

Stefan Kühl

Ethik-Kommissionen: Von professioneller Selbstkontrolle zur wissenschaftsbasierten Infrastruktur

Ethik-Kommissionen — eine soziologische Annäherung

Ethik-Kommissionen sind in die Diskussion gekommen, der Versuch, über die Institutionalisierung von innerprofessionellen Kontrollorganen die Problembereiche medizinischer Forschung am Menschen und die Praxis neuer medizinischer Methoden in den Griff zu bekommen, wird zunehmend diskutiert. Medizinische Veröffentlichungen (z.B. Bork 1984, tw. in Toellner, Hrsg. 1990) werden durch Arbeiten aus dem Bereich der Rechtswissenschaft (z.B. Czwalinna 1987) und der Soziologie (Daele/Müller-Salomon 1990) ergänzt. Alle mir bekannten Arbeiten orientieren sich bei der Untersuchung an einem in zweifacher Weise eingeschränkten Bild von Ethik-Kommissionen: Erstens ist die zentrale Perspektive in der Regel auf die Funktion von Ethik-Kommissionen als innerprofessionelles Organ zur „peer control“ gerichtet. Die gesellschaftliche Funktion von Ethik-Kommissionen, ihre Funktion als politisches Steuerungsmittel wurden bisher nur am Rande untersucht. Zweitens ist der Blick auf die klassische Arbeit von Ethik-Kommissionen gerichtet: auf die Anwendung eines bestimmten normativen Konsenses auf die konkrete Praxis der Forschung am Menschen. Daß sich die Arbeitsweise von einigen Ethik-Kommissionen zunehmend in den Bereich der Politikberatung ausdehnt, wurde bisher weder analysiert noch in ihren Folgen bewertet.

Der Versuch der Medizin, staatliche Forschungsreglementierungen abzuwehren

Die Gründung von Ethik-Kommissionen war eine Reaktion auf den Mißbrauch und auf fehlende Kontrollmöglichkeiten bei Forschungen am Menschen. Die zunehmende Komplexität der Medizin, ein immenses innovatives Potential im Gesundheitswesen und eine wachsende Sensibilität der Öffentlichkeit gegenüber Verfehlungen von ÄrztInnen legte aus zwei Gründen die Einrichtung von medizinischen Ethik-Kommissionen nahe: erstens zum Schutz von PatientInnen, besonders von denjenigen, die sich für medizinische Versuche als ProbandInnen zur Verfügung gestellt haben, zweitens zur Absicherung und Beratung der forschenden MedizinerInnen.

Neben dieser Schutzfunktion für einzelne Personen setzen sich einige Ethik-Kommissionen verstärkt mit generellen Problemen der medizinischen Praxis auseinander: Wo liegen die ethischen Grenzen in der Reproduktionsmedizin? Unter welchen Bedingungen ist die Forschung an menschlichen Embryonen legitim? Welche Wege dürfen in der Gentherapie gegangen werden?

Beiden Problembereichen medizinischer Forschung — der von übermäßiger gesellschaftlicher Bedeutung und der an Personen — ist eines gemeinsam: „Die schützende Grenzlinie zwischen stellvertretender und wirklicher Aktion, zwischen Versuch und Ernst, im Vollzug der Forschung selbst verwischt.“ (Jonas 1987: 99)

Die Diskussion über die Grenzen wissenschaftlicher Forschung im allgemeinen und medizinischer Forschung im besonderen erhält ihre Brisanz durch die zunehmende Ausdifferenzierung des Systems Medizin. Auf der einen Seite kommt es zu einer wachsenden Spezialisierung (Exklusion) in der Gesellschaft. Das medizinische System ist hochdifferenziert und „exklusiv“ für die Bearbeitung bestimmter Bereiche der Gesellschaft zuständig. Nur aufgrund dieser Spezialisierung, ja sogar Verselbständigung¹ des Systems Medizin, war die Potenzierung medizinischen Wissens möglich.² Auf der anderen Seite führt die Erweiterung des medizinischen Wissens und ihre Operationalisierung in medizinische Praxis zu einer breiten „Betroffenheit“ der Gesamtgesellschaft durch medizinische Entwicklungen (Inklusion).

Diese „Dialektik von Exklusion und Inklusion“ (Willke 1989b: 113), das Dilemma von Spezialisierung einerseits und gesamtgesellschaftlicher Relevanz andererseits, führte zu einer Verunsicherung bei den beteiligten Akteuren. Je stärker sich die gesellschaftliche Umwelt durch das medizinische System beeinflusst sieht, desto weniger ist sie bereit, die Autonomie der Medizin anzuerkennen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die medizinische Wissenschaft die eigenen Grenzen der Wahrheitsproduktion überschreitet und mit anderen Interessen in Konflikt gerät. In dem Moment, in dem die Medizin durch Innovationen bestimmte gesellschaftliche Normen und Werte auflöst, wird von ihr verlangt, daß sie sich an der Neudefinition von Orientierungshilfen beteiligt (vgl. Weingart 1983). In dem Moment, wo sie in die Würde des einzelnen Menschen einzugreifen droht, gerät sie notwendigerweise in einen Konflikt mit dem Staat, dessen verfassungsmäßige Aufgabe der Schutz der Menschenwürde ist. Bei der Forschung am Menschen entsteht ein normatives Spannungsverhältnis zwischen den gesellschaftlich nützlichen und nutzbaren Forschungsergebnissen und der dem Individuum geschuldeten

