

Elend ist, welches man lindern will, oder ob es um den Schaden geht, welchen ihre Vermehrung darstellt, so daß man sie einschränken möchte. Die Empfindlichkeit der Völker in diesem Punkt ist beachtlich, selbst wenn man Gründe genug hat, anzunehmen, daß es in ihrem eigenen Interesse liegt, daß sie ihr Bevölkerungswachstum unter Kontrolle bringen.

Wo ist dann die Hilfe für die Dritte Welt anzubringen, wenn sie sich nicht durch diese Warnungen entmutigen läßt?

Die Antwort auf diese Frage fällt von Tag zu Tag klarer aus, je mehr die Dritte Welt sich selbst zu Wort meldet, sei es durch ihre Vertreter bei internationalen Konferenzen oder durch militante Gruppen, welche sich auf den Versuch einlassen, mit den Organisationen oder den Gruppen im Dienste der «Hilfe für die Dritte Welt» Beziehungen auf Gegenseitigkeit einzugehen. Die Hilfe für die Dritte Welt muß sich ausrichten auf die aktive Unterstützung der Ansprüche und Vorschläge der Dritten Welt im Blick auf die Projektierung und Verwirklichung einer *neuen internationalen Wirtschaftsordnung*. Tatsächlich zeichnet sich die Zukunft der Entwicklung und der Bevölkerungsregelung in einer Neustrukturierung des internationalen Zusammenlebens ab, welche den unterentwickelten Ländern maximale Chancen bietet für die Wiedergewinnung ihrer naturgegebenen Energie- und Rohstoffquellen und ihrer Macht zur Selbstbestimmung.

Die Christen haben, wenn sie ein neues Empfinden für die universale Bestimmung der materiellen Güter wie für die Einheit und Solidarität der Menschheit in ihrer Verantwortung für das gemeinsame Leben gewonnen haben, einigen Grund, Pioniere bei jener Umgestaltung der Machtblöcke zu sein, von denen die Reorganisation der Welt und die Lösung der dramatischen Probleme der Unterentwicklung und der Bevölkerungsexplosion abhängen. Indem sie ihrem ethischen Streben diese internationale politische Dimension geben, haben sie im übrigen auch einige Chancen, ihr altes Problem, wie Werte in das gemeinsame Leben eingebracht werden können, auf eine neue Weise anzugehen.

Übersetzt von Dr. Ansgar Ahlbrecht

VINCENT COSMAO

geboren 1923 in der Bretagne, Dominikaner. Er ist Lektor der Theologie (1950), war von 1950 bis 1955 Studentenseelsorger an der Naturwissenschaftlichen Fakultät zu Lyon und von 1955 bis 1959 an der Universität Dakar. Von 1959 bis 1965 war er Superior der Dominikanerfraternität von Dakar. Von P. Lebet an das IRFED (Institut de Recherche et de Formation en Développement) berufen war er von 1966 bis 1972 dessen Leiter, gründete 1972 das Zentrum Lebet «Glaube und Entwicklung». Er schreibt in «La Croix» über Probleme der Entwicklung und ihre Beziehungen zum Glauben, doziert am ISTR (Institut de Science et de Théologie des Religions). Er veröffentlichte u.a. eine Einführung in «Populorum progressio» (Centurion, Paris 1967), Développement et Foi (Cerf, Paris 1972) sowie Beiträge für verschiedene Zeitschriften.

André Hellegers

Präferenzen in der Gesundheitspolitik

Bei jedem Versuch, über die Frage, wie die medizinischen Hilfsmittel am sinnvollsten zugeteilt werden können, einsichtig nachzudenken, stellt sich ein Problem der Zweckbestimmung und Abgrenzung.

