst vernichtende Hybris sehen. Aber der Mensch wird seinen Weg fortsetzen.²⁸⁰

Die von Freerksen eingangs gestellte Frage, unter welchen Bedingungen Experimente in der Medizin am Menschen ethisch vertretbar sind, blieb letztlich unbeantwortet. Der achtseitige Vortrag beschränkte sich darauf, die Unersetzlichkeit des medizinischen Experiments geradezu zu beschwören und eindringlich vor einem Rückfall in unwissenschaftliches Denken zu warnen. Anstelle sich den ethischen Herausforderungen des Menschenversuchs zu stellen, verlagerte Freerksen die Auseinandersetzung auf eine rein naturwissenschaftliche Ebene, verbunden mit der Hoffnung, dass mit dem wissenschaftlichen Fortschritt wirklich gefährliche Versuche am Menschen in naher Zukunft überflüssig werden.

Das unmittelbar vor der Verabschiedung der *Deklaration von Helsinki* publizierte Referat gewährt somit keinen Einblick in die Diskussion über das Humanexperiment innerhalb der deutschen Ärzteschaft. Freerksen blendete alle ethischen Problemstellungen kategorisch aus und vertraute voll und ganz auf den wissenschaftlichen Fortschritt, der das Humanexperiment zukünftig überflüssig machen soll. Ebenso wie die 1962 erschienene Artikelserie über ärztliche Selbstversuche stand auch der Beitrag Freerksens im Dienst einer Geschichtspolitik, die sowohl der standespolitischen Selbstvergewisserung als auch der Schaffung von gesellschaftlichem Vertrauen diene. In der Artikelserie von 1962 sollte das selbstlose Handeln deutscher Mediziner im Kampf gegen Schrecken erregende Infektionskrankheiten selbstvergewissernd nach innen und vertrauensbildend nach außen wirken. Freerksen beantwortete die ethischen Herausforderungen des Humanexperiments mit einem leidenschaftlichen Plädoyer für

²⁸⁰ Ebd., S. 984.

den wissenschaftlichen Fortschritt, der gefährliche Versuche am Menschen in absehbarer Zeit überflüssig machen werde. Beide Artikel dienten letztlich dazu, das Vertrauen in den ärztlichen Berufsstand zu stärken, das Voraussetzung und Garant der Autonomie des ärztlichen Berufsstands innerhalb der Gesellschaft darstellte.

5 Das Humanexperiment in der Debatte über die ärztliche Berufsordnung (1969/70)

Auch wenn die *Deklaration von Helsinki* im *Deutschen Ärzteblatt* keine Diskussionen auslöste, stellte die Forschung am Menschen weiterhin ein kontroverses Thema innerhalb der Ärzteschaft dar. Dies wurde in der Debatte über eine Revision der Berufsordnung auf dem 72. und 73. Deutschen Ärztetag deutlich. So konnte auf dem 72. Deutschen Ärztetag 1969 in Hannover keine Übereinkunft über eine Neuformulierung der Berufsordnung zum Thema „Experimente am Menschen“ erzielt werden. Ein von der Vorsitzenden des Deutschen Ärztinnenbundes und ehemaligen Ministerin für Arbeit, Soziales und Vertriebene des Landes Schleswig-Holstein, Lena Ohnesorge (1898-1987), in die Debatte eingebrachter Antrag forderte, die Berufsordnung durch eine Bestimmung zu ergänzen, „wonach Personen, an denen Eingriffe vorgenommen werden, die nicht unmittelbar einem therapeutischen Zweck dienen, eingehend über die Experimente zu unterrichten sind und nur freiwillig dazu herangezogen werden dürfen“²⁸¹. Die Begründung ihres Antrags verdeutlicht, dass das Humanexperiment auch 1969 noch direkt mit den Menschenversuchen des „Dritten Reichs“ in Verbindung gebracht wurde:

Wir haben alle den Mißbrauch erlebt und die Berufsordnung, die gerade auch unseren jungen Kollegen in die Hand gegeben soll, sollte über diese Verpflichtung des Arztes nicht schweigen.²⁸²

Die Ständige Konferenz zur Beratung der Berufsordnung und der Vorstand der Bundesärztekammer hielten zwar eine derartige Ergänzung der Berufsordnung für inhaltlich richtig, waren jedoch der Meinung, „eine derartige Formulierung in der Berufsordnung bringe erhebliche Rechtsschwierigkeiten für die allgemeine Berufsausübung mit sich“²⁸³. Der Vorstand der Bundesärztekammer begründete seine ablehnende Haltung mit dem Verweis auf den ausreichenden Schutz von Probanden durch die *Deklaration von Helsinki* sowie die allgemeinen Ausfüh-

²⁸¹ Stockhausen (1970), DÄ, Sondernummer, S.1790.

²⁸² Zit. nach Maio (2002), S. 302.

²⁸³ Schmirigk (1970), DÄ, H. 25, S.2021.

rungen der Berufsordnung zur gewissenhaften Ausübung des Arztberufs. Die revidierte Berufsordnung wurde letztlich ohne eine Ergänzung zum Thema „Experimente am Menschen“ vom 73. Deutschen Ärztetag 1970 in Stuttgart angenommen.²⁸⁴ Die Tatsache, dass die revidierte Berufsordnung ohne Gegenstimmen mit nur einer Stimmenthaltung verabschiedet wurde, legt die Vermutung nahe, dass sich die Mehrheit der Ärzteschaft einer Debatte über das Humanexperiment nicht stellen wollte oder eine Beschäftigung mit den ethischen Implikationen der Forschung am Menschen zum damaligen Zeitpunkt für nicht erforderlich hielt.²⁸⁵ Warum aber hielt sich die deutsche Ärzteschaft in der öffentlichen Auseinandersetzung über die Problematik des Humanexperiments so bedeckt? War es die Angst mit einer öffentlichen Debatte die Menschenversuche in den Konzentrationslagern wieder in Erinnerung zu rufen und damit das Vertrauen der Patienten in die moralische Integrität der Ärzteschaft einer schweren Belastungsprobe zu unterziehen?

Die Erstellung einer ärztlichen Berufsordnung in Deutschland ist bis heute Ländersache. Die Bundesärztekammer verfasst eine Muster-Berufsordnung, die dann von den einzelnen Landesärztekammern in leicht modifizierter Form übernommen wird. Anschließend erfolgt die Genehmigung durch das betreffende Landesministerium. Darin konkretisiert sich der Autonomieanspruch, den der Gesetzgeber der Ärzteschaft auf berufsethischem Gebiet zugesteht.²⁸⁶ Betrachtet man die Entstehungsgeschichte der *Deklaration von Helsinki*, so wird deutlich, dass es sich hierbei nicht einfach um eine Stellungnahme zu den ethischen Implikationen der Forschung am Menschen handelt, sondern um ein berufsethisches Dokument, entsprungen einer primär innerprofessionellen Debatte. Die zentrale Funktion eines Berufsethos besteht in der Schaffung von gesellschaftlichem Vertrauen.²⁸⁷ Eliot Freidson sieht das berufliche Ethos als gleichwertige Voraussetzung für die Schaffung und Erhaltung von öffentlichem Vertrauen in eine Profession an wie ihr fachliches Wissen:

²⁸⁴ Vgl. ebd.

²⁸⁵ Vgl. Maio (2002), S. 302.

²⁸⁶ Vgl. Wiesing (2012), S. 75.

²⁸⁷ Vgl. Schaupp (1993), S. 17 f.

Anders als die meisten Berufe genießt die Profession Autonomie oder Selbstbestimmungsrecht. Die Berufsgruppe stützt diesen Sonderstatus, indem sie sich immer wieder bemüht, die außerordentlich große Vertrauenswürdigkeit ihrer Angehörigen herauszustellen. Zu dieser Vertrauenswürdigkeit gehören natürlich auch das Berufsethos sowie Wissen und Können.²⁸⁸

Demzufolge dient das ärztliche Berufsethos nicht nur dem Patientenwohl, sondern ebenso den Interessen der ärztlichen Profession, nämlich der Schaffung und Erhaltung von gesellschaftlichem Vertrauen. Dieses Vertrauen stellt wiederum die Voraussetzung dafür dar, dass die medizinische Profession ihren Autonomieanspruch innerhalb der Gesellschaft rechtfertigen kann. Freidson zufolge konkretisiert sich dieser Autonomieanspruch in zwei bedeutenden Rechten: Zum einen in dem Recht, zu entscheiden, wer zur ärztlichen Profession zugelassen wird; zum anderen in dem Recht, zu bestimmen, was als ärztliches Wissen gilt und wie dieses in der Praxis, also am Patienten, angewandt werden soll.²⁸⁹ Das höchste Gut der ärztlichen Profession ist das ihr von der Gesellschaft entgegengebrachte Vertrauen, da dieses Vertrauen Voraussetzung und Garantie ihrer Autonomie darstellt. Dieser Zusammenhang erklärt die Befürchtung der ärztlichen Standesvertreter, die Berichterstattung über den Nürnberger Ärzteprozess und eine öffentliche Thematisierung der von Ärzten während des „Dritten Reichs“ begangenen Verbrechen führten zu einem Vertrauensverlust in der Bevölkerung und gefährdeten damit den gesellschaftlichen Autonomieanspruch der Ärzteschaft. Auch in der Debatte über die *Deklaration von Helsinki* spielte das Vertrauen der Gesellschaft in die ärztliche Profession eine zentrale Rolle. Entsprechend wurde die Notwendigkeit, gegen ethische Missstände auf dem Gebiet der Forschung am Menschen vorzugehen, nur in zweiter Linie mit dem Verweis auf die Schutzinteressen der Versuchspersonen begründet. Viel entscheidender für die Durchsetzung ethischer Standards in der Forschung am Menschen schien demgegenüber die Angst vor einem Vertrauensverlust in der Bevölkerung, der die medizinische Forschung diskreditieren und den Autonomieanspruch der ärztlichen Profession in Frage stellen könnte. Diese Argumentationslinie stellt ein wichtiges Deutungsmuster für das Verständnis der öffentli-

²⁸⁸ Freidson (1979), S. 1.

²⁸⁹ Vgl. Freidson (1979), S. 11 f.

chen Zurückhaltung der Ärzteschaft in der Debatte über Regelungen für die Forschung am Menschen dar. Dies schließt innerprofessionelle Debatten über das Humanexperiment keinesfalls aus. Die vorliegende Arbeit bezieht sich jedoch ausschließlich auf die Untersuchung der im *Deutschen Ärzteblatt* dokumentierten Debatte.

6 **Forschungsskandale als Thema im *Deutschen Ärzteblatt* – die Fernsehsendung „Halbgott in Weiß“ (1970)**

Zwischen Ende der 1940er und Beginn der 1970er Jahre hatten die politischen Prägungen, die Wertorientierungen sowie die gesellschaftlichen Normen in der Bundesrepublik einen bemerkenswerten Wandel erfahren. Aus einer durch Krieg, Niederlage, Vertreibung und NS-Verbrechen verunsicherten Nation hatte sich innerhalb von nur 25 Jahren eine weitgehend demokratisch gefestigte und liberale Gesellschaft entwickelt.²⁹⁰ Ausdruck dieser Entwicklung waren u.a. ein gewandeltes Rollenverständnis von Mann und Frau, eine veränderte Erziehungspraxis sowie die Hinterfragung hierarchischer Strukturen, tradierter Wertvorstellungen und bislang nahezu kritiklos anerkannter Autoritäten wie Ärzte, Wissenschaftler und Juristen. Hinzu kam eine Pluralisierung der Lebensstile vor dem Hintergrund der Herausbildung einer öffentlichen Streit- und Diskussionskultur.²⁹¹

Was die Forschung am Menschen betraf, so war für die zunehmende gesellschaftliche Sensibilisierung für ethische Implikationen der humanmedizinischen Forschung die Tatsache entscheidend, dass die medizinische Forschung nach 1945 einen rasanten Aufschwung erlebte. Ein wesentlicher Faktor hierfür war der Beginn des Kalten Krieges. Der potentielle Einsatz nuklearer Waffen und die Folgen radioaktiver Strahlung stellten Wissenschaftler weltweit vor völlig neue Herausforderungen.²⁹² Die National Institutes of Health in den USA verfügten im Jahr 1945 über Fördergelder in einer Höhe von rund 700.000 Dollar; 1965 belief sich ihr Etat auf ca. 500 Millionen Dollar.²⁹³ Die rein quantitative Zunahme klinischer Studien muss somit als wesentlich für die wachsende Beschäftigung mit den ethischen Problemen der Forschung am Menschen angesehen werden. Ferner ging die durch die Forschungsskandale der 1960er Jahre

²⁹⁰ Vgl. Herbert (2002), S. 8 f.

²⁹¹ Vgl. ebd., S. 42 f.

²⁹² Vgl. Krause und Winslade (1997), S. 195 f.

²⁹³ Vgl. Beecher (1966a), S. 1355.

ausgelöste Kritik an der gängigen Forschungspraxis mit einer generellen Fortschrittskritik einher. Während in den beiden ersten Nachkriegsjahrzehnten Wissenschaft und Forschung per se als Fortschritt gewertet wurden, wurde diese positive Konnotation zunehmend hinterfragt.²⁹⁴ Katalysiert wurde diese Entwicklung durch die wachsende Bedeutung und Macht der Medien, insbesondere des Fernsehens, wodurch sich die Informationsflüsse erheblich beschleunigten.²⁹⁵ Auch die Forschung am Menschen wurde seit Ende der 1960er Jahre zum öffentlichen Thema. Entscheidend hierfür waren die Aufdeckung zahlreicher Forschungsskandale und die Missachtung von Probandenrechten, insbesondere in den Vereinigten Staaten.²⁹⁶ Als exemplarisch hierfür können die Publikationen von Henry Beecher²⁹⁷ und Maurice Pappworth²⁹⁸ angesehen werden, die auch in der deutschen Öffentlichkeit Aufsehen erregten.²⁹⁹ Dies zeigt die Debatte über die Fernsehsendung „Halbgott in Weiß“.

In der am 20. September 1970 in der ARD ausgestrahlten Fernsehsendung erhob ein junger Assistenzarzt aus Frankfurt schwere Vorwürfe gegen die leitenden Krankenhausärzte in der Bundesrepublik. Er behauptete, „Chefärzte führten Menschenversuche durch und unternahmen ohne medizinische Indikation Operationen um materieller Vorteile willen“³⁰⁰. Die sich daran anschließende Diskussion im *Deutschen Ärzteblatt* spiegelt die Auswirkungen der gesellschaftlichen Veränderungen der 1960er Jahre innerhalb der Ärzteschaft. Sie offenbart die Interessenkonflikte zwischen den Ärztegenerationen und die Meinungsverschiedenheiten zwischen reformorientierten Ärzten und einer als reformunfähig wahrgenommenen Standesvertretung. Die primär innerprofessionelle Debatte über fragwürdige Forschungspraktiken an westdeutschen Kliniken traf hierbei

²⁹⁴ Vgl. Maio (2002), S. 35.

²⁹⁵ Vgl. ebd.

²⁹⁶ Vgl. ebd., S. 31 f.

²⁹⁷ Vgl. Beecher, H. K. (1966a): Ethics and Clinical Research. In: *NEJM: The New England Journal of Medicine* 274 (24), S. 1354-1360.

²⁹⁸ Vgl. Pappworth, M. H. (1967): *Human guinea pigs: experimentation on man*, London: Routledge & K. Paul.

²⁹⁹ Vgl. Löbsack, Theo (1970): Experimente an Patienten. Wann endlich kommt die Risiko-Versicherung für menschliche Versuchskaninchen? In: *Die Zeit*, 20.11.1970 (47), S. 79.

³⁰⁰ DÄ (1970), DÄ, H. 41, S. 2989.

auf eine Öffentlichkeit, die der Forschung am Menschen zunehmend kritisch gegenüberstand.³⁰¹

In einer ersten Stellungnahme vom 3. Oktober 1970 wies die Bundesärztekammer alle in der Fernsehsendung „Halbgott in Weiß“ erhobenen Vorwürfe entschieden zurück. Trotz der Bereitschaft, „den Behauptungen, Chefärzte führten Operationen um materieller Vorteile willen durch und unternähmen Experimente am Menschen“, auf den Grund gehen zu wollen, sah sie in der Sendung eine „zielgerichtete[n] Hetze gegen Chefärzte“³⁰². Ernst Fromm, Präsident der Bundesärztekammer, unterstellte den Kritikern, politische Interessen zu verfolgen. Damit sei die Sendung keinesfalls geeignet, Missstände im Krankenhauswesen aufzuklären. Jenseits der politischen Motive vermutete er hinter der Kritik an den Chefärzten Sozialneid der jüngeren Ärztegeneration. Demnach ziele die Kritik an leitenden Krankenhausärzten darauf, „systematisch jegliches Ansehen [zu] zerstören, ob es sich um das Ansehen der Priester, der Lehrer, der Richter, der Ärzte handelt – sie alle sind schuldig, weil sie ein ‚überhöhtes Sozialprestige‘ besitzen, das zwar nicht der Bevölkerung, aber jenen sogenannten von Minderwertigkeitskomplexen geplagten Gesellschaftskritikern mißfällt“³⁰³. Am 13. Oktober 1970 gab die Bundesärztekammer bekannt, dass „die von ihr unverzüglich veranlaßte Nachforschung über die Berechtigung der erhobenen Anschuldigungen keinerlei Beweise für strafbare und unehrenhafte Handlungen erbracht [habe]“³⁰⁴. Als Reaktion auf die Fernsehsendung wurde der Assistenzarzt zunächst innerhalb seines Krankenhauses versetzt und kurze Zeit später entlassen.³⁰⁵

Im *Deutschen Ärzteblatt* lösten die Fernsehsendung und ihre Kommentierung durch die ärztlichen Standesorganisationen eine lebhafte Debatte aus. Den Auftakt bildete ein Artikel von Hermann Hoffmann, 2. Vorsitzender des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, der die Glaubwürdigkeit der in

³⁰¹ Vgl. Maio (2002), S. 35.

³⁰² DÄ (1970), DÄ, H. 40, S. 2911.

³⁰³ DÄ (1970), DÄ, H. 43, S. 3166.

³⁰⁴ Ebd., S. 3168.

³⁰⁵ Vgl. ohne Verfasserangabe (1971): Rache der Halbgötter. In: *Der Spiegel* 25 (18), S. 198-201.

der Sendung als Zeugen aufgetretenen Ärzte in Frage stellte. Hoffmann versuchte die Betrugsvorwürfe einer Ärztin durch den Hinweis zu entkräften, dass Nachforschungen ergeben hätten, „daß der Kollegin nahegelegt worden war, nicht mehr zu operieren, weil sie bei Operationen oft kollabierte“³⁰⁶. Ferner stütze sich die Behauptung, wonach Experimente an Patienten ohne deren ausdrückliche Zustimmung durchgeführt würden, lediglich auf das Buch „Arzt, Patient und Gesellschaft“ des Psychiaters Asmus Finzen und entbehre damit jeglicher empirischen Grundlage. Hintergrund dieses Vorwurfs bildete das Auftreten eines Arztes im Film „Halbgott in Weiß“, der unter Bezugnahme auf die Arbeit Finzens, Missstände in der medizinischen Forschung beklagte hatte. Finzen hatte in seiner Untersuchung der Arzt-Patienten-Beziehung von 1969 in rund 40 Fällen auf ethische Übertretungen in der medizinischen Forschung an deutschen Krankenhäusern hingewiesen.³⁰⁷ Auch Hoffmann versuchte, die Kritik an hierarchischen Krankenhausstrukturen und miserablen Arbeitsbedingungen für junge Ärzte mit der Unterstellung politischer Motive zu diskreditieren. So kommentierte er die erhobenen Vorwürfe mit der Bemerkung, dass „ein weiterer junger Arzt auftrat, der klarmachte, daß er nicht aus Gründen besserer Patientenversorgung, sondern nur aus gesellschaftspolitischen Aspekten die hierarchische Ordnung der Kliniken beseitigt sehen möchte“³⁰⁸. Laut Hoffmann gehörten „Leibeigenschaftsverhältnisse der Mitarbeiter gegenüber dem leitenden Arzt [...] längst der Vergangenheit an“³⁰⁹. Angesichts der günstigen Arbeitsmarktsituation für Nachwuchsmediziner bestehe „eher eine Abhängigkeit des leitenden Arztes vom Wohlwollen des Assistenten als umgekehrt“³¹⁰. Zudem könne das Delegationsprinzip aus anderen Gesellschaftsbereichen nicht auf Entscheidungsprozesse in der Medizin angewandt werden, da Fehlentscheidungen in der Medizin in der Regel irreversible Folgen hätten.³¹¹ Nachfolgend setzte er sich mit den in der Sendung propagierten Alternativen zum gegenwärtigen

³⁰⁶ Hoffmann (1970), DÄ, H. 43, S. 3185.

