

Das Recht auf Gesundheit in der Praxis

Von der Forschung zur internationalen Therapie

ANDREAS FREWER

1. EINFÜHRUNG¹

Menschenrechte sind grundlegende Freiheitsrechte. Für das Menschenrecht auf Gesundheit² hat dies in Bezug auf Schutz und Sicherheit besondere Bedeutung: Die körperliche Unversehrtheit ist ein hohes Gut, das bei Angeboten zu medizinischer Diagnostik und Therapie oder wissenschaftlicher Forschung außerordentlich wichtig ist.³ Ohne eine differenzierte Aufklärung und die informierte Zustimmung eines entscheidungsfähigen Patienten ist jede Behandlung eine Körperverletzung. Dies betrifft in besonderem Maße alle Studien im Kontext medizinischer Forschung, aber auch allgemein die ärztliche Praxis. Vor 70 Jahren haben die Nürnberger Prozesse für die Medizin »Crimes against humanity«⁴ in einem ungeheuerlichen Ausmaß offengelegt.⁵

-
- 1 Zu Vorarbeiten vgl. Frewer (2013) sowie Frewer et al. (2009b).
 - 2 Zum Right to Health vgl. Jung (1982), Fritsche (1987), Toebe (1999), Gruskin et al. (2005), Ramm (2008), Seelmann (2008), UNHCR (2008), Grover (2013).
 - 3 Vgl. van der Walt/Menke (2007) und insbesondere van der Walt (2007).
 - 4 Diese Gräueltaten – häufig zu kurz mit »Verbrechen gegen die Menschlichkeit« übersetzt – sind durch die grundlegende Verletzung von Menschenrechten auch generell als »Verbrechen gegen die Menschheit« zu bezeichnen.
 - 5 Vgl. Frewer (2000) und Frewer/Neumann (2001). Zum Nürnberger Ärzteprozess speziell Frewer et al. (1999) und Weindling (2004),

Als Jadwiga Dzido, Überlebende der Versuche im Frauen-KZ Ravensbrück, mit ihren Aussagen und am eigenen Leibe die grausamen Experimente der Nazis bezeugen konnte, wurden immer mehr Details der menschenverachtenden Vorgehensweise von Häftlingsärzten und Forschungsleitern offenbart: Zahlreichen Widerstandskämpferinnen waren die Beine aufgeschnitten worden, um Kriegswunden zu simulieren und verschiedene Behandlungsarten auszuprobieren.⁶ Die medizinische Fragestellung ist zwar keine Pseudowissenschaft, denn Bombenverletzungen waren in dem durch die Nazis entfachten Weltkrieg an der Tagesordnung und angemessene Therapiewege umstritten, dennoch bedeutete diese Versuchsreihe ein menschenverachtendes Experiment ohne adäquate Schmerztherapie und mit hoher Mortalitätsrate. Der Nürnberger Ärzteprozess als Internationales Militärtribunal und erster Nachfolgeprozess hat letztlich in Reaktion auf dieses unmenschliche ärztliche Fehlverhalten mit dem »Nuremberg Code of Medical Ethics« im Urteilstext 1947 einen Katalog von zehn Voraussetzungen für »zulässige medizinische Versuche« verabschiedet.

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs musste die Basis menschlichen Zusammenlebens neu geordnet werden. Die *Universal Declaration of Human Rights* aus dem Jahr 1948 versuchte ebenso ethische Grundlagen und Standards für Humanität neu zu verankern. Im Folgenden soll zunächst diese zentrale Dimension des Schutzes von Menschen – Probanden wie auch Patienten – in der Schnittmenge von Medizin und Menschenrechten anhand ihrer historischen Entwicklung rekonstruiert (Kap. 2) und in Bezug auf ethische Dimensionen an Grenzfragen erläutert werden (Kap. 3), bevor neben dem Schutz auf körperliche Unversehrtheit und dem nötigen »informed consent« zur Selbstbestimmung auch ein Blick auf die Praxis der Umsetzung (»Therapie«) des Rechts auf Gesundheit in internationaler Sicht geworfen wird (Kap. 4) und einige Schlussüberlegungen folgen (Kap. 5).

6 Vgl. zuletzt Genest (2015) sowie Schmidt (2006), Roelcke (2012), Weindling (2012) und Frewer/Schmidt (2014). Die Darstellung im Rahmen des Ärzteprozesses gewann zusätzliche Dramatik aus der Tatsache, dass andere Insassinnen des KZs freiwillig in den Tod gegangen waren, um durch den von den Widerstandskämpferinnen geheim eingefädelten Austausch das Überleben von Versuchsteilnehmerinnen zu erreichen. Zudem wurden von Betroffenen Dokumente vergraben, die erst kürzlich in deutscher Ausgabe erschienen: Genest (2015).

2. PATIENTEN- UND MENSCHENRECHTE IN DER MEDIZIN: ZENTRALE ENTWICKLUNGSETAPPEN

Das paradigmatische Urteil für die deutsche Rechtsentwicklung in Bezug auf das Freiheitsrecht körperlicher Unversehrtheit wurde bereits vor rund 120 Jahren gefällt. Ein besonders problematischer Fall der Operation an einem siebenjährigen Kind hatte für grundlegende Kontroversen gesorgt: Bei diesem Mädchen sollte wegen eines tuberkulösen Fußes eine Amputation vorgenommen werden. Der Eingriff wurde zwar offensichtlich medizinisch korrekt durchgeführt, aber der erziehungsberechtigte Vater nicht um sein Einverständnis gebeten. Erstinstanzlich hatte das Hamburger Landgericht im Februar 1894 geurteilt, aber der Reichsgerichtshof revidierte im Mai desselben Jahres die Entscheidung.⁷ Nach seiner Auffassung war der Eingriff tatbestandlich als Körperverletzung zu werten. Die fehlende Einwilligung des Erziehungsberechtigten wurde grundlegend bemängelt.⁸ Letztlich sollten rechtlich nochmals die Wichtigkeit einer Unversehrtheit des menschlichen Körpers und die lediglich durch eine Einwilligung aufzuhebende Körperverletzung unterstrichen werden. Übergreifend waren damit sehr intensive rechtliche und moralische Diskussionen zu Nutzen und Schaden medizinischer Behandlung für Patienten verbunden, die natürlich bereits eine lange Tradition in Ärzteschaft und Medizingeschichte haben.

Das Prinzip des »Nichtschadens« wird schon seit der Antike und dem »hippokratischen Eid«⁹ vertreten; zwar besteht in Bezug auf dessen Verbreitung und Verbindlichkeit große Unsicherheit, aber er strebt ein hohes ärztliches Ethos und das Handeln zum Nutzen des Kranken an. Eine ausdrückliche Erwähnung der Autonomie von Patienten ist dort jedoch nicht

-
- 7 Entscheidungssammlung des Reichsgerichts in Strafsachen (RGSt) 25, 375, vgl. zudem u.a. Tag (2000).
 - 8 Die genauen Details des Falls können an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden; nach Rückverweis an das Landgericht wurde der angeklagte Arzt zwar vom Vorwurf der gefährlichen Körperverletzung freigesprochen, aber der Reichsgerichtshof hatte ein Grundsatzurteil gefällt.
 - 9 Vgl. Edelstein (1969), Deichgräber (1983), Diller (1994) und Schubert (2005). Die Schreibweise »hippokratischer Eid« ist hier bewusst klein gewählt, um die (medizin)historisch wie philologisch umstrittene Autorschaft im Sinne eines »Eid des Hippokrates« zu hinterfragen.

vorhanden. Im Altertum wurde das »primum nil nocere« (zuallererst nicht schaden) zu einem Eckpfeiler ärztlichen Handelns, das bis heute als Prinzip in der Medizinethik (»non-maleficence«) Geltung besitzt.¹⁰ Das Arztbild blieb jedoch über Jahrhunderte eher von einem »paternalistischen«¹¹ Vorgehen der Heilenden geprägt. Damit ist ein väterlich-fürsorgliches Verhalten beschrieben, das im Zweifelsfall auch durch die ärztliche Autorität eines »Halbgottes in Weiß« bevormundet werden kann (»doctor knows best«) und dann das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung zu missachten droht.

In besonderer Weise spielt die Autonomie des Kranken eine Rolle, wenn Interessen- und Zielkonflikte der Medizin zwischen der ärztlichen Rolle als Heiler und als Forscher zutage treten. Mit dem Streben nach wissenschaftlicher Erkenntnis rückte der Versuch am Menschen in das Blickfeld fortschrittlicher und ambitionierter Mediziner. Erste Formen wie etwa die Untersuchungen von Herophilos und Erasistratos im Wissenschaftszentrum Alexandria können bereits hierzu gerechnet werden: Dabei wurden laut Überlieferung auch Gefangene oder zum Tode verurteilte Menschen von diesen bedeutendsten Anatomen des hellenistischen Kulturraums als Studien- bzw. Leihobjekte und sogar zu Vivisektionen benutzt.¹²

Die Genese der Menschenrechte und die Medizingeschichte sind allerdings bei weitem zu umfangreich und komplex, um in diesem Übersichtsbeitrag eine konzise Entwicklung der Patientenautonomie darstellen zu können; hier sollen nur wenige Meilensteine neuzeitlicher Medizin und die direkte Beziehung zu Menschenrechten und Ethik kurz vorgestellt werden. »Moralia et medicina haec sunt que unice aestimari debent«: Moral und Medizin sind es, die einzigartig zu schätzen sind, hatte Gottfried Wilhelm Leibniz (1646–1716) bereits im 17. Jahrhundert formuliert.¹³ Die Epoche der Aufklärung mit der »Declaration des droits de l'homme et du citoyen«

10 Vgl. Beauchamp/Childress (2009).

11 Hiermit ist der Arzt als »Vater« (pater) gemeint, der sich im Zweifelsfall eben auch »väterlich-bevormundend« verhält und den Willen des Patienten nicht ausreichend berücksichtigt. Siehe generell auch die Studie von Zude (2010).

12 Vgl. Toellner (1992), Bd. 1, 362; siehe auch Frewer/Oppitz et al. (1999), Ley/Ruisinger (2001) und Frewer/Schmidt (2007). »Vivisektion« bezeichnet eine Eröffnung des Körpers bei lebendigem Leib.