Wer über ethische Grundsätze in bezug auf die Zuteilung der medizinischen Hilfsmittel reden

will, muß zuerst den geographischen Raum abstecken, auf den er sich bezieht. Ich will in diesem Aufsatz nicht Erwägungen darüber anstellen, ob die Welt als eine Einheit zu betrachten sei. Damit kommen wir von selbst um wohl eines der größten ethischen Probleme herum, die sich auf dem Feld der Gesundheitspflege stellen, um die Frage nämlich, ob der Arztberuf als ganzer gegenüber der gesamten Menschheit eine moralische Verpflichtung habe. Wir werden dieses Problem nur am Rande streifen.

Eine weitere Knacknuß für unser Denken ist mit der Notwendigkeit gegeben, zu bestimmen, was man als «die eigentliche Sphäre» der Medizin zu betrachten habe. Dieser Aufsatz hat sich vorwiegend mit diesem Problem zu befassen, denn

erst wenn dieses gelöst ist, kann man eine sinnvolle Zuteilung der medizinischen Hilfsgüter vornehmen.

Vom Eid des Hippokrates an bis zu den modernen Kodizes, die für das ärztliche Berufsethos gelten (Helsinki, World Medical Association, American Medical Association usw.), war das Arzt-Patient-Verhältnis bloß eine Beziehung zwischen zwei Personen. Diese ethischen Berufskodizes scheinen vor allem dazu bestimmt zu sein, das gestörte Verhältnis zwischen einem mächtigen Arzt und einem machtlosen Patient wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Auch wurde die Krankheit im allgemeinen als Degenerationsprozeß aufgefaßt, der, falls er nicht rückgängig gemacht werden kann, zu weiterem Verfall und selbst zum Tode führt.

1. Die medizinischen Voraussetzungen

Die Hauptthese dieses Aufsatzes wird die sein, daß in unserem Verständnis der Gesundheit ein Wandel eingetreten ist. Damit ist auch das Problem des richtigen Einsatzes der medizinischen Hilfsmittel noch viel verwickelter geworden. Wollen wir diesen Meinungswandel prüfen, müssen wir die Umschwünge besehen, zu denen es in der Medizin gekommen ist, und es dürfte wohl möglich sein, wenigstens einige der hauptsächlichsten Umwälzungen zu beleuchten, die zu den jetzigen ethischen Problemen führten.

1. Infektionskrankheiten

Dank der Entwicklung der modernen Bakteriologie und Virologie ist es möglich geworden, eine Krankheit zu bekämpfen ohne daß man mit einem Patienten überhaupt Kontakt aufzunehmen braucht. Die Reinigung von Wasser und Luft und die Nahrungsmittelkontrolle tragen indirekt zur Verminderung der Patientenzahl bei, indem sie Krankheiten verhindern. Mit dem Fortschritt in der Kenntnis der ansteckenden Krankheiten stellte sich erstmals auf breiter Ebene die Frage, ob die medizinischen Anstrengungen auf Heilung oder auf Verhütung von Krankheiten auszurichten seien.

Die Medizin wird nicht nur praktiziert, ohne daß der Patient darum ersucht hat, sondern gelegentlich wird sie sogar gegen dessen Willen ausgeübt. Wer interkontinentale Reisen macht, muß ein Impfzeugnis vorlegen, nicht weil das Land, in

das er reist, sich um seine Gesundheit kümmern würde, sondern weil es sich vor einer eventuellen Epidemie schützen will. Man kann selbstverständlich einwenden, es werde ja niemand gezwungen, eine Reise zu unternehmen. Das vielleicht deutlichste Beispiel eines gegen den Willen Einzelner erzwungenen medizinischen Eingriffs ist die Beimischung von Fluor ins Trinkwasser. Oft wird das in einer Abstimmung beschlossen, und die Minderheit ist dann gezwungen, auf Betreiben der Mehrheit gegen ihren Willen Fluor zu konsumieren.