Fürsorgepflicht. Die Entscheidung in diesem Spannungsverhältnis kann nicht einzig und allein dem forschenden Arzt oder der forschenden Ärztin überlassen werden, da in der Forschungspraxis die ärztliche Fürsorgepflicht und das Forschungsziel zugunsten letzteren auseinanderzufallen drohen: Ziel und Bewertungsmaßstab von Forschung ist der Erkenntnisgewinn. Je weniger Rücksicht auf PatientInnen, bzw. ProbandInnen genommen wird, desto größer ist die Chance zum Erkenntnisgewinn (vgl. Daele/Müller-Salomon, 1990: 15).

Die öffentliche Wahrnehmung dieses Kontrollproblems und die Aufforderung an die Medizin, bei der Definition ethischer Richtlinien mitzuwirken, ist eine Herausforderung für die Autonomie der Profession. Ethische Probleme können Ansprüche auf gesellschaftliche und politische Regelungen auslösen, die nicht mehr durch den Verweis auf Fachkompetenz abgewehrt werden können (vgl. ebd.: 84). Dieser Politisierung ihrer Profession mußte und muß sich die Medizin stellen.

Die Gründung von Ethik-Kommissionen stellte den Versuch dar, staatliche Eingriffe in die Medizin abzuwehren und die Probleme der Forschungen an Menschen professionsintern zu lösen. Für die Medizin bedeuten Ethik-Kommissionen eine interne Ausdifferenzierung zusätzlicher Kontrollen, die einhergehen mit internen Reglementierungen und einer Bürokratisierung der Forschung. Sie lassen der Medizin jedoch mehr Spielräume als bei einer gesetzlichen Regelung (vgl. Czwalinna 1987: 9; Daele/Müller-Salomon 1990: 21).

Ethik-Kommissionen als Instanzen innerprofessioneller Kontrolle und Beratung werden von den betroffenen ForscherInnen aus der Einsicht heraus akzeptiert, daß die Nebenfolgen ihres individuellen und systemintern rationalen Handelns im Gesamtzusammenhang zu Faktoren aggregieren, die das eigene System gefährden.³ Als Nebenfolge wird dabei nicht nur das technische, soziale und persönliche Forschungsrisiko

angesehen, sondern auch die drohende gesetzliche Reglementierung der eigenen Forschung. Die Vorteile für die medizinische Wissenschaft liegen auf der Hand: Größere Flexibilität in der Definition der Forschungsrichtlinien, das Handlungsmonopol bleibt bei der Profession. Weswegen aber läßt sich der Staat darauf ein, die Kompetenzen bei der Medizin zu belassen? Was veranlaßt ihn, einen Komplott mit der Medizin über die Reglementierung von Forschung zu schmieden?

Grundsätzlich kann dieser Verzicht auf staatliche Handlungskompetenz durch die Erfahrung mit dem Versagen bestimmter politischer Steuerungsinstrumente erklärt werden. Gerade der Versuch, zentral steuernd in komplexe, teilautonome Systeme einzugreifen, führt zu Problemen (vgl. Mayntz 1987: 96f.): Die staatlichen Vollzugsinstanzen können die Normen nicht durchsetzen (Implementationsproblem). Gerade im Wissenschaftsbereich können die MedizinerInnen mit dem Verweis auf die Freiheit der Forschung die Befolgung bestimmter Normen ausgesprochen oder unausgesprochen verweigern (Motivationsproblem). Aufgrund des Innovationspotentials medizinischer Forschung mangelt es staatlichen Behörden häufig an dem nötigen Wissen, steuernd in diese Bereiche einzugreifen (Wissensproblem). Aber gerade bei der Forschung am Menschen, wo die Steuerung vorbeugend ansetzen muß, wäre bei einer zentralen Lenkung dieses Wissen unverzichtbar.

Prinzipiell bleibt es zweifelhaft, ob bestimmte Probleme über gesetzliche Regelungen zu beeinflussen sind (Steuerbarkeitsproblem). Schaefer behauptet, Fragen nach der Erlaubtheit von Transplantationen, der Obduktion oder erst recht des nicht kontrollierbaren zwischenmenschlichen Kontaktes seien nur schwer oder gar nicht über Gesetze zu regeln (vgl. 1986: 255).

Die Schwierigkeiten, mit dem klassischen staatlichen Steuerungsmittel Recht in die medizinische Forschung einzugreifen, zwingen den

Staat, auf die Bereitschaft der Medizin einzugehen, ihre informellen, formellen und standesethischen Kontrollen durch besondere Instanzen wie Ethik-Kommissionen zu ergänzen. Charakteristisch für diese „Steuerungsnotlage“ ist die Tatsache, daß die Ethik-Kommissionen nicht gesetzlich verordnet, sondern von halböffentlichen Organen bzw. Standesorganisationen initiiert wurden.⁴

Möglichkeiten und Grenzen professioneller Selbstkontrolle

Die medizinischen Ethik-Kommissionen lassen sich als Verfahren professioneller Selbstkontrolle mit überwältigender Dominanz der MedizinerInnen beschreiben. Sie entsprechen damit der Zielsetzung der politischen Deregulierung. Das heißt, durch staatlichen Regelungsverzicht wird auf die in der Gesellschaft vorhandenen Kapazitäten zur Selbststeuerung gesetzt (vgl. Daele/Müller-Salomon 1990: 19f.).