13 Vgl. Leibniz (1976).

(Frankreich 1789) war in der Folge eine zentrale Entwicklung für die Geistesgeschichte: Im hippokratischen Eidestext war seinerzeit sogar noch die Rede von Mediziner*innen für Sklaven und Ärzten für Freie; die endgültige Anerkennung der Gleichheit aller Menschen und Bürger kann auch aus dieser Perspektive gar nicht hoch genug bewertet werden. Im Rahmen der Aufklärung gab es weitere positive Entwicklungen in Hinblick auf benachteiligte oder stigmatisierte Patientengruppen wie etwa für psychisch kranke Menschen die »Befreiung der Geisteskranken von ihren Ketten«.

Protagonisten des 18. Jahrhunderts hatten bereits die moralische Dimension und eine globale Verantwortung erkannt: »Handle so, daß du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst« formulierte Immanuel Kant (1724–1804) in seinem kategorischen Imperativ.¹⁴

In Bezug auf die Internationalität wurde bereits damals hervorgehoben: »Menschen sind Bürger eines allgemeinen Menschenstaats«, sie besitzen das »Weltbürgerrecht«, wie es der Königsberger Philosoph bereits in seinem »Ius cosmopoliticum« ausgedrückt hat.¹⁵ Kant antizipierte die globale Verantwortung:

»Da es nun mit der unter den Völkern der Erde einmal durchgängig überhandgenommenen (engeren oder weiteren) Gemeinschaft so weit gekommen ist, dass die Rechtsverletzung an einem Platz der Erde an allen [Plätzen] gefühlt wird, so ist die Idee eines Weltbürgerrechts keine phantastische und überspannte Vorstellungsart des Rechts, sondern eine notwendige Ergänzung des ungeschriebenen Kodex sowohl des Staats- als auch des Völkerrechts zum öffentlichen Menschenrecht überhaupt und so zum ewigen Frieden.«¹⁶

Gesundheit und Frieden wie auch »salus aegroti« und »salus publica« sind dabei oft zwei Seiten der gleichen Medaille.¹⁷ »Politik ist Medizin im Großen« fokussierte es der Arzt und Sozialpolitiker Rudolf Virchow (1821–

14 Kant (1900) IV, 429.

15 Vgl. Kant (1900).

16 Immanuel Kant, Zum ewigen Frieden. Ein philosophischer Entwurf (1795). Vgl. Anhang I, Über die Mißhelligkeit zwischen der Moral und der Politik, in Absicht auf den ewigen Frieden; siehe Kant (1900) sowie Höffe (2004).

17 Vgl. Schäfer et al. (2008).

1902) im 19. Jahrhundert.¹⁸ Für die »Mikropolitik« von Wissenschaft und klinischer Versorgung gab es jedoch auch strukturelle Probleme und heikle Entwicklungen. Der französische Physiologe und Experimentalmediziner Claude Bernard (1813–1878) äußerte 1865: »[...] von den Experimenten, die man am Menschen ausführen kann, sind jene, die nur schaden können, verboten, jene, die nur harmlos sind, erlaubt, jene, die nützen können, geboten«. In der Praxis wurden aber immer mehr moralisch fragwürdige Praktiken am Patienten probiert.¹⁹ Die vielschichtige Eigendynamik wissenschaftlicher Arbeitsweise und die Fortschrittsorientierung der Epoche von »Mikrobenjägern« wird dabei illustriert durch die Einstellung Bernards, die Klinik könne nur als »Vorhalle«, das Labor aber als »Tempel« der Wissenschaft angesehen werden.²⁰

Mit dem Aufstieg der Naturwissenschaften im 19. Jahrhundert zeigte sich dann deutlich eine Zunahme der ethischen Probleme in Bezug auf die Selbstbestimmung von Kranken: Einige Wissenschaftler betrachteten Patienten als bloße Verfügungsmasse (»corpus vile«) und meinten, über Kranke in ihrer Obhut frei verfügen zu können. Der Mediziner Bockhart etwa infizierte 1883 an Syphilis leidende todkranke Patienten noch zusätzlich mit Gonorrhoe, um die Geschlechtskrankheit Tripper in seinem natürlichen Verlauf und für wissenschaftliche Zwecke beobachten zu können.²¹ Der Arzt Schimmelbusch führte 1888 Versuche zu Infektionskrankheiten ebenfalls mit sterbenden Patienten durch.²²

In besonderer Weise öffentlich diskutiert wurde – neben der Hamburger Kasuistik des Reichsgerichts 1894 – der Fall von Albert Neisser (1848–1912), Geheimrat und prominenter Professor für Hautkrankheiten an der Universitätsklinik Breslau. Anfang der 1890er Jahre hatte dieser eine »Serumtherapie« an acht Personen zur Impfung gegen die damalige Volksseuche Syphilis ausprobiert; dabei holte Neisser jedoch keinerlei Einwilligung

18 Vgl. u.a. Eckart (2013) sowie generell Klein/Menke (2004).

19 Diese These Claude Bernards geht auf sein Standardwerk »An Introduction to the Study of Experimental Medicine« aus dem Jahr 1865 zurück. Vgl. Bernard (1961), 147.

20 Ebd. Die Ehefrau Bernards war in der »Antivivisektionismus«-Bewegung gegen Tierversuche aktiv und trennte sich letztendlich von ihrem Mann.

21 Bockhart (1883).

22 Schimmelbusch (1888).

der zum Teil sogar noch minderjährigen Patientinnen ein. Die Vakzinierung war letztlich nicht erfolgreich; in seiner eigenen Publikation bekannte der Geheimrat, dass in allen Fällen später eine Syphilis aufgetreten sei.²³ In der liberalen Zeitung »Münchner Freie Presse« wurden in der Folge unter dem Titel »Arme Leute in Krankenhäusern« – wohl durch den Historiker und Pazifisten Ludwig Quidde (1858–1941) – kritische Berichte zum Fall Neisser anonym veröffentlicht. Nach kontroverser Diskussion um die Rechte von Patienten und Ärzten wurde Neisser in einem Disziplinarverfahren zu einer Strafe von 300 (Gold)Mark verurteilt und das Vorgehen damit klar als moralisch nicht legitim dargestellt. Eine zentrale Konsequenz war die Verabschiedung der »Preußischen Anweisungen« zur Forschung am Menschen am 29. Dezember 1900. In diesem wichtigen und frühen Dokument zur Formulierung von Patientenrechten wurde eine klare Unterscheidung zwischen medizinischer Grundlagenforschung und Heilversuchen gemacht. Außerdem schränkte man Studien für diagnostische, Heil- und Immunisierungszwecke an minderjährigen Personen oder Versuche an Sterbenden deutlich ein. Entscheidender Kern der Regulierung war, dass jede Person nach einer ärztlichen Belehrung ihr Einverständnis zu vorgesehenen Behandlungen geben muss.²⁴ Albert Moll (1862–1939), Sexualwissenschaftler und Medizinethiker zu Beginn des 20. Jahrhunderts, dokumentierte und kritisierte diese Experimente im Rahmen einer großen Sammlung seines Buches »Ärztliche Ethik« mit hunderten Kasuistiken von Patientenmissbrauch durch die Medizin.²⁵

Größere öffentliche Debatten ähnlichen Inhalts entwickelten sich zudem bei Fällen mit kranken oder sterbenden Kindern; hierbei wurde Forschung in der Pädiatrie sogar in Form von Injektionen zur Untersuchung der Ruß-Verteilung in den Lungen terminal kranker Kinder durchgeführt, oder bei Ernährungsstudien mit Vitamin D »an einem Material von 100 Ratten und 20 Kindern« [sic] wurden Waisen absichtlich im Keller und fern von heilender Sonne gehalten.²⁶ Besondere Aufmerksamkeit erregte dann

23 Vgl. u.a. Elkeles (1996) und Sabisch (2007).

24 Frewer/Schmidt (2007).

25 Moll (1902).

26 Das Zitat stammt aus einer Publikation der Forscher in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (1927). Zu den Debatten um Vigantol-Versuche in Berlin vgl. Frewer (2000), 114.

Anfang der 1930er Jahre der »Lübecker Impfskandal«: 77 Kinder starben bei einer neu erprobten Schutzimpfung gegen Tuberkulose. Der Arzt und Gesundheitspolitiker Julius Moses (1868–1942), Reichstagsmitglied für die SPD, bezeichnete die Vorgänge als »Totentanz« und geißelte die »Experimentierwut« der Ärzte. Bereits vorher entworfene Richtlinien zu Humanversuchen wurden daraufhin vom Preußischen Innenministerium im Jahr 1931 endgültig verabschiedet.²⁷ Auch dieser Text zur Wahrung von Patientenrechten konstatierte unmissverständlich das Primat der Selbstbestimmung des einzelnen Kranken vor den möglichen positiven Folgen der Forschung für das Gemeinwohl.²⁸

Die bereits recht differenzierte Debatte während der Weimarer Republik konnte jedoch die Verbrechen gegen die Menschlichkeit während der Zeit des Nationalsozialismus nicht verhindern. Unerlaubte Experimente wurden in Kenntnis leitender Ärzte in einem ungeheuerlichen Ausmaß durchgeführt; unter Nazi-Mediziniern starben viele »menschliche Versuchskaninchen«. Forschung in menschenverachtender Form wurde in KZs durchgeführt, so etwa in Dachau bei »terminalen Experimenten« zu Unterkühlung und Druckversuchen an russischen Gefangenen oder in Auschwitz an Zwillingen.²⁹

Der eingangs erwähnte Nürnberger Ärzteprozess und der daraus entstandene *Nuremberg Code of Medical Ethics* (1947) versuchten in der Folge, Probanden zu schützen und Ärzte von der Durchführung unmoralischer Experimente abzuhalten. Kurz darauf wurde die *Declaration of Geneva* (1948) durch die World Medical Association (WMA) verabschiedet mit der direkten Bezugnahme auf die hippokratischen Ideale des antiken Eides, um Patienten vor Missbrauch zu schützen. Dieses »Genfer Gelöbnis« wurde als Präambel verpflichtender Teil der Musterberufsordnung für deutsche Ärzte. Für das Gebiet der Humanversuche dauerte es jedoch noch einige Jahre, bis der Weltärztebund in der *Declaration of Helsinki*

27 Siehe Tröhler/Reiter-Theil (1998), Frewer (2000) und Bonah et al. (2003).

28 Vgl. Frewer/Neumann (2001) und Reich (1995), 2762–2763.

29 Siehe auch Frewer et al. (1999) und Eckart (2013). Auf internationale Entwicklungen – etwa menschenverachtende japanische Versuche in China – kann hier nicht eingegangen werden, siehe auch Schmidt/Frewer (2007) sowie Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (1993), (2002) und (2009) sowie Erices et al. (2014) und Lehner/Frewer (2014).