³⁰⁷ Vgl. Finzen, Asmus (1969): *Arzt, Patient und Gesellschaft: die Orientierung der ärztlichen Berufsrolle an der sozialen Wirklichkeit*. Stuttgart: Fischer (Medizin in Geschichte und Kultur).

³⁰⁸ Hoffmann (1970), DÄ, H. 43, S. 3185.

³⁰⁹ Ebd.

³¹⁰ Ebd.

³¹¹ Vgl. ebd., S. 3186.

westdeutschen Krankenhaussystem auseinander. Dabei konzentrierte sich seine Kritik auf die Idee des Gemeinschaftskrankenhauses. Hintergrund dieser Kontroverse bildete das 1969 im Landkreis Hanau (Hessen) initiierte Projekt einer „Reform-Klinik“. Dort sollte es „keine Klasseneinteilung, keine Chefarzt-Hierarchie, keine Privatbetten und kein privates Liquidationsrecht für die leitenden Ärzte mehr geben“³¹². Der Klinikvorstand sollte von einem Kollektiv aus zwei Ärzten, zwei Schwestern bzw. Pflegern, je zwei Vertretern der Verwaltung und des Kreistags sowie einem Patientenvertreter gebildet werden. Während die Vorschläge in der Bevölkerung auf Zustimmung stießen, war bei der Mehrheit der Ärzte und ihrer Landesorganisationen eine heftige Abwehrreaktion zu verzeichnen.³¹³ Hoffmann bezeichnete die Konzeption des Gemeinschaftskrankenhauses als „ideologisch durchsichtig“ und damit „für ein Krankenhaussystem heutiger Zeit nicht akzeptabel“³¹⁴. Auch in dieser Auseinandersetzung wird die Strategie der Landesvertreter deutlich, Reformvorschläge für das bestehende Gesundheitssystem pauschal mit der Unterstellung politischer Zielsetzungen abzuwehren.

Als weiterer Beleg für die politische Instrumentalisierung eines primär innerärztlichen Konflikts dient ein offener Brief des Vorsitzenden des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, Gustav Hopf, der die Sendung als Beitrag wertete, „die Funktion der Krankenhäuser zu zerstören, den Patienten zu entindividualisieren und ihn dabei auszuliefern: der Untertanenschaft unter ein anonymes, kollektives volkssozialistisches Befehlssystem“³¹⁵. Interessant ist in diesem Zusammenhang die deutliche Kritik am Gesundheitssystem der DDR vor dem Hintergrund der ideologischen Konkurrenzsituation des Kalten Krieges. Den Hintergrund dieser Kontroverse bildete ein am 11. Oktober 1970 in der illustrierten *Stern* publizierter Artikel über einen Arzt aus Baden-Württemberg, der den Kassenärzten in der Bundesrepublik unterstellte, sich an ihren Patienten rücksichtslos zu bereichern. Da er dies nicht länger mittragen könne, wolle

³¹² Ohne Verfasserangabe (1972): Das Geschäft mit der Krankheit. Ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik / 5. Teil: Die Krankenhäuser (II). In: *Der Spiegel* 26 (15), S. 118.

³¹³ Vgl. ebd.

³¹⁴ Hoffmann (1970), DÄ, H. 43, S. 3188.

³¹⁵ Hopf (1970), DÄ, H. 48, S. 3608.

er mit seiner Familie in die DDR übersiedeln. Zudem kündigte er an, weiteres belastendes Material über die Kassenärzte in der Bundesrepublik zu veröffentlichen. Das *Deutsche Ärzteblatt* interpretierte „die angekündigte sowjetzonale Auswertung des angeblichen Belastungsmaterials gegen das bundesdeutsche Kassenarztwesen“ als weiteren Bestandteil der „gegenwärtigen Treibjagd auf das Ansehen der Ärzte der Bundesrepublik“³¹⁶.

Im Zuge des Aufbegehrens gegen hierarchische Krankenhausstrukturen und der Diskussion über Reformen im bundesdeutschen Gesundheitswesen formierte sich Widerstand gegen die als konservativ wahrgenommenen Standesorganisationen. Exemplarisch zeigt dies ein Schreiben der Ärzte der Städtischen Nervenlinik Bremen an die Redaktion des *Deutschen Ärzteblatts*:

Wir erklären uns mit Ihrer Meinungsäußerung [...], die vorgibt, pauschal die Meinung der Ärzteschaft wiederzugeben, nicht solidarisch. Wir beziehen keinen Standpunkt für ‚Verleumder‘ oder ‚Schuldige‘, weil eine Meinungsbildung a priori ohne sachliche Klärung weder für uns noch für Sie möglich ist; es sei denn, mit grober Parteilichkeit. Und eben die ist Ihrer Stellungnahme in Verbindung mit einer abwertenden Polemik zu entnehmen.³¹⁷

Die Bremer Ärzte kritisierten die Wortwahl der ärztlichen Standesvertreter als überzogen und unangemessen. Sie forderten, die Ergebnisse der Untersuchung der Vorwürfe abzuwarten, da eine Urteilsbildung nur auf der Grundlage einer objektiven und unabhängigen Prüfung möglich sei. Damit distanzieren sie sich bewusst von ihren Standesvertretern. Heftigen Widerspruch hatte der von Fromm geprägte Begriff des „Gewissensathleten“ provoziert, womit dieser die in der Sendung aufgetretenen Ärzte zu diffamieren suchte. Der These Fromms, wonach die Kritiker aus den Reihen der Ärzte durch ihr Schweigen über Missstände an deutschen Krankenhäusern ebenfalls Schuld auf sich geladen hätten, hielten die Bremer Ärzte das Schweigen der Mehrheit der deutschen Ärzteschaft zu den Medizinverbrechen des Nationalsozialismus entgegen:

Wir erinnern daran, daß eine Minorität der deutschen Ärzteschaft vor 25 Jahren eine Medizin ohne Menschlichkeit betrieb, ohne daß von ‚Gewissen-

³¹⁶ DÄ (1970), DÄ, H. 43, S. 3166.

³¹⁷ Ärzte der Städtischen Nervenlinik Bremen (1970), DÄ, H. 48, S. 3611.

sathleten‘ aus den Reihen der rechtschaffenen Majorität etwas Wesentliches an ‚Empörung und Protest‘ bekannt geworden wäre. Weil der Ausdruck ‚Gewissensathlet‘ in eindeutig negativem Sinn von Ihnen gebraucht wird, empfinden wir dies in Erinnerung der Tätigkeiten von ‚Gewissensasthenikern‘ als peinlich und geschmacklos.³¹⁸

Die Nachwuchsmediziner instrumentalisierten das Verhalten der deutschen Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus, um Fromm, ehemals Mitglied der SA, als Exponent einer als reformunfähig wahrgenommenen Standesführung persönlich zu diskreditieren. Interessanterweise bemühten auch die Kritiker der Standesführung 25 Jahre nach Kriegsende jenes Narrativ, wonach nur eine äußerst geringe Zahl von Ärzten im „Dritten Reich“ an Medizinverbrechen beteiligt war, während die überwiegende Mehrzahl sich verantwortungsvoll um ihre Patienten gekümmert habe.

Als weiteres Beispiel für die Interessengegensätze zwischen jüngeren und älteren Ärzten dient die Kontroverse zwischen der Bundesassistentenkonferenz und der Bundesärztekammer. Die Vertreter der Bundesassistentenkonferenz unterstellten der Bundesärztekammer mangelnde Glaubwürdigkeit, „wenn man gegen eine sicher ungerechtfertigte Verallgemeinerung Sturm läuft, obwohl man von der beklagenswerten Richtigkeit eines Teils der Vorwürfe in Einzelfällen überzeugt ist“³¹⁹. Zudem sei das Bemühen der Bundesärztekammer um Prüfung der erhobenen Vorwürfe nicht glaubwürdig, da sie die Integrität der in der Sendung aufgetretenen Ärzte durch die Unterstellung politischer Motive grundsätzlich in Frage gestellt habe. Vor diesem Hintergrund fokussierte der Vorstand der Bundesassistentenkonferenz seine Kritik auf die Frage der Legitimität der ärztlichen Standesorganisationen als Repräsentativorgane der gesamten Ärzteschaft. Angesichts einer seitens der jüngeren Ärztegeneration zu beobachtenden Entfremdung zwischen Teilen der Ärzteschaft und den sie vertretenden Standesorganisationen mahnte er eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens an:

³¹⁸ Ebd.

³¹⁹ Kahlke (1971), DÄ, H. 17, S. 1260.

Das Gerede von einer ‚sattsam bekannten Hetze gegen Chefärzte‘ soll vertuschen, daß es sich in Wirklichkeit um die Offenlegung immer wieder beobachteter unmoralischer Praktiken handelt. Mit dem Vorwurf Mißtrauen zu säen, soll das ehrliche Bemühen derer vereitelt werden, die das blinde Vertrauen in ein morbides System durch kritische Urteilsfähigkeit ersetzt wissen wollen. Erst nach vollendeter Reform des Systems der gesamten Krankenversorgung wird es gelingen, ein echtes Vertrauen in die Ärzteschaft zu gewinnen.³²⁰

Mit dem Vorwurf der Verunsicherung von Patienten, so die Nachwuchsärzte, werde jegliche Reformanstrengung innerhalb des Gesundheitswesens unterdrückt.

Während vornehmlich die jüngere Ärztegeneration für eine ausführliche Untersuchung der kritisierten Missstände eintrat, werteten die Standesorganisationen die Kritik als pauschalen Angriff auf den ärztlichen Berufsstand. Die Kontroverse zwischen den Ärztegenerationen bezog entscheidende Impulse aus dem gesellschaftlichen Generationenkonflikt der Studentenrevolte von „1968“. So erkannte der *Spiegel* in der Auseinandersetzung die „Chance, analog der gesellschaftspolitischen Lüftung von Richterroben, Professoren-Talaren und Priester-Trachten, nunmehr Mief aus weißen Chefarzt-Kitteln zu blasen“³²¹. Dennoch handelte es sich vorrangig um eine innerärztliche Machtprobe, da es den jüngeren Ärzten nicht zuletzt um die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen und die Durchsetzung von Einkommenssteigerungen ging.³²² So stellten die Vertreter der Bundesassistentenkonferenz angesichts des aus ihrer Sicht undifferenzierten Umgangs der Standesorganisationen mit den erhobenen Anschuldigungen die Frage der Repräsentativität ins Zentrum ihrer Kritik:

Hier verstößt die Bundesärztekammer mit ihrer schon bei anderen Anlässen offenbarten Einseitigkeit in solch hohem Maße gegen ihre Pflicht zur standespolitischen Vertretung aller (!) deutschen Ärzte, daß sie die Erfüllung dieses Auftrags selbst in Frage stellt.³²³

³²⁰ Ebd.

³²¹ Ohne Verfasserangabe (1970): Halbgott in Weiß. In: *Der Spiegel* 24 (43), S. 88.

³²² Vgl. Gerst (1997), S. 233 ff.

³²³ Kahlke (1971), DÄ, H. 17, S. 1259 f.

Die Nachwuchsmediziner beklagten die unzureichende Interessenvertretung der jüngeren Ärztegeneration durch die Standesorganisationen. Josef Stockhausen, seit 1955 Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, wies die Kritik mit dem Hinweis zurück, dass es sich bei den Standesvertretern um demokratisch gewählte Ärztevertreter handele, so dass sich die Frage der Legitimität erübrige. Dadurch sei gewährleistet, dass die Bundesärztekammer „die wohlverstandenen Interessen der Ärzteschaft unseres Landes einschließlich des [...] ‚ärztlichen Nachwuchses‘“³²⁴ wahrnehme.

Die Auseinandersetzung verdeutlicht, dass es sich bei der Debatte über die Fernsehsendung „Halbgott in Weiß“ um einen Selbstfindungsprozess innerhalb der westdeutschen Ärzteschaft im Kontext sich wandelnder gesellschaftlicher Bedingungen handelte. Die Kritik an den leitenden Krankenhausärzten wurde von den jüngeren Ärzten instrumentalisiert, um ihre Interessen besser artikulieren und durchsetzen zu können. Das Aufbegehren reformorientierter Nachwuchsmediziner gegen die hierarchischen Strukturen des Medizinbetriebs dokumentiert die Auswirkungen von „1968“ innerhalb der Ärzteschaft. Um ihrer Kritik an den Standesvertretern mehr Gewicht zu verleihen, instrumentalisierten die Nachwuchsmediziner das Verhalten der deutschen Ärzteschaft während des Nationalsozialismus, um einzelne Funktionäre aufgrund ihrer Rolle im „Dritten Reich“ persönlich anzugreifen. Dies führte zu keinerlei inhaltlichen Diskussionen über die Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus oder die Humanexperimente in den Konzentrationslagern. Die Kritiker der Standesführung nutzten die gleiche Argumentationsstruktur, wonach nur rund 350 Ärzte an den Medizinverbrechen des Nationalsozialismus beteiligt waren, die sich auch die Standesvertreter seit dem ersten Deutschen Ärztetag nach dem Krieg im Umgang mit den von deutschen Ärzten im „Dritten Reich“ begangenen Verbrechen zurecht gelegt hatten. Die Berichterstattung über angebliche Forschungsskandale, die die Kontroverse innerhalb der Ärzteschaft ausgelöst hatte, führte nicht zu einer Debatte über die konkrete Forschungspraxis an deutschen Krankenhäusern. Letztlich diente sie als Forum zur öffentlichen Austragung von Interes-

³²⁴ Stockhausen (1971), DÄ, H. 17, S. 1261.

senskonflikten und Meinungsverschiedenheiten zwischen einer in Teilen reformorientierten Ärzteschaft und einer kritikunfähigen Standesführung. Während die seit Ende der 1960er Jahre zunehmende mediale Präsenz der Forschung am Menschen die gewachsene gesellschaftliche Sensibilität für die damit verbundenen ethischen Konflikte belegt³²⁵, befand sich die deutsche Ärzteschaft zu diesem Zeitpunkt weiter in einem Selbstfindungsprozess, der keine inhaltliche Beschäftigung mit derartigen Fragen zuließ.

Auch die im folgenden Kapitel dargestellten innerärztlichen Auseinandersetzungen über die Novellierung der Arzneimittelgesetzgebung reihen sich ein in eine ganze Reihe von Einzeldebatten, die sich scheinbar mit der ethischen Problematik des Humanexperiments beschäftigten, letztlich jedoch den anhaltenden Selbstfindungsprozess der westdeutschen Ärzteschaft nach 1945 dokumentieren.

³²⁵ Vgl. Maio (2002), S. 303 ff.

7 Die Novellierung des Arzneimittelgesetzes 1976 und die Debatte über die Forschung am Menschen

Im Zuge der Industrialisierung des 19. Jahrhunderts hatte sich die Arzneimittelproduktion zunehmend von den Apotheken zur pharmazeutischen Industrie verlagert.³²⁶ Während die Arzneimittelherstellung in den Apotheken streng kontrolliert wurde, unterlag die Herstellung von Medikamenten in der Pharmaindustrie keinerlei Vorschriften.³²⁷ Im Jahr 1928 legte das Reichsgesundheitsamt erstmals einen Entwurf für ein Arzneimittelgesetz vor. Dieser scheiterte jedoch sowohl am Widerstand der Pharmaindustrie als auch an Kompetenzstreitereien zwischen Reichsgesundheitsamt und Reichswirtschaftsministerium. Weitere Gesetzesentwürfe aus den Jahren 1931, 1933 und 1938 wurden ebenfalls verworfen.³²⁸ Erst im Rahmen der Angleichung nationaler Arzneimittelvorschriften auf europäischer Ebene durch die Römischen Verträge wurde 1961 das erste Arzneimittelgesetz (AMG) verabschiedet. Es forderte jedoch lediglich eine Registrierung neuer Medikamente – eine Prüfung von Sicherheit und Wirksamkeit war nicht Gegenstand des Gesetzes. Die Verantwortung für die Wirksamkeit und Unschädlichkeit oblag ausschließlich dem Hersteller.

Erst die Contergan-Katastrophe von 1961 führte zu einer Diskussion über die Arzneimittelsicherheit. Dabei wurde deutlich, dass die im Arzneimittelgesetz von 1961 verankerten Regelungen nicht ausreichten, um die Bevölkerung wirksam vor schädlichen Arzneimittelwirkungen zu schützen. Auch wenn das bestehende Gesetzeswerk in der Folge mehrmals novelliert wurde (z.B. durch das Änderungsgesetz vom 23. Juni 1964 oder die Arzneimittelprüfrichtlinie vom 11. Juni 1971), sah sich die Bundesregierung in den 1970er Jahren gezwungen, die Arzneimittelgesetzgebung umfassend neu zu regeln. Entscheidend hierfür war nicht zuletzt der Einfluss der Europäischen Gemeinschaft. So waren die Rahmenbedingungen für eine Novellierung des Arzneimittelgesetzes durch ent-

³²⁶ Vgl. Stapel (1988), S. 38 ff.

³²⁷ Vgl. ebd., S. 44.

³²⁸ Vgl. ebd., S. 85 ff.

sprechende Beschlüsse des Europarats weitgehend vorgegeben.³²⁹ Kernpunkte der Diskussionen im *Deutschen Ärzteblatt* in den Jahren 1973 bis 1978 waren folgende Fragen: Soll die Arzneimittelprüfung den Ärzten oder staatlichen Stellen übertragen werden? Soll es einen einheitlichen Wirksamkeitsnachweis für alle Arzneimittel geben? Wie soll die klinische Prüfung von Arzneimitteln in der Praxis umgesetzt werden und welche juristischen und ethischen Probleme sind damit verbunden?

³²⁹ Vgl. ebd., S. 432 ff.

7.1 Die Arzneimittelprüfung als Belastung für die Arzt-Patienten-Beziehung (1973/74)

Die Diskussion im *Deutschen Ärzteblatt* über die Novellierung des Arzneimittelgesetzes wurde am 8. November 1973 durch einen Artikel des Bundestagsabgeordneten Udo Fiebig eröffnet.³³⁰ Der studierte Theologe wirkte als gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion maßgeblich an der Novellierung des Arzneimittelgesetzes mit. Fiebig konzentrierte sich in seinen Ausführungen auf die Frage der Arzneimittelsicherheit. Zudem griff er die Forderung nach einem therapeutischen Wirksamkeitsnachweis auf. Dabei sah er insbesondere hinsichtlich der Methoden des Nachweises der Unschädlichkeit und der Wirksamkeit erheblichen Klärungsbedarf. So sei die Übertragbarkeit von Ergebnissen tierexperimenteller Studien auf den Menschen nur unzureichend bewiesen.³³¹ Tierversuche könnten die klinische Prüfung von Arzneimitteln am Menschen nicht ersetzen. Somit setze „die Feststellung der Wirksamkeit [...] offenbar nicht nur genaue ärztliche Beobachtung, sondern auch ‚Versuche am Menschen‘ voraus“³³². Da es sich hierbei um Experimente mit gesunden Probanden handele, müssten genügend Freiwillige gefunden werden, die sich für derartige Versuche zur Verfügung stellten. Andernfalls könnten neue Arzneimittel nicht mehr zugelassen werden. Das Risiko der Versuchsteilnehmer stelle damit ein „Opfer“ für die Allgemeinheit auf der Grundlage einer staatlichen Forderung dar. Die Verankerung des therapeutischen Wirksamkeitsnachweises im Arzneimittelgesetz als Voraussetzung für die Zulassung neuer Medikamente würde damit einem „Aufopferungsanspruch“³³³ des Staates entsprechen. Ein derartiger Anspruch berge jedoch erhebliche verfassungsrechtliche Risiken, da fraglich sei, ob die im Grundgesetz garantierte Unversehrtheit des Individuums mit einem derartigen staatlichen Aufopferungsanspruch vereinbar sei. Zudem sei eine Haftung des Staates für Schäden der Versuchspersonen zu befürchten. Darüber hinaus könne der Staat im Rahmen von randomisierten klinischen Studien für die Nichtbehandlung von Versuchsteilnehmern zur Verantwortung ge-

³³⁰ Vgl. Fiebig (1973), DÄ, H. 45, S. 3130-3134.