Da in den letzten Jahren sowohl in einer juristischen (Czwalinna 1987) als auch in einer soziologischen Arbeit (Daele/Müller-Salomon 1990) eine intensive Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen professioneller Selbstkontrolle durch Ethik-Kommissionen stattfand, werde ich an diese Stelle die Argumente lediglich in groben Zügen kritisch referieren, um sodann auf die aktuellen Veränderungen in der Arbeit von Ethik-Kommissionen einzugehen. Die innerprofessionelle Akzeptanz von Ethik-Kommissionsentscheidungen hängt maßgeblich damit zusammen, daß sich das Verfahren vor Ethik-Kommissionen als eigenes System mit einer begrenzten Autonomie etabliert hat. Diese Ausdifferenzierung des Verfahrens ist notwendige Voraussetzung für die Mechanismen, die zur faktischen Legitimation von Entscheidungen führen. Luhmann beschreibt diese Mechanismen als Rollenübernahme, institutionalisierten Konflikt, Annahme der Entscheidung durch den Entscheidungsempfänger und Beteiligung der Unbeteiligten (Luhmann 1978: 82ff.).

Die Rollenübernahme ermöglicht den Austausch der Perspektive zwischen Entscheidenden und Entscheidungsempfangenden. Sowohl die ForscherIn als auch die Mitglieder der Ethik-Kommissionen lassen sich auf bestimmte Verhaltensstandards ein, die vom jeweiligen Antrag unabhängig sind. Die VersuchsleiterIn wird durch das Verfahren vor der Ethik-Kommission gezwungen, neben ihrer Rolle als ForscherIn auch in der Rolle als ÄrztIn die Gesundheit der ProbandInnen ins Auge zu fassen.

Der institutionalisierte Konflikt ist das Bezugssystem des Verfahrens. Es wird konzentriert auf das zu behandelnde Forschungsvorhaben und auf die ausgewählten, qualifizierten KonfliktteilnehmerInnen in der Ethik-Kommission. Durch die institutionalisierte Begrenzung wird eine Überlagerung durch andere Konflikte oder eine Generalisierung verhindert.

Die aktive Beteiligung der antragstellenden ForscherIn am Verfahren bewirkt, daß die EntscheidungsempfängerIn nicht den Weg zur Entscheidung als Grund für eine potentielle Ablehnung anführen kann. Bereits das Vorstellen eines Forschungsvorhabens vor einer Ethik-Kommission ist der erste Schritt zur Annahme der Entscheidung. Durch die Ausdifferenzierung und begrenzte Autonomie des Verfahrens kann eine Ablehnung nur schwerlich auf KollegInnen-Neid zurückgeführt werden. Sollte ein Forschungsvorhaben als ganzes von einer Ethik-Kommission verworfen werden, wird die abgelehnte ForscherIn mit einer Kritik an der Entscheidung keine soziale Resonanz finden, da das Verfahren im sozialen System prinzipiell akzeptiert wird.

Eine „Beteiligung der Unbeteiligten“ als „Quasi-Publikum“ (Luhmann 1978: 122) ist notwendig, damit sich eine generalisierte Überzeugung von der Bonität der Verfahrensmethode bilden kann.

Das von Luhmann beschriebene Prinzip der „Legitimation durch Verfahren“ spielt für die innerprofessionelle, aber auch gesellschaftliche

Akzeptanz von Ethik-Kommissionsentscheidungen eine wichtige Rolle.⁵ Durch den Druck auf MedizinerInnen, sich zum Schutz ihrer Versuchspersonen zu äußern und sich der Kritik ihrer KollegInnen zu stellen, wird eine Sensibilität für das Problem der Forschung am Menschen geweckt. Die Kommissionsmitglieder werden während ihrer Tätigkeit in der Ethik-Kommission von den Loyalitäten der Kollegialität entbunden. Von ihnen wird explizit Kritik erwartet (vgl. Daele/Müller-Salomon 1990: 59).

Generell steigern Ethik-Kommissionen die Aufgeschlossenheit und Anschließbarkeit für kritische Meinungen. Moralische oder rechtliche Argumente werden über den Weg der Ethik-Kommissionen an die ForscherInnen herangetragen. Ethik-Kommissionen können insofern als „Einrichtung zur Verknüpfung von medizinischen mit moralischen sowie rechtlichen Normen verstanden werden“ (Czwalinna 1987: 141). Durch die Aufnahme kritischer Personen in Ethik-Kommissionen können sie als Implementator für bestimmte Ideen wirken. Die Institutionalisierung solcher Protagonisten, bzw. Promotoren ist für eine Veränderung der Forschungspraxis notwendig (vgl. Scharpf 1988).