(1964)³⁰ die Grundsätze der Forschung am Menschen weiter spezifizierte, wenn auch manche Nürnberger Kriterien wieder etwas abgeschwächt wurden. Mit der Novellierung von Tokio (1975) sowie Ergänzungen in Edinburgh (2000), Washington (2002), Seoul (2008) und zuletzt im brasilianischen Fortaleza (2013) wurde dieses Dokument ein zentraler Text zur Regulierung von Forschung. Trotzdem ereigneten sich auch nach dem Zweiten Weltkrieg – sogar in demokratischen Staaten wie den USA oder England – Fälle, die erneut die Frage ethischer Grenzen aufwarfen. Dabei standen militärische Forschung wie etwa die Strahlen-Versuche mit US-Soldaten³¹ oder die »Tuskegee Syphilis-Experimente«³² an farbigen Amerikanern im Brennpunkt ethischer Debatten.³³ Gesundheit als Menschenrecht hat hier eine besondere Bedeutung zum Schutz des Patientenwohls; damit sind auch Einschränkungen für forschende Mediziner und die klare Trennung von Interessen der Wissenschaft oder des Staates im Kontrast zu Patientenrechten vorhanden.

3. MENSCHENRECHTE UND PATIENTENAUTONOMIE IN GRENZBEREICHEN

Die historischen Ereignisse im Kontext von Nationalsozialismus und Zweitem Weltkrieg haben in Deutschland zur verfassungsrechtlichen Verankerung von Grundrechten geführt.³⁴ Diese sind auch Basis des Selbstbestim-

30 Zur Verbindung der Deklaration von Helsinki mit Menschenrechtsfragen gibt es eine eigene Diskussion, siehe u.a. Plomer (2004) und Frewer/Schmidt (2014) sowie ferner Andreopoulos (2000).

31 Siehe insbesondere Advisory Committee on Human Radiation Experiments (1996) und Moreno (2000).

32 Vgl. u.a. Jones (1981).

33 Vgl. generell Tröhler/Reiter-Theil (1998) und Schmidt/Frewer (2007). Zu nennen wären in diesem Kontext auch die Initiativen zu »Patients' Bill of Rights« seit den 1970er Jahren, siehe u.a. Klein/Menke (2004) und Marks (2006).

34 Auf das Ausmaß der »Medizin ohne Menschlichkeit« kann hier nicht weiter eingegangen werden: Neben so genannter »reiner Forschung« gab es eine Reihe weiterer Menschenrechtsverletzungen in der Medizin wie die rassistische Diskriminierung, Zwangssterilisationen und »Euthanasie«; letztere diente sogar

mungsrechts von Patienten: Das Grundgesetz formuliert im ersten Absatz von Artikel 1 die Menschenwürde als entscheidende Fundierung des Zusammenlebens von Bürgern in einem Staat.³⁵ Die anschließenden Passagen unterstreichen die Persönlichkeitsrechte (Art. 2 Abs. 1 GG) und insbesondere auch das für die Gesundheit zentrale Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG). Freiheitsrechte des Einzelnen werden hier gerade für das Recht auf Gesundheit geschützt. In Übertragung auf die Probleme der Medizin kann zunächst festgehalten werden: Verweigert oder widerruft ein Patient die Einwilligung, ist eine (weitere) Behandlung moralisch und rechtlich nicht legitim. Dies soll im Folgenden an ausgewählten Beispielen kurz skizziert und exemplarisch erklärt werden.³⁶ Vor einem Eingriff oder einer Operation müssen Aufklärung und Einwilligung zwischen Patient und Arzt gewährleistet sein; mit dem Nürnberger Kodex ist die Notwendigkeit der freiwilligen Zustimmung – seinerzeit noch als »voluntary consent« – im Sinne der zentralen Forderung eines »informed consent« unterstrichen worden. Dies kann im klinischen Alltag – z.B. bei einer Blutentnahme – im beiderseitigen mündlichen oder auch stillschweigend-handelnden Einverständnis erfolgen; vor größeren Eingriffen zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken steht eine schriftliche Erklärung

makabrer Weise als »Versuchslabor« für den europäischen Völkermord und den Holocaust. Nahezu alle Paragraphen der AEMR wurden im NS-Staat verletzt, die Medizin hat sich bei vielen Aspekten beteiligt: Gegen Artikel 5 – »Niemand darf einen anderen Menschen quälen, erniedrigen oder grausam bestrafen« – wurde millionenfach und in besonders schlimmer Form gerade durch Mediziner verstoßen. Das Verbot von Sklaverei und Sklavenhandel (Artikel 4) wurde auch im Gesundheitswesen und in der Medizin mit der flächendeckenden Beschäftigung von Zwangsarbeitenden gebrochen, vgl. u.a. Frewer/Siedbürger (2004). Gerade das Primat des NS-Kollektivwohls (»Volkskörper«/»Rasse«) gegenüber grundlegenden Rechten des Einzelnen war für die »Ethik« und ihre grausamen Konsequenzen 1933–1945 entscheidend; vgl. Frewer (2000).

35 Zur neueren Diskussion um den vielschichtigen Begriff der Menschenwürde mit Bezug zu Ethik und Recht in der Medizin vgl. u.a. Joerden et al. (2011).

36 Im Folgenden können die breiten Debatten zu einzelnen Themenfeldern nur kurz genannt und nicht vertieft werden; zu weiterer Literatur siehe auch Reich (1995) und Maio (2012).

des Patienten, der über Risiken und Nebenwirkungen geplanter Behandlungen vollständig aufgeklärt werden muss.

Konflikte entstehen, wenn Patienten eine Therapie – etwa Zeugen Jehovas eine Bluttransfusion – verweigern. Die Verabreichung gegen den Willen eines entscheidungsfähigen Patienten ist rechtlich unzulässig; sie stellt eine Verletzung der körperlichen Integrität dar und ist zudem durch die in Artikel 4 des Grundgesetzes geschützte Religionsfreiheit abgedeckt.³⁷ Das Gemeinwesen schützt hierbei die Freiheit religiöser Wertsetzung, auch wenn das nicht im Sinne der Gesundheit des einzelnen Patienten ist. Noch schwieriger wird das Beispiel, wenn Eltern eines Kindes eine sinnvolle Behandlung aus religiösen Gründen verweigern. Bis zum 14. Lebensjahr gelten Kinder in der Regel als nicht einwilligungsfähig, auch wenn sie – je nach konkretem Reifegrad im Einzelfall – bereits sehr viel verstehen können und in Entscheidungsprozesse nach Möglichkeit eingebunden werden sollten. An ihrer Stelle entscheiden die Eltern als Sorgeberechtigte bei Eingriffen oder Operationen. Verweigern Erziehungsberechtigte die Einwilligung zu einer ärztlich indizierten Maßnahme – in diesem Fall eine lebensrettende Bluttransfusion – so kann hierdurch eine erhebliche oder gar vitale Gefährdung des Kindeswohls resultieren. Von ärztlicher Seite kann zur Abwehr einer Kindeswohlgefährdung ein Betreuungsgericht (früher: »Vormundschaftsgericht«) angerufen werden. Bei elektiven, also planbaren Eingriffen ohne Notfall sollte selbstverständlich im Vorfeld auf die Möglichkeit zur Behandlung durch andere Kliniken, die auf besonders blutsparende Operationstechniken oder den Ersatz von Fremdblut durch andere Substanzen spezialisiert sind, hingewiesen werden. Diese Fälle verlangen von allen Beteiligten hohen kommunikativen Einsatz; für das ärztliche Gewissen und die Klinische Ethikberatung entstehen hierbei häufig besonders heikle Konflikte. Zeugen Jehovas haben mit umfangreichem Informationsmaterial und der Einrichtung von Verbindungskomitees in Krankenhäusern auf diese Probleme reagiert.³⁸

Die Konstellation, dass Eltern eines Kindes eine sinnvolle Operation verweigern, kann selbstverständlich auch in anderen Formen vorkommen; so gab es sogar bereits gegen den Willen der Eltern und mithilfe der Polizei

37 Vgl. u.a. Wachturm Bibel- und Traktatgesellschaft (2000) und Stiftung kreuznacher diakonie, Der Vorstand/Ethikausschuss (2011).

38 Ebd.

einer sinnvollen Therapie zugeführte Kinder, etwa wenn Eltern bei pädiatrischen Tumorerkrankungen irrationalen esoterischen Behandlungsformen zuneigen und ihren Schutzbefohlenen notwendige und risikoarme Eingriffe vorenthalten. Zuletzt hat der Bundesgerichtshof etwa im Fall des »Guru von Lonnerstadt«, der einem Kind mit Mukoviszidose alternative Behandlungsformen statt der bewährten Therapien zukommen ließ, mit der Verurteilung des esoterischen Heilers nicht bewährter Alternativmedizin klare Grenzen gesetzt.³⁹ Generell steht hier das Kindeswohl im Sinne des »best interest standard« im Vordergrund einer kritischen Abwägung.