³³¹ Vgl. ebd., S. 3132.

³³² Ebd.

³³³ Ebd.

zogen werden. Vor dem Hintergrund der dargestellten Problematik kam Fiebig zu dem Schluss, die Prüfung neuer Arzneimittel den Ärzten zu übertragen: Durch die intensive Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pharmaindustrie könnten die Zulassungsverfahren für neue Arzneimittel beschleunigt und die Reaktionszeiten beim Verdacht auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen verkürzt werden.³³⁴ Auch das Problem des staatlichen Aufopferungsanspruchs könne mit diesem Modell gelöst werden, „weil der Kranke als Bürger unseres Rechtsstaates seinen Behandlungsauftrag an den behandelnden Arzt und nicht an das Bundesgesundheitsamt richtet und weil andererseits das industriell vorgefertigte Arzneimittel in letzter Instanz ein Angebot an den therapeutisch tätigen Arzt ist“³³⁵. An dieser Stelle wird deutlich, dass es Fiebig als Vertreter des Staates in erster Linie um die Frage der demokratischen Legitimation des therapeutischen Wirksamkeitsnachweises ging und weniger um den Schutz der Versuchsperson. Denn aus dem im Grundgesetz verankerten Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit lässt sich ableiten, dass nicht der Staat, sondern nur der Patient einen ärztlichen Behandlungsauftrag erteilen kann. Aus dieser Perspektive ist seine Forderung, die Arzneimittelprüfung den Ärzten zu übertragen, nur folgerichtig.

In seiner Replik wies der Pharmakologe und spätere Präsident des Bundesgesundheitsamtes, Georges Michael Fülgraff, die Forderung Fiebigs, die Begutachtung neuer Arzneimittel den Ärzten und ihren Verbänden zu übertragen, entschieden zurück:

Der Vorschlag des Abgeordneten Fiebig, ‚die Ärzte durch ihre Organisationen die Beurteilung neuer Arzneimittel selbst vornehmen zu lassen und das Bundesgesundheitsamt die Registrierung auf Grund dieser Begutachtung vornehmen zu lassen‘, käme einer Katastrophe gleich. Die Bürger unseres Landes wären als Patienten Versuchskaninchen für die pharmazeutischen Industrien der ganzen Welt, die in der Bundesrepublik ein Experimentierfeld für ihre neuen Präparate sehen müßten.³³⁶

³³⁴ Vgl. ebd., S. 3134.

³³⁵ Ebd.

³³⁶ Fülgraff (1974), DÄ, H. 5, S. 324 f.

Fülgraff begründete seine ablehnende Haltung mit dem Verweis auf zurückliegende Arzneimittelskandale, die gezeigt hätten, „daß ärztliche Warnungen gegenüber wirtschaftlichen Interessen wenig ausrichten“³³⁷. Mit diesem Einwand bezog er sich auf die Contergan-Katastrophe, einen der größten Arzneimittelskandale in der Geschichte der Bundesrepublik. Dabei sei deutlich geworden, dass die im Arzneimittelgesetz von 1961 festgeschriebenen Zulassungsvorschriften für neue Arzneimittel keinesfalls ausgereicht hatten, um die Bevölkerung wirksam vor schädlichen Arzneimittelwirkungen zu schützen. Zudem würde die Durchführung von klinischen Studien in Arztpraxen zu einer erheblichen Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung führen:

Wozu würde es im übrigen führen, wenn jeder niedergelassene Arzt beim Auftauchen eines neuen Arzneimittels auf dem Markt mit Doppelblindversuchen, Auslaßversuchen und mit Vergleichen mit Plazebobehandlung beginnen würde. Wohl kaum dem Vertrauen zwischen Arzt und Patient und wohl kaum der Sicherheit auf dem Arzneimittelsektor würde es dienen.³³⁸

Ferner befasste sich Fülgraff mit den Methoden zum Nachweis der Wirksamkeit und Unschädlichkeit. Dabei teilte er die Kritik Fiebigs an der unkritischen Übertragung von Ergebnissen aus tierexperimentellen Studien auf Arzneimittelwirkungen beim Menschen. Dennoch könne „bei aller Einschränkung der Extrapolation der Ergebnisse auf den Menschen“³³⁹ auf Tierversuche keinesfalls verzichtet werden. Entscheidend sei vielmehr eine Festlegung der Modalitäten klinischer Prüfungen, um Patientensicherheit zu gewährleisten. Angesichts dessen müsse „das neue Arzneimittelgesetz [...] klar festlegen, wer künftig das Recht haben soll, diese ersten klinischen Prüfungen am Menschen durchzuführen, und wer bestimmt, wann die erste Prüfung am Menschen vertretbar ist“³⁴⁰. Grundlage der Arzneimittelsicherheit sei ein für alle neu entwickelten Medikamente vorzulegender Wirksamkeitsnachweis, der jedoch nur im Hinblick auf eine klar definierte Indikation erbracht werden könne. Zudem müsse die Pharmaindustrie alle beobachteten Nebenwirkungen unverzüglich der Arzneimittel-

³³⁷ Ebd., S. 323.

³³⁸ Ebd.

³³⁹ Ebd., S. 324.

³⁴⁰ Ebd.

kommission der deutschen Ärzteschaft melden. Vor der Erstanwendung eines Arzneimittels am Menschen müssten alle verfügbaren Fakten dem Bundesgesundheitsamt zur Verfügung gestellt und Bedingungen für klinische Prüfungen am Menschen definiert werden. Darüber hinaus müsse dem Bundesgesundheitsamt das Recht zur Überprüfung aller von der Pharmaindustrie vorgelegten Daten eingeräumt werden.³⁴¹

In seiner Erwiderung konzentrierte sich Fiebig auf die Methoden des Nachweises der Wirksamkeit und der Unschädlichkeit. Dabei bestritt er nicht grundsätzlich die Notwendigkeit von Tierversuchen, forderte jedoch „eine klare und einwandfreie statistische Charakterisierung, ob und inwieweit eine zuverlässige Abschätzung des Auftretens schädlicher Nebenwirkungen beim Menschen durch den toxikologischen Tierversuch möglich ist“³⁴². Da die Prüfung von Arzneimitteln am Menschen durch tierexperimentelle Studien jedoch nicht zu ersetzen sei, müssten klare Bedingungen für die Durchführung von Versuchen am Menschen gelten:

Es muß gewährleistet sein, daß jeder Patient die derzeit optimale Behandlung, die dem Arzt zur Verfügung steht, erhält und daß keine therapeutische Maßnahme, die für ihn erforderlich ist, aus Gründen des Versuchsplanes oder -zieles unterlassen wird. Die sogenannte Randomisierung ist daher nur als Ausnahmefall zulässig, wenn verschiedene Behandlungen verglichen werden, die vom Behandlungsauftrag des Patienten gleichwertig gedeckt sind. Der doppelte Blindversuch ist in der Behandlung von Kranken in der Regel nicht zulässig. Die Diskussion über die gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung des Wirksamkeitsnachweises hat verschiedene Voraussetzungen: Zum Beispiel ist die Verhältnismäßigkeit der Mittel zu berücksichtigen. Weiter muß gesichert sein, daß jede Wirksamkeit eines Arzneimittels mit Methoden erfaßt werden kann, die den Normen der Individual-Ethik entsprechen.³⁴³

Mit der Forderung nach Gleichbehandlung von Test- und Kontrollgruppe wies Fiebig auf eines der zentralen ethischen Dilemmata des kontrollierten klinischen Versuchs hin: Während die Testgruppe ein neues Medikament und damit mög-

³⁴¹ Vgl. ebd., S. 325.

³⁴² Fiebig (1974), DÄ, H. 5, S. 327.

³⁴³ Ebd., S. 328.

licherweise eine neue Heilungschance erhält, wird diese den Mitgliedern der Kontrollgruppe möglicherweise verwehrt. Vor diesem Hintergrund sei die Randomisierung, also die zufällige Zuteilung der Patienten zur Test- oder Kontrollgruppe, nur in Ausnahmefällen erlaubt. Voraussetzung hierfür sei die explizite Zustimmung des vollumfänglich aufgeklärten Patienten, möglicherweise auch der Kontrollgruppe zugeteilt zu werden und damit eine andere oder gar eine Placebobehandlung zu bekommen. Fiebig bestand darauf, dass die Durchführung einer randomisierten klinischen Studie nur dann ethisch vertretbar sei, wenn vor Studienbeginn tatsächlich Unklarheit darüber besteht, welche der beiden zu vergleichenden Therapieoptionen als Erfolg versprechender gilt.

In der Folge widmete sich Fiebig den konkreten Ausführungsbestimmungen klinischer Prüfungen. Hierzu griff er die Frage Fülgraffs nach der Entscheidungskompetenz bei der Durchführung klinischer Prüfungen auf und forderte die konsequente Trennung von behandelndem und forschendem Arzt. So müsse der behandelnde Arzt zu jedem Zeitpunkt der Versuchsdurchführung die Möglichkeit haben, den Versuch abzubrechen. Auch wenn dies dem Forschungsinteresse diametral entgegenstehe. Forschung und ärztliches Handeln dürften sich demzufolge nicht in der Verantwortlichkeit derselben Person befinden.³⁴⁴ Mit dieser Konstruktion zeigte er einen möglichen Lösungsansatz für den in der Person des forschenden Arztes angelegten Rollenkonflikt auf. Der Vorstoß Fiebigs war somit ein Vorgriff auf die in der revidierten *Deklaration von Helsinki* von 1975 geforderte Schaffung von beratenden und kontrollierenden Gremien, um Versuchspersonen besser zu schützen.

Die dargestellte Auseinandersetzung zwischen Fiebig und Fülgraff bildete den Auftakt zu einer Debatte über verschiedene Aspekte der Novellierung des Arzneimittelgesetzes. Elementarer Streitpunkt zwischen beiden war die Frage, ob die Arzneimittelprüfung den Ärzten übertragen oder staatlicher Kontrolle unterstellt werden sollte. Interessanterweise plädierte Fiebig als Vertreter des Staates für die Arzneimittelbegutachtung durch die Ärzte und ihre Organisationen, während sich Fülgraff als Vertreter der Ärzteschaft für eine staatliche Überwa-

³⁴⁴ Vgl. ebd., S. 328.

chung der Arzneimittelzulassung aussprach. Die Forderung Fülgraffs nach staatlicher Kontrolle ärztlichen Handelns erstaunt, da sich die ärztlichen Standesorganisationen traditionell gegen staatliche Interventionen wehrten. Diese Haltung kam auch in der Debatte über die Novellierung der Arzneimittelgesetzgebung unmissverständlich zum Ausdruck. So stellte die Redaktion des *Deutschen Ärzteblatts* in ihrem Bericht über die XXIX. Generalversammlung des Weltärztebundes vom 6. bis 10. Oktober 1975 in Tokio fest:

In aller Welt sind Regierungen und Parlamente damit beschäftigt, die Gesetzgebung über Arzneimittel zu reformieren – ob immer auch: zu verbessern, sei dahingestellt. Und die gesundheitspolitische Vereinigung der Regierungen, die Weltgesundheitsorganisation, sieht sich in dieser Hinsicht von ihren Mitgliedern ebenfalls gedrängt. Es war deshalb Eile geboten, dass sich die Ärzte zu Wort melden, um zu verhindern, dass staatlicher Dirigismus im günstigsten, sogenannte ‚gesellschaftliche Interessen‘ im schlimmeren Falle die Oberhand über die Auffassung der forschend tätigen Ärzte gewinnen – eine Gefahr, die nahelag und auch den pharmazeutischen Fortschritt hätte bremsen können.³⁴⁵

Entsprechend verärgert äußerte sich Fiebig über die Haltung der ärztlichen Standesvertreter in dieser Frage. Er kritisierte, dass „man [...] nicht nach einer staatlichen Reglementierung ärztlicher Tätigkeit rufen und zu gleicher Zeit die ärztliche Freiheit verteidigen wollen [könne]“³⁴⁶. Weshalb plädierte Fülgraff als Vertreter der Ärzteschaft so vehement dafür, die Arzneimittelzulassung staatlichen Stellen zu übertragen, obwohl dies eine Einschränkung des ärztlichen Autonomieanspruchs bedeutet hätte?

Die von Fülgraff beklagte Ohnmacht der Ärzteschaft gegenüber den wirtschaftlichen Interessen der Pharmaindustrie kann tatsächlich anhand der Contergan-Katastrophe belegt werden. Vergeblich hatten Ärzte auf den Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme und dem Auftreten von Gesundheitsschäden hingewiesen. Erst unter dem Druck der Öffentlichkeit reagierte die Pharmaindustrie und nahm Contergan vom Markt. Ferner betonte Fülgraff, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient durch die Mitwirkung der

³⁴⁵ Burkart (1975), DÄ, H. 46, S. 3161 f.

³⁴⁶ Fiebig (1974), DÄ, H. 5, S. 328.

Ärzeschaft und ihrer Verbände bei der Zulassung neuer Medikamente empfindlich gestört würde. Dieses Argument ist sicherlich nicht von der Hand zu weisen. Denn die Doppelrolle des forschenden Arztes als Vertrauensperson des Patienten, der die Individualität des Patienten negieren muss, um Erkenntnisse über die Allgemeinheit zu erlangen, stellt nicht nur einen intrapersonalen Rollenkonflikt dar, sondern führt durchaus zu einer Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung. Als Argument für die Rollentrennung von behandelndem und forschendem Arzt dienen nicht nur der intrapersonale Rollenkonflikt in der Person des Arztes, sondern auch ein möglicher Konflikt auf Seiten des Patienten. Dieser bezieht sich auf die Situation eines Patienten, der von seinem behandelnden Arzt um die Teilnahme an einer klinischen Studie gebeten wird. Da sich der Patient in Bezug auf seine Therapie in einem Abhängigkeitsverhältnis zu seinem Arzt befindet, könnte es ihm Probleme bereiten, der Bitte seines Arztes nicht zu entsprechen. Durch die personelle Trennung von behandelndem und forschendem Arzt ließen sich dieser Konflikt und eine damit verbundene Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung vermeiden.³⁴⁷ Letztlich kann Fülgraffs Position auch als Reaktion auf die zahlreichen Forschungsskandale der jüngeren Vergangenheit verstanden werden, in denen Ärzte immer wieder ethische Grenzen missachtet hatten. Die Diskussion über die von Henry Beecher in seinem Artikel im *New England Journal of Medicine* von 1966 als unethisch kritisierten klinischen Studien hatte verdeutlicht, dass die professionsinternen Kontrollmechanismen auf erschreckende Weise versagt hatten. Vor diesem Hintergrund erscheint die von Fülgraff vorgeschlagene Delegation ärztlicher Verantwortung an staatliche Stellen als Versuch, verloren gegangenes Vertrauen in die moralische Integrität der Ärzteschaft zurückzugewinnen. Dennoch sollten derartige strategische Überlegungen nicht überbewertet werden, da das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient durch die ärztliche Doppelrolle als Arzt und Forscher tatsächlich einer ernsthaften Belastungsprobe ausgesetzt worden wäre. Jenseits dessen stellt sich die Frage, wie repräsentativ die Haltung Fülgraffs für die gesamte Ärzteschaft tatsächlich war. Schließlich handelte es sich bei der im *Deutschen Ärzteblatt* abgebildeten Diskussion über die Fra-

³⁴⁷ Vgl. Wiesing (2012), S. 132 f.

ge, ob die Arzneimittelprüfung den Ärzten zu übertragen oder staatlicher Kontrolle zu unterstellen sei, lediglich um eine Kontroverse zwischen zwei Diskutanten, dem Abgeordneten Fiebig als Vertreter des Staates und dem Pharmakologen Fülgraff als Vertreter der Ärzteschaft. Auf dieser Grundlage kann nur sehr bedingt ein differenziertes Meinungsbild der deutschen Ärzteschaft in dieser Frage gezeichnet werden.

7.2 Die Diskussion über den Wirksamkeitsnachweis als Voraussetzung für die Zulassung neuer Arzneimittel (1975/76)

Kernpunkt des Arzneimittelgesetzes von 1976 war die Festschreibung eines Zulassungsverfahrens mit dem Nachweis von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit. Insbesondere der geforderte Wirksamkeitsnachweis führte zu heftigen innerärztlichen Kontroversen über die Frage, ob und inwiefern er auch für die Medikamente und Therapien der Homöopathie, der Phytotherapie und der Anthroposophie gelten sollte.³⁴⁸ Bereits in der Debatte zwischen dem Bundestagsabgeordneten Fiebig und dem Pharmakologen Fülgraff über die Frage, ob die Arzneimittelprüfung den Ärzten oder staatlichen Stellen übertragen werden sollte, zeichnete sich ein grundsätzlicher Dissens über die Einführung eines einheitlichen Wirksamkeitsnachweises für alle Medikamente ab. Fiebig forderte, dass die Einführung eines Wirksamkeitsnachweises nicht zur Benachteiligung alternativer Heilmethoden führen dürfe.³⁴⁹ Fülgraff hingegen beharrte auf einem für alle Arzneimittel gleichen Wirksamkeitsnachweis, wonach „alle Richtungen, Schulmedizin ebenso wie die besonderen Heilverfahren, den gleichen Kriterien unterworfen werden [sollten]“³⁵⁰. Nur damit könnten Patienten vor Behandlungen geschützt werden, „die nicht wissenschaftlich nachprüfbar sind“³⁵¹.

Im *Deutschen Ärzteblatt* erhielt die Diskussion über den Wirksamkeitsnachweis entscheidende Impulse durch einen Artikel des Philosophen Robert Spaemann in der *Deutschen Zeitung* vom 14. Februar 1975.³⁵² Elementarer Streitpunkt der dadurch ausgelösten Debatte war die Frage, ob es überhaupt geeignete Verfahren gebe, um die Wirksamkeit eines Medikaments ausreichend belegen zu können. Spaemann wertete es als eine „Fiktion zu glauben, wir verfügten über Prüfungsverfahren, die es gestatteten, ‚Wirksamkeit‘ von Arzneimitteln zuverlässig zu objektivieren“³⁵³. Seine Argumentation stützte er im Wesentlichen auf die 1974 publizierte Arbeit „Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft“ des anthro-

³⁴⁸ Vgl. Maio (2002), S. 306 ff.

³⁴⁹ Vgl. Fiebig (1973), DÄ, H. 45, S. 3133.

³⁵⁰ Fülgraff (1974), DÄ, H. 5, S. 324.

³⁵¹ Ebd.

³⁵² Vgl. Spaemann (1975), S. 2.