2. Quantitative Medizin

Zu einem weiteren wichtigen Umschwung in der Gesundheitspflege kam es durch den Fortschritt in der Epidemiologie und Biostatistik. Die ausgeklügelte Entwicklung dieser Methoden ermöglichte die Schaffung von Frühwarnsystemen zur Verbesserung der Präventivmedizin. Diese Entwicklungen haben namentlich zu der durch die Präfixe *hyper-* und *hypo-* charakterisierten Definition von Krankheiten geführt. Diese Vorsilben beziehen sich auf einen Normalzustand, der für gewöhnlich mit dem Präfix *eu-* bezeichnet wird.

In dieser Sicht der Krankheit ist diese eine statistisch signifikante Abweichung von einem Befund, der sonst bei der betreffenden Bevölkerung im allgemeinen vorliegt. Krankheiten in diesem Sinn stellen uns bei der Frage nach der richtigen Zuteilung der medizinischen Hilfsmittel wiederum vor das Problem, ob man sich für die Therapie entscheiden soll oder eher für die Vorbeugung, indem man solche von der Statistik abweichende Personen eingehend beobachtet, um ihre Erkrankung hinauszuzögern oder die Krankheit schon in ihren frühesten Stadien zu behandeln. Es ist zu bemerken, daß Personen, die an solchen *hyper-* oder *hypo-*Zuständen leiden, manchmal keine anderweitigen Symptome aufweisen. Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Hypercholesterolaemia und Hypocholesterolaemia sind Beispiele solcher Krankheiten.

3. Psychosomatische Medizin

Die Entdeckung, daß körperliche Erkrankungen von psychischen Ursachen hervorgerufen werden können, führte zu einer weiteren möglichen Krankheitsdefinition: Krankheit als Funktionsuntüchtigkeit in einer bestimmten Gesellschaft. In diesem Fall kann man sich fragen, ob eigentlich die betreffende Gesellschaft krank sei oder die

Person, die in ihr Leben muß. Ein treffendes Beispiel dafür wäre es, wenn man in einer nazistischen Gesellschaft eine zwar vollkommen gesunde, aber jüdische Nase besäße; plastische Nasenchirurgie könnte dann als lebensrettender Eingriff in eine «Krankheit» gelten. In Gesellschaften, welche die Alterungsprozesse nicht akzeptieren, könnten ein Hängegesicht oder eine Hängebrust, obwohl sie biologisch ganz in Ordnung sind, einen Grund zu einem chirurgischen Eingriff bilden.

4. Extensivität und Perpetuität

Unter Extensivität verstehen wir den mit den Fortschritten der Wissenschaft immer mehr erkannten Sachverhalt, daß die Krankheit (wie immer man sie definieren mag) einer Einzelperson sich auf deren Zeitgenossen stark auswirken kann. Unter Perpetuität verstehen wir die Tatsache, daß gewisse Krankheiten, zumal Erbkrankheiten, auf spätere Geschlechter übertragen werden können. Bei der Zuteilung der medizinischen Hilfsmittel wird es deshalb zu einer Frage, wie hoch das Wohlergehen künftiger Generationen gegenüber dem der jetzigen Generation einzuschätzen ist.

5. Die Weltgesundheitsorganisation

Die am weitesten verbreitete neue Fassung des Gesundheitsbegriffs kommt in der Definition zum Ausdruck, die von der Weltgesundheitsorganisation formuliert worden ist. Darnach besteht die Gesundheit nicht bloß im Nichtvorhandensein einer Krankheit, sondern «Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens».¹ Wollte man diese Definition nicht bloß im Sinn eines erstrebenswerten Ideals, sondern ganz wörtlich nehmen, müßte sie zu absurden Konsequenzen für die Zuteilung der medizinischen Hilfsmittel führen. Würde sich z. B. jemand deshalb gesellschaftlich nicht wohlbefinden, weil er keinen Rolls Royce besitzt, so könnte er logischerweise verlangen, daß ein Arzt ihm einen solchen verschreibe. Nach dieser Definition könnte man sich auch fragen, ob die Beschäftigung mit unsozialem Verhalten eine besondere Sparte des Arztberufes bilden sollte.