Daele und Müller-Salomon äußern aufgrund ihrer empirischen Untersuchung von Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik die Auffassung, sie könnten die ethischen Standards in der Medizin revidieren und damit zu einer Modernisierung der Berufskultur beitragen (1990: 67ff.). So werden implizite Wertungen der ForscherInnen in explizite, diskursiv verhandelbare Wertungen übersetzt. Über die Ethik-Kommissionen werden die MedizinerInnen kontinuierlich dem Einfluß von NichtmedizinerInnen ausgesetzt. Über die Gestaltung der Randbedingungen von Forschungen werden über Ethik-Kommissionen bestimmte Tendenzen aus Recht und Öffentlichkeit in die medizinische Profession übertragen.

Bei der Analyse der Grenzen der professionellen Selbstkontrolle durch Ethik-Kommissionen

müssen zwei Blickrichtungen unterschieden werden: Die Akzeptanz von Kommissionsentscheidungen in der medizinischen Profession und die Bereitschaft der Gesellschaft und der Politik, Ethik-Kommissionen als das präventive Instrument zur Kontrolle der Forschung am Menschen zu akzeptieren.

Professionsintern sind die Ethik-Kommissionen weitgehend als kompetente Beratungsgremien akzeptiert. Voraussetzung dafür ist, daß die Kommissionsmitglieder von den ForscherInnen als Partner im Forschungsprozeß wahrgenommen werden. Levine geht in einer Untersuchung der amerikanischen Ethik-Kommissionen, der sogenannten Institutional Review Boards (IRB), noch weiter. Er hält diese überhaupt nur dann für wirksam, wenn sie es ablehnen als „police force“ aufzutreten und stattdessen als Verbündete der ForscherInnengemeinschaft auf der Prämisse von Vertrauen operieren (1981: 232).

Je stärker diese professionsinterne Kooperation den Eindruck von Ethik-Kommissionen in der Öffentlichkeit prägt, desto stärker kommen Zweifel an der Wirksamkeit der Kontrolle durch Ethik-Kommissionen auf. Hinweise auf einzelne Organisationsdefizite (z.B. bei Czwalinna 1987 und Daele/Müller-Salomon 1990), aber auch grundsätzlichere Kritik an der Zusammensetzung und Arbeitsweise der Ethik-Kommissionen (z.B. Berliner Ärztekammer) deuten auf eine nur eingeschränkte Akzeptanz von Ethik-Kommissionen als gesellschaftliches Kontrollinstrument hin. Die Kritik bezieht sich überwiegend auf drei Aspekte:

In allen Ethik-Kommissionen dominieren die Ärzte und Ärztinnen. Nichtmedizinische Experten sind die Ausnahme, Laien sind so gut wie gar nicht vertreten.

Als weiteres Defizit wird immer wieder die mangelnde Transparenz der Kommissionsarbeit angeführt. Die Kommissionssitzungen sind mit wenigen Ausnahmen nicht öffentlich (vgl. Daele/Müller-Salomon 1990: 79f.).

Größtes Organisationsmanko scheint jedoch die mangelnde Kontrolle der Regeleinhaltung zu sein. Daele und Müller-Salomon kommen in ihrer empirischen Untersuchung zu dem Ergebnis, daß in der Bundesrepublik die Einhaltung der Auflagen von Ethik-Kommissionen nicht kontrolliert werden. Für die USA zog Gray aus den fehlenden Überprüfungsmöglichkeiten die Schlußfolgerung, daß die amerikanischen Institutional Review Boards primär zur Legitimierung der Forschung am Menschen dienen (1978).⁶

Was hier aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive als Schwächen von Ethik-Kommissionen erscheint, hat für die ForscherInnen den Vorteil, daß ihre Forschungsvorhaben in der Regel lediglich bürokratisiert und um Nuancen verändert werden. Medizinische WissenschaftlerInnen müssen nicht befürchten, daß ihre Forschung durch Ethik-Kommissionen öffentlich kritisierbar, geschweige denn grundsätzlich in Frage zu stellen sind. Die momentane Ausgestaltung von Ethik-Kommissionen ist somit Ausdruck der Macht der medizinischen Profession gegenüber öffentlichen Regelungsbestrebungen medizinischer Forschung.

Interessanterweise setzen Veränderungen in der Arbeitsweise der Ethik-Kommissionen zur Zeit nicht an diesen offensichtlichen Schwachstellen an, sondern beziehen sich auf die Definition des Aufgabengebietes von Ethik-Kommissionen: Die an medizinischen Fakultäten und bei Ärztekammern eingerichteten Ethik-Kommissionen verstehen sich als regelanwendend und nicht als regelbildend. Das heißt, daß die Ethik-Kommissionen in ihrer etablierten Form nicht ethische Probleme generell behandeln, sondern im wesentlichen medizinische Projekte an den bestehenden Normen und Gesetzen auf ihre Vertretbarkeit überprüfen. Die herkömmlichen Ethik-Kommissionen erfüllen insofern eine wichtige Rolle bei der Operationalisierung des ethischen Konsenses, schaffen aber nur eingeschränkt Orientierung in neuen regelungsbe-

dürftigen Feldern (vgl. Daele/Müller-Salomon 1990: 64f.). Aber gerade in diesen Bereichen werden zunehmend Anforderungen an Ethik-Kommissionen gestellt.