³⁵³ Ebd.

posophisch orientierten Neurologen Gerhard Kienle, der sich als wissenschaftlicher Gutachter des Arzneimittelausschusses des Bundestags maßgeblich für die Erstattungsfähigkeit der homöopathischen und anthroposophischen Medizin eingesetzt hatte. Dessen Untersuchungen hätten gezeigt, so Spaemann, dass „alle diese Verfahren [...] auf dem Prinzip [beruhen], experimentelle Bedingungen herzustellen, die es erlauben, subjektive Faktoren, Suggestion, Autosuggestion usw. auszuschalten und die Kausalbeziehung zwischen der chemischen Substanz und einer Veränderung des Organismus isoliert darzustellen“³⁵⁴. Doch gerade der Glaube des Patienten und des Arztes an die Wirksamkeit einer Therapie stellten eine entscheidende Größe im Heilungsprozess dar:

Wenn im Rahmen eines solchen Konzeptes – wie der Homöopathie oder der Anthroposophie oder naturheilkundlicher Verfahren – bestimmte Medikamente in Verbindung mit dem ‚Glauben‘ an sie wirken, dann ist es kein Gegenargument, wenn sich diese Wirkung im Rahmen von Prüfungsverfahren nicht bestätigen läßt, die von vornherein unter anderen Voraussetzungen veranstaltet werden.³⁵⁵

Spaemann erkannte in der Forderung, „daß das Arzneimittel in einer klinischen Prüfung – ‚nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft‘ – auf seine Wirksamkeit hin untersucht wurde“³⁵⁶, das Bestreben, „einen bestimmten Begriff von Wissenschaftlichkeit auf dem Gesetzeswege durchzusetzen“:

Der Versuch, dem Medizinmann administrativ das Handwerk zu legen, wenn er nicht seine Mittel in klinischen Prüfungen bei eigener Abwesenheit testen läßt, ist ein Versuch, der selbst noch dem Geist der Medizinmänner nähersteht als dem Geist kritischer Wissenschaft.³⁵⁷

Die Forderung nach einem Wirksamkeitsnachweis für alle Medikamente zählte er „zu den klassischen Aufgaben des absolutistischen und des totalitären Staates, seine Untertanen auf den Weg zum richtigen Leben, zu Gesundheit und

³⁵⁴ Ebd.

³⁵⁵ Ebd.

³⁵⁶ Ebd.

³⁵⁷ Ebd.

Glück zu führen, den die Inhaber der Staatsgewalt für den wahren Weg halten“³⁵⁸.

Ausgangspunkt der im *Deutschen Ärzteblatt* dokumentierten Debatte über den Artikel Spaemanns bildete zunächst eine Erwiderung von Walter Rummel, dem stellvertretenden Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Rummel fokussierte seine Einwände auf Spaemanns zentrale These, wonach es eine Illusion sei, zu glauben, die Wirksamkeit von Arzneimitteln völlig frei von subjektiven Einflussfaktoren abbilden zu können.³⁵⁹ Unter Verweis auf die Placebo-Forschung erkannte er die suggestive Wirkung einer Therapie grundsätzlich an, plädierte jedoch für eine differenzierte Betrachtungsweise. So müsse bei jeder Erkrankung zwischen primär psychischer oder organischer Genese unterschieden und eine entsprechend gewichtete Therapie angewandt werden. Unter Rückgriff auf die Erkenntnisse der Placebo-Forschung im Hinblick auf die Applikation von Schmerzmitteln führte er aus:

Das Resultat dieser Untersuchung ist exemplarisch und stimmt mit einer allgemeinen ärztlichen Erfahrung überein: je stärker psychische Faktoren für Krankheitserscheinungen verantwortlich sind, um so wirkungsvoller ist der suggestive Anteil bei therapeutischen Maßnahmen, und je stärker organische Veränderungen das Krankheitsgeschehen bestimmen, um so unentbehrlicher wird der nichtsuggestive Anteil der Medikation.³⁶⁰

Daraus zog er die Schlussfolgerung, dass, „je ernster die Situation, je vitaler die Bedeutung des Arzneimittels, um so entscheidender wird der nichtsuggestive und um so unerheblicher der suggestive Anteil seiner Wirkung“³⁶¹. Auch wenn der Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit gelegentlich nur schwer zu erbringen sei, müssten weiterhin alle Anstrengungen auf diesem Gebiet unternommen werden, um Patienten vor unwirksamen oder gar schädlichen Medikamenten zu schützen. Rummel schloss seine Ausführungen mit der rhetorischen Frage, ob man lediglich deshalb auf den Wirksamkeitsnachweis von Arz-

³⁵⁸ Ebd.

³⁵⁹ Vgl. ebd.

³⁶⁰ Rummel (1975), DÄ, H. 37, S. 2551.

³⁶¹ Ebd.

neimitteln verzichten solle, weil dieser für einige wenige Medikamente nicht mit letztgültiger Sicherheit erbracht werden könne:

Wie schwierig es bisweilen ist, die therapeutische Wirksamkeit von Arzneimitteln nachzuweisen, ist niemand klarer als denen, die sich professionell damit befassen. Aber soll man etwa die Forderung nach der Aufklärung von Verbrechen, deswegen aufgeben, weil es unter bestimmten Bedingungen sehr schwierig ist und nach Auskunft der Statistik bei einem nicht geringen Prozentsatz bisher nicht möglich war?³⁶²

In einem weiteren Diskussionsbeitrag meldete sich der Kasseler Allgemeinmediziner Gottfried Büttner zu Wort und unterstrich Spaemanns Kritik an der Einführung eines einheitlichen Wirksamkeitsnachweises. Auch er sah darin eine Benachteiligung alternativer Heilverfahren:

Alle ‚nichtsuggestiven‘, das heißt hier ‚pharmakologisch nachgewiesenen‘ Arzneimittelwirkungen einfach allen ‚suggestiven‘ gegenüberzustellen ist eine unbegründbare Simplifizierung zum Nachteil aller jener Arzneimittel, die den Organismus zur Selbstheilung anregen, weil deren Arzneiwirksamkeit schwerer nachweisbar ist. Sie werden pauschal als Placebo hingestellt.³⁶³

Angesichts der Uneinigkeit innerhalb der Ärzteschaft hinsichtlich der Verfahren zur Überprüfung der Arzneimittelwirksamkeit sollte auf die Forderung nach einem Wirksamkeitsnachweis für alle Medikamente vorerst verzichtet werden. Wenn der Gesetzgeber diesen dennoch fordere, müsse „er [...] zumindest den unterschiedlichen wissenschaftlichen Meinungen und Auffassungen darüber gerecht werden und differenziert gehandhabt werden“³⁶⁴. Andernfalls müsse sich die Ärzteschaft „den Vorwurf gefallen lassen, ‚absolutistisch zum Wohle des Volkes‘ gedacht zu haben, und das verträgt sich nicht mit unserem Grundgesetz“³⁶⁵.

Interessanterweise meldete sich in der Diskussion auch Gerhard Kienle selbst zu Wort, der sich in seiner Kritik an der Durchführung doppelblinder, randomisierter und placebokontrollierter Studien zur Erbringung des Wirksamkeits-

³⁶² Ebd.

³⁶³ Büttner (1976), DÄ, H. 16, S. 1113.

³⁶⁴ Ebd., S. 1114.

³⁶⁵ Ebd.

nachweises wiederum auf den Bielefelder Strafrechtler Martin Fincke stützte. Fincke wertete die Vorenthaltung einer als überlegen anerkannten Therapie im Rahmen der Zufallsverteilung des Doppelblindversuchs als vorsätzliche Tötung. Kienle richtete vor diesem Hintergrund in seinem Beitrag zwei Fragen an Walter Rummel. Zunächst wies er auf die aus seiner Sicht fehlenden Methoden zur Erbringung des Wirksamkeitsnachweises hin:

Können Sie mir einen methodisch und ethisch einwandfreien kontrollierten klinischen Versuch zum Nachweis einer Wirksamkeit – das heißt der Heilung oder Besserung einer behandlungsbedürftigen Krankheit – vorlegen?³⁶⁶

Seine zweite Frage bezog sich auf die Praxis des Doppelblindversuchs zur Überprüfung der Arzneimittelwirksamkeit, dessen Aussagekraft und Übertragbarkeit auf die therapeutische Situation er stark anzweifelte:

Können Sie mir eine Arbeit nennen, in der die Methode des Doppelblindversuches validiert worden ist, das heißt in der nachgewiesen ist, daß die Versuchsanordnung als solche nicht in die Voraussetzungen der Vergleichsgruppe eingeht und die Ergebnisse eines solchen Versuches somit auf die offene Behandlungssituation übertragbar sind?³⁶⁷

Auch der Münsteraner Arzt Theo Raspe pflichtete Spaemann bei, indem er betonte, dass dieser „sich zu Recht und dankenswerterweise gegen die Bevormundung durch den Staat [wehre], der seinen Bürgern lediglich stark wirksame Arzneien von staatlich nachgewiesener Wirksamkeit zugestehen möchte“³⁶⁸. In Anlehnung an Rummels Vergleich zwischen der Erbringung des Wirksamkeitsnachweises und der polizeilichen Fahndung von Straftätern gab Raspe zu bedenken:

Das Bild ist falsch: der Verbrecherjagd entspricht der Nachweis der Unschädlichkeit. Der Wirksamkeitsnachweis, auf die Ebene der Polizei übertragen, das hieße jedem Bürger zur Pflicht zu machen, seine Unschuld vor Gericht zu beweisen. Noch ist bei uns die Rechtslage so, daß jeder als unschuldig gilt, solange man ihm nicht das Gegenteil bewiesen hat. Und die althergebrachte Arznei, das homöopathische Simile, das Heilkraut hat eben-

³⁶⁶ Kienle (1976), DÄ, H. 16, 1114.

³⁶⁷ Ebd.

³⁶⁸ Raspe (1976), DÄ, H. 16, S. 1115.

sowenig wie der biedere Kleinbürger das Geld und die Verbindungen, den Nachweis seiner Nützlichkeit vor einer gestrengen Kommission zu führen.³⁶⁹

In einer abschließenden Stellungnahme wies Walter Rummel darauf hin, dass die Ablehnung des therapeutischen Wirksamkeitsnachweises dramatische Folgen für die Arzneimittelsicherheit habe: „entweder man untersagt sicherheits- halber jede Neueinführung oder man läßt ohne kontrollierte Erprobung am Menschen [...] – der Hypothese eines Antragstellers vertrauend – auf gut Glück neue Substanzen für den allgemeinen Gebrauch zu“³⁷⁰. Der Verzicht auf den Wirksamkeitsnachweis bedeute der Verzicht auf den Nachweis der Unschäd- lichkeit eines Medikaments, „weil es sich hierbei um eine relative Größe han- delt: nicht eine Substanz an sich ist unbedenklich, sondern sie ist es nur in einer in einem bestimmten Verhältnis zur therapeutischen Dosis stehenden Men- ge“³⁷¹. Der Kritik an der klinischen Prüfung von Medikamenten am Menschen setzte er die Errungenschaften der modernen Medizin entgegen:

Die heutigen pharmakotherapeutischen Erfolge sind das Resultat der am Menschen durchgeführten Erprobungen von gestern. Alle ‚probaten‘ Heilver- fahren [...] sind irgendwann einmal zum ersten Male am Menschen erprobt worden. Das *Ziel*, neben dem therapeutischen Fortschritt für alle größtmögli- che Sicherheit für den einzelnen zu gewährleisten, kann *ohne* allgemeinver- bindliche *Regelungen nicht erreicht werden*.³⁷²

Die Auseinandersetzung über den Wirksamkeitsnachweis war eng mit der Dis- kussion über die Anerkennung alternativer Heilmethoden verbunden, die in der Öffentlichkeit zunehmend Akzeptanz genossen. Darauf stützte sich Udo Fiebig in seiner Kritik an der Einführung eines einheitlichen Wirksamkeitsnachweises, der aus seiner Sicht zu einer Benachteiligung alternativer Heilverfahren führe:

Der Gesetzgeber muß von der Tatsache ausgehen, daß die Hälfte der west- deutschen Bevölkerung die besonderen Heilverfahren wünscht und daß

³⁶⁹ Ebd.

³⁷⁰ Rummel (1976), DÄ, H. 16, S. 1115.

³⁷¹ Ebd.

³⁷² Ebd.

nach den Erhebungen von Ritter etwa 70 Prozent der niedergelassenen Ärzte diese besonderen Heilverfahren für notwendig halten.³⁷³

In seiner Argumentation verwies er auf eine Untersuchung des Homöopathen Hans Ritter, ehemaliger Chefarzt der Poliklinik des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart, die dieser im Sommer 1967 mit Unterstützung der Ärztekammer durchgeführt hatte. Darin wurden Stuttgarter Kassenärzte befragt, welcher Heilmethoden sie sich neben den von der Wissenschaft anerkannten in ihrer ärztlichen Praxis bedienten. Nur eine Minderheit der befragten Ärzte erklärte, dass sie ausschließlich auf die Heilverfahren der Schulmedizin setze, während die anderen angaben, auch von der Wissenschaft nicht anerkannte Heilmethoden anzuwenden. Am häufigsten genannt wurde die Homöopathie, gefolgt von der Naturheilkunde und der Phytotherapie.³⁷⁴ Alternativmedizinische Heilverfahren bezogen ihre hohe Akzeptanz bei Ärzten und in der Bevölkerung maßgeblich aus den gesellschaftspolitischen Wandlungsprozessen der 1960er Jahre. Kennzeichnend für diese Entwicklung waren eine zunehmend kritische Haltung gegenüber den Errungenschaften des technischen Fortschritts sowie ein gewachsenes Bewusstsein für den Umweltschutz und ökologisch nachhaltiges Wirtschaften. Zugleich nahm in den gesellschaftspolitischen Debatten das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben einen zunehmend größeren Stellenwert ein, insbesondere im Hinblick auf die Gesundheit als höchstem Gut menschlichen Lebens.³⁷⁵ Das Interesse an alternativen Heilmethoden dokumentierte diesen Wertewandel und die damit verbundene Forderung nach Mitsprache in medizinischen Fragen.

Die offensichtliche Zurückhaltung der deutschen Ärzteschaft in der Diskussion über die Ethik der Forschung am Menschen war auch eine Reaktion auf den Ende der 1940er Jahre einsetzenden Sensibilisierungsprozess für die ethischen Implikationen biomedizinischer Forschung. Das Bekanntwerden der verbrecherischen Menschenversuche in den nationalsozialistischen Konzentrationslagern im Rahmen des Nürnberger Ärzteprozesses hatte weltweit Entsetzen ausgelöst.

³⁷³ Fiebig (1973), DÄ, H. 45, S. 3133.

³⁷⁴ Vgl. Ritter (1968), S. 67.

³⁷⁵ Vgl. von Klipstein/Strümpel (1985), S. 36.

Nach einer kurzen Phase der Entrüstung verebbte die Debatte über die Forschung am Menschen jedoch zunehmend.³⁷⁶ Erst die Contergan-Katastrophe von 1961 rief die im *Nürnberger Kodex* formulierten Anforderungen für die Forschung am Menschen und die Konzeption der informierten Einwilligung wieder in Erinnerung. Wesentliche Impulse erfuhr die Debatte in den 1960er Jahren auch durch die Aufdeckung zahlreicher Forschungsskandale.³⁷⁷ Im Zuge der generellen Hinterfragung tradierter Wertmaßstäbe und bislang nahezu kritiklos anerkannter Autoritäten der späten 1960er Jahre hatten sich in der Folge der Entstehung der Neuen Sozialen Bewegungen wie der Frauen-, Ökologie- oder Friedensbewegung auch Patientenrechtsbewegungen entwickelt, die mehr Mitsprache bei ärztlichen Entscheidungen und eine umfassendere Rechtfertigung ärztlichen Handelns einforderten.³⁷⁸ Infolgedessen „konzentrierte sich nun die Debatte stärker auf die Rechte des Probanden als auf die Verpflichtung des Wissenschaftlers“³⁷⁹. Der medizinische Fortschritt beförderte zudem die Erkenntnis, dass ärztliche Entscheidungen mehr als medizinisches Fachwissen erfordern. So konstatiert der Medizinethiker Giovanni Maio einen seit den 1960er Jahren zu beobachtenden „Verlust der ethischen Definitionsmacht der Ärzte“:

Diese Expertenkritik wurde im Bereich der Medizin noch durch die zunehmende Einsicht verschärft, daß viele brennende Probleme in der Medizin nicht mehr nur durch den medizinischen Sachverstand gelöst werden konnten, sondern daß sie Beurteilungen notwendig erscheinen ließen, die außermedizinische Kompetenzen auf den Plan riefen. Die Ärzte verloren die bis dahin unangefochtene Definitionsmacht in medizinethischen Fragen.³⁸⁰

Der Verlust der Deutungshoheit der Ärzteschaft in medizinethischen Fragen war auch maßgeblich für die Zurückhaltung der Ärzteschaft in der öffentlichen Diskussion über die Forschung am Menschen. Sie war Ausdruck der Verunsicherung angesichts der mit dem medizinisch-technologischen Fortschritt verbunde-

³⁷⁶ Vgl. Krause und Winslade (1997), S. 192.

³⁷⁷ Vgl. Maio (2002), S. 31 f.

³⁷⁸ Zur Geschichte der Neuen Sozialen Bewegungen in der BRD vgl. u.a. Roth/Rucht (2008), Wolfrum (2006) und Conze (2009).

³⁷⁹ Krause und Winslade (1997), S. 211.

³⁸⁰ Maio (2002), S. 34.

nen Probleme der Medizinethik. Angesichts der zunehmenden Pluralisierung gesellschaftlicher Wertüberzeugungen und einer sich wandelnden Arzt-Patienten-Beziehung setzte sich auch innerhalb der ärztlichen Profession zunehmend die Erkenntnis durch, dass „nicht die Ärzte alleine, sondern die breite Gesellschaft herausgefordert war, Lösungen zu finden“³⁸¹.

³⁸¹ Ebd.

7.3 Der Streit zwischen Schulmedizin und alternativen Heilverfahren über die Zulässigkeit des placebokontrollierten Doppelblindversuchs (1978)

Vor dem Hintergrund der Contergan-Katastrophe wurde im Arzneimittelgesetz von 1976 die Zulassung neuer Arzneimittel an das Vorliegen klinischer Studien geknüpft. Die Debatte über die Notwendigkeit, Zulässigkeit und konkrete Durchführungspraxis dieser Prüfverfahren am Menschen griff das *Deutsche Ärzteblatt* 1978 im Rahmen einer mehrteiligen Artikelserie und eines abschließenden Schlusswortes auf. Den Kernpunkt dieser Diskussion markierte die Auseinandersetzung zwischen dem Pharmaanwalt Horst Hasskarl und dem Strafrechtler Martin Fincke über die juristischen Implikationen des placebokontrollierten Doppelblindversuchs. Fincke hatte in seinem 1977 erschienenen Buch „Arzneimittelprüfung, strafbare Versuchsmethoden: ‚erlaubtes‘ Risiko bei eingeplantem fatalen Ausgang“ die bewusste Vorenthaltung einer als wirksam erwiesenen Therapie im Rahmen des Doppelblindversuchs als vorsätzliche Tötung gewertet.³⁸² Hasskarl betonte, dass es unethisch sei, Arzneimittel zuzulassen, deren Wirksamkeit und Sicherheit nicht ausreichend belegt wurden. Damit konzentrierte sich die Debatte auf das zentrale ethische Dilemma der Forschung am Menschen, wonach es unethisch ist, eine Therapie anzuwenden, deren Wirksamkeit und Sicherheit nicht ausreichend geprüft wurde; deren Überprüfung am Menschen jedoch ebenfalls als unethisch angesehen werden muss.³⁸³

Eröffnet wurde die Kontroverse durch eine kritische Auseinandersetzung Hasskarls mit den Thesen Finckes zur Strafrechtswidrigkeit des placebokontrollierten Doppelblindversuchs. In Anknüpfung an die Diskussion über die Einführung eines einheitlichen Wirksamkeitsnachweises für alle Arzneimittel wies Hasskarl darauf hin, dass die Bundesrepublik aufgrund ihrer Mitgliedschaft in der Europäischen Gemeinschaft bereits seit 1967 dazu verpflichtet sei, „die sogenannte Erste Richtlinie des Rates zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften über Arzneyspezialitäten in deutsches Recht zu transponie-

³⁸² Vgl. Fincke (1977).