Dann und wann kommen solche Vorstellungen bereits zum Ausdruck. Bei Verbrechen, Trägheit in der Schule und weiteren solchen Fällen meint man oft, es sei ein medizinischer Eingriff erforderlich. Schuldgefühle, die man vordem als eine Folge von Sünde ansah, meint man nun auf medizinischem

Wege beseitigen zu müssen.² Man hat schon gesagt, daß wir in einem Zeitalter des «Verlangens nach einer beschwerdefreien Gesellschaft» leben.³ Mit der zunehmenden Entwicklung einer Industrie psychomotorischer Drogen kann theoretisch postuliert werden, der Arzt habe die Pflicht, Patienten in einen beschwerdelosen Zustand zu versetzen. Diese Frage ist selbstverständlich nicht neu, schon Aldous Huxley hat sich mit ihr befaßt.⁴

Diese Fortschritte in der Medizin und diese Auffassungen über das Betätigungsfeld des Arztberufes stellen im Verein mit dem alten Anliegen der Medizin, den Tod zu verhüten, diese vor eine vielleicht neue Aufgabe: für ein endloses Leben in totaler Glückseligkeit zu sorgen.

II. Die Lösung des Problems

Angesichts der Aufgabe, zwischen einem theoretisch unbegrenzten Bedürfnis und begrenzten Hilfsmitteln einen Ausgleich zu finden, muß irgendeine Entscheidungsbasis gefunden werden. In der Praxis scheinen für gewöhnlich zwei Lösungsmethoden vorzuherrschen. Die erste ist der alte Grundsatz, das zu tun, «was für die möglichst große Zahl möglichst gut» ist. Damit steht man natürlich vor der Frage, was wirklich gut ist und wie disparate Güter einzustufen sind. Dieser Grundsatz ist namentlich dann schwierig anzuwenden, wenn man sich nicht darüber klar ist, was das Ziel der Medizin zu sein hat.⁵

Ein zweiter Grundsatz, der für gewöhnlich angeführt wird, ist das Prinzip der «distributiven Gerechtigkeit».⁶ Wenn man die beiden Grundsätze miteinander vergleicht, so scheint der erste mehr auf das Ziel, der zweite mehr auf die Mittel ausgerichtet. Sofern dies stimmt, hat die Aufgabe, sich für eine der beiden Methoden zu entscheiden, mit all den Schwierigkeiten zu ringen, die für den einen und für den andern Entscheid sich aus den üblichen Debatten zwischen teleologischen und deontologischen Ansätzen des ethischen Denkens ergeben können.

In einem zielbestimmten Schema des Einsatzes der medizinischen Hilfsmittel gilt die Rettung des Lebens oft als die Hauptfunktion der Medizin. Daß diese Auffassung ihre Grenzen hat, ist klar; man braucht bloß an die jetzigen Auseinandersetzungen z. B. über die Euthanasie zu denken, zumal in deren negativer Form, wo zumindest die Pflicht bestritten wird, sich außergewöhnlichen

Eingriffen zu unterziehen.⁷ Damit ist die Frage nicht gelöst, ob es eine Pflicht ist, außergewöhnliche Therapien anzuwenden, sofern dies verlangt wird. Wenn man die Verhütung des Sterbens zum einzigen Kriterium für die Zuwendung der medizinischen Hilfsmittel macht, besteht die Hauptschwierigkeit darin, daß sich die Kosten für die Rettung des Lebens nicht konstant voraussagen lassen. Es ist auch nicht klar, weshalb die Rettung des Lebens stets das erste Anliegen sein sollte. Man kann z.B. die Meinung vertreten, daß es ebenso gut oder ebenso gerecht sei, die medizinischen Hilfsmittel so einzusetzen, daß gesamthaft möglichst viele Lebensjahre hinzugewonnen werden können.