Fragen der Selbstbestimmung können aber auch in der umgekehrten Weise als Problem relevant werden, etwa wenn zum Beispiel Patienten einen medizinisch sinnlosen Eingriff oder falsche Operationen wünschen. Diese Konstellation liegt in besonderer Form vor beim Krankheitsbild der »Body Integrity Identity Disorder« (BIID):⁴⁰ Eine Person möchte dabei vom Arzt die Veränderung des Körpers, teils in derart extremer Form, dass zum Beispiel die Entfernung eines Beins oder gar die Durchtrennung des Rückenmarks gewünscht wird. Das spezifische Körperbild des betreffenden Menschen sieht dabei offenbar eine andere Erscheinungsform vor und führt häufig zu gravierenden psychischen Problemen. Während viele Ärzte derartigen Wünschen verständnislos oder ablehnend gegenüber stehen, gab es auch bereits eine Reihe umstrittener Eingriffe. Dabei entstehen durchaus nicht nur individuell ganz spezifische Konstellationen für Patienten, sondern auch Konsequenzen mit sozialen Belastungen für das Gemeinwesen, wenn das Selbstbild eines Menschen eine bestimmte Behinderung vorsieht und der Betreffende etwa ein Leben im Rollstuhl anstrebt. In gewisser

39 Der BGH hat entschieden, dass eine Mutter und ihr Lebensgefährte (der »Guru«) wegen Misshandlung eines schwer kranken Kindes für drei Jahre ins Gefängnis müssen. Rechtlich wurde argumentiert, das Paar sei seiner Pflicht nicht nachgekommen, dem seinerzeit 13jährigen Sohn der Frau die notwendige und bestmögliche medizinische Behandlung zukommen zu lassen. Das Paar entschied sich aus esoterischer Überzeugung, die notwendige Behandlung der Stoffwechselkrankheit (insbesondere verbunden mit starker Verschleimung der Atemwege) abubrechen; stattdessen versuchten sie alternative Heilmethoden und Meditation (Az.: 1 StR 624/14). Vgl. www.sueddeutsche.de/bayern/bgh-urteil-guru-von-lonnerstadt-muss-drei-jahre-in-haft-1.2594459 [10.12.2015].

40 Vgl. insbesondere Stirn et al. (2010) und Manok (2012).

Weise grenzen diese Fälle auch an eine generelle Strömung so genannter »wunscherfüllender Medizin«:⁴¹ Patienten werden in der modernen und zunehmend kommerzialisierten Medizin der Gegenwart immer stärker zu »Kunden«, die als nachfragende Verbraucher auch die Angebote auf dem Gesundheitsmarkt beeinflussen.⁴² Dies reicht von »Individuellen Gesundheitsleistungen« (IGeL) mit Aufpreis bis hin zu erhöhter Frequenz von lukrativen diagnostischen Eingriffen (z.B. Herzkatheter-Untersuchungen) oder im Einzelfall auch Operationen – (kosmetische) Chirurgie ohne erforderliche Indikation – im System fallbezogener Vergütung ärztlicher Leistungen nach *Diagnosis related Groups* (DRGs) oder bei Privatpatienten.

Ein Grenzbereich mit hoher sozialer Relevanz ist hierbei am Lebensbeginn zu sehen: Führen die Möglichkeiten von In-vitro-Fertilisation, Pränatal- oder gar Präimplantationsdiagnostik langfristig zu »Wunschkindern nach Wahl«? Hier ergeben sich breite Debatten zur sozialen Gestaltung von »Anthropotechniken« und neuen Formen einer »Eugenik von unten«.⁴³ Während Berichte über »Dr. med. Klon«, den italienischen Mediziner Antinori,⁴⁴ der einen weltweit ersten Menschen-Klon herstellen wollte, oder über den südkoreanischen Stammzell-Forscher Hwang, ruhsüchtige Ankündigungen, Fälschungen oder Manipulationen nachweisen, kann an der generellen Möglichkeit zur Herstellung von Leben wie auch gentherapeutischer Eingriffe kein Zweifel mehr bestehen.⁴⁵

Ethische Fragen der Patientenautonomie und informationeller Selbstbestimmung stellen sich von den Grundlagen der Genetik über die Synthetische Biologie bis hin zur Speicherung in Datensystemen und Biobanken. Die Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und

41 Zur Gliederung in vier Modelle der Patient-Arzt-Beziehung – »paternalistisches«, »informatives«, »interpretatives« und »deliberatives« Konzept – vgl. Emanuel/Emanuel (1992) und zur Erweiterung auf sechs Formen (ergänzt um »autoritäres« Arztverhalten und »wunscherfüllende Medizin« für Kunden) siehe Kettner/Kraska (2009) sowie Kettner (2009) und Eichinger (2013).

42 Vgl. u.a. Frewer et al. (2011).

43 Siehe insbesondere Habermas (2001) und UNESCO (2005).

44 Vgl. u.a. Bahnsen (2001). Oft wird in diesem Kontext (»reproduktive Freiheit«) sogar von einem »Menschenrecht auf ein Kind« gesprochen, was aber in dieser Form nicht zu konstituieren ist.

45 Vgl. u.a. CIB/DPA (2010).

Kultur (UNESCO) verabschiedete im Jahr 2005 die »Universal Declaration on Bioethics and Human Rights«, in der auf Menschenrechtsfragen und insbesondere das notwendige Maß an Autonomie von Patienten im Zeitalter von Genomanalyse und personalisierter Medizin speziell eingegangen wird.⁴⁶

Ethische Fragen von ebenso großer sozialer Relevanz ergeben sich im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Patientenwohl am Lebensende. In Bezug auf die menschenrechtliche Dimension hat der Fall einer Patientin mit Amyotropher Lateralsklerose (aufsteigende Lähmung) für größere Debatten mit Bezug zu menschenrechtlichen Fragen der Medizin gesorgt: Die 43jährige Britin Diane Pretty hatte gefordert, dass Tötung auf Verlangen (Killing on demand) als ein Menschenrecht anerkannt werden sollte. Nach Scheitern vor englischen Gerichten und mit einer Petition an den Premierminister Tony Blair zog die Frau vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg. Dieser sah im Ergebnis durch die verweigerte Sterbehilfe letztlich keine Verletzung der Menschenrechte; die angemahnten Privat- und Freiheitsrechte wurden von den Richtern als nicht verletzt angesehen. Die Engländerin starb im Übrigen kurz darauf friedlich in einem Hospiz in der Nähe von London.⁴⁷ In Deutschland gilt seit dem Herbst 2009 das Gesetz zur Patientenverfügung (Änderung im Betreuungsrecht); auf diese Weise ist der Stellenwert autonomer Entscheidungen von Kranken nochmals unterstrichen worden.⁴⁸ Im November 2015 wurde zuletzt eine Novellierung des § 217 StGB verabschiedet und kommerzielle Suizidhilfe verboten.⁴⁹

An vielen der genannten Beispiele wird klar, dass der Passus vom »Menschenrecht auf Gesundheit« zweierlei meint: Es handelt sich einerseits um das Recht, von bestimmten Formen medizinischer Eingriffe oder wissenschaftlicher Forschung im Rahmen selbstbestimmter Entscheidungen verschont zu bleiben. Aus diesem Grund bezeichnet man sie auch als »negative« Rechte, da es um das Unterlassen von Handlungen geht. Anderer-

46 Vgl. UNESCO (2005).

47 Siehe etwa die Berichte im Deutschen Ärzteblatt (2002) sowie generell Schäfer et al. (2012).

48 Vgl. Frewer et al. (2009).

49 Vgl. u.a. Richter-Kuhlmann (2015). Überdies wurden bereits kurz zuvor Hospiz- und Palliativversorgung gestärkt, vgl. Beerheide/Richter-Kuhlmann (2015).

seits gibt es das »Menschenrecht auf Gesundheit« als positives Anspruchsrecht auf angemessenen Zugang zu höchstmöglichen Leistungen der Gesundheitsversorgung, die natürlich ständiger Entwicklung unterliegt. In dieser Hinsicht differiert es international in hohem Maße und ist kaum bezifferbar: Es handelt sich dabei in der Regel um das Recht auf angemessene medizinische Versorgung, die je nach Standort des Patienten auf dieser Erde in ganz unterschiedlicher Weise realisiert werden kann.⁵⁰ Dabei stellen sich selbstverständlich ethische Probleme der Gerechtigkeit und globaler Allokation: Wie lässt sich eine transnationale Solidaritätsgemeinschaft im Sinne des Weltbürgertums erreichen?

4. INTERNATIONALE »THERAPIE«: PERSPEKTIVEN FÜR PATIENTEN- UND MENSCHENRECHTE IN DER PRAXIS

Nicht nur das Feld der Forschung in der Medizin hat sich in der Geschichte der Menschheit im Sinne von »Trial and Error« fortentwickelt, sondern auch die allgemeinen Anstrengungen, im Gesundheitswesen der einzelnen Länder sukzessive Verbesserungen zu erreichen, können als wiederholte Versuche verstanden werden, durch die Medizin immer bessere Bedingungen für den Einzelnen wie auch die (globale) Gesellschaft zu erreichen.⁵¹ Internationalen Deklarationen sind dabei der immer wieder erneuerte Anlauf, allgemeingültige Standards im Konsens zu vereinbaren und damit die Praxis im Sinne von Gleichheit und Gerechtigkeit voranzubringen.⁵²

50 Hierbei sind unterschiedliche Grade der Rechtsverwirklichung zu unterscheiden. Das Recht auf Gesundheit meint nicht nur »minimale Gesundheit«, sondern das Maximum an erreichbarer Gesundheit für alle. Die »minimum core obligations« decken den Gesamtumfang des Rechts keineswegs ab, sondern beschreiben diejenigen Komponenten, die eigentlich – ohne Ressourcenvorbehalt – unmittelbar umgesetzt werden müssen und ggf. auch einklagbar sind. Siehe auch den Beitrag von Müller im vorliegenden Band.

51 Zur Debatte, welche *Pflichten* des Einzelnen in Bezug auf Menschenrechte bestehen, vgl. u.a. Clapham (2006).

52 Da es bei Mindeststandards ebenso um eine »Unversehrtheit des Körpers« geht, gibt es einen direkten Bezug zum vorangehenden Abschnitt.

Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen stellt fest: »Jeder Mensch hat Anspruch auf Unterstützung, wenn er in Not geraten ist.« Medizin hilft Menschen, die in Krisen geraten sind und Unterstützung brauchen, Gesundheit ist das zentrale Gut mit weltweiter Relevanz und Notwendigkeit. Der Artikel geht aber noch weiter: »Wenn Menschen nicht arbeiten können, weil es keine Arbeit gibt, sie krank sind oder zu alt, muss ihnen geholfen werden. Mütter und Kinder haben Anspruch auf Schutz.«

Ein zentraler Meilenstein zur Annahme des Rechts auf Gesundheit ist die mittlerweile ein halbes Jahrhundert zurückliegende Formulierung der »International Convention on Economic, Social and Cultural Rights« (1966), die zehn Jahre später in Kraft getreten ist.⁵³ Bei der weiteren Ausarbeitung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte (kurz: WSK-Rechte) sind sukzessive Fortschritte gemacht worden, wobei der »General Comment No. 14« des UN-Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (WSK-Ausschuss) ausdrücklich auch das Recht anspricht, über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper zu bestimmen, einschließlich der sexuellen und reproduktiven Freiheit, das Recht, frei von Eingriffen zu sein und das Recht, nicht misshandelt, nicht medizinischer Behandlung oder medizinischen Versuchen ohne Einwilligung unterzogen zu werden.