³⁸³ Vgl. Toellner (1990), S. 8.

ren³⁸⁴. Wesentlicher Bestandteil dieser Richtlinie sei die Forderung nach einem einheitlichen Wirksamkeitsnachweis für alle neu entwickelten Medikamente. Danach „werde die Zulassung der Arzneispezialität unter anderem versagt, wenn sich nach Prüfung der eingereichten Angaben und Unterlagen ergibt, daß ihre therapeutische Wirksamkeit fehlt oder unzureichend begründet ist“³⁸⁵. Gegen die dem deutschen Gesetzgeber damit auferlegte Verpflichtung, den Wirksamkeitsnachweis im Arzneimittelgesetz zu verankern, habe sich unter den Vertretern alternativer Heilverfahren massiver Widerstand formiert, „weil für die Naturheilmittel dieser Wirksamkeitsnachweis häufig kaum oder gar nicht erbracht werden könne“³⁸⁶. Unter dem Einfluss der Vertreter alternativer Therapierichtungen habe sich der Bundestagsausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit letztlich gegen einen einheitlichen Wirksamkeitsnachweis und für eine methodenpluralistische Fassung des Wirksamkeitsbegriffs entschieden:

Gerade für eine beachtliche Zahl bekannter Arzneimittel gelte, daß deren Wirksamkeit nur relativ schwer objektivierbar sei, weil die Wirkungen experimentell zum Teil überhaupt nicht nachweisbar seien. Demzufolge war der Ausschuß der Auffassung, daß die Wirksamkeit kein absoluter Begriff sei, sondern ein Kontinuum, das von ‚sehr schwach‘ bis ‚sehr deutlich‘ gehe. Je nach Lage müsse für den erkenntnistheoretisch anzugehenden, am konkreten Heilungsanspruch zu messenden Wirksamkeitsnachweis auch das teilweise jahrhundertalte Erfahrungswissen [...] als ausreichend angesehen werden, und zwar gerade dann, wenn ein wissenschaftlicher Beweis im Sinne der exakten Naturwissenschaften für die Wirksamkeit nicht erbracht werden kann.³⁸⁷

Obwohl die Naturheilmittelvertreter damit bereits einen beachtlichen Erfolg in ihrem Kampf gegen einen einheitlichen Wirksamkeitsnachweis erzielt hätten, werde mit der Arbeit Finckes „unter dem Deckmantel einer strafrechtlichen Abhandlung [...] der nächste Schlag gegen das geltende Arzneimittelrecht vorbereitet, freilich nunmehr mit einer scheinbar neuen Zielrichtung“³⁸⁸. Hasskarl betonte, dass sich die Kritik Finckes auf die Forderung konzentriere, „wonach das

³⁸⁴ Hasskarl (1978a), DÄ, H. 18, S. 1088.

³⁸⁵ Ebd.

³⁸⁶ Ebd.

³⁸⁷ Ebd., S. 1089.

³⁸⁸ Ebd.

Arzneimittel nach dem jeweils gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ausreichend geprüft sein muß³⁸⁹. Fincke hatte hierzu in seinem Buch ausgeführt:

Denn dieser Begriff [der jeweils gesicherte Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis, Anm. d. Verf.] ist so wenig faßbar und birgt eine solche wissenschaftstheoretische, kontroverspharmakologische wie auch ethische Sprengkraft in sich, daß wie bisher Arzneimittelprüfrichtlinien mediatisierend zwischengeschaltet werden müssen. Der im jeweiligen Zeitpunkt ‚gesicherte Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse‘ ist daher nach § 26 AMG in einer allgemeinen Verwaltungsvorschrift des BMJFG in subsumtionsfähige Regeln zu konkretisieren. Dadurch verlagert sich die Entscheidung der ange deuteten schweren Kontroversen von der Zulassungsstelle auf den Richtliniengeber.³⁹⁰

Würde demzufolge der Richtliniengeber, also der Bundesgesundheitsminister, so Fincke, den kontrollierten klinischen Versuch als Zulassungsvoraussetzung verlangen, „müßte er mit verfassungsrechtlichen und verwaltungsrechtlichen Verfahren rechnen“³⁹¹. Fincke verwies darauf, „daß der kontrollierte Versuch auf andere Weise mittelbar doch verbindlich gemacht werde, wenn nämlich die Krankenkassen ihn verlangten“³⁹². Er befürchtete, dass die Krankenkassen die Kosten für Arzneimittel nur unter der Bedingung erstatteten, dass der Wirksamkeitsnachweis für ein Medikament im Rahmen einer kontrollierten klinischen Prüfung erbracht wurde. Ein derartiges Verhalten sei rechtswidrig, da die Krankenkassen sich damit „der öffentlichen Aufforderung zu Straftaten [...] schuldig machen“³⁹³. Hasskarl hingegen unterstellte Fincke, den kontrollierten klinischen Versuch mit dem Ziel zu diskreditieren, die wirtschaftlichen Interessen der Naturheilmittelhersteller zu wahren.³⁹⁴ Um die Einwände Finckes gegen den kontrollierten klinischen Versuch zu widerlegen, widmete er sich zunächst dem Fallbeispiel, das Fincke in seinem Buch zur Darlegung seiner Bedenken konstruiert hatte. Dort hatte Fincke geschrieben:

³⁸⁹ Ebd., S. 1090.

³⁹⁰ Fincke (1977), S. 129.

³⁹¹ Ebd., S. 130.

³⁹² Hasskarl (1978a), DÄ, H. 18, S. 1090.

³⁹³ Ebd.

³⁹⁴ Vgl. ebd.

Die Firma X hat ein erfolgversprechendes Krebsmittel entwickelt. In der Phase I der klinischen Prüfungen wurden keinerlei Nebenwirkungen festgestellt. Bei der Erstanwendung am kranken Menschen zeigen sich eindrucksvolle Ergebnisse. Bei dem sich anschließenden einfachen Blindversuch wird eine Testgruppe von 1000 Patienten 2 Jahre lang mit dem Prüfpräparat behandelt, ohne daß sie ihre Einwilligung gegeben haben. Es versterben 500. Aus der entsprechenden Kontrollgruppe, die nach herkömmlicher Methode behandelt wird, ohne daß sie in die Teilnahme an einer Arzneimittelprüfung eingewilligt haben oder auch nur von ihr wissen, versterben 700 Patienten. Damit hat sich die Erwartung, ja die Prognose der beteiligten Ärzte erfüllt.³⁹⁵

Hasskarl wertete den Fall als praxisfern, da „der ganz überwiegende Teil klinisch kontrollierter Versuche nicht bei vitalen Indikationen, sondern bei Indikationen durchgeführt [werde], bei denen es nicht um Leben und Tod geht“³⁹⁶. Es sei „unrealistisch anzunehmen, daß im Rahmen einer einfachen Blindstudie, aber auch einer Doppelblindstudie, eine Aufklärung der beteiligten Patienten unterbleibt“³⁹⁷. Für abwegig hielt er die Annahme, „daß ein bei vitaler Indikation einsetzbares Prüfungspräparat gänzlich frei von Nebenwirkungen ist“³⁹⁸. Damit bestehe für „das Mitglied der Testgruppe in der Regel ein gewisses Nebenwirkungsrisiko, dem das Mitglied der Kontrollgruppe nicht ausgesetzt wird, das mit der Standardtherapie behandelt wird“³⁹⁹. Die zu erwartenden Nebenwirkungen sollten in einem angemessenen Nutzen-Risiko-Verhältnis zum voraussichtlichen Potenzial des zu testenden Arzneimittels stehen.

Hasskarl räumte ein, dass der Prüfarzt eventuell mit bedingtem Vorsatz handelt, da er „die möglicherweise höhere Sterberate in der Kontrollgruppe in Kauf nimmt“⁴⁰⁰. Der Tatbestand der Unterlassung sei jedoch nur dann erfüllt, wenn eine Garantenstellung des Prüfarztes gegenüber seinen Patienten bestehe. Fincke sah die Garantenstellung im Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient begründet, woran Hasskarl erhebliche Zweifel anmeldete. Schließlich stelle die Verabreichung nicht zugelassener Medikamente einen Straftatbestand dar.

³⁹⁵ Hasskarl (1978b), DÄ, H. 19, S. 1150.

³⁹⁶ Ebd.

³⁹⁷ Ebd.

³⁹⁸ Ebd., S. 1151.

³⁹⁹ Ebd.

⁴⁰⁰ Ebd.

Das Arzneimittelgesetz gestatte dem Prüfarzt, Patienten im Rahmen von klinischen Prüfungen mit nicht zugelassenen Therapeutika zu behandeln. Daraus könne jedoch nicht die Pflicht abgeleitet werden, Patienten ein nicht zugelassenes Prüfpräparat zu verabreichen.⁴⁰¹

Die Auseinandersetzung über die Strafrechtswidrigkeit der klinischen Prüfung fand ihre Fortsetzung in einer Erwiderung Finckes auf die von Hasskarl vorgebrachten Einwände. Fincke konzedierte, dass der Doppelblindversuch „die derzeit verlässlichste Methode zur Beurteilung der Wirksamkeit oder Überlegenheit eines AM [Arzneimittels, Anm. d. Verf.]“⁴⁰² darstelle. Dennoch bekräftigte er seine Behauptung, wonach der kontrollierte klinische Versuch strafrechtswidrig sei:

Die These lautet: der kontrollierte *Therapieversuch* (im Unterschied zum Humanexperiment) zum Nachweis der Wirksamkeit oder Überlegenheit ist verboten, wenn Test- und Vergleichsmittel *nicht gleich indiziert* sind und die erwartbare Differenz von einer gewissen gesundheitlichen Erheblichkeit ist.⁴⁰³

Die Strafrechtswidrigkeit bestehe in der Ungleichbehandlung von Test- und Kontrollgruppe, da „im Testplan strafatbestandlich erfaßte Schäden als erwartbar berücksichtigt werden, die in der Testgruppe bekämpft, in der Kontrollgruppe dagegen unbeeinflusst [...] registriert werden sollen“⁴⁰⁴. Der Tatbestand des Vorsatzes, also die bewusste Vorenthaltung eines wirksamen Medikaments und die damit verbundene Minderung der Heilungschance, sei erfüllt, wenn „der Arzt [...] das Prüfpräparat für indiziert, d.h. für überlegen hält; er nimmt dann in Kauf, daß dem Kontrollpatienten eine höhere Heilungschance vorenthalten wird“⁴⁰⁵. Der kontrollierte klinische Versuch sei juristisch und ethisch nur zu rechtfertigen, „wenn und solange der individuelle Prüfarzt die beiden Präparate bei der konkreten Erkrankung jedes einzelnen Patienten für völlig gleichwertig hält“⁴⁰⁶. Nur die explizite Zustimmung des vollumfänglich aufgeklärten Patienten zur Teil-

⁴⁰¹ Vgl. ebd.

⁴⁰² Fincke (1978), DÄ, H. 43, S. 2519.

⁴⁰³ Ebd., S. 2520.

⁴⁰⁴ Ebd.

⁴⁰⁵ Ebd.

⁴⁰⁶ Ebd.

nahme an einer randomisierten klinischen Studie rechtfertige die Vorenthaltung einer wirksamen Therapieoption:

Willigt der Patient ein, nicht individuell therapiert zu werden, sondern per Zufallszuteilung möglicherweise nur ein Mittel zu erhalten, das der Arzt für das zweitbeste hält, so liegt insoweit kein Behandlungs-, sondern ein Experimentiervertrag vor, der seine Grenzen nur an den guten Sitten findet.⁴⁰⁷

Während sich die bislang dargestellten Debattenbeiträge auf die strafrechtliche Dimension klinischer Forschung am Menschen konzentriert hatten, forderte Rainer Burkhardt, Mitarbeiter Gerhard Kienles am Institut für klinische Pharmakologie des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke, eine stärkere Fokussierung auf die ethischen Fragen:

Damit kommen wir schon zum Kern des Problems. [...]: es konkurrieren im kontrollierten Versuch Individual- und Sozialethik. Insofern der Versuch dazu dient, die zweckmäßigste Behandlung weiterer Patienten zu bestimmen, ist er *sozialethisch* orientiert. Demgegenüber vertreten der Internationale Codex für ärztliche Ethik und die Deklaration von Helsinki den Standpunkt der *Individuethik*. Sie verpflichten den Arzt zu der Therapie, die er jeweils für optimal hält.⁴⁰⁸

Die *Deklaration von Helsinki* fordere den Vorrang der Individualethik und verpflichte den Arzt, die für den individuellen Patienten geeignete Therapie zu wählen. Daraus könne jedoch nicht die Forderung abgeleitet werden, alle Patienten der Test- und Kontrollgruppe mit der gleichen Medikation zu behandeln. Vielmehr gehe aus der revidierten Fassung der *Deklaration von Helsinki* von 1975 hervor, „daß die ärztliche Indifferenz bezüglich der zu vergleichenden Behandlungsverfahren eine unabdingbare Voraussetzung für die Teilnahme von Patienten an randomisierten Versuchen darstellt“⁴⁰⁹. Damit bleibe für die Durchführung von kontrollierten klinischen Versuchen jedoch nur wenig Spielraum, denn „je deutlicher sich die Behandlungen oder Medikamente für die ärztliche Beurteilung unterscheiden, desto schwieriger ist es, Patienten zu finden, für die ärzt-

⁴⁰⁷ Ebd., S. 2521.

⁴⁰⁸ Burkhardt (1978), DÄ, H. 47, S. 2843.

⁴⁰⁹ Ebd., S. 2842.

liche Indifferenz besteht“⁴¹⁰. Mit zunehmender Dauer einer klinischen Studie werde zudem die Wahrscheinlichkeit, dass von Seiten des Arztes Indifferenz hinsichtlich der zu vergleichenden Therapien bestehe, immer geringer. Dies sei darauf zurückzuführen, dass „der Arzt bei jedem weiteren Patienten, der für die Aufnahme in den laufenden Versuch in Frage kommt, [...] die bis zu dem jeweiligen Zeitpunkt vorliegenden Versuchsergebnisse mit verwendet“⁴¹¹. Konsequenterweise müsse der Arzt „in zunehmendem Maße Patienten ablehnen und schließlich die Aufnahme weiterer Patienten in den Versuch überhaupt verweigern [...], nämlich in dem Maße, in dem er aufgrund der neuen Informationen eine Überlegenheit einer bestimmten Behandlung annehmen muß“⁴¹².

Im Weiteren plädierte Burkhardt für einen vernünftigen Ausgleich zwischen den Interessen des Einzelnen und denen der Allgemeinheit. Dies könne durch unabhängige Beratungsgremien geschehen, die den Studienverlauf kritisch begleiten und die Studie beenden, wenn das Studienziel erreicht ist:

Durch die Schaffung dieser ‚advisory boards‘ in Verbindung mit der Zustimmung der Patienten wird also die Sozialethik in das ärztliche Handeln eingeführt. Würde man auf diese Konstruktion verzichten, bestünden kaum noch Aussichten, kontrollierte Versuche zu einem signifikanten Ende zu bringen oder jedenfalls die Versuche so weit zu führen, daß echte Schlußfolgerungen hinsichtlich der Überlegenheit einer der Behandlungsverfahren gezogen werden können.⁴¹³

Mit seinem Lösungsvorschlag für den Konflikt zwischen Individual- und Sozialethik nahm Burkhardt Bezug auf die in der revidierten Fassung der *Deklaration von Helsinki* beschlossene Einrichtung von unabhängigen Kommissionen, um Patienten vor risikoreichen Experimenten zu schützen.

Kernpunkte der Revision der *Deklaration von Helsinki* im Jahr 1975 waren die Forderung nach der Erstellung von Versuchsprotokollen sowie die Beurteilung von Forschungsprojekten durch unabhängige Ethikkommissionen. Darüber hinaus wurde dem Gedanken des Umweltschutzes und dem Umgang mit Ver-

⁴¹⁰ Ebd.

⁴¹¹ Ebd.

⁴¹² Ebd.

⁴¹³ Ebd., S. 2843 f.

suchstieren größere Bedeutung zugemessen. Konsens bestand darüber, dass die physische und psychische Integrität der Versuchsteilnehmer niemals gesellschaftlichen oder wirtschaftlichen Anliegen untergeordnet werden dürfe. Während sich die *Deklaration von Helsinki* aus dem Jahr 1964 auf die Erstellung eines ethischen Kodex für die biomedizinische Forschung am Menschen konzentriert hatte, dominierte bei ihrer Revision der Aspekt, diesen Normen auch Geltung zu verschaffen.⁴¹⁴ Zentraler Streitpunkt war die Frage der Kompetenzen der neu eingeführten Beratungsgremien, so der Kommentator des *Deutschen Ärzteblatts* in seinem Bericht über die XXIX. Generalversammlung des Weltärztebundes in Tokio 1975:

Wichtigste (und – wie leicht verständlich ist – kritische) Neuerung: Über Planung und Durchführung jedes Versuchs am Menschen soll ein Versuchsprotokoll geführt werden, das einem unabhängigen, besonders für diese Aufgabe gebildeten Ausschuss zugeleitet werden soll, der es begutachten und kommentieren sowie Ratschläge geben soll.⁴¹⁵

Konsequenterweise betonte die Neufassung der Deklaration auch nicht die Kontrollfunktion der neu geschaffenen Ausschüsse, sondern deren beratende Tätigkeit. Der Verbleib der Verantwortung beim einzelnen Forscher und eine lediglich beratende Funktion der neu etablierten Ausschüsse waren auch wesentliche Anliegen der deutschen Standesvertreter. So betonte die Redaktion des *Deutschen Ärzteblatts* im Hinblick auf deren Verankerung in der revidierten Fassung der Deklaration:

Die Formulierung [der Deklaration, Anm. d. Verf.] zeigt, daß hier ein schmaler Grat zu begehen war: So wie sie jetzt lautet, ist der Zugriff staatlicher Behörden auf die Freiheit der Forschung abgeblockt – dies wird auch besonders deutlich, wenn man sie im Zusammenhang mit der an anderen Stellen stehenden Forderung liest, daß die Belange der Versuchsperson und die Erwägungen über die möglichen Risiken und den wahrscheinlichen Nutzen Vorrang haben müssen vor den Interessen von Wissenschaft und Gesellschaft.⁴¹⁶

⁴¹⁴ Vgl. Losse (1990), S. 22.

⁴¹⁵ Burkart (1975), DÄ, H. 46, S. 3162.

⁴¹⁶ Ebd.

Die Standesvertreter erkannten in der Schaffung von Ethikkommissionen auch die Möglichkeit, staatliche Reglementierung im Bereich der ärztlichen Ethik zu verhindern. Damit tritt ein bislang nur unzureichend beachteter Aspekt im Hinblick auf die Einrichtung von Ethikkommissionen in den Vordergrund, nämlich die Verknüpfung mit standespolitischen Interessen. Die primäre Aufgabe der Ethikkommissionen besteht zweifelsohne darin, den Schutzinteressen der Versuchsteilnehmer Geltung zu verschaffen. Heinz Losse, ehemaliger Vorsitzender des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen, wies jedoch darauf hin, dass Ethikkommissionen „darüberhinaus aber die Chance [besitzen], durch die Transparenz ihrer Entscheidungen wesentlich zum Abbau des öffentlichen Mißtrauens klinischen Prüfungen gegenüber beizutragen, wenn es ihnen gelingt, die Begründungen der Entscheidungsfindungen bezüglich ihrer Notwendigkeit und Vertretbarkeit auch Dritten, d.h. Laien gegenüber plausibel darzustellen“⁴¹⁷. Sie könnten verhindern, „daß unter Umständen staatliche Kontrollmechanismen in Gang gesetzt werden und daß der Staat sich die Urteilsfähigkeit über moralische und ethische Werte seiner Mitbürger anmaßt“⁴¹⁸. Damit wird in der Auseinandersetzung über die Einrichtung von Ethikkommissionen der Zusammenhang deutlich zwischen dem Autonomieanspruch der ärztlichen Profession und dem gesellschaftlichen Vertrauen in die Profession, das den Garant dieses Anspruchs darstellt. Das Berufsethos bildet in diesem Zusammenhang eine Mittlerinstanz zwischen Berufsgruppe und Gesellschaft. Insofern berufsethische Kodifizierungen dazu dienen, Vertrauen in der Bevölkerung zu schaffen, stehen sie letztlich im Einklang mit dem genuinen Interesse der ärztlichen Profession, nämlich der Beanspruchung eines gesellschaftlichen Sonderstatus. Die in der revidierten Fassung der *Deklaration von Helsinki* von 1975 geforderte Einrichtung von Ethikkommissionen ist somit auch ein Instrument gesellschaftlicher Vertrauensbildung. Aus dieser Perspektive ist die Schaffung von Ethikkommissionen letztlich auf die Interessen der ärztlichen Profession selbst hin geordnet. Daraus sollte jedoch nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die ärztliche Profession mit der Verbesserung der Kontrollmechanismen in der medizi-

⁴¹⁷ Losse (1990), S. 27.