Im Rahmen dieses Denkens könnte die Auffassung vertreten werden, daß man in gewissen Fällen dadurch, daß man nicht für einen einzelnen Menschen sorgt, am besten für das allgemeine Wohl sorgt. So kann man sich fragen, ob sich der Aufwand nicht besser lohnen würde, wenn man, statt einen verschütteten Minenarbeiter zu befreien, zu verhüten suchte, daß Kinder von Elendsvierteln eine Bleivergiftung bekommen. So würden nicht nur mehr Leben gerettet, sondern auch viel mehr Lebensjahre. Mancher Einsatz von Mitteln erscheint in jeder Unkosten-Ertrags-Analyse kontraproduktiv, sofern nicht anerkannt wird, daß Lebensrettung auch einen wichtigen symbolischen Wert darstellt. Die Frage lautet dann: Was darf dieser Zeichenwert kosten? Der allgemeinen Überzeugung, daß das Leben Bedeutung hat, ist wohl dann am besten gedient, wenn man von Zeit zu Zeit in ein Leben, das zu einem Zeichenwert wird, übermäßig viel Aufwand investiert. Dieses menschliche Bedürfnis nach Wertsymbolen kommt dann und wann darin zum Ausdruck, daß für ein einzelnes Kind, zumal ein Kleinkind, außerordentlich viel Pflege aufgewandt wird. Unterließe man dies, so geriete der Wert, der jedem Leben zugesprochen wird, ins Wanken (was der allgemeinen Wohlfahrt abträglich wäre). Dies spielt auch eine Rolle für die Unterscheidung zwischen dem individuell Guten und dem statistisch Guten, ohne die es schwer hält, im erzieherischen Bemühen auf individueller Ebene Güte und Liebe als erstrebenswerte Eigenschaften zu fördern. Damit wollen wir einfach sagen: Die der Medizin zur Verfügung stehenden Mittel sind nicht nur im Hinblick auf die guten Folgen für die Patienten zu verteilen, sondern auch im Blick auf das Gute, das denjenigen, die diese Mittel anwenden, daraus erwächst. Dabei denken wir hier nicht an finanziellen Ge-

winn, sondern an das größere Gut der Förderung der allgemeinen Güte und Liebe. Dieser humanisierende Einfluß der therapeutischen Betreuung anderer wird in modernen Unkosten-Gewinn-Analysen so selten in Rechnung gestellt.

Eine eingehende Analyse der gängigen Auffassungen über das, was die soziale Gerechtigkeit in bezug auf die Zuteilung der medizinischen Hilfsmittel erfordert, findet sich in einem neueren Aufsatz von Outka⁸ und in einem Buch, das das Institute of Medicine of the National Academy of Sciences jüngst herausgegeben hat.⁹ Houtka analysiert diese Probleme anhand von fünf Grundsätzen sozialer Gerechtigkeit: «Jedem entsprechend seinem Verdienst»; «jedem entsprechend seinem Beitrag zur Gesellschaft»; «jedem dem Beitrag entsprechend, den er leistet, um allem, was von anderen auf dem offenen Marktplatz des Angebots und der Nachfrage frei gewünscht wird, zu genügen»; «jedem seinen Bedürfnissen entsprechend» und schließlich «gleiche Fälle sollen gleich behandelt werden.» Was näherhin den Entscheid betrifft, der in einem Fall zu treffen ist, wo nicht alle Gefährdeten gerettet werden können, aber auch nicht alle zu sterben brauchen, scheint sich Outka der Meinung Ramseys anzuschließen, der für den Grundsatz eintritt, in einem solchen Fall dürfe man sich aufs Geratewohl entscheiden.¹⁰ Ramsey räumt dem Überleben den moralischen Primat ein, da dieses die Vorbedingung für jedes weitere Gut darstellt. Er verwirft eine Auswahl aufgrund irgendeines Schemas, das auf der Abschätzung der Bedeutung eines Menschen für die Gesellschaft beruht, da eine solche Abschätzung unmöglich vorzunehmen sei; er scheint aber eine Ausnahme für diejenigen zu machen, ohne deren Fertigkeiten kein Leben anderer gerettet werden könnte – so wie man in erster Linie darauf bedacht ist, daß in einem Rettungsboot der Ruderer am Leben bleibt.