Im gleichen Jahr 2000 einigten sich 189 Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen (UN) auf grundlegende Werte internationaler Zusammenarbeit und spezielle Ziele für die gesamte Menschheit. Eine Erklärung bezüglich der »Millennium Development Goals« (MDG) unterstrich den Willen der Völkergemeinschaft, eine Situation globalen Friedens zu erreichen, Armut zu bekämpfen und eine nachhaltige Förderung der Entwicklung zu schaffen, die Umwelt zu schützen sowie die Menschenrechte zusammen mit den Grundsätzen der Demokratie und guter Regierungsführung zu achten.⁵⁴ Auch bei diesen seit der Jahrtausendwende anvisierten Absichten rangiert die Gesundheit an zentraler Stelle. Unter den acht genannten Zielen beziehen sich mehrere auf Ernährung, Kinder- und Müttersterblichkeit sowie die Vermeidung der Übertragung ansteckender Krankheiten und somit direkt

53 Die Schwelle für das Inkrafttreten war eine Ratifikation durch 35 Staaten. Obwohl diese Hürde nicht sehr hoch war, hat es doch zehn Jahre gedauert.

54 Vgl. www.un.org/millenniumgoals/ [26.01.2015].

auf das Recht auf ein höchstmögliches Maß an Gesundheit. Diese Millennium-Entwicklungsziele sahen im Einzelnen folgende Schwerpunkte vor: 1. Extreme Armut und Hunger sollten bis 2015⁵⁵ halbiert werden, ebenso der Anteil der Menschen, die mit weniger als einem US-Dollar pro Tag (in reicheren Ländern zwei Dollar) überleben müssen. Der Anteil der hungernden Menschen sollte ebenfalls mindestens halbiert werden. 2. Allen Kindern sollte der Besuch einer Primarschule ermöglicht werden. 3. Eine Gleichstellung der Geschlechter soll gefördert werden, insbesondere bei der Primar- und Sekundarschulbildung. 4. Die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren sollte bis 2015 um zwei Drittel gesenkt werden. 5. Die Sterblichkeitsrate von Müttern sollte bis 2015 um drei Viertel gesenkt werden. 6. Mit Armut verbundene Krankheiten sollten konsequent bekämpft werden. Dabei wird ein besonderer Schwerpunkt auf Kinder- und Müttersterblichkeit sowie auf Immunkrankheiten gelegt. Die Ausbreitung von HIV/AIDS⁵⁶ soll bis 2015 gestoppt werden. 7. Die ökologische Nachhaltigkeit soll gesichert werden, indem der Zugang Benachteiligter zu Ressourcen wie Trinkwasser, Land und Wald verbessert, die Entwicklung von Slums in Städten zurückgeführt und erneuerbare Energien verstärkt und zum Nutzen der Armen eingesetzt werden. 8. Eine globale Entwicklungspartnerschaft soll aufgebaut werden. Hierzu werden vor allem bessere Welthandelsbedingungen angestrebt, die Entschuldung der Entwicklungsländer vorangetrieben, mehr und effektivere Entwicklungsfinanzierung bereitgestellt und eine bessere Partnerschaft mit besonders benachteiligten Ländern entwickelt. Im Rahmen des Millenniumsprojektes zu Entwicklungszielen wurde 2005 ein weiterer Aktionsplan publiziert;⁵⁷ ein spezieller Bericht des UN-Generalsekretärs mit dem Titel »In Larger Freedom: Towards Development, Security and Human Rights for All« bezog sich dabei explizit auf die Weiterentwicklung der Menschenrechte.⁵⁸

55 Hier ist eine Halbierung gegenüber dem Stand im Jahr 1990 gemeint.

56 Vgl. u.a. Macklin (2004) und (2010).

57 »Sachs Report«. Vgl. www.un.org/Depts/german/wirtsozentw/sachsreport.pdf [10.12.2015].

58 Auf den Prozess zur Weiterentwicklung der »Post-Millennium Development Goals« 2015, in dem Gesundheit häufig unterrepräsentiert erscheint, kann hier nicht weiter eingegangen werden; dazu wird in Folgebänden der vorliegenden Reihe detaillierter Stellung genommen.

Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und Mitarbeiter im Gesundheitswesen versuchen international, die strukturell vorhandene oder sich akut immer wieder verschärfende Not zu lindern. Eine Fülle von Ärzte- und Hilfsorganisationen wie etwa das Internationale Rote Kreuz oder der Rote Halbmond, *Medécins sans frontières* (Ärzte ohne Grenzen), *medica mondiale*, Ärzte in sozialer Verantwortung oder Mediziner und Psychologen bei Amnesty International arbeiten daran, das Menschenrecht auf gesundheitliche Versorgung für Betroffene und Opfer in der praktischen Arbeit umzusetzen. Die Medizin ist dabei keineswegs nur auf die ökonomische Seite der Menschenrechte und globale Gerechtigkeit konzentriert, es ergibt sich eine Reihe weiterer Aspekte und Problemfelder: Mit den Anstrengungen zu einer »Universellen Gesundheitssicherung« (Universal Health Coverage) durch die Weltgesundheitsorganisation⁵⁹ oder die verbindliche Formulierung von Kernpflichten bzw. Mindeststandards (»Minimum Core Obligation«)⁶⁰ innerhalb des Menschenrechts auf Gesundheit auf internationaler Ebene sind zwei zentrale Initiativen genannt. Letztlich muss die Bevölkerung der Erde – langfristig wie auch nachhaltig – als »globale Solidaritätsgemeinschaft« verstanden werden.

Dies war auch das Ziel einer Gruppe von Wissenschaftlern, deren Überlegungen zur praktischen Umsetzung im so genannten »Kopenhagener Konsens« formuliert wurden. Dabei sollten globale Prioritäten im Sinne einer Weltinnenpolitik gesetzt werden: Es wurde ein »30-Punkte-Plan zur Rettung der Welt« mit Lösungen für die Probleme von Armut und Gesundheit gesucht, die mit möglichst effektiver Mittelverwendung angegangen werden sollen. Eine Expertengruppe aus den Wirtschaftswissenschaften analysierte über zwei Jahre die Lage.⁶¹ Acht führende Ökonomen, darunter

59 Siehe insbesondere den Beitrag von Heinicke, Eriksson, Saxena und Reis im vorliegenden Band.

60 Vgl. speziell den Aufsatz von Müller in diesem Buch. Zu Fragen der Mindeststandards zur Forschung in Entwicklungsländern siehe zudem u.a. Participants in the 2001 Conference on Ethical Aspects of Research in Developing Countries (2004) sowie Macklin (2006).

61 Ursprünglich wurde das Projekt 2004 durch den Professor für Statistik Bjørn Lomborg und andere Mitglieder des »Institute for Environmental Assessment«, eine Stiftung der dänischen Regierung, initiiert sowie mitfinanziert durch das

mehrere Nobelpreisträger, formulierten eine Agenda mit Vorschlägen zur Verbesserung der Situation der Menschheit. Unter dem Titel *Kopenhagen Konsens* sind ihre Konzepte im Sommer 2008 – noch vor dem Beginn der Finanzkrise und deren harten globalen Auswirkungen – publiziert worden.⁶² Die Aufgabe für die Wissenschaftler lautete: Was könnte die internationale Staatengemeinschaft tun, wenn sie die Summe von 50 Milliarden Dollar zur Verfügung hätte, um die Welt zu verbessern?⁶³ Was sollte man mit hoher Priorität angehen? Die ausgewählten Fachleute formulierten 30 konkrete Vorschläge zur Bekämpfung globaler Probleme. Interessanterweise steht bei den Ökonomen die Medizin im Mittelpunkt der Thesen, während klassische politische Themen in den Hintergrund rücken. Die zweijährige Beratung durch eine erweiterte Gruppe von 50 international führenden Wirtschafts- und Finanzexperten stellte sicher, dass auf Basis der gegenwärtig verfügbaren Informationen entschieden werden konnte. Das Ergebnis ist in Bezug auf die zentrale Rolle der Heilkunde und die grundlegende Bedeutung des Gesundheitswesens eindrucksvoll: Unter den 30 wichtigsten Vorschlägen bezieht sich die Mehrheit auf Probleme der Medizin, allein 17 Punkte der Agenda fordern den Einsatz von Ressourcen zur Bekämpfung von Krankheiten bzw. zur Prävention. Besondere Aufmerksamkeit sollte laut den Kopenhagener Kosten-Nutzen-Rechnungen⁶⁴ die Versorgung mit Mitteln zur Nahrungsergänzung und Eindämmung von Epidemien erhalten; der Kopenhagener Plan nennt für den Bereich Gesundheit und Medizin folgende Vorschläge: Mikronährstoffzusätze für Kinder (Vitamin A und Zink) sowie Nahrungsanreicherung, z.B. mit Eisengaben und Jodierung von Speisesalz, eine

Journal *The Economist*. Ein Kreis internationaler Experten, die globale Probleme aus interdisziplinärer Perspektive diskutierten, wurde konsultiert.

62 Pressemeldungen vom Juli 2008, siehe auch Lomborg (2006) und (2007).

63 Die genannte Summe erschien zunächst sehr hoch, aber im Zuge der umfangreichen Finanzpakete zur Rettung einzelner Banken oder Länder bzw. zur Konjunkturbelebung wurde sie in der jüngsten Vergangenheit erheblich relativiert und damit auch wieder möglicher gemacht. Es stellt sich also weiter die Frage: Warum ist für wichtige Probleme nicht genügend Kapital vorhanden?

64 Auf Kritik an einer ggf. allzu rational kalkulierten Menschlichkeit der Berechnungen der Kopenhagener Konzepte kann an dieser Stelle nicht vertiefend eingegangen werden.

