

Journal für

# Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/  
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

## Ethische Herausforderungen der Psychiatrie

Helmchen H

*Journal für Neurologie*

*Neurochirurgie und Psychiatrie*

2005; 6 (3), 22-28

Homepage:

**www.kup.at/**

**JNeurolNeurochirPsychiatr**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Indexed in  
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

# 76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Joint Meeting mit der Französischen  
Gesellschaft für Neurochirurgie



**2025**  
1.–4. Juni  
**HANNOVER**

[www.dgnc-kongress.de](http://www.dgnc-kongress.de)

Im Spannungsfeld zwischen  
Forschung und Patientenversorgung

**PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!**



Deutsche  
Gesellschaft für  
Epileptologie



# 64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

**10.–13. Juni 2026**  
**Würzburg**



© CIM Deimer Deque/Kosch/KARL70  
Bewertung: HUBBART/Warner | Stock Adobe

# Ethische Herausforderungen der Psychiatrie\*

H. Helmchen

Gegenwärtig ungelöste und zukünftige ethische Probleme der Psychiatrie werden durch Fortschritte in den Neurowissenschaften und durch den Wandel des soziokulturellen Kontextes der Psychiatrie bestimmt. Diese Rahmenbedingungen werden durch Hinweise auf die sozialen Folgen verdeutlicht, die sich aus der antipsychiatrischen Bewegung, wirtschaftlichen Krisen und dem demographischen Wandel ebenso wie auch aus der Strenge wissenschaftlicher Methodik oder dem zunehmenden genetischen Wissen für die psychiatrische Versorgung und Forschung ergeben. In solchem Kontext werden ethische Probleme erörtert, die sich zwischen Medizin und Gesellschaft (individuelles Wohl versus Allgemeinwohl) oder innerhalb der Medizin (Wohl versus Wille des Patienten) oder zwischen Individuum und Institution (Unabhängigkeit ärztlichen Denkens und Sponsoring) entwickeln. Beispiele gegenwärtig ungelöster ethischer Probleme werden in der Forschung mit nicht einwilligungsfähigen Patienten, bei placebo-kontrollierten klinischen Prüfungen und bei industriegesponsorter Forschung gesehen. Zukünftige ethische Herausforderungen werden sich aus dem wachsenden genetischen Wissen, z. B. in der genetischen Voraussage von Risiken (Vermarktung genetischer Tests, pharmakogenetische Individualisierung der Therapie, präsymptomatische Diagnostik, Vertraulichkeit genetischer Daten), aus der pharmakologischen sowie neurotechnischen Veränderung von Hirnfunktionen (Enhancement, Anti-Aging, Aktivierung von Neuroplastizität und Implantation von neuronalem Gewebe oder Mikroelektronik), und nicht zuletzt an den Grenzen zwischen Krankheit und Gesundheit, zwischen Medizin und Wellness ergeben.

**Schlüsselwörter:** ethische Probleme der Psychiatrie, soziokultureller Kontext, genetische Risikoprädiktion, Veränderung von Hirnfunktionen, Neurotechnik, Enhancement, Anti-Aging, Medizin und Wellness

**Ethical Challenges of Psychiatry.** Currently unsolved and future ethical problems of psychiatry are determined by progress made by the neurosciences and by the socio-cultural context of psychiatry as well. These general conditions are made clear by references to the social consequences of the anti-psychiatric movement, economic crises, demographic change, and likewise the strictness of scientific methods and the growing genetic knowledge about psychiatric care and research. In this context ethical problems will be discussed that develop between medicine and society (individual versus common good), or within medicine (best interest versus autonomy of the patient), or between the individual and institutions (independence of medical judgement and sponsoring). Examples of present unsolved ethical problems are seen in research with patients unable to give informed consent, in placebo-controlled clinical trials, and in research sponsored by industry. Future ethical challenges will result from growing genetic knowledge, e. g. in genetic prediction of risks (marketing of predictive tests, pharmacogenetic individualisation of therapy, presymptomatic diagnosis, confidentiality of genetic data), or from pharmacological and neurotechnical brain function interventions (enhancement, anti-aging, activation of neuroplasticity, and implantation of neuronal tissues or microelectronics), and not the least at the border between disease and health, between medicine and wellness. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2005; 6 (3): 22–8.