Neue Aufgaben zur gesellschaftlichen Kontrolle von Forschung

In dem ersten Jahrbuch des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen beschreibt der Herausgeber Richard Toellner ihre Aufgabe: „In der präventiven Prüfung, ob ein biomedizinisches Forschungsvorhaben am Menschen die dafür vorgegebenen Normen beachtet und die geltenden Werte nicht verletzt, besteht die Aufgabe der Ethik-Kommissionen. Daß sie autonom Normen oder Werte setzt oder gar setzen sollte, ... ist eine — fast groteske Überschätzung ihrer Möglichkeiten und ihrer Grenzen. Ethos und Norm stehen nicht zur Disposition einer Ethik-Kommission.“ (1990: 14)

Mit dieser Eingrenzung auf die Operationalisierung von bestehenden Normen und Werten steht Toellner in der Tradition eines „normativen Konservatismus“ (Daele/Müller-Salomon 1990: 60). Er verkennt dabei, daß die reine Auslegung von Normen und Werten zwar eine, wenn auch in ihrer Ausgestaltung dürftige Antwort auf die Kontrollanforderungen der Gesellschaft ist, nicht jedoch auf die von der medizinischen Wissenschaft aufgeworfenen ethischen und politischen Orientierungsprobleme. Und er verkennt, daß sich die Praxis — jedenfalls einiger überregionaler Ethik-Kommissionen — zunehmend in den Bereich der Mitwirkung bei der Normensetzung ausweitet.

Die Bildung von Ethik-Kommissionen war primär die Antwort auf ein in der Medizin angelegtes Dilemma: Auf den „Widerspruch von medizinischem Wissen und ärztlichem Gewissen“ (Toellner 1990: 3). Ethik-Kommissionen sollen der forschenden ÄrztIn in der Lösung dieses Dilemmas beratend zur Seite stehen. In der Regel handelt es sich dabei um die beratende Beurteilung einer modifizierten oder neuentwickelten

Behandlungstechnik oder -methode. Diese Vorhaben werfen in der Regel keine neuen ethischen Probleme auf. Betroffen sind unmittelbar „nur“ die jeweiligen ProbandInnengruppen. Die Aufgabe der Ethik-Kommissionen besteht eher in der formalen Überprüfung wissenschaftsmethodischer als moralisch-rechtlicher Maßstäbe.⁷ In diesem Aufgabenbereich können Ethik-Kommissionen im Sinne einer „peer control“ sicherlich eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zu den sonstigen Kontrollinstrumenten der medizinischen Praxis sein.

Zunehmend muß sich die Gesellschaft jedoch mit Forschungsvorhaben auseinandersetzen, die eine ganz neue Bandbreite von Eingriffsmöglichkeiten eröffnen (zur Unterscheidung vgl. Czwalinna 1987: 91f.). Diese lassen sich nicht auf einen engen Bereich begrenzen. Ihre Probleme sind nicht wissenschaftsmethodischer, sondern allgemein-ethischer Natur. Embryonenforschung, Befruchtung im Reagenzglas (IVF), Gentherapie, Einsatz gentechnisch produzierter Medikamente, Transplantationen, werfen grundsätzlich neue ethische Fragen auf und lassen „alte“ ethische Streitpunkte wie künstliche Lebensverlängerung und „Euthanasie“ in einem neuen Licht erscheinen.

Ihnen ist gemein, daß sie sich im Zuge der Rationalisierung der teilbereichs-spezifischen Kommunikation des Systems der medizinischen Wissenschaft einerseits losgelöst haben von dem allgemeinen gesellschaftlichen Kommunikationsprozeß und sich andererseits durch ihre Generalisierung zu sprachlich-symbolisierter Kommunikation nicht mehr durch die einzelne WissenschaftlerIn beherrschen lassen.⁸ Anders ausgedrückt: Einerseits ist der Spezialisierungsgrad so hoch, daß ein gesamtgesellschaftlicher Diskurs über diese Themen nicht stattfindet, andererseits kann durch ihre Generalisierung die einzelne WissenschaftlerIn nicht über den Fortgang der Forschungen in diesem Bereich entscheiden. Somit entzieht sich der Prozeß der Rationalisierung in der medizinischen Wissen-

schaft sowohl dem gesellschaftlichen Einfluß als auch dem Einfluß der einzelnen WissenschaftlerIn. Aber genau dieser Prozeß der Rationalisierung hat zu einer Auflösung traditioneller gesellschaftlicher Werte und Normen geführt.⁸ Die von dieser Erosion betroffene Gesellschaft verlangt von der Medizin, sich an der Auffüllung des entstehenden Wertevakuums zu beteiligen.

Die Medizin wiederum versucht, den die eigene Autonomie in Frage stellenden Politisierungsdruck zu kanalisieren. Die nicht unmittelbar medizinischen Fragen — also alle diejenigen, die nicht dem Code krank/gesund zuzuordnen sind — werden an scheinbar zuständige Institutionen überwiesen: neben den Standesorganisationen besonders Ethik-Kommissionen. Auf diese Art wird der Politisierungsdruck systemintern an diese weitergeleitet. Aus diesem Grund sind die Klagen über die zu hohen Erwartungen an die Ethik-Kommissionen erklärlich.⁹ Sie sind die Kosten dafür, daß sich das System Medizin als Ganzes mit den neuen ethischen und politischen Herausforderungen nicht auseinandersetzen muß.