Ausweitung der Impfprogramme für Kinder, Entwurmung sowie Ernährungsprogramme an Schulen und Beratung auf kommunaler Ebene. Wichtige sinnvolle Programmpunkte beziehen sich auf Malaria- und Tuberkulosetherapien, preisgünstige Herzinfarktmedikamente für Entwicklungsländer, Bio-Sandfilter für die Reinigung von Wasser in Haushalten, Präventionskonzepte zur HIV-Bekämpfung, umfassende Sanitärprogramme zur Verringerung der Zahl offener Defäkationsstellen, eine Verbesserung chirurgischer Kapazitäten an Bezirkskrankenhäusern sowie Tabaksteuern zur Verringerung von Herzerkrankungen und Krebs.

Das internationale UN Millennium Project wie auch der Kopenhagen-Konsens unterstreichen und differenzieren zusammen mit einer Reihe weiterer Initiativen gleichermaßen die Zielsetzung, die zwei Generationen zuvor in der Universal Declaration of Human Rights⁶⁵ formuliert wurde: Gesundheit ist wesentlicher Bestandteil der UNO-Ziele Frieden, Sicherheit und Wohlstand. Mit den Prinzipien Freiheit, Gleichheit, Gerechtigkeit und Menschenwürde sind in der Deklaration zudem auch für die Medizinethik zentrale Werte hervorgehoben worden.

Ein interessantes Projekt der jüngsten Zeit mit Bezug zum globalen Gesundheitswesen ist das Konzept eines »Health Impact Fund« von Thomas Pogge.⁶⁶ Der Yale-Professor ist Schüler des Gerechtigkeitstheoretikers John Rawls. Mit der Offenlegung ungerechter sozialer Regeln auf globaler Ebene streben die philosophischen Vorschläge eine Verringerung der Weltarmut und eine Verbesserung der Medizin an.⁶⁷ In Bezug auf das globale Gesundheitswesen gibt es etwa ökonomisch kreative Ideen für Anreizsysteme zur billigeren Verfügbarkeit dringend gebrauchter Medikamente: Mithilfe von Fondsausschüttungen sollen Probleme der Patentregelungen vermieden werden. Die Verbindung von philosophischer Grundlagenreflexion, anwendungsorientierter ökonomischer Gestaltung und politischer Überzeugungsarbeit ist an diesen Ansätzen positiv hervorzuheben.

65 Zur Declaration vgl. u.a. Annas (1998), Gruskin et al. (1998), Hutter/Kimmle (2008) und Frewer (2010).

66 Zum »Health Impact Fund« vgl. Hollis/Pogge (2008), Pogge (2009a) und (2009b); siehe auch www.healthimpactfund.org [10.12.2014].

67 Vgl. insbesondere Pogge (2001) und Pogge (2011); zur Verbindung von philosophischer und politischer Diskussion vgl. Nida-Rümelin et al. (2009).

5. SCHLUSSÜBERLEGUNGEN

Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte unterstreicht: »Alle Menschen sind frei und gleich geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geist der Brüderlichkeit begegnen.« Verletzungen der Menschenrechte stehen hingegen leider weltweit an der Tagesordnung, auch über 70 Jahre nach Ende des Zweiten Weltkriegs sind Konflikte und Kriege weiterhin Realität. Eine »Kultur des Friedens« und globale Gerechtigkeit bleiben anzustrebende Ziele und vielfach Voraussetzung zur differenzierten Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit in die Praxis.⁶⁸ Signum einer globalisierten Welt sollte die Tatsache sein, dass niemand mehr »wegschauen« kann bei Hungersnöten, Flutkatastrophen oder Krankheitsausbreitung. Dies hatten eigentlich auch bereits die Epoche der Aufklärung und Protagonisten des 18. Jahrhunderts klar erkannt, aber die Globalisierung hat hier erst sukzessive den Gesichtskreis erweitert. »Das Recht der Menschen muß heilig gehalten werden, der herrschenden Gewalt mag es auch noch so große Aufopferung kosten.«⁶⁹ Kants Konzept vom »ewigen Frieden« und Aufklärungsziele »vollkommener Gesundheit« in physischer wie psychischer und sozialer Hinsicht mögen utopisch klingen, fungieren jedoch als regulative Ideen; Medizin ist die Disziplin, mit der weltweit entscheidende Hilfe geleistet werden kann. Dies betrifft die allgemeine Entwicklung und humanitäre Kriseneinsätze ebenso wie die globale Vernetzung in Bezug auf Forschungsprojekte, Patente, Transfer von Gesundheitspersonal in westliche Länder⁷⁰ oder strukturelle Fragen sozialer Regelungen internationaler Allokation (Verteilungsgerechtigkeit). Eine immer stärker kommerzialisierte Wahlfreiheit und überspannte Konzepte von Autonomie⁷¹ in reichen westlichen Gesundheitssystemen gehen auch mit Defiziten im Bereich nationaler Solidarität und der globalen

68 Vgl. u.a. Bialas et al. (1999) und Richter (2001).

69 Kant (1795) sowie Kant (1900–1955) und Höffe (2004).

70 Zu Fragen des »Brain drain« aus ärmeren Ländern vgl. etwa Shah (2010).

71 Die Frage, wie weit sich Gemeinschaft mit Autonomie verträgt – vgl. u.a. Miller (2000) – muss in mehrerlei Hinsicht auch global gestellt werden: Zu Herausforderungen einer »New Public Health« siehe etwa Beauchamp/Steinbock (1999) sowie exemplarisch für »Menschen ohne Papiere« Mylius et al. (2011).

Weltgemeinschaft einher. Wenn darüber hinaus in Deutschland und in anderen Nationen die Einsparpotenziale bei Korruptionsverlusten, Medikamentenverschwendung und defensiver Medizin oder unnützen Therapien (futility) konsequent umgesetzt werden könnten, wären mehr Mittel für Mindeststandards und Universal Health Coverage vorhanden, im Sinne der Millenniumsziele wie auch des Kopenhagener Konsens oder künftiger Health Impact Fonds. Diese Instrumente und weiterentwickelte Modelle könnten wesentlich zu einer besseren Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit beitragen. Manche Formen extremer oder überteuerter Spitzenmedizin in hochtechnologischen Bereichen müssen sich zudem in Bezug auf die globale Nachhaltigkeit kritisch hinterfragen lassen.⁷² Gerade die Verbindung der Humanmedizin mit Problemen von Gesellschaft, Ökonomie, Politik und Moralthorie zeigt die komplexe Transdisziplinarität der behandelten Themen. Der Medizinethik ist die Einhaltung von Menschenrechten und Menschenwürde in allen Bereichen von Gesundheits- und Gemeinwesen ein zentrales Anliegen; durch den Einsatz von angemessener »Medizin – und Ethik – ohne Grenzen«⁷³ im Sinne reflektierter wie auch nachhaltiger Konzepte können wichtige Impulse für eine Umsetzung des globalen Menschenrechts auf Gesundheit gegeben werden. In Deutschland ist die Verabschiedung eines Gesetzes zu Patientenrechten⁷⁴ ein weiterer Schritt. Sowohl der Schutz bei körperlicher Unversehrtheit (Beispiel Forschung) als auch die Durchsetzung ethischer Mindeststandards (Core Obligations) sind

72 Hier sei nur die Weltpremiere der »Transplantation von zwei Armen« genannt (2008), vgl. etwa Berndt (2008). Trotz Hochachtung vor der medizinischen Leistung könnte man kritische Fragen in Bezug auf die Allokation stellen, da der Patient jahrelang intensivste Betreuung braucht und ein Erfolg nicht sicher ist. Mit Blick auf globale Ressourcen könnte man pointiert formulieren, dass es sich in gewisser Hinsicht um die »Transplantation von 200 Armen« handelt. Zu einer instruktiven Übersicht von 500 lebensrettenden Eingriffen und ihrer Kosten-Nutzen-Effektivität siehe auch die umfangreiche Studie von Tengs et al. (1995).

73 2016 findet der »Global Summit« der Nationalen Ethikräte zum Thema »Global Health, Global Ethics, Global Justice« in Berlin statt.

74 Vgl. insbesondere Emrich et al. (2014).

erstrangige Desiderate eines menschenrechtlichen Ansatzes im Gesundheitswesen – auf nationaler wie globaler Ebene.⁷⁵

LITERATUR

- Advisory Committee on Human Radiation Experiments (1996): *The Human Radiation Experiments: Final Report of the President's Advisory Committee*, New York: Oxford University Press.
- Andreopoulos, George J. (2000): »Declarations and Covenants of Human Rights and International Codes of Research Ethics«, in: Levine et al. (2000), 181–203.
- Annas, George J. (1998): »Human Rights and Health. The Universal Declaration of Human Rights at 50«, in: *New England Journal of Medicine* 339 (1998), 1778–1781.
- Bahnsen, Ulrich (2001): »Klonen. Der Wahn des Doktor Antinori. Forscher wollen Menschen klonen. Dabei ignorieren sie ethische Bedenken und biologische Risiken«, Online: www.zeit.de/2001/12/200112_klonen.xml [28.08.2014].
- Beauchamp, Dan E./Steinbock, Bonnie (Eds.) (1999): *New ethics for the public's health*, New York, Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp, Tom L./Childress, James F. (2009): *Principles of biomedical ethics*. 6. Auflage. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Beerheide, R./Richter-Kuhlmann, E. (2015): »Gesetz zur Palliativ- und Hospizversorgung. Umsetzung ist entscheidend«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 112, 46 (2015), A 1920–1922.
- Bernard, Claude (1961): *Einführung in das Studium der experimentellen Medizin*. Ins Deutsche übertragen von P. Szendrő und biographisch eingeführt und kommentiert von K. E. Rothschuh. Leipzig: Barth.
- Berndt, Christina (2008): »Ganze Arme transplantiert. »Jetzt bin ich bereit«. Der Patient hatte beide Arme bei einem Unfall verloren. Dann fasste der 54-Jährige den Entschluss, sich die Gliedmaßen eines Toten annähen zu lassen. Eine medizinische Weltpremiere«, Online: www.sueddeutsche.de.

75 Die Professur für Ethik in der Medizin (FAU) verfolgt seit 2012 in Kooperation mit der Ethik-Abteilung der World Health Organisation (WHO/Genf) das Projekt »Global Health Ethics« zur Illustration internationaler Problemfelder (in Forschung, Lehre und bei einer Ausstellung).