Außer im Fall dieses Entscheides, der innerhalb der engeren Grenzen einer Situation zu treffen ist, in der man zwischen bestimmten Patienten, die für eine begrenzte Lebensrettungstechnik in Frage kommen, zu wählen hat, sind alle Kategorien Outkas irgendwie kritikanfällig. Daß diese Methodologie ihre Grenzen hat, sagt Calabresi,¹¹ der von «tragischen Entscheiden» spricht, d. h. von Entscheiden, bei denen es überhaupt keinen richtigen Entscheid geben kann. Er behauptet, es sei letztlich kein Entscheidungsmechanismus vorhanden, der gültig sei, und der beste Weg, um den äußeren Aufwand für den Entscheid möglichst

niedrig zu halten, bestehe vielleicht darin, daß man von System zu System übergehe. Zu diesem Schluß gelangt er von seiner Auffassung her, in unserer Gesellschaft bestehe keine feste Wertordnung. Solange keine feste Wertreihe herrsche, bleibe der einzige Weg, um sämtliche Werte in Geltung zu erhalten, der, einige von ihnen während einiger Zeit außerachtzulassen, um sie in der Folge umso lauter «auszuposaunen». Er schreibt: «Dieses Ausposaunen soll darauf aufmerksam machen, daß man nun einen grundlegenden, früher vernachlässigten Wert wiederum zur Geltung bringen will.» Während man so einen Wert von neuem betont, tritt hingegen ein anderer in den Hintergrund und muß später wieder zur Geltung gebracht werden, und Calabresi gibt zu, daß dieses Vorgehen kaum als glücklich bezeichnet werden kann. Zu diesem Hin- und Herschwanken zwischen verschiedenen Methodenlehren scheint man namentlich dann gezwungen zu sein, wenn das Ziel der Medizin von neuem bestimmt wird. Kass¹² z. B. leistet einen aufschlußreichen Beitrag zur Frage, ob nicht vielleicht unsere heutige Einstellung zur Gesundheitspflege veraltet sei. Schon seine einfache Frage nach dem medizinischen Wert der Errichtung von Sporthallen im Vergleich zu Erleichterungen der Gesundheitspflege hat ihre Gültigkeit. Auch sucht er die Verantwortung der Menschen für ihre eigene Gesundheit in eine Analyse der Pflichten, die die Medizin und die Regierung in dieser Hinsicht haben, zu integrieren. Es ist hier nicht meine Aufgabe, zwischen den verschiedenen Vorschlägen, die von andern Autoren gemacht werden, mit ihren Vor- und Nachteilen eine Wahl zu treffen.

Vielmehr ist zu sagen, daß die Probleme von der sich wandelnden Natur der Medizin selbst herühren. Die entscheidende Änderung ergibt sich meines Erachtens aus der Fähigkeit, auf dem Weg der Biostatistik und Epidemiologie vorauszusagen, was aus bestimmten Einsätzen von Mitteln herauschaut. Wo man nicht wußte, daß verschiedene Entscheide getroffen werden könnten, stand man gar nicht vor einer Wahl. Solange man annahm, daß Krankheit bloß einen Einzelmenschen in einen Verfallsprozeß hineinbringe, konnte einfach das Gesetz der Nachfrage von seiten des Patienten und des Angebots von seiten des Arztes spielen. Bleibt die Medizin auf die Ebene zwischen einem einzelnen Arzt und einem einzelnen Patienten beschränkt, kann eine auf Recht und Pflicht beruhende medizinische Ethik die Beziehung zwischen Arzt und Patient auf vernünftige Weise re-

geln. Wo indes die Medizin institutionalisiert wird und über reiche Hilfsmöglichkeiten an Gebäulichkeiten und Apparaturen verfügt, ist eine private medizinische Ethik wohl nicht mehr ausreichend. Dann muß eine Ethik distributiver Gerechtigkeit zu den älteren Formen ethischer Analyse hinzukommen, und um dies geht es in der heutigen Diskussion.¹³