⁴¹⁸ Ebd.

nischen Forschung nur ihr Eigeninteresse im Blick hatte. Vielmehr zeigt sich an dieser Stelle, dass das Patientenwohl und das Wohl der ärztlichen Profession oft zusammenfallen. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass die ärztliche Profession immer wieder neu das Wohl des Patienten in das Zentrum ihres Handelns stellen muss, um ihre Existenz gegenüber der Gesellschaft legitimieren zu können. Das Wohl des Patienten wird damit zur unabdingbaren Voraussetzung für das Wohl der ärztlichen Profession.⁴¹⁹

In den späten 1970er Jahren stieß die forschungsethische Debatte auf großes mediales Interesse, ausgelöst durch die teils erbittert geführten Diskussionen zwischen Schulmedizinern und Vertretern alternativer Heilverfahren über die Novellierung des Arzneimittelgesetzes, das am 1. Januar 1978 in Kraft trat. Besonders die Auseinandersetzung über den placebokontrollierten Doppelblindversuch war von ideologischen Gegensätzen geprägt. Ein mediales Großereignis stellte die Titelgeschichte des *Spiegels* vom 11. September 1978 unter der Überschrift „Menschenversuche in deutschen Krankenhäusern“⁴²⁰ dar. Argumentativ stützte sich die 17-seitige Titelgeschichte in wesentlichen Teilen auf das Buch „Arzneimittelprüfung – Strafbare Versuchsmethoden“⁴²¹ des Bielefelder Strafrechtlers Martin Finke. Die Autoren machten in ihrer Recherche zwei Professoren der Medizinischen Hochschule Hannover, Berthold Schneider, Leiter der Abteilung Biometrie, und Harald Tscherne, Leiter der Unfallchirurgie, für den Tod von 24 Patienten verantwortlich. Sie warfen den beiden Medizinern vor, Patienten aus Studiengründen ein Medikament mit bereits nachgewiesener Wirksamkeit bewusst vorenthalten und damit deren Tod billigend in Kauf genommen zu haben. Bei der kritisierten Studie handelte es sich um die an zahlreichen norddeutschen Kliniken in den Jahren 1971 bis 1973 durchgeführte Trasylool-Studie, die rund 5.000 Patienten einschloss. Das Studiendesign sah vor, dass Unfallverletzte an ungeraden Aufnahmetagen die bislang übliche Standardtherapie zur Schockbehandlung erhalten sollten, während Patienten an geraden Aufnahmetagen zusätzlich zur Standardbehandlung mit Trasylool

⁴¹⁹ Vgl. Schaupp (1993), S. 23 ff.

⁴²⁰ Vgl. ohne Verfasserangabe (1978): Experiment gelungen, Patient tot. In bundesdeutschen Kliniken: Medikamenten-Tests an ahnungslosen Kranken. In: *Der Spiegel* 32 (37), S. 54-71.

⁴²¹ Vgl. Fincke (1977).

behandelt wurden, um dessen blutstillende Wirkung zu überprüfen. Im Nachhinein stellte sich jedoch heraus, dass zu Beginn der Studie die Wirksamkeit von Trasylol – entgegen den Behauptungen der *Spiegel*-Redakteure – keinesfalls fest stand. Zudem konnte die Studie eine ausreichende Wirkung von Trasylol nicht belegen.⁴²² Vor diesem Hintergrund erwies sich der vom *Spiegel* angeblich aufgedeckte Forschungsskandal als weniger schwerwiegend als ursprünglich angenommen. Laut einem Bericht der *Zeit* hatte der Anthroposoph und Neurologe Gerhard Kienle, der sich in jenen Jahren maßgeblich für die Anerkennung der alternativen Heilverfahren einsetzte, den Bericht über die Trasylol-Studie dem *Spiegel* ganz bewusst zukommen lassen, mit dem Ziel, den randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindversuch zu kriminalisieren.⁴²³

Bei der im *Deutschen Ärzteblatt* dokumentierten Debatte über eine mögliche Strafbarkeit des placebokontrollierten Doppelblindversuchs handelte es sich in erster Linie um einen Streit zwischen Vertretern der Schulmedizin und den Anhängern alternativer Heilverfahren.⁴²⁴ Vordergründig war der Streit über die Anerkennung und damit verbundene Erstattungsfähigkeit alternativmedizinischer Therapieverfahren Ausdruck wirtschaftlicher Verteilungskämpfe. Jenseits von wirtschaftlichen Interessen berührte diese Auseinandersetzung einen entscheidenden Eckpfeiler der ärztlichen Profession, nämlich die zentrale Frage, was als medizinisches Wissen zu gelten hat und wie neue Erkenntnisse gewonnen werden können. Denn die ärztliche Profession bezieht das ihr entgegengebrachte gesellschaftliche Vertrauen in entscheidendem Maße aus dem ihr eigenen Expertenwissen. Dieses seitens der Schulmedizin beanspruchte Wissensmonopol sahen die ärztlichen Standesvertreter in der Debatte über die Anerkennung alternativer Heilverfahren gefährdet. Mit der Forderung nach einem einheitlichen Wirksamkeitsnachweis für alle Medikamente sollte dieses Monopol geschützt werden, auch wenn dies von den Standesvertretern bestritten wurde. Der Pharmakologe und spätere Präsident des Gesundheitsamtes, Georges Mi-

⁴²² Vgl. Greiser, Eberhard (1978): Werden bei Arzneimitteltests in deutschen Kliniken Patienten vorsätzlich geschädigt? Zurück ins Mittelalter. Über die Motive der Kritiker, die gegen kontrollierte klinische Studien zum Nachweis der Wirksamkeit von Arzneimitteln sind. In: *Die Zeit*, 15.12.1978 (51), S. 66.

⁴²³ Vgl. ebd.

⁴²⁴ Vgl. Maio (2002), S. 306 ff.

chael Fülgraff, betonte, dass mit der Einführung eines einheitlichen Wirksamkeitsnachweises nicht das Ziel verfolgt werde, „bestimmte Richtungen in der Medizin durchzusetzen, wohl aber darum, gutgläubige Patienten vor Sektierertum zu schützen“⁴²⁵. Weiter führte er aus:

Der Patient geht davon aus, daß ein Arzt mit seiner Approbation eine staatliche Anerkennung besitzt. Er geht weiter davon aus, daß er sich im Prinzip zu jedem approbierten Arzt mit dem Wunsch auf Behandlung seiner Leiden begeben kann. Er darf dabei nicht befürchten müssen, daß der Arzt auf Grund von Überzeugung und Glauben, die sich der Beurteilung des Patienten entziehen, an ihm Behandlungen vornimmt, die nicht wissenschaftlich nachprüfbar sind.⁴²⁶

Neben der selbstverständlichen Sorge um eine fachgerechte Behandlung jedes einzelnen Patienten schwang in der Debatte über den Wirksamkeitsnachweis die Sorge um den Verlust der Definitionshoheit in medizinischen Sachfragen mit. Sie ist bis heute konstitutiv, um den Sonderstatus der ärztlichen Profession innerhalb der Gesellschaft zu rechtfertigen.⁴²⁷ Damit fügte sich die gesamte Diskussion über die Novellierung des Arzneimittelgesetzes ein in eine ganze Reihe von Einzeldiskursen innerhalb der westdeutschen Ärzteschaft, die vordergründig die Problematik des Menschenversuchs behandeln, im Kern jedoch den seit 1945 anhaltenden Selbstfindungsprozess der Ärzteschaft im Kontext sich wandelnder gesellschaftlicher Bedingungen spiegeln.

⁴²⁵ Fülgraff (1974), DÄ, H. 5, S. 324.

⁴²⁶ Ebd.

⁴²⁷ Vgl. Freidson (1970), S. 117.

8 Diskussion und Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit verfolgte das Ziel, die Debatte über die Forschung am Menschen in einem zentralen Organ der westdeutschen Ärzteschaft, dem *Deutschen Ärzteblatt*, zu analysieren, um einen Beitrag zur Darstellung der innerärztlichen Forschungsdebatte zu leisten. Die Untersuchung konzentrierte sich dabei auf folgende Fragestellungen: Welche Themen bestimmten die innerärztliche Auseinandersetzung mit der Forschung am Menschen im *Deutschen Ärzteblatt* und welche Diskussionsphasen können voneinander unterschieden werden? Welche gesellschaftlichen Ereignisse und Diskussionsprozesse beeinflussten die Auseinandersetzung? Wie lässt sich die Beschäftigung der bundesrepublikanischen Ärzteschaft mit dem Humanexperiment im zeithistorischen Kontext verorten? Welche Haltung nahm die Redaktion des *Deutschen Ärzteblatts* in der Debatte über die Forschung am Menschen ein? Fundierte die Standeszeitschrift, ihrem publizistischen Selbstverständnis folgend, als Forum eines offenen Meinungsaustauschs oder agierte sie in erster Linie als berufspolitisches Organ, um die öffentliche Meinung zugunsten der Interessen der Ärzteschaft zu beeinflussen?

Bei der systematischen Sichtung des Quellenmaterials ließen sich für den Zeitraum von 1949 bis zum Ende der 1970er Jahre nur relativ wenige Publikationen zum Themenkomplex „Forschung am Menschen“ finden. Während für die Zeitspanne von 1949 bis 1978 insgesamt 102 Artikel dem Forschungsthema zugeordnet werden konnten, ließen sich ab den 1980er Jahren durchschnittlich 15 bis 20 Artikel pro Jahrgang zum Thema finden. Quantitativ lässt sich zeigen, dass auch wichtige Wegmarken der Debatte über das Humanexperiment (wie z.B. die Verabschiedung des Arzneimittelgesetzes 1961, die *Deklaration von Helsinki* 1964 oder die Neufassung des Arzneimittelgesetzes 1976) nicht zu einem Anstieg von Veröffentlichungen im *Deutschen Ärzteblatt* führten, was als Hinweis für eine intensivere Beschäftigung mit der Forschungsethik angesehen werden könnte, wohingegen die Zahl der in der medizinischen Datenbank Pubmed erfassten Publikationen mit der Stichwortverknüpfung „ethics“ und „research“ ab Mitte der 1960er Jahre signifikant ansteigt (vgl. Abb. 2).

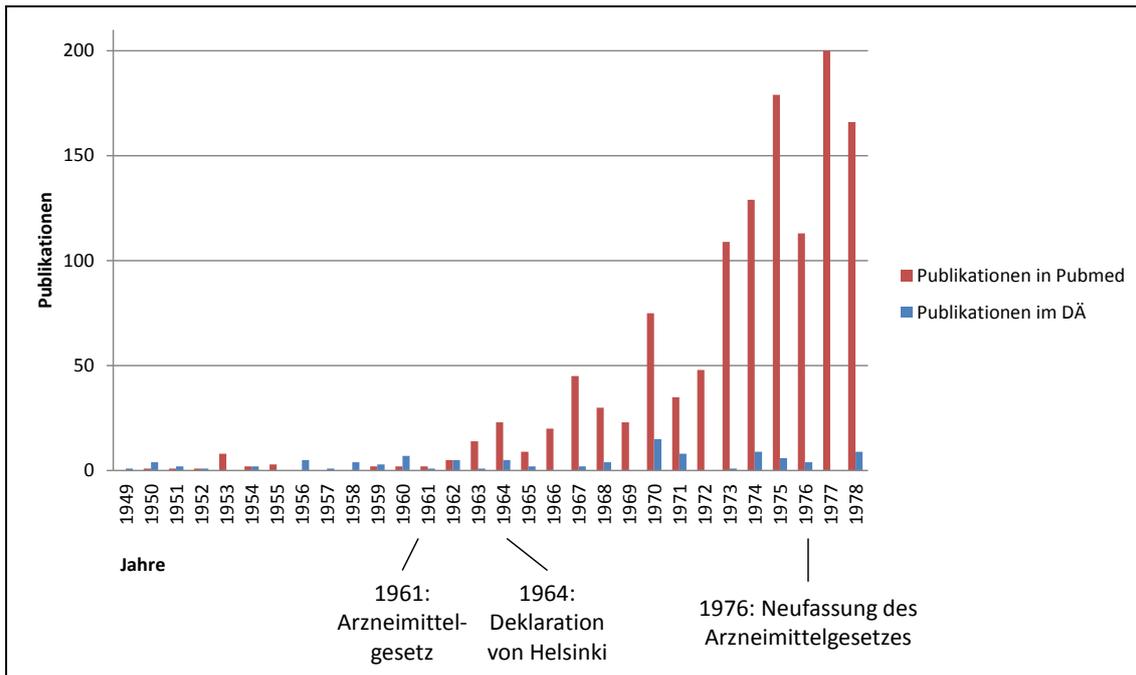


Abbildung 2: Anzahl der in Pubmed und im *Deutschen Ärzteblatt* erschienen Artikel zum Themenkomplex „Forschung am Menschen“ bzw. zur Stichwortverknüpfung “ethics“ und “research“ in den Jahren 1949-1978.

Angesichts der für die ersten drei Nachkriegsjahrzehnte auffällig dünnen Quellenlage stellte sich bereits früh die für die vorliegende Arbeit zentrale Frage, ob es in den ersten Nachkriegsjahrzehnten im *Deutschen Ärzteblatt* überhaupt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den ethischen Problemen der humanmedizinischen Forschung gegeben hat. Ausgehend von dieser Beobachtung konzentrierte sich die vorliegende Arbeit ganz bewusst auf den Zeitraum von 1949 bis 1978, der in besonderem Maße von den personellen und institutionellen Kontinuitäten der bundesrepublikanischen Nachkriegsgesellschaft geprägt war.

Welche Themen und Ereignisse bestimmten dann aber die Auseinandersetzung mit dem Humanexperiment? Welche Funktion erfüllte das *Deutsche Ärzteblatt* als wichtigstes und auflagenstärkstes Publikationsorgan der westdeutschen Ärzteschaft in diesen Diskussionen?

Wie die Analyse gezeigt hat, verweigerte sich die Ärzteschaft im Zeitraum von 1949 bis in die späten 1960er Jahre der Beschäftigung mit dem Humanexperiment nahezu vollständig. Diese Haltung war in erster Linie Ausdruck der Angst

vor einem Vertrauensverlust des ärztlichen Berufsstands in der Bevölkerung. In dieser ersten Phase innerärztlicher Beschäftigung mit dem Humanexperiment war der ärztlichen Standespolitik vor allem daran gelegen, das Bild des moralisch integren Arztes zu zeichnen, das durch das Bekanntwerden der Menschenversuche in den Konzentrationslagern massiv beschädigt worden war. Angesichts dessen wurde jede öffentliche Thematisierung des Humanexperiments vermieden, da sie Assoziationen mit den Verbrechen deutscher Ärzte während des Nationalsozialismus wecken konnte. In den späten 1940er Jahren zeigte sich dieses Vermeidungsverhalten in der Einflussnahme der ärztlichen Standesvertreter auf die innerärztliche, aber auch öffentliche Diskussion und Berichterstattung über den Nürnberger Ärzteprozess.⁴²⁸ Zunächst sorgte die Veröffentlichung der Prozessdokumentationen *Das Diktat der Menschenverachtung* und *Wissenschaft ohne Menschlichkeit* von Mitscherlich und Mielke in den Reihen der ärztlichen Standesvertreter für Unmut, da sie einen erheblichen Vertrauensverlust des ärztlichen Berufsstands in der Bevölkerung befürchteten. Sie warfen Mitscherlich vor, innerärztliche Diskussionen öffentlich gemacht und damit die Arzt-Patienten-Beziehung einer schweren Belastungsprobe ausgesetzt zu haben. Zudem schien die Berichterstattung über den Ärzteprozess in der Ärzteschaft auf eher geringes Interesse gestoßen zu sein, was die geringen Verkaufszahlen der von den Ärztekammern aufgekauften und vertriebenen Exemplare der Prozessdokumentationen belegen.⁴²⁹ Da die deutschen Standesvertreter jedoch keineswegs gewillt waren, die Forderung des Weltärztebunds nach einem kollektiven Schuldbekenntnis zu erfüllen, und die nach dem Krieg bestehende internationale Isolierung durchbrechen wollten, wurden die Publikationen nun, im Zuge der Verhandlungen über den Beitritt Deutschlands zum Weltärztebund, unter strategischen Gesichtspunkten betrachtet. Sie dienten nun als Beleg dafür, dass sich die deutsche Ärzteschaft aktiv um die Aufarbeitung der von deutschen Ärzten während des Nationalsozialismus begangenen Verbrechen bemüht hatte.

⁴²⁸ Vgl. Kapitel 3.1.

⁴²⁹ Vgl. Gerst (1994), DÄ, H. 22/23, S. B-1208.

Gleichwohl war die Auseinandersetzung der deutschen Ärzteschaft mit den Medizinverbrechen des „Dritten Reiches“ vor allem durch Verschweigen, Verdrängen und Tabuisieren gekennzeichnet. Mit allen Mitteln wurde versucht, in der Öffentlichkeit einen Ansehensverlust des ärztlichen Berufsstands zu vermeiden.⁴³⁰ Die Debatte über die Forschung am Menschen innerhalb der deutschen Ärzteschaft nach 1945 muss daher immer zunächst vor dem Hintergrund der nationalsozialistischen Vergangenheit der Ärzteschaft und ihrer jahrzehntelangen Weigerung, sich dieser zu stellen, verstanden werden. Dennoch darf sie darauf nicht reduziert werden.⁴³¹ Auch wenn eine eingehendere Auseinandersetzung mit den Menschenversuchen in den Konzentrationslagern in den 1950er und 1960er Jahren unterblieb, erschienen im *Deutschen Ärzteblatt* in jenen Jahren Berichte über die Entschädigung von Opfern medizinischer Versuche. Dabei handelte es sich jedoch ausschließlich um redaktionelle Kurzberichte, die über die Leistung von Entschädigungszahlungen seitens der Bundesrepublik an Betroffene informierten.⁴³² Interessant ist die Verwendung des Begriffs „Pseudowissenschaft“ für die Humanexperimente in den Konzentrationslagern. Mit dieser Bezeichnung sollte eine klare Trennlinie gegenüber der „wahren“ Wissenschaft gezogen und signalisiert werden, dass der Patient der medizinischen Forschung und ihren Akteuren nach dem Krieg wieder vertrauen könne.⁴³³

Die *Deklaration von Helsinki* war in den 1960er Jahren das wichtigste forschungsethische Dokument der Ärzteschaft. Ihre Verabschiedung durch den Weltärztebund 1964 war das Ergebnis jahrelanger Diskussionen, worüber auch das *Deutsche Ärzteblatt* seit den frühen 1950er Jahren regelmäßig in Form von Kurzmitteilungen berichtete. Keiner der im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichten Berichte gewährte jedoch einen Einblick in die inhaltlichen Auseinandersetzungen. Die Redaktion des *Deutschen Ärzteblatts* positionierte sich auch nicht zu den verabschiedeten Richtlinien, was Rückschlüsse auf die Haltung der deutschen Ärzteschaft in diesem jahrelangen Diskussionsprozess zulassen würde.