- de/wissen/ganze-arme-transplantiert-jetzt-bin-ich-bereit-1.595487 [28.08.2014].
- Bialas, Volker/Häßler, Hans-Jürgen/Woit, Ernst (Hg.) (1999): *Die Kultur des Friedens. Weltordnungsstrukturen und Friedensgestaltung*, Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Bockhart, Max (1883): »Beitrag zur Ätiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers«, in: *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis* 10 (1883), 3–18.
- Bonah, Christian/Lepicard, Étienne/Roelcke, Volker (Hg.) (2003): *La médecine expérimentale au tribunal. Implications éthiques de quelques procès médicaux du XXe siècle européen*, Paris: éditions des archives contemporaines.
- CIB/DPA (2010): »Hwang Woo Suk. Gericht verurteilt Klonfälscher zu Bewährungsstrafe«, Online: www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/hwang-woo-suk-gericht-verurteilt-klonfaelscher-zu-bewaehrungsstrafe-a-735139.html [28.08.2014].
- Clapham, Andrew (2006): *Human Rights Obligations of Non-State Actors*, New York: Oxford University Press.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), in collaboration with the World Health Organization (1993): *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, Geneva: CIOMS.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), in collaboration with the World Health Organization (2002): *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects, revised edition*, Online: www.cioms.ch [10.12.2014].
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), in collaboration with the World Health Organization (2009): *International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies*, Geneva: CIOMS.
- Deichgräber, Karl (1983): *Der hippokratische Eid*. 4. Auflage, Stuttgart: Kröner.
- Diller, Hans (1994): *Hippokrates. Ausgewählte Schriften*, Stuttgart: Reclam.
- Eckart, Wolfgang U. (2013): *Geschichte der Medizin. Fakten, Konzepte, Haltungen*. 7. Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer.
- Edelstein, Ludwig (1969): *Der Hippokratische Eid*, Zürich, Stuttgart: Artemis.

- Edelstein, Wolfgang/Nunner-Winkler, Gertrud (Hg.) (2000): *Moral im sozialen Kontext*, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Eichinger, Tobias (2013): *Jenseits der Therapie. Philosophie und Ethik wunscherfüllender Medizin*, Bielefeld: transcript.
- Elkeles, Barbara (1996): *Der moralische Diskurs über das medizinische Menschenexperiment im 19. Jahrhundert. Medizinethik*, Bd. 7, Stuttgart: G. Fischer.
- Emanuel, Ezekiel J./Emanuel, Linda L. (1992): »Four Models of the Physician-Patient Relationship«, in: *Journal of the American Medical Association* 267, 16 (1992), 2221–2226.
- Emrich, Inken/Fröhlich-Güzelsoy, Leyla/Frewer, Andreas (Hg.) (2014): *Ethik in der Medizin aus Patientensicht. Perspektivwechsel im Gesundheitswesen. Klinische Ethik*, Bd. 4, Frankfurt/M. u.a.: Lang.
- Erices, Rainer/Gumz, Antje/Frewer, Andreas (2014): *Westliche Humanexperimente in der DDR und die Deklaration von Helsinki. Neue Forschungsergebnisse zur Ethik*, in: *Jahrbuch Medizin-Ethik* 27 (2014), 87–98.
- Eschebach, Insa/Ley, Astrid (Hg.) (2012): *Geschlecht und »Rasse« in der NS-Medizin*, Berlin: Metropol-Verlag.
- Frewer, Andreas (2000): *Medizin und Moral in Weimarer Republik und Nationalsozialismus*, Frankfurt/M., New York: Campus.
- Frewer, Andreas (2009): »Menschenrechte, Medizin und Moral. Zur Einführung«, in: Frewer et al. (2009b), 11–22.
- Frewer, Andreas (2010): »Human rights from the Nuremberg Doctors Trial to the Geneva Declaration. Persons and institutions in medical ethics and history«, in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 13 (2010), 259–268.
- Frewer, Andreas (2013): »Menschenrecht auf Gesundheit. Die Patientenautonomie und das Gemeinwohl«, in: Möseneder (2013), 25–48.
- Frewer, Andreas/Bruns, Florian/Rascher, Wolfgang (Hg.) (2011): *Gesundheit, Empathie und Ökonomie. Kostbare Werte in der Medizin*, Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK), Bd. 4, Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Frewer, Andreas/Fahr, Uwe/Rascher, Wolfgang (Hg.) (2009a): *Patientenverfügung und Ethik. Beiträge zur guten klinischen Praxis*, Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK), Bd. 2, Würzburg: Königshausen & Neumann.

- Frewer, Andreas/Kolb, Stephan/Krása, Kerstin (Hg.) (2009b): *Medizin, Ethik und Menschenrechte. Geschichte – Grundlagen – Praxis. Medizin und Menschenrechte*, Bd. 1, Göttingen: V & R unipress.
- Frewer, Andreas/Neumann, Josef N. (Hg.) (2001): *Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900–1950*, Frankfurt/M., New York: Campus.
- Frewer, Andreas/Oppitz, Ulrich-Dieter et al. (Hg.) (1999): *Medizinverbrechen vor Gericht. Das Urteil im Nürnberger Ärzteprozeß gegen Karl Brandt und andere sowie aus dem Prozeß gegen Generalfeldmarschall Erhard Milch*, Erlangen, Jena: Palm & Enke.
- Frewer, Andreas/Schmidt, Ulf (Hg.) (2007): *Standards der Forschung. Historische Entwicklung und ethische Grundlagen klinischer Studien*, Frankfurt/M. u.a.: Lang.
- Frewer, Andreas/Schmidt, Ulf (Hg.) (2014): *Forschung als Herausforderung für Ethik und Menschenrechte. 50 Jahre Deklaration von Helsinki (1964–2014)*, Jahrbuch Medizin-Ethik 27 (2014), Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Frewer, Andreas/Siedbürger, Günther (Hg.) (2004): *Zwangsarbeit und Medizin im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von »Ausländern« im Gesundheitswesen*, Frankfurt/M., New York: Campus.
- Fritsche, Paul (1987): »Die Menschenrechte angesichts der Entwicklung von Wissenschaft und Technik aus ärztlicher Sicht«, in: Von Bülow/Fritsche (1987), 23–45.
- Genest, Andrea (Hg.) (2015): *Damit die Welt es erfährt ... Illegale Dokumente polnischer Häftlinge aus dem Konzentrationslager Ravensbrück*. Mit einem Vorwort von Wanda Kiedrzyńska. Aus dem Polnischen übersetzt von Inge Gerlinghoff und Barbara Lubos-Kroll, Berlin: Metropol-Verlag.
- Grover, Anand (2013): *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, Geneva: United Nations.
- Gruskin, Sofia/Grodin, Michael A./Annas, George J./Marks, Stephen P. (Eds.) (2005): *Perspectives on Health and Human Rights*, New York, London: Routledge.
- Gruskin, Sofia/Mann, Jonathan/Annas, George J./Grodin, Michael A./Rawson, Brian/Ruff, Tilman/Sidel, Victor W./Ayotte, Barbara/Iacopino, Vincent/Rubenstein, Len/Sirkin, Susannah [Writing Group for the

- Consortium for Health and Human Rights] (1998): »Health and Human Rights: A Call to Action on the 50th Anniversary of the Universal Declaration of Human Rights«, in: *Journal of the American Medical Association* 280 (1998), 462–464.
- Habermas, Jürgen (2001): *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Harrington, John/Stuttaford, Maria (Eds.) (2010): *Global health and human rights. Legal and philosophical perspectives*. London u.a.: Routledge.
- Höffe, Otfried (Hg.) (2004): *Immanuel Kant, zum ewigen Frieden*, 2. Auflage, Berlin: Akademie-Verlag.
- Hollis, Aidan/Pogge, Thomas (2008): *The Health Impact Fund. Making new medicines accessible for all. Incentives for Global Health*, New Haven, Oslo: Incentives for Global Health (IGH).
- Hutter, Franz-Josef/Kimmle, Carsten (Hg.) (2008): *60 Jahre Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Das uneingelöste Versprechen*, Karlsruhe: Loeper Literaturverlag.
- Joerden, Jan/Hilgendorf, Eric/Petrillo, Natalia./Thiele, Felix (Hg.) (2011): *Menschenwürde und moderne Medizintechnik*, Baden-Baden: Nomos.
- Jones, Jarhes H. (1981): *Bad blood. The Tuskegee Syphilis Experiment*, New York: Free Press.
- Jung, Eberhard (1982): *Das Recht auf Gesundheit. Versuch einer Grundlegung des Gesundheitsrechts der Bundesrepublik Deutschland*, München: Beck.
- Kant, Immanuel (1795): *Zum ewigen Frieden. Ein philosophischer Entwurf*. Berlin, Leipzig: Königlich Preußische/Deutsche Akademie der Wissenschaften Berlin.
- Kant, Immanuel (1900-1955): *Gesammelte Schriften in 23 Bänden*, Berlin, Leipzig: Königlich Preußische/Deutsche Akademie der Wissenschaften Berlin.
- Kettner, Matthias (Hg.) (2009): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung, Kultur der Medizin*, Bd. 27, Frankfurt/M., New York: Campus.
- Kettner, Matthias/Kraska, Matthias (2009): »Kompensation von Arzt-Patient-Asymmetrien im Rahmen einer Theorie kommunikativen Handelns«, in: Vollmann et al. (2009), 243–259.