Es ist zur Zeit nicht abschließend geklärt, in welchen institutionellen Formen die Medizin die neuen ethischen und politischen Herausforderungen thematisieren kann. Es zeichnet sich jedoch eine Tendenz ab, daß Ethik-Kommissionen diese Aufgaben übernehmen.

Schon bei der Einrichtung an einzelnen Universitäten vertraten HochschullehrerInnen die Auffassung, daß sich Ethik-Kommissionen auf Antrag mit allen ethischen Problemen befassen sollten, die in einem Krankenhaus anfallen. Die Funktion als eine Art ethischer Ombudsmann wird z.B. von Deutsch kritisch kommentiert (vgl. 1990: 67).

Eine Kommission des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer war für die Erarbeitung der „Richtlinien zur Durchführung von In-Vitro-Fertilisation (IVF) und Embryonentransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität“ (vgl. Deutsches Ärzte-

blatt 82 (1985): 1691ff.) und der Richtlinien zur „Forschung an frühen menschlichen Embryonen“ (vgl. Deutsches Ärzteblatt 82 (1985): 3757) zuständig. Auch wenn es sich bei dieser Kommission nicht um eine an einer medizinischen Fakultät oder einer Landesärztekammer angesiedelte handelte, so fällt doch die personelle Überschneidung zu dem Arbeitskreis medizinischer Ethik-Kommissionen auf.

Aufgrund der „Richtlinien zur Forschung an frühen menschlichen Embryonen“ wurde eine ständige „Zentrale Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie“ eingerichtet. Die Aufgabenstellung geht weit über die Bearbeitung einzelner Forschungsvorhaben hinaus. Sie sieht die Beratung von Parlamenten und Regierungen in allen die Forschung mit frühen menschlichen Embryonen betreffenden Fragen vor.

Auf europäischer Ebene gab es Versuche der Deutschen Forschungsgemeinschaft über die European Medical Research Councils Group eine internationale Stellungnahme zur Forschung an frühen Embryonen zu erreichen (vgl. Fischer 1990: 155).¹⁰

Auch die Ethik-Kommission der Landesärztekammer Berlin sieht die Beratung grundsätzlicher Fragen der Gen- und Reproduktionstechnik vor.

Der Arbeitskreis „Ethische und soziale Aspekte der Erforschung des menschlichen Genoms“, angesiedelt beim Bundesministerium für Forschung und Technologie, bestand zu knapp der Hälfte aus MedizinerInnen, einige von ihnen in Ethik-Kommissionen tätig. Die nach ihrem Vorsitzenden benannte Böckle-Kommission ist ein Beispiel, wie die Politik das Beratungsangebot der medizinischen Institutionen aufgreift, um auf diese Weise Fachkompetenzen in das politische System zu integrieren. Diese Beispiele deuten darauf hin, daß sich in der Bundesrepublik eine ähnliche Tendenz abzeichnet wie in den

Vereinigten Staaten. Dort hatten die Institutional Review Boards in den frühen Jahren (seit 1966) den Charakter der reinen „peer-review“ (Gray 1978: 111ff.). Dieses wandelt sich immer mehr in Richtung auf ein Jury Modell unter breiter Beteiligung von NichtmedizinerInnen (vgl. Weingart 1983: 237). Gleichzeitig werden sie von staatlichen Institutionen als kompetente Organe zur Politikberatung hinzugezogen.

Ich bezeichne diesen bei Ethik-Kommissionen und Institutional Review Boards zu beobachtenden Prozeß als Teil des Aufbaus einer staatlichen wissensbasierten Infrastruktur. Nach Willke dient die Schaffung einer wissensbasierten Infrastruktur der Erzeugung eines spezifischen Wissens, das zur Kontrolle der Gefährdungen durch wissensbasierte Technologien genutzt werden soll. Ich fasse die Aufgaben einer staatlich initiierten wissensbasierten Infrastruktur weiter. Es kommt nicht nur auf die Kontrolle spezifischer Gefährdungen an, sondern auch auf die Bildung von neuen Orientierungsrahmen angesichts der Rationalisierung immer größerer Lebensbereiche.

Die Abgabe staatlicher Steuerungskompetenzen an medizininterne Institutionen in der ersten Phase der Etablierung von Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik folgt jetzt eine zweite Phase, in der Wissen durch überregionale Ethik-Kommissionen in das politische System implementiert werden soll. Dies geschieht einerseits durch die in der Medizin bereits vorhandenen Institutionen und andererseits auf Initiative staatlicher Einrichtungen.

Mir erscheint ein zentrales Problem der oben geschilderten Aufgabenerweiterung die Übernahme von Ritualen und Regelungsmechanismen von den herkömmlichen Ethik-Kommissionen zu sein. In der Zusammensetzung dominieren nach wie vor die MedizinerInnen, die gesellschaftlichen Fragen werden technologie- und nicht problemorientiert bearbeitet. Eine grundsätzliche Bejahung technischen Fortschritts scheint immer noch Grundkonsens der

Kommissionsarbeit zu sein. Diese Punkte sind für die Akzeptanz der Ethik-Kommissionen in der auf konkrete Forschungsvorhaben bezogenen Arbeit vor Ort unumgänglich. Die innerprofessionelle Kontrolle durch Ethik-Kommissionen bedarf eines bestimmten Grundkonsenses mit den antragstellenden ForschungsleiterInnen. Staatliche Behörden sollten sich dieses Konsenses bewußt sein und sollten gegebenenfalls zusätzliche Kontrollinstrumente einfordern.