⁴³⁰ Vgl. Baumann (2009), S. 35 ff.

⁴³¹ Vgl. Maio (2002), S. 291 f.

⁴³² Vgl. Kapitel 3.4.2.

⁴³³ Vgl. Roelcke (2009), S. 42-60.

Erstaunlicherweise löste auch die Veröffentlichung der endgültigen Fassung der *Deklaration von Helsinki* im November 1964 keinerlei Reaktion aus.⁴³⁴ Dabei widmete sich das *Deutsche Ärzteblatt* in den frühen 1960er Jahren, also zeitlich parallel zu den im Weltärztebund geführten Diskussionen, sehr wohl der Problematik des Humanexperiments. Die Standeszeitschrift beschäftigte sich jedoch nicht mit den aktuellen Diskussionen innerhalb des Weltärztebunds, sondern blickte zurück in die Medizingeschichte. Exemplarisch hierfür steht eine Artikelserie unter der Überschrift „Selbstversuche von Ärzten mit lebenden Krankheitserregern“ aus dem Jahr 1962.⁴³⁵ Die Zeitschrift erinnerte an die vermeintlich heroischen Taten deutscher Ärzte bei der erfolgreichen Bekämpfung von Infektionskrankheiten wie Cholera, Typhus oder Malaria in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Dabei ging es um weit mehr als um den bloßen Akt des Erinnerens. Man unternahm den Versuch, den Verbrechen deutscher Ärzte während des Nationalsozialismus das mutige und scheinbar selbstlose Handeln deutscher Ärzte Ende des 19. Jahrhunderts entgegenzusetzen, um das Bild des Arztes als integrem Anwalt seines Patienten wiederzubeleben und verloren gegangenes Vertrauen zurückzugewinnen. Da die Artikelserie in der wichtigsten deutschsprachigen Standeszeitschrift publiziert wurde und damit in erster Linie an die Ärzteschaft selbst adressiert war, diente die Erinnerung auch der moralischen Selbstentlastung. Zudem zeugte sie von einem wieder erstarkenden Selbstbewusstsein der deutschen Ärzteschaft. Die Beschäftigung mit den Selbstversuchen deutscher Ärzte fungierte als Instrument einer Geschichtspolitik, die einerseits der standespolitischen Selbstvergewisserung diene und andererseits vertrauensbildend in die Gesellschaft hinein wirken sollte.

Eine zweite Phase innerärztlicher Beschäftigung mit dem Humanexperiment setzte im Zuge der gesellschaftlichen Wandlungsprozesse von „1968“ ein. Diese hatten dazu geführt, dass tradierte Wertvorstellungen und Rollenbilder sowie bislang nahezu kritiklos anerkannte Autoritäten wie Ärzte, Richter oder Geistliche zunehmend in Frage gestellt wurden. Mit dem damit verbundenen Verlust der alleinigen Definitionsmacht der Ärzteschaft in medizinethischen Fragen

⁴³⁴ Vgl. Kapitel 4.

⁴³⁵ Vgl. ebd.

wurde das Humanexperiment zunehmend Gegenstand innerärztlicher Auseinandersetzungen. Diese Entwicklung spiegelte sich beispielsweise in der Diskussion über die Reform der Berufsordnung⁴³⁶ oder die Novellierung des Arzneimittelgesetzes in den 1970er Jahren.⁴³⁷ Die ethisch hochsensible und gesellschaftlich äußerst kontrovers diskutierte Problematik der medizinischen Forschung am Menschen wurde dabei jedoch gezielt instrumentalisiert, um Diskussionsteilnehmer und deren Positionen moralisch zu diskreditieren. Besonders deutlich wurde dies in der Konfrontation zwischen reformorientierten Nachwuchsmedizinerinnen und einer als reformunfähig wahrgenommenen Standesführung über die 1970 ausgestrahlte Fernsehsendung „Halbgott in Weiß“, in der ein junger Assistenzarzt leitenden Ärzten vorgeworfen hatte, Experimente an Patienten durchzuführen, ohne zuvor deren Einwilligung eingeholt zu haben.⁴³⁸ Die Nachwuchsärzte versuchten, die Standesvertreter ganz bewusst in die Nähe der nationalsozialistischen Menschenversuche zu rücken, um diese persönlich zu diffamieren, um damit ihre Verhandlungsposition in der öffentlichen Auseinandersetzung zu stärken und ihre Interessen wirkungsvoller zu artikulieren.

In der Diskussion über die Strafrechtswidrigkeit des placebokontrollierten Doppelblindversuchs nutzten die Vertreter der Alternativmedizin das in der Bevölkerung weit verbreitete Misstrauen gegenüber der Arzneimittelforschung, um die eher schulmedizinisch orientierten Standesvertreter und die humanmedizinische Forschung per se moralisch zu diskreditieren. Hinter der vermeintlichen Kontroverse über die ethische und strafrechtliche Dimension der Verwendung von Placebopräparaten in der medizinischen Forschung und die Randomisierung der Versuchsteilnehmer verbarg sich in Wirklichkeit ein Streit zwischen Schulmedizin und alternativen Heilmethoden.⁴³⁹ Im Kern handelte es sich um einen Konflikt darüber, was zum Kanon ärztlichen Wissens gehört und nach welchen Therapieverfahren Patienten am besten zu behandeln seien.⁴⁴⁰

⁴³⁶ Vgl. Kapitel 5.

⁴³⁷ Vgl. Kapitel 7.

⁴³⁸ Vgl. Kapitel 6.

⁴³⁹ Vgl. Maio (2002), S. 306 ff.

⁴⁴⁰ Vgl. Kapitel 7.3.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der gesamte Themenkomplex „Forschung am Menschen“, so wie es sich im *Deutschen Ärzteblatt* darstellt, in den ersten drei Nachkriegsjahrzehnten eine Plattform für den Selbstfindungsprozess und die Neuausrichtung der deutschen Ärzteschaft vor dem Hintergrund der von deutschen Ärzten begangenen Medizinverbrechen war. Ein genuin ethischer Diskurs über das Humanexperiment findet sich im *Deutschen Ärzteblatt* in den ersten drei Nachkriegsjahrzehnten nicht. Die Beschäftigung mit dem Humanexperiment diente vielmehr als Projektionsfläche binnenärztlicher Auseinandersetzungen über die berufspolitische Ausrichtung der verfassten Ärzteschaft in der Bundesrepublik. Damit wird auch deutlich, dass das *Deutsche Ärzteblatt*, entgegen seinem Selbstverständnis, hinsichtlich der Problematik der Forschung am Menschen, in erster Linie als Organ zur Durchsetzung standespolitischer Interessen und nicht als offenes Diskussionsforum fungierte. Dies schließt innerprofessionelle Debatten über die ethischen Probleme des Humanexperiments an anderen Stellen keinesfalls aus, da sich die vorliegende Arbeit ausschließlich auf die Untersuchung des *Deutschen Ärzteblatts* konzentriert. Darüber hinaus muss festgehalten werden, dass Generalisierungen über die Haltung der Ärzteschaft äußerst zurückhaltend bewertet werden sollten, da das *Deutsche Ärzteblatt* vornehmlich als das Sprachrohr seiner Herausgeber und nur sehr bedingt als das der gesamten Ärzteschaft angesehen werden kann.

Um einen weitergehenden Einblick in die binnenärztliche Forschungsdebatte im Untersuchungszeitraum dieser Arbeit zu erhalten, wäre es daher interessant, weitere medizinische Fachzeitschriften und Publikationen der deutschen Ärzteschaft für den gleichen Zeitraum zu untersuchen. Von besonderem Interesse wäre auch eine Untersuchung der Forschungsdebatte in der DDR, um Parallelen und Unterschiede im Diskurs aufzeigen zu können. Zudem stellt sich die Frage nach der Forschungsdebatte in anderen Ländern, beispielsweise in den USA, um die deutsche Diskussion auch im internationalen Kontext zu verorten. Die Untersuchung der französischen Forschungsdebatte von Giovanni Maio aus dem Jahr 2002 weist jenseits aller nationalen Unterschiede durchaus Parallelen zur deutschen Auseinandersetzung mit dem Humanexperiment auf. Auch

in Frankreich verweigerte sich die Ärzteschaft bis in die späten 1960er Jahre einer Beschäftigung mit dem Humanexperiment.⁴⁴¹ Erst der generationelle Wandel Ende der 1970er Jahre beendete die Selbstfindungsphase der deutschen Ärzteschaft und ebnete den Weg für eine stärker inhaltlich ausgerichtete Beschäftigung mit der ethischen Problematik des Humanexperiments. Eingeläutet wurde diese durch den Gesundheitstag 1980, der die Landesvertreter zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit der Rolle der deutschen Ärzteschaft im „Dritten Reich“ aufforderte, und der Empfehlung der Deutschen Forschungsgemeinschaft und des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages zur Einrichtung von Ethikkommissionen im Jahr 1979. Beide Ereignisse markierten gemeinsam den Beginn einer neuen innerärztlichen Diskussionsphase über die medizinische Forschung am Menschen. Ziel eines auf den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit aufbauenden Forschungsvorhabens könnte es demnach sein, die neue Qualität dieser Auseinandersetzung eingehender zu untersuchen.

⁴⁴¹ Vgl. Maio (2002).

9 Literaturverzeichnis

- Bastian, Till (1995): *Furchtbare Ärzte. Medizinische Verbrechen im Dritten Reich*. Originalausgabe. München: Verlag C.H. Beck.
- Baumann, Stefanie Michaela (2009): *Menschenversuche und Wiedergutmachung. Der lange Streit um Entschädigung und Anerkennung der Opfer nationalsozialistischer Humanexperimente*. München: Oldenbourg.
- Beecher, H. K. (1955): The powerful placebo. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 159 (17), S. 1602-1606.
- Beecher, H. K. (1959): Experimentation in man. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 169 (5), S. 461-478.
- Beecher, H. K. (1966a): Ethics and Clinical Research. In: *NEJM: The New England Journal of Medicine* 274 (24), S. 1354-1360.
- Beecher, H. K. (1966b): Consent in clinical experimentation. Myth and reality. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 195 (1), S. 34-35.
- Berger, Maria Minola (2011): Die Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch im Deutschen Ärzteblatt von 1949 bis 1976. Online verfügbar unter <http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/BergerMariaMinola/diss.pdf>, zuletzt aktualisiert am 02.01.2011, zuletzt geprüft am 20.05.2012.
- Böhme, Gernot; LaFleur, William R.; Shimazono, Susumu (Hg.) (2008): *Fragwürdige Medizin. Unmoralische Forschung in Deutschland, Japan und den USA im 20. Jahrhundert*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Campus.
- Brody, Baruch A. (1998): *The ethics of biomedical research. An international perspective*. New York: Oxford University Press.
- Brunner, José; Goschler, Constantin; Frei, Norbert (Hg.) (2011): *Die Globalisierung der Wiedergutmachung. Politik, Moral, Moralpolitik*. Göttingen: Wallstein.
- Bundesärztekammer (Hg.) (2011): *Placebo in der Medizin*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Clegg, Hugh (1960): Human Experimentation. In: *World Medical Journal* (7), S. 77-79.
- Conze, Eckart (2009): *Die Suche nach Sicherheit. Eine Geschichte der Bundesrepublik Deutschland von 1949 bis in die Gegenwart*. 1. Aufl. München: Siedler.
- Dehli, Martin (2007): *Leben als Konflikt. Zur Biographie Alexander Mitscherlichs*. Göttingen: Wallstein.
- Dörner, Klaus; Ebbinghaus, Angelika; Linne, Karsten (1999): *Nürnberger Ärzteprozess 1946/47. Wortprotokolle, Anklage- und Verteidigungsmaterial, Quellen zum Umfeld*. München: K. G. Saur.
- Ebbinghaus, Angelika; Dörner, Klaus (Hg.) (2001): *Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen*. 1. Aufl. Berlin: Aufbau-Verlag.

Ehni, Hans-Jörg; Wiesing, Urban (Hg.) (2012): Die Deklaration von Helsinki. Revisionen und Kontroversen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Emanuel, Ezekiel J.; Emanuel, Linda L. (1992): Four Models of the Physician-Patient Relationship. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 267 (16), S. 2221-2226.

Emanuel, Ezekiel J.; Grady, Christine; Crouch, Robert A. et al. (Hg.) (2008): The Oxford textbook of clinical research ethics. New York: Oxford University Press.

Fincke, Martin (1977): Arzneimittelprüfung, strafbare Versuchsmethoden. "erlaubtes" Risiko bei eingeplantem fatalen Ausgang. Heidelberg, Karlsruhe: Müller, Juristischer Verlag.

Finzen, Asmus (1969): Arzt, Patient und Gesellschaft: die Orientierung der ärztlichen Berufsrolle an der sozialen Wirklichkeit. Stuttgart: Fischer (Medizin in Geschichte und Kultur).

Freidson, Eliot (1979): Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart: Enke.

Freimüller, Tobias (2001): Mediziner. Operation Volkskörper. In: Norbert Frei (Hg.): Karrieren im Zwielficht. Hitlers Eliten nach 1945. Frankfurt: Campus, S. 13-69.

Freimüller, Tobias (2007): Alexander Mitscherlich. Gesellschaftsdiagnosen und Psychoanalyse nach Hitler. Göttingen: Wallstein.

Frewer, Andreas; Neumann, Josef N. (Hg.) (2001): Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900-1950. Frankfurt, New York: Campus.

Frewer, Andreas (Hg.) (2007): Standards der Forschung. Historische Entwicklung und ethische Grundlagen klinischer Studien. Frankfurt am Main: Lang (Klinische Ethik, 1).

Gerst, Thomas (1997): 5. Neuaufbau und Konsolidierung: Ärztliche Selbstverwaltung und Interessenvertretung in den drei Westzonen und der Bundesrepublik Deutschland 1945-1995. In: Robert Jütte (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 195-242.

Gerst, Thomas (2004): Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945-1955. Stuttgart: Franz Steiner.

Godau-Schüttke, Klaus-Detlev (1998): Die Heyde-Sawade-Affäre. Wie Juristen und Mediziner den NS-Euthanasieprofessor Heyde nach 1945 deckten und straflos blieben. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Goschler, Constantin (2005): Schuld und Schulden. Die Politik der Wiedergutmachung für NS-Verfolgte seit 1945. Göttingen: Wallstein.

Greiser, Eberhard (1978): Werden bei Arzneimitteltests in deutschen Kliniken Patienten vorsätzlich geschädigt? Zurück ins Mittelalter. Über die Motive der Kritiker, die gegen kontrollierte klinische Studien zum Nachweis der Wirksamkeit von Arzneimitteln sind. In: *Die Zeit*, 15.12.1978 (51), S. 66.

Herbert, Ulrich (2002): Liberalisierung als Lernprozeß. Die Bundesrepublik in der deutschen Geschichte – eine Skizze. In: Ulrich Herbert (Hg.): Wandlungsprozesse in Westdeutschland. Belastung, Integration, Liberalisierung 1945-1980. Göttingen: Wallstein, S. 7-49.

Hockerts, Hans Günter; Moisel, Claudia; Winstel, Tobias (Hg.) (2006): Grenzen der Wiedergutmachung. Die Entschädigung für NS-Verfolgte in West- und Osteuropa 1945-2000. Göttingen: Wallstein.

Jachertz, Norbert (1997): 7. Phasen der „Vergangenheitsbewältigung“ in der deutschen Ärzteschaft nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Jütte, Robert (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 275-288.

Jütte, Robert (Hg.) (1997): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Klee, Ernst (2003): Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945? Frankfurt am Main: S. Fischer.

von Klipstein, Michael; Strümpel, Burkhard (1985): Wertewandel und Wirtschaftsbild der Deutschen. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 57 (42), S. 19-38.

Körner, Uwe (1999): Menschenrechte in der medizinischen Forschung. Arztesothos und Forscherinteresse im Konflikt. 1. Aufl. Dortmund: Humanitas Verlag.

Krause, Todd L.; Winslade, William J. (1997): Fünfzig Jahre Nürnberger Kodex. In: Ulrich Tröhler und Stella Reiter-Theil (Hg.): Ethik und Medizin, 1947-1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik? Göttingen: Wallstein, S. 189-219.

Lang, Hans-Joachim (2011): Die Frauen von Block 10. Medizinische Versuche in Auschwitz. Hamburg: Hoffmann und Campe.

Lederer, Susan (2007): Forschung ohne Grenzen. Die Ursprünge der Deklaration von Helsinki. In: Andreas Frewer (Hg.): Standards der Forschung. Historische Entwicklung und ethische Grundlagen klinischer Studien. Frankfurt am Main: Lang (Klinische Ethik, 1), S. 93-114.

Löbsack, Theo (1970): Experimente an Patienten. Wann endlich kommt die Risiko-Versicherung für menschliche Versuchskaninchen? In: *Die Zeit*, 20.11.1970 (47), S. 79.

Losse, Heinz (1990): Ethische Probleme der medizinischen Forschung am Menschen. In: Richard Toellner (Hg.): Die Ethik-Kommission in der Medizin. Problemgeschichte, Aufgabenstellung, Arbeitsweise, Rechtsstellung und Organisationsformen Medizinischer Ethik-Kommissionen. Stuttgart, New York: G. Fischer, S. 19-29.

Maio, Giovanni (2002): Ethik der Forschung am Menschen. Zur Begründung der Moral in ihrer historischen Bedingtheit. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.

Martini, Paul (1932): Methodenlehre der therapeutischen Untersuchung. Berlin: Julius Springer.

Mitscherlich, Alexander (1980): Ein Leben für die Psychoanalyse. Anmerkungen zu meiner Zeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Nierlich, Bernd (1991): Krankenhausärzte und Krankenhauspatienten. Ihre psychosoziale und sozialrechtliche Darstellung im Deutschen Ärzteblatt und in der Münchener medizinischen Wochenschrift im Zeitraum von 1885-1945 : ein inhaltsanalytischer Vergleich. Herzogenrath: Murken-Altrogge.

Ohne Verfasserangabe (1970): Halbgott in Weiß. In: *Der Spiegel* 24 (43), S. 88-90.

Ohne Verfasserangabe (1971): Rache der Halbgötter. In: *Der Spiegel* 25 (18), S. 198-201.

Ohne Verfasserangabe (1972): Das Geschäft mit der Krankheit. Ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik / 5. Teil: Die Krankenhäuser (II). In: *Der Spiegel* 26 (15), S. 118-139.

Ohne Verfasserangabe (1978): Experiment gelungen, Patient tot. In bundesdeutschen Kliniken: Medikamenten-Tests an ahnungslosen Kranken. In: *Der Spiegel* 32 (37), S. 54-71.

Ohne Verfasserangabe (1983): Menschenversuche. Ungezügelter Bosheit. In: *Der Spiegel* 37 (46), S. 86-90.

Pappworth, Maurice H. (1967): Human guinea pigs: experimentation on man. London: Routledge & K. Paul.

Peter, Jürgen (1994): Der Nürnberger Ärzteprozeß im Spiegel seiner Aufarbeitung anhand der drei Dokumentensammlungen von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke. Münster [u.a.]: Lit-Verlag.

Pöltner, Günther (2006): Grundkurs Medizin-Ethik. 2. Aufl. Wien: Facultas.

Reich, Warren T. (Hg.) (1995): Encyclopedia of bioethics. Rev. ed. New York [etc.]: Simon & Schuster Macmillan.

Retzlaff, Beatrice (2009): Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes von der Gründung der Bundesrepublik Deutschland bis heute (1949-2005). Online verfügbar unter <http://mediatum2.ub.tum.de/doc/652845/document.pdf>, zuletzt aktualisiert am 06.01.2009, zuletzt geprüft am 20.05.2012.

Ritter, Hans (1968): Die Homöopathie in der Problemsphäre der modernen Therapie. Schlußfolgerungen aus einer Umfrage. In: *Allgemeine Homöopathische Zeitung* (2), S. 66-71.