- Klein, Eckart/Menke, Christoph (Hg.) (2004): *Menschenrechte und Bioethik*, Menschenrechtszentrum der Universität Potsdam, Bd. 21, Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.
- Lehner, Anna M./Frewer, Andreas (2014): »Forschung gegen Menschenrechte und die Helsinki-Deklaration? Zu Gehirnstudien und Gefängnisexperimenten in den USA der Nachkriegszeit«, in: *Jahrbuch Medizin-Ethik* 27 (2014), 35–52.
- Leibniz, Gottfried Wilhelm (1976): *Directiones ad rem medicam pertinentes*. Ein Manuskript G. W. Leibnizens aus dem Jahr 1671/72. Übersetzt und kommentiert von Fritz Hartmann und Matthias Krüger, *Studia Leibnitiana* 8 (1976), 40–68.
- Ley, Astrid/Ruisinger, Maria (Hg.) (2001): *Gewissenlos – gewissenhaft. Menschenversuche im Konzentrationslager*, Erlangen-Nürnberg: Specht.
- Lomborg, Björn (Ed.) (2006): *How to Spend \$ 50 Billion to Make the World a Better Place*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lomborg, Björn (Ed.) (2007): *Solutions for the World's Biggest Problems, Costs and Benefits*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Macklin, Ruth (2004): *Double Standards in Medical Research in Developing Countries*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Macklin, Ruth (2010): »Intertwining Biomedical Research and Public Health in HIV Preventive Microbicide Research«, in: *Public Health Ethics* 3, 3 (2010), 199–209.
- Maio, Giovanni (2012): *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*, Stuttgart:
- Manok, Andreas (2012): *Body integrity identity disorder. Die Zulässigkeit von Amputationen gesunder Gliedmaßen aus rechtlicher Sicht*, Leipziger juristische Studien, Bd. 8. Leipzig: Leipziger Universitäts-Verlag.
- Marks, Stephen P. (Ed.) (2006): *Health and Human Rights: Basic International Documents*. 2nd ed. Cambridge, Massachusetts: Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health.
- Miller, Joan G. (2000): »Verträgt sich Gemeinschaft mit Autonomie? Kulturelle Ideale und empirische Wirklichkeiten«, in: Edelstein/Nunner-Winkler (2000), 337–362.
- Möseneder, Karl (Hg.) (2013): *Menschenrechte*. Universitätstage, Erlangen: FAU University Press.

- Moll, Albert (1902): *Ärztliche Ethik. Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit*, Stuttgart: Enke.
- Moreno, Jonathan D. (2000): *Undue risk. Secret state experiments on humans*, London, New York: Routledge.
- Mylius, Maren/Bornschlegl, Wiebke/Frewer, Andreas (Hg.) (2011): *Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems*, Medizin und Menschenrechte, Bd. 5, Göttingen: V & R unipress.
- Nida-Rümelin, Julian/Thierse, Wolfgang/Wieczorek-Zeul, Heidemarie/Weißkirchen, Gert (Hg.) (2009): *Thomas Pogge. Gerechtigkeit in der Einen Welt*, Kultur in der Diskussion, Bd. 15, Essen: Klartext Verlag.
- Participants in the 2001 Conference on Ethical Aspects of Research in Developing Countries (2004): »Moral Standards for Research in Developing Countries: From »Reasonable Availability« to »Fair Benefits««, in: *Hastings Center Report* 34 (2004), 17–27.
- Plomer, Aurora (2004): »In Defence of Helsinki and Human Rights«, in: *South African Journal of Bioethics and Law* 5, 2 (2004), 83–86.
- Pogge, Thomas (2001): *Global justice*, Malden/Massachusetts: Blackwell.
- Pogge, Thomas (2009a): »Warum die Menschenrechte die Einrichtung des Health Impact Fund verlangen«, in: *Zeitschrift für Menschenrechte* 2 (2009), 124–161.
- Pogge, Thomas (2009b): *Der Health Impact Fund. Wie Pharmaforschung wirklich allen zugute kommen kann. Gerechte Gesundheit: Das Portal zur Verteilungsdebatte*, Online: www.gerechte-gesundheit.de/debatte/autorenbeitraege/detail/ab-eintrag/1/6.html [12.07.2015].
- Pogge, Thomas (2011): *Weltarmut und Menschenrechte. Kosmopolitische Verantwortung und Reformen*. Übers. von Anna Wehofsits. Berlin: de Gruyter.
- Quante, Michael (2010): *Menschenwürde und personale Autonomie. Demokratische Werte im Kontext der Lebenswissenschaften*, Hamburg: Meiner.
- Ramm, Thilo (2008): »Sozialstaatsprinzip und Recht auf Gesundheit. Deutsches Gesundheitsrecht am Scheideweg?«, in: *Vierteljahresschrift für Sozialrecht* 4, 203–219.
- Reich, Warren T. (Ed.) (1995): *Encyclopedia of bioethics*, Vols. 1-5, New York: Macmillan Reference USA, Thomson Gale.

- Richter, Horst-Eberhard (Hg.) (2001): *Kultur des Friedens*. Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges Ärzte in sozialer Verantwortung e.V., Giessen: Psychosozial.
- Richter-Kuhlmann, E. (2015): »Suizidbeihilfe. Verbot bei Geschäftsmäßigkeit«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 112, 46 (2015), A 1918.
- Roelcke, Volker (2012): »Fortschritt ohne Rücksicht. Menschen als Versuchskaninchen bei den Sulfonamid-Experimenten im Konzentrationslager Ravensbrück«, in: Eschebach/Ley (2012), 101–114.
- Roelcke, Volker/Maio, Giovanni (Hg.) (2004): *Twentieth Century Ethics of Human Subject Re-search. Historical Perspectives on Values, Practices, and Regulations*, Stuttgart: Steiner.
- Sabisch, Katja (2007): *Das Weib als Versuchsperson. Medizinische Menschenexperimente im 19. Jahrhundert am Beispiel der Syphilisforschung*, Bielefeld: transcript.
- Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas/Schockenhoff, Eberhard/Wetzstein, Venera (Hg.) (2008): *Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft*, Stuttgart: Steiner Verlag.
- Schäfer, Daniel/Müller-Busch, Christoph/Frewer, Andreas (Hg.) (2012): *Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova?*, Ars moriendi nova, Bd. 2, Stuttgart: Steiner.
- Schimmelbusch, Curt T. (1888): »Ueber die Ursachen der Furunkel«, in: *Archiv für Ohrenheilkunde* 27 (1888), 252–264.
- Schmidt, Ulf (2006): *Justice at Nuremberg. Leo Alexander and the Nazi doctors' trial*, Houndsmills u.a.: Palgrave Macmillan.
- Schmidt, Ulf/Frewer, Andreas (Eds.) (2007): *History and Theory of Human Experimentation. The Declaration of Helsinki and Modern Medical Ethics*, Stuttgart: Steiner.
- Schmidt, Ulf/Frewer, Andreas (2014): »The Declaration of Helsinki as a Landmark for Research Ethics. Protecting Human Participants in Modern Medicine«, in: Wiesing et al. (2014), 56–57.
- Schubert, Charlotte (2005): *Der hippokratische Eid. Medizin und Ethik von der Antike bis heute*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Seelmann, Kurt (2008): »Recht auf Gesundheit? Über den Wandel juristischer Perspektiven auf das Gesundheitswesen«, in: Schäfer et al. (2008), 177–187.
- Shah, Rebecca S. (Ed.) (2010): *The international migration of health workers: ethics, rights and justice*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Stiftung kreuznacher diakonie, Der Vorstand/Ethikausschuss (2011): *Grundsätze zur Behandlung von Zeugen Jehovas*. Diakonisch-ethische Positionen. Bad Kreuznach.
- Stirn, Aglaja/Thiel, Aylin/Oddo, Silvia (Hg.) (2010): *Body Integrity Identity Disorder (BIID)*. *Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze*, Weinheim: Beltz.
- Tag, Brigitte (2000): *Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis. Eine arztstrafrechtliche Untersuchung*, Berlin u.a.: Springer.
- Tengs, Tarnmy O./Adams, Miriam E./Pliskin, Joseph S./Safran, Dana Gelb/Siegel, Joanna E./Weinstein, Milton C./Graham, John D. (1995): »Five-Hundred Life-Saving Interventions and Their Cost-Effectiveness«, in: *Risk Analysis* 15, 3 (1995), 369–390.
- Toebes, Brigit C. A. (1999): *The Right to Health as a Human Right in International Law*, Antwerpen u.a.: Intersentia – Hart.
- Toebes, Brigit C. A. (Ed.) (2014): *The Right to Health. A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice*. The Hague: T.M.C. Asser Press.
- Toellner, Richard (Hg.) (1992): *Illustrierte Geschichte der Medizin*, Sonderausgabe, Erlangen: Andreas Verlag.
- Tröhler, Ulrich/Reiter-Theil, Stella (Hg.) (1997): *Ethik und Medizin 1947–1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik?*, Göttingen: Wallstein.
- UNESCO (2005): *Universal declaration on bioethics and human rights* (adopted by UNESCO's General Conference on 19.11.2005), Online: [www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/Paris: UNESCO \[06.12.2008\]](http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/Paris: UNESCO [06.12.2008]).
- UNHCR (2008): *The right to health. Human rights fact sheet 31*, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva: UNHCR.
- Van der Walt, Sibylle (2007): »Einleitung: Der neue Begründungsbedarf des Menschenrechts auf körperliche Unversehrtheit«, in: Van der Walt/Menke (2007), 7–24.
- Van der Walt, Sibylle/Menke, Christoph (Hg.) (2007): *Die Unversehrtheit des Körpers. Theorie und Geschichte eines elementaren Menschenrechts*, Frankfurt/M., New York: Campus.
- Von Bülow, Detlev (1987): »Die Menschenrechte angesichts der Entwicklung von Wissenschaft und Technik – Rechtsfragen der Medizin«, in: von Bülow/Fritzsche (1987), 1–16.

- Von Bülow, Detlev/Fritsche, Paul (1987): *Menschenrechte in der modernen Medizin. Rechtsstaat in der Bewährung*, Bd. 21, Heidelberg: C.F. Müller Juristischer Verlag.
- Wachtturm Bibel- und Traktatgesellschaft (2000): »Wie sind Jehovas Zeugen angesichts biblischer Gebote über die passende Verwendung von Blut zu medizinischen Verfahren eingestellt, bei denen Eigenblut verwendet wird? Fragen von Lesern«, in: *Der Wachtturm*, 15.10.2000, 30–31.
- Weindling, Paul (2004): *Nazi medicine and the Nuremberg Trials. From medical war crimes to informed consent*, Houndmills u.a.: Palgrave Macmillan.
- Weindling, Paul (2012): »Die Opfer von Humanexperimenten im Nationalsozialismus. Ergebnisse eines Forschungsprojekts«, in: Eschebach/Ley (2012), 81–100.
- Wiesing, Urban/Parsa-Parsi, Ramin/Kloiber, Otmar (Eds.) (2014): *The World Medical Association Declaration of Helsinki. 1964–2014. 50 years of evolution of medical research ethics*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Zude, Heiko Ulrich (2010): *Paternalismus. Fallstudien zur Genese des Begriffs*, Freiburg i.Br.: Alber.