Wenn jedoch einige von diesen Kommissionen von PolitikerInnen im Sinne einer wissensbasierten Infrastruktur genutzt werden, wirkt sich dieser Konsens lediglich lobbyistisch für bestimmte Interessen des medizinischen Systems aus. Die Anteilnahme an der Produktion eines an dem gesamtgesellschaftlichen Nutzen ausgerichteten Orientierungsrahmens oder gar das von Willke geforderte Schaffen von staatlichem „Gegen-Wissen“ (1991: 22f.) kann von Ethik-Kommissionen so nicht erwartet werden.

¹ Diese Verselbständigung verstehe ich im Sinne von Selbstreproduktion des Systems Medizin (Autopoiesis). Das impliziert, daß nur das System selbst seine Elemente erzeugen kann und in der Tiefenstruktur seiner Selbststeuerung von seiner Umwelt unabhängig ist (vgl. Willke 1989a: 173; Maturana 1982: 158f.; Luhmann 1985: 403).

² Luhmann beschreibt diesen Prozeß für die Wissenschaft allgemein: „Wird die Wissenschaft in der beschriebenen Weise verselbständigt und von unmittelbarer gesellschaftlicher Verantwortung entlastet, läßt sich ihre Kapazität für Informationsverarbeitung zu bisher ungeahnten Ausmaßen steigern.“ (Luhmann 1970: 235)

³ Eine allgemeine Beschreibung dieses Prozesses bei Willke 1989b: 37.

⁴ In der Bundesrepublik war es die Deutsche Forschungsgemeinschaft, die die Einrichtung von Ethik-Kommissionen zur Bedingung der Förderung medizinischer Sonderforschungsbereiche erhob (vgl. Fischer 1982). Der 88. Deutsche Ärztetag schlug vor, in die Berufsordnung für deutsche Ärzte die Empfehlung aufzunehmen, vor der Durchführung medizinischer Ex-

perimente eine Ethik-Kommission anzurufen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 85 (1988): 2547). In den USA macht die Food and Drug Administration die Prüfung durch eine Ethik-Kommission zur Bedingung bei der klinischen Erprobung von Medikamenten (Czwalinna 1987: 48).

- ⁵ Trotzdem erscheint es mir nicht sinnvoll, die Arbeitsweise von Ethik-Kommissionen nur über die Luhmannsche Verfahrenslegitimation zu beurteilen, wie es Czwalinna (1987: 109ff.) tut. Die Beurteilung von Ethik-Kommissionen muß auf einem breiteren Analyserahmen beruhen.
- ⁶ Etliche IRB's in den USA führen in der Zwischenzeit „continuing review of research“ durch.
- ⁷ Das spezifische dieser Art von Forschungsvorhaben ist, daß es sich um nicht generalisierbare Einzelfälle handelt. Deswegen wird auch explizit versucht, den Mißbrauch von Forschung zu verhindern. Bei den Gründen für die Bildung von Ethik-Kommissionen wird sowohl von den MedizinerInnen (vgl. Daele/Müller-Salomon 1990: 33) als auch bei dem Anführen historischer Beispiele (vgl. Bork 1984: 25ff.) auf das individuelle Versagen der ÄrztInnen verwiesen.
- ⁸ Ein Beispiel dafür ist die Diskussion über die „Euthanasie“-Thesen des Bioethikers Peter Singer, die durch die gentechnische Entwicklung ihre Brisanz erhielten (vgl. Singer 1984; kritisch dazu Klee 1990 und Christoph 1990).
- ⁹ Toellner (1990: 3) ist nur einer unter vielen.
- ¹⁰ Die in der Bundesrepublik wenig beachtete Empfehlung ist in Lancet 1983: 1187 abgedruckt.

Literatur

- Bork, R., 1984: Das Verfahren vor den Ethik-Kommissionen der medizinischen Fachbereiche, Berlin
- Christoph, F., 1990: Tödlicher Zeitgeist. Notwehr gegen Euthanasie, Köln
- Czwalinna, J., 1987: Ethik-Kommissionen: Forschungslegitimation durch Verfahren, Frankfurt a.M.
- Daele, W. van den / H. Müller-Salomon, 1990: Die Kontrolle der Forschung am Menschen durch Ethikkommissionen, Stuttgart
- Deutsch, E. 1990: Die rechtlichen Grundlagen und

Funktionen der Ethik-Kommissionen, in: R. Toellner: Die Ethik-Kommission in der Medizin, Stuttgart/New York, S. 67-78