Roelcke, Volker; Maio, Giovanni (Hg.) (2004): Twentieth century ethics of human subjects research. Historical perspectives on values, practices, and regulations. Stuttgart: Steiner.

- Roelcke, Volker (2009): Die Sulfonamid-Experimente in nationalsozialistischen Konzentrationslagern: Eine kritische Neubewertung der epistemologischen und ethischen Dimension. In: *Medizinhistorisches Journal* 44 (1), S. 42-60.
- Roth, Roland; Rucht, Dieter (2008): Die sozialen Bewegungen in Deutschland seit 1945. Ein Handbuch. Frankfurt, New York: Campus.
- Schaupp, Walter (1993): Der ethische Gehalt der Helsinki-Deklaration. Eine historisch-systematische Untersuchung der Richtlinien des Weltärztebunds über biomedizinische Forschung am Menschen. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang.
- Schmidt, Ulf (2001): Der Ärzteprozess als moralische Instanz? Der Nürnberger Kodex und das Problem „zeitloser Medizinethik“. In: Andreas Frewer und Josef N. Neumann (Hg.): *Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900-1950*. Frankfurt, New York: Campus, S. 334-373.
- Schmidt, Ulf; Frewer, Andreas (Hg.) (2007): *History and theory of human experimentation. The declaration of Helsinki and modern medical ethics*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Sehn, Jan (1959): Carl Claubergs verbrecherische Unfruchtbarmachungsversuche an Häftlings-Frauen in den Nazi-Konzentrationslagern. In: *Hefte von Auschwitz* (2), S. 3-32.
- Spaemann, Robert (1975): Der Staat als Oberarzt. Ein "harmloses" Gesetz und seine problematischen Folgen. Gibt es ausreichende Verfahren, um die Wirksamkeit eines Medikamentes zu prüfen? Wenn der Glaube an ein Heilmittel zu dessen helfenden Bedingungen gehört – ist es dann überhaupt überprüfbar? Der Münchner Philosoph geht diesen heiklen Fragen nach. In: *Deutsche Zeitung*, 14.02.1975 (8), S. 2.
- Stapel, Ute (1988): *Die Arzneimittelgesetze 1961 und 1976*. Stuttgart: Deutscher Apotheker-Verlag.
- Toellner, Richard (1990): *Problemgeschichte: Entstehung der Ethik-Kommissionen*. In: Richard Toellner (Hg.): *Die Ethik-Kommission in der Medizin. Problemgeschichte, Aufgabenstellung, Arbeitsweise, Rechtsstellung und Organisationsformen Medizinischer Ethik-Kommissionen*. Stuttgart, New York: G. Fischer, S. 3-18.
- Tröhler, Ulrich; Reiter-Theil, Stella (Hg.) (1997): *Ethik und Medizin, 1947-1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik?* Göttingen: Wallstein.
- Waigand, Beate (2001): *Antisemitismus auf Abruf. Das Deutsche Ärzteblatt und die jüdischen Mediziner 1918-1933*. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang.
- Weindling, Paul J. (2005): *Nazi medicine and the Nuremberg Trials. From medical war crimes to informed consent*. 2. Aufl. Basingstoke, Hampshire [u.a.]: Palgrave Macmillan.
- Wiesing, Urban; Simon, Alfred; von Engelhardt, Dietrich (Hg.) (2000): *Ethik in der medizinischen Forschung*. Stuttgart: Schattauer.
- Wiesing, Urban (Hg.) (2012): *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. 4. Aufl. Ditzingen: Philipp Reclam.

Winau, Rolf (2008): Versuche mit Menschen – historische Entwicklung und ethischer Diskurs. In: Gernot Böhme, William R. LaFleur und Susumu Shimazono (Hg.): Fragwürdige Medizin. Unmoralische Forschung in Deutschland, Japan und den USA im 20. Jahrhundert. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Campus, S. 39-51.

Wolfrum, Edgar (2006): Die geglückte Demokratie. Geschichte der Bundesrepublik Deutschland von ihren Anfängen bis zur Gegenwart. Stuttgart: Klett-Cotta.

10 Tabellarische Übersicht der Artikel im *Deutschen Ärzteblatt*

| Autor(en) | Jahr | Heft | Titel | Datum | Seite(n) |
|---|------|--------------------|--|------------|-----------|
| ÄK | 1958 | 32 | Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Verbrechen, die von einzelnen Ärzten in nationalsozialistischen Konzentrationslagern verübt wurden. | 06.09.1958 | 891-892 |
| ÄM | 1961 | 44 | Die aktuelle Information. Wiedergutmachung an Versuchsofper. | 02.12.1961 | 2491 |
| Ärzte der Städtischen Nervenklinik Bremen | 1970 | 48 | Mit „Empörung und Protest“ nicht solidarisch. | 28.11.1970 | 3611 |
| bae | 2011 | 27 | Deutsches Ärzteblatt. Impact-Faktor steigt auf 2,1. | 08.07.2011 | A-1507 |
| BÄK | 1964 | 9 | Beschuldigungen gegen Ärzte werden geprüft. | 29.02.1964 | 485 |
| Büttner, Gottfried | 1976 | 16 | Untauglicher Versuch über die „Wirksamkeit“. Zu dem gleichnamigen Beitrag von Prof. Dr. W. Rummel in Heft 37/1975, Seite 2550 f. l. | 15.04.1976 | 1113-1114 |
| Burkart, Walter | 1975 | 46 | Freiheit in ethischer Verantwortung. Die XXIX. Generalversammlung des Weltärztebundes vom 6. Bis 10. Oktober 1975 in Tokio. Deklarationen über die Forschung am Menschen, über ärztliches Verhalten bei Gefangenen, über Gebrauch und Mißbrauch psychotroper Drogen. | 13.11.1975 | 3161-3170 |
| Burkhardt, Rainer | 1978 | 47 | Prüfung von Arzneimitteln in der Diskussion (VI). Kontrollierte Versuche und ärztliche Ethik. | 23.11.1978 | 2841-2845 |
| DÄ | 1970 | 40 | Von Woche zu Woche. Keine Experimente am Menschen. Bundesärztekammer weist Fernsehanschuldigungen zurück. | 03.10.1970 | 2911 |
| DÄ | 1970 | 41 | Empörung und Protest. Kritisierte Bremer Fernsehsendung: Ein Höhepunkt in der Hetze gegen die Chefärzte. | 10.10.1970 | 2989-2990 |
| DÄ | 1970 | 43 | Treibjagd auf das Ansehen der Ärzte. Schluß mit der Pogromhetze gegen Chefärzte! Schluß mit dem Klassenkampf am Krankenbett! Schluß mit der Verleumdung der Kassenärzte! | 24.10.1970 | 3165-3170 |
| dke | 1954 | 11 | Deutsche Wissenschaftler vor dem Militärgericht in Lyon. | 01.06.1954 | 362-364 |
| Doppelfeld, Elmar | 1999 | Beilage zu Heft 21 | 50 Jahre Deutsches Ärzteblatt im Deutschen Ärzte-Verlag. Medizinisch-wissenschaftliche Beiträge. Gedanken zur Auswahl. Die Auswahl medizinisch-wissenschaftlicher Themen im Deutschen Ärzteblatt erfolgt nach bewährten Grundsätzen. Die Interessen der unterschiedlichsten medizinischen Tätigkeitsbereiche müssen Berücksichtigung finden. | 28.05.1999 | 30-33 |
| dpa | 1959 | 23 | 35 000 Dollar für Opfer von Kz-Experimenten. | 06.06.1959 | 757 |

| Autor(en) | Jahr | Heft | Titel | Datum | Seite(n) |
|----------------------|-------|--------------------|--|------------|---------------|
| Fiebig, Udo | 1973 | 45 | Forum. Arzneimittelsicherheit als politische Frage. Folgerung aus der Überforderung von Behörden: Arzneimittelbeurteilung den Ärzten übertragen! | 08.11.1973 | 3130-3134 |
| Fiebig, Udo | 1974 | 5 | Schlußwort. Zu dem Beitrag von Udo Fiebig MdB in Heft 45/1973, Seiten 3130 ff. | 31.01.1974 | 327-328 |
| Fincke, Martin | 1978 | 43 | Prüfung von Arzneimitteln in der Diskussion (IV). Strafrechtswidrige Methoden der klinischen Prüfung. | 26.10.1978 | 2519-2522 |
| Freerksen, Enno | 1964 | 17 | Aufsätze und Referate. Zur Problematik und Bedeutung des Experimentes in der Medizin. | 25.04.1964 | 977-984 |
| Fülgraff, Georges M. | 1974 | 5 | Forum. Arzneimittelsicherheit als politische Frage. Zu dem Beitrag von Udo Fiebig in Heft 45/1973, Seiten 3130 ff. | 31.01.1974 | 322-325 |
| Gerst, Thomas | 1994 | 22/23 | Themen der Zeit. Geschichte der Medizin. „Nürnberger Ärzteprozeß“ und ärztliche Standespolitik. Der Auftrag der Ärztekammern an Alexander Mitscherlich zur Beobachtung und Dokumentation des Prozeßverlaufs. | 06.06.1994 | B-1200-B-1209 |
| Gerst, Thomas | 1999 | Beilage zu Heft 21 | 50 Jahre Deutsches Ärzteblatt im Deutschen Ärzte-Verlag. Gründung des Deutschen Ärzte-Verlags vor 50 Jahren. Neuanfang und Kontinuität. Weil die Frage der künftigen nationalen Gestalt noch offen war, wurde bei Gründung des Verlags auf die Verwendung des Wortes „deutsch“ verzichtet. | 28.05.1999 | 13-14 |
| Hasskarl, Horst | 1978a | 18 | Prüfung von Arzneimitteln in der Diskussion (I). Rechtliche Zulässigkeit der klinischen Prüfung. | 04.05.1978 | 1087-1094 |
| Hasskarl, Horst | 1978b | 19 | Prüfung von Arzneimitteln in der Diskussion (I). Rechtliche Zulässigkeit der klinischen Prüfung. Fortsetzung von Heft 18/1978 und Schluß. | 11.05.1978 | 1150-1155 |
| Hoffmann, Hermann | 1970 | 43 | Themen der Zeit. Götter in Schwarz-Weiß gegen Halbgötter in Weiß! | 24.10.1970 | 3185-3189 |
| Hopf, Gustav | 1970 | 48 | Ein Fernseh-Pamphlet. | 28.11.1970 | 3608 |
| Iversen, Gerd | 1956 | 36 | Placebo-Versuche – „Placebo-Komplexe?“. Kleine Betrachtung eines großen Gespräches über Blindversuche und Scheinpräparate. | 21.12.1956 | 1021-1025 |
| Jachertz, Norbert | 1997 | 39 | Seite eins. 125 Jahre Deutsches Ärzteblatt. Allen Ärzten verpflichtet. | 26.09.1997 | A-2445 |
| Jachertz, Norbert | 1999a | Beilage zu Heft 21 | Seite eins. Zum Geleit. | 28.05.1999 | 1 |
| Jachertz, Norbert | 1999b | Beilage zu Heft 21 | 50 Jahre Deutsches Ärzteblatt im Deutschen Ärzte-Verlag. Redaktionspolitik. Unser Konzept. Das Deutsche Ärzteblatt verbindet die klassische Fachzeitschrift mit dem journalistisch gemachten Blatt. | 28.05.1999 | 16-18 |
| Jachertz, Norbert | 2003 | 33 | Seite eins. Leseranlyse. Hohe Reichweite, hohe Erwartung. | 15.08.2003 | A-2105 |

| Autor(en) | Jahr | Heft | Titel | Datum | Seite(n) |
|-------------------------|-------|-------|--|------------|-----------|
| Kahlke, Winfried | 1971 | 17 | Forum. Ärzteschaft wehrt sich gegen ideologisch motivierte Angriffe. Ein Briefwechsel über die Publizistik der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärzteblattes. | 22.04.1971 | 1259-1260 |
| Kienle, Gerhard | 1976 | 16 | Untauglicher Versuch über die „Wirksamkeit“. Zu dem gleichnamigen Beitrag von Prof. Dr. W. Rummel in Heft 37/1975, Seite 2550 f. II. | 15.04.1976 | 1114 |
| Klitscher, Gisela | 1960 | 4 | Blick über die Grenzen. Der Weltärztebund. Organisation und Tätigkeit. Kapitel IV – Ethik. | 23.01.1960 | 160-162 |
| Neuffer, Hans | 1950a | 11 | Weltärztebund. Bericht über die Sitzung des Rates des Weltärztebundes vom 24. bis 28. April 1950 in Kopenhagen. | 01.06.1950 | 209-210 |
| Neuffer, Hans | 1950b | 22 | Weltärztebund. | 15.11.1950 | 463-464 |
| Neuffer, Hans | 1956 | 35 | Die Grundsätze rechtsstaatlichen Denkens sind unteilbar. | 11.12.1956 | 1004 |
| Ohne Verfasserangabe | 1951 | 17/18 | Deutsche Ärzteschaft in den Weltärztebund aufgenommen! | 15.06.1951 | 225 |
| Ohne Verfasserangabe | 1956 | 9 | Internationale Konferenz über ärztliche Ethik. | 21.03.1956 | 254-255 |
| Ohne Verfasserangabe | 1957 | 19 | Tätigkeits- und Geschäftsbericht der Bundesärztekammer. B. Beruf und Berufung des Arztes. „Fall Clauberg“. | 01.07.1957 | 581 |
| Ohne Verfasserangabe | 1960 | 37 | Arbeitstagungen der XIV. Generalversammlung des Weltärztebundes. Berufsordnung und internationale Beziehungen. | 08.10.1960 | 1865 |
| Ohne Verfasserangabe | 1964 | 48 | Die Deklaration von Helsinki. | 28.11.1964 | 2533-2534 |
| Ohne Verfasserangabe | 1967 | 5 | Von Woche zu Woche. In einem Satz. Entschädigungen. | 04.02.1967 | 218 |
| Röken, W. | 1954 | 23 | Ausland und Auslandsdienst. VIII. Generalversammlung des Weltärztebundes. | 04.12.1954 | 821-823 |
| Podach, Erich Friedrich | 1962 | 39 | Aufsätze und Referate. Selbstversuche von Ärzten mit lebenden Krankheitserregern. | 29.09.1962 | 1965-1971 |
| Podach, Erich Friedrich | 1962 | 40 | Aufsätze und Referate. Selbstversuche von Ärzten mit lebenden Krankheitserregern. 1. Fortsetzung. | 06.10.1962 | 2016-2020 |
| Podach, Erich Friedrich | 1962 | 41 | Aufsätze und Referate. Selbstversuche von Ärzten mit lebenden Krankheitserregern. 2. Fortsetzung. | 13.10.1962 | 2087-2090 |
| Podach, Erich Friedrich | 1962 | 42 | Aufsätze und Referate. Selbstversuche von Ärzten mit lebenden Krankheitserregern. 3. Fortsetzung und Schluß. | 20.10.1962 | 2152-2158 |
| Raspe, Theo | 1976 | 16 | Untauglicher Versuch über die „Wirksamkeit“. Zu dem gleichnamigen Beitrag von Prof. Dr. W. Rummel in Heft 37/1975, Seite 2550 f. III. | 15.04.1976 | 1114-1115 |
| Reinhardt, F. C. | 1956 | 4 | Der Fall Professor Dr. Clauberg. | 01.02.1956 | 86-87 |

| Autor(en) | Jahr | Heft | Titel | Datum | Seite(n) |
|--------------------|------|----------------------------------|---|------------|-------------------|
| Rieser, Sabine | 1999 | Bei- lage zu Heft 21 | Ausgabe D. Kein Ärzteblatt zweiter Klasse für Ostdeutsche. Fast zwei Jahre lang erschien eine „Ausgabe D“ für Ärzte und Ärztinnen in Ostdeutschland. In dieser Zeit, 1990 und 1991, wurden die Weichen für das gesamtdeutsche Gesundheitswesen gestellt – und im Ärzteblatt diskutiert. | 28.05.1999 | 33-34 |
| Röken, W. | 1954 | 23 | Ausland und Auslandsdienst. VIII. Generalversammlung des Weltärztebundes. | 04.12.1954 | 821-823 |
| Rummel, Walter | 1975 | 37 | Untauglicher Versuch über die „Wirksamkeit“. Zu einem Artikel des Philosophen Robert Spaemann zum Nachweis der Arzneimittelwirksamkeit. | 11.09.1975 | 2550- 2551 |
| Rummel, Walter | 1976 | 16 | Untauglicher Versuch über die „Wirksamkeit“. Zu dem gleichnamigen Beitrag von Prof. Dr. W. Rummel in Heft 37/1975, Seite 2550 f. Schlußwort. | 15.04.1976 | 1115 |
| Schmirigk, Robert | 1970 | 25 | 73. Deutscher Ärztetag. Berufsordnung für die deutschen Ärzte. Referat von Dr. Robert Schmirigk, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und Vorsitzender der Berufsordnungskonferenz der Bundesärztekammer. Gehalten am 23. Mai 1970 auf dem 73. Deutschen Ärztetag. | 20.06.1970 | 2021- 2025 |
| Schmedt, Michael | 2006 | 49 | Themen der Zeit. aerzteblatt.de. Eine feste Größe im Internet. Mitte der 90er-Jahre begann der Siegeszug des Internets. Das Deutsche Ärzteblatt ging 1996 online und hat sich inzwischen mit mehr als 3,5 Millionen Seitenabrufen pro Monat im World Wide Web etabliert. | 08.12.2006 | A-3317- A-3318 |
| Sprunkel, Rüdiger | 1999 | Bei- lage zu Heft 21 | 50 Jahre Deutsches Ärzteblatt im Deutschen Ärzte-Verlag. Erfolgsformel für das Verlagsmarketing. Die richtige Balance zwischen Leser- und Inseratengunst. Das Deutsche Ärzteblatt finanziert sich primär über Anzeigen. Die Qualität der Zeitschrift hängt maßgeblich von der Bereitschaft des Anzeigenkunden ab, dort seine Werbung zu platzieren. | 28.05.1999 | 8-10 |
| Stockhausen, Josef | 1970 | Son- der- num- mer | Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik 1970. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1969/70 an den 73. Deutschen Ärztetag. 2. Berufsordnung. Beratungen auf dem 72. Deutschen Ärztetag. | 03.06.1970 | 1789- 1790 |
| Stockhausen, Josef | 1971 | 17 | Forum. Ärzteschaft wehrt sich gegen ideologisch motivierte Angriffe. Ein Briefwechsel über die Publizistik der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärzteblattes. | 22.04.1971 | 1261- 1262 |

| Autor(en) | Jahr | Heft | Titel | Datum | Seite(n) |
|---------------------------------------|-------------|----------------------------------|---|--------------|-----------------|
| Vilmar, Karsten; Schorre, Winfried | 1999 | Bei- lage zu Heft 21 | 50 Jahre Deutsches Ärzteblatt im Deut- schen Ärzte-Verlag. Grußwort. Der gesamten Ärzteschaft verpflichtet. | 28.05.1999 | 4 |

11 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt in erster Linie meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Eberhard Karls Universität Tübingen, für die Übernahme der Betreuung meiner Dissertation und die ausgezeichnete Begleitung in allen Phasen der Erstellung dieser Arbeit.

Besonders danken möchte ich auch Herrn Dr. Henning Tümmers für die wertvollen Denkanstöße, Anregungen und Korrekturvorschläge, die die vorliegende Arbeit in entscheidendem Maße bereichert haben.

Carina Zell danke ich für die moralische Unterstützung und Motivation, aber auch für ihre ausdauernde Hilfe beim Korrekturlesen dieser Arbeit.

Mein abschließender Dank gilt meinen Eltern, Ingrid und Thomas Ziegler, die mir die Möglichkeit eröffnet haben, dieses Studium zu absolvieren und diese Arbeit erfolgreich abschließen zu können. Auch für die stets aufopferungsvolle Liebe und Unterstützung in jeglicher Hinsicht möchte ich an dieser Stelle im Besonderen danken.