Die primäre Krise ist somit nicht eine Krise der Methodologien, die zur Wertanalyse verwendet werden. Vielmehr ergibt sie sich aus der Einsicht, daß vieles von dem, was die Medizin tut, Werturteile enthält und den Rahmen der wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Methodenlehre sprengt.

Während für diese das Problem in der Frage nach der richtigen Verteilung von Gesundheitsdollars für medizinische *Dienstleistungen* liegt, so erscheint wohl das Problem der *Forschung* in der Theorie einfacher, obwohl die Praxis viel zu wünschen übrig läßt.

Es ist eine Tatsache, daß die Forschung der letzten Jahrzehnte, die das Leben bis zu dessen normalem Ende verlängern wollte, viel mehr zur Verlängerung des Lebens an dessen Beginn beitrug. Die Antibiotika, die das Leben derjenigen verlängerten, die – was sehr oft der Fall war – eine tödliche Lungenentzündung hatten, hat mehr Säuglinge als Greise gerettet. Dies ist ein Ergebnis der Altersstruktur: es sind mehr junge als alte Menschen zu retten.

Während dies in der Vergangenheit gegolten haben mag, so trifft dies immer weniger auf die Gegenwart zu und auf die Zukunft wird dies noch weniger zutreffen, da die Kindersterblichkeit auf ein absolutes Minimum zurückgedrängt worden ist und die Geburtenraten fallen. Man hat ausgerechnet, daß der Sieg über den Krebs und die Herzkrankheiten die mittlere Lebenserwartung um vielleicht zwei Jahre verlängern wird. Damit steht man vor der Frage: Welches werden die neuen Krankheits- und Todesformen sein und welche ethischen Probleme werden damit aufgeworfen werden? Und da wir nun den genetisch bestimmten Grenzen der Lebensspanne der Species Mensch näherrücken, wäre es wohl sinnvoller, wenn man der Grundlagenforschung für die Erleichterung des Leidens in sämtlichen Altersgruppen den Vorzug geben würde, beispielsweise der Forschung über den Schmerz, der mehr ein Symptom als eine Krankheit ist. Im allgemeinen wünschen die Menschen, in aller Ruhe, mit Vorliebe im Schlaf zu sterben. Ein solcher Tod wird für gewöhnlich von einer Koronarherzattacke

herbeigeführt, von einer Krankheit also, die man paradoxerweise mit großem Aufwand zu verhüten sucht. Altsein steht nicht hoch im Kurs und doch wird das Altwerden durch die Beseitigung akuter Todesursachen gefördert. Es bedarf keines großen Ahnungsvermögens, um vorauszusagen, daß dies in einer Zeit der Aufwand-Etrag-Analysen zwangsläufig zu einem Interessenverband für positive Euthanasie führen wird. So wird allmählich der menschliche Leib gleichsam als Maschine an-

gesehen, die regelmäßig zu inspizieren ist, damit nicht vorzeitig Defekte eintreten, aber auch damit man sie außer Betrieb setzen kann, wenn sie abgenutzt ist.

Letztlich hängt die Lösung der Frage nach dem richtigen Einsatz der medizinischen Hilfsmittel für die Gesundheitspflege und Gesundheitsforschung damit zusammen, ob man gewillt ist, den Tod als etwas, das zum Leben gehört, zu akzeptieren, als wie bedauerlich dies auch empfunden werden mag.

¹ World Health Organisation: The Constitution (Geneva, W.H.O. 1946).

² K. Menninger, *Whatever Became of Sin?* (Hawthorn Books, New York 1973).