- Fischer, F.W., 1982: Für eine human betriebene Medizin. Über Sinn und Funktion von Ethik-Kommissionen, in: Deutsche Universitätszeitung 38, H. 2, S. 10-15
- Fischer, F.W., 1990: Ethik-Kommissionen. Bedeutung — politisches Umfeld — transkultureller Vergleich aus der Sicht der Deutschen Forschungsgemeinschaft, in: R. Toellner: Die Ethik-Kommission in der Medizin, Stuttgart/New York, S. 149-158
- Gray, B., 1978: Institutional Review Boards as an Instrument of Assessment: Research Involving Human Subjects in the US, in: E. Mendelsohn/D. Nelkin/P. Weingart (Hrsg.): The Social Assessment of Science, Bielefeld, S. 110-135
- Jonas, H., 1987: Technik, Medizin und Ethik, Frankfurt a.M.
- Klee, E., 1990: „Durch Zyankali erlöst“. Sterbehilfe und Euthanasie heute. Frankfurt a.M.
- Koch, C., 1990: Ethik-Kommissionen — Ein Ersatz?, in: G. Fülgraff/A. Falter (Hrsg.): Wissenschaft in der Verantwortung. Möglichkeiten der institutionellen Steuerung, Frankfurt a.M./New York
- Levine, R., 1981: Ethics and Regulation of Clinical Research, Baltimore
- Luhmann, N., 1970: Selbststeuerung der Wissenschaft, in: ders.: Soziologische Aufklärung, Opladen, S. 232-252
- Luhmann, N., ³1978: Legitimation durch Verfahren, Darmstadt
- Luhmann, N., 1985: Die Autopoiesis des Bewußtseins, in: Soziale Welt, 36, H. 4, S. 402-446
- Maturana, H., 1982: Erkennen: Organisation und Verkörperung der Wirklichkeit, Braunschweig/Wiesbaden
- Mayntz, R., 1987: Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme — Anmerkungen zu einem theoretischen Paradigma, in: Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft, Bd. 1, S. 89-110
- Schäfer, H., ²1986: Medizinische Ethik, Heidelberg
- Scharpf, F., 1987: Grenzen der institutionellen Reform, in: Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft, Bd. 1, S. 111-154
- Singer, P., 1984: Praktische Ethik, Stuttgart
- Toellner, R. (Hrsg.), 1990: Die Ethik-Kommission in der Medizin, Stuttgart/New York

Weingart, P., 1983: Verwissenschaftlichung der Gesellschaft — Politisierung der Wissenschaft, in: ZfS 12, H. 3, S. 225-241

Willke, H., 1989a: Systemtheorie. Eine Einführung in die Grundprobleme, Stuttgart/New York

Willke, H., 1989b: Systemtheorie entwickelter Gesellschaften, Weinheim/New York

Willke, H., 1991: Die Steuerungsfunktionen des Staates aus systemtheoretischer Sicht. Schritte zur Legitimierung einer wissensbasierten Infrastruktur, erscheint demnächst

Klaus-W. West

Zum Beispiel Gelsenkirchen

Auf dem Wege zu einem neuen kulturellen Selbstverständnis?

Wie andere Städte des Ruhrgebiets, ist auch Gelsenkirchen bestrebt, sein Image zu verbessern. Bis heute laboriert die Region an den Folgen einer Bergbau- und Stahlpolitik, die ihre Erscheinung nachhaltig geprägt hat. Noch immer fallen bei der Nennung dieses Landstriches Begriffe wie „Fördertürme“ oder „Kohlenhalden“ ein, oder schlicht und einfach das Adjektiv „grau“. Wie kann das Bild einer tristen Region die Vorstände von Unternehmen reizen, sich im Ruhrgebiet niederzulassen?! Und was sollen die dringend benötigten hochqualifizierten Angestellten in den Städten abgewinnen, die „ganz Alltag“ sind und rein gar nichts mit „Kultur“ zu tun haben?! Um diesem Mangel abzuweichen, hat sich eine „Initiativkreis Ruhrgebiet“ gegründet, der personengeschmückt und finanzstark den Ruhrgebietsstädten unter die Arme greift, um ihr Image in In- und Ausland aufzupolieren.

Solche Kulturpolitik hat neokonservative Vorbilder. Vom hohen Norden bis in die Süddeutsche Metropole setzt Unionspolitik auf die

„Macht der Kultur“. Republikweit werden Kulturetats aufgestockt, um kulturelle Institutionen für diese Absichten in Regie zu nehmen, vielerorts werden Museen, Theater und dergleichen neu gebaut. Unbefangen gehen öffentliche Einrichtungen mit privaten Sponsoren und Stiftungen um, ohne sie scheint der Ankauf und der Verbleib wichtiger Kulturgüter nicht mehr denkbar. Berühmtestes Beispiel für diese Art von Kulturförderung ist die unter dem damaligen Ministerpräsidenten Lothar Späth im Bundesland Baden-Württemberg betriebene Politik: Unter der Leitidee der Versöhnung und Integration gesellschaftlicher Gegensätze wurde nicht nur die hochkulturelle Infrastruktur der Landeshauptstadt Stuttgart in Angriff genommen, sondern auch dezentrale Kulturaktivitäten in Klein- und Mittelstädten bzw. auf dem flachen Land gefördert. Selbst ganze Wissenschafts- und Kulturzentren sollten in (Universitäts-)Städten errichtet werden, um die fortgeschrittenste Hochtechnologie, Grundlagenforschung renom-