³ R. E. Cooke, *Whose Suffering?*: J. Peds 80, no. 5, Mai 1972, 906-908.

⁴ A. L. Huxley, *Brave New World* (Chatto and Windus, London 1966).

⁵ L. R. Kass, *Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health: The Public Interest*, Summer 1975.

⁶ J. Rawls, *A Theory of Justice* (Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1971).

⁷ Papst Pius XII., *Acta Apost. Sedis* 49 (1957) 1031-1032.

⁸ G. Outka, *Social Justice and Equal Access to Health Cure*: J. Rel. Ethics 2 (1974) No. 1 (Spring) 1974.

⁹ L. R. Tancredi, *Ethics of Health Care* (Institute of Medicine, National Academy of Sciences, Washington, D.C. 1974).

¹⁰ P. Ramsey, *The Patient as Person* (Yale University Press, New Haven 1970).

¹¹ G. Calabresi, *Commentary on Arrow, K. J.: Government Decision Making and the Preciousness of Life* (aaO. Anm. 9).

¹² L. R. Kass aaO. Anm. 5.

¹³ A. R. Jonsen / A. E. Hellegers, *Conceptual Foundations for an Ethics of Health Care* aaO. Anm. 9.

Übersetzt von Dr. August Berz

ANDRÉ HELLEGERS

geboren 1926 in Venlo (Niederlande). Er studierte an der Medizinischen Fakultät der Universität Edinburgh, am Belgischen Nationalkollegium zu Brüssel (Doktorat 1952) und an der Universität von Paris. Seit 1967 war er Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie und seit 1969 für Physiologie und Biochemie an der Georgetown Universität, 1971 Leiter der Bevölkerungsforschung. Seit 1971 ist er Leiter des Joseph-und-Rose-Kennedy-Instituts zum Studium der menschlichen Fortpflanzung und Bioethik an der Georgetown Universität. Er war Mitglied zahlreicher Ausschüsse für Bevölkerungsfragen (Päpstliche Kommission für Bevölkerungsfragen und Geburtenkontrolle, Präsident Johnson's Kommission für Bevölkerungsfragen und Familienplanung usw.).

Der Mensch im Arbeitsprozeß

In letzter Zeit mehren sich die Stimmen, die eindringlich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den industriellen Betrieben verlangen. Bisher standen die Erhöhung des Einkommens sowie die Verkürzung der Arbeitszeit im Vordergrund gewerkschaftlicher Forderungen. Die durch die steigenden Lohnkosten notwendige Rationalisierung der Betriebe hat in mancher Hinsicht auch zu einer Erleichterung der Arbeit geführt. Schwere Muskelarbeit wurde dem Menschen durch die Maschinen abgenommen, moderne Be- und Entlüftungseinrichtungen schaffen ein besseres Klima, Sicherheitseinrichtungen vermeiden die Unfall-

gefahr. Aber die Technisierung und Organisierung der Arbeitsprozesse bringen auch eine Reihe neuer Belastungen: Streß als Folge eines von der Maschine diktierten Arbeitstempos, Nachtschichten, weil die Produktionsanlagen rentieren müssen; Maschinenlärm, der auf die Dauer das erträgliche Maß überschreitet; Monotonie einer auf wenige Handgriffe reduzierten Fließbandarbeit. Hier erhebt sich die Forderung, daß die Technik an den Menschen besser angepaßt werden und daß man bei der Fertigung auf die menschliche Natur mehr Rücksicht nehmen müsse. Daß sich diese Postulate unter Umständen auch mit der Rentabilität der Betriebe gut vertragen, zeigt der folgende Beitrag eines Unternehmers der Elektroindustrie, der im Laufe der letzten zehn Jahre in all seinen Betrieben die Fließbandarbeit systematisch durch Einzelarbeitsplätze ersetzt hat. Der Bericht wird ergänzt durch ein Dokument, das von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gemeinsam erarbeitet wurde.