**Keywords:** ethical problems of psychiatry, socio-cultural context, genetic risk prediction, modification of brain functions, neurotechniques, enhancement, anti-aging, medicine and wellness

Die Psychiatrie sieht sich durch ethische Probleme herausgefordert, die einerseits in der Gegenwart ungelöst sind und andererseits infolge von Fortschritten in den Neurowissenschaften wie auch von Veränderungen des sozialen Kontextes der Psychiatrie für die Zukunft bereits jetzt deutlich werden.

Ethik in der Psychiatrie kann als Anwendung allgemeiner ethischer Prinzipien auf den psychiatrischen Umgang mit psychisch Kranken angesehen werden. Somit beeinflussen die in einer *Gesellschaft* vorherrschenden – und sich wandelnden – moralischen Normen die Erkennung und Lösung ethischer Probleme in der Psychiatrie. Deren differenzierte Wahrnehmung mag zwar infolge wachsender Sensibilität zunehmen, aber allgemein akzeptierte Lösungen werden in zunehmend multikulturellen Gesellschaften, in denen allgemeinverbindliche Wertsysteme nicht länger zu existieren scheinen, immer schwieriger.

Der Fortschritt in den *Neurowissenschaften* bringt neue ethische Probleme hervor. Die Psychiatrie gewinnt, zumindest in ihrer biologischen Dimension, Erkenntnis zunehmend auch durch neurowissenschaftliche Forschung mit Patienten und wendet neurobiologisches Wissen in der Diagnostik und Behandlung von psychisch Kranken mit Hirnkrankheiten oder Hirnfunktionsstörungen an. Bei

diesen Erkrankungen besteht infolge ihrer Häufigkeit, langen Dauer, behindernden Folgen und unbefriedigenden oder fehlenden Behandlungsmöglichkeiten ein erheblicher Forschungsbedarf. Solche unabweisbare Forschung mit Patienten hat mit der grundlegenden ethischen Spannung zwischen dem besten Interesse des kranken Individuums sowie dem Respekt vor seiner Selbstbestimmung und der ethisch gleichfalls gerechtfertigten Forderung nach methodisch einwandfreier Forschung zur Erkennung, Vorbeugung, Beseitigung oder zumindest Abschwächung von krankheitsbedingter Behinderung und Leiden zu tun. Forschungsbedarf ergibt sich heute auch aus der zunehmenden Orientierung der Krankenkassen nach wissenschaftlich geprüfter Evidenz der Wirksamkeit und Sicherheit medizinischer Interventionen. Darüber hinaus werden die wachsenden Möglichkeiten, Hirnfunktionen spezifisch und damit möglicherweise auch das Selbst von Menschen zu modifizieren, zukünftig zu neuen ethischen Problemen führen, wie z. B. solchen, die mit der Trennung der Behandlung von Kranken und der Verstärkung (oder Abschwächung) von Eigenschaften gesunder Menschen verbunden sind.

Im folgenden sollen einige gegenwärtige (III) und zukünftige (IV) ethische Probleme der (biologischen) Psychiatrie zwischen einem sich wandelnden soziokulturellen Kontext (I) und neurowissenschaftlichem Fortschritt (II) erörtert werden.

## I. Soziokultureller Kontext der Psychiatrie

Das soziokulturelle Umfeld der Psychiatrie beeinflusst nicht nur die Wahrnehmung ethischer Probleme, sondern akzentuiert sie auch, insbesondere durch eine Vielfalt dynamischer Kräfte, die die Entwicklung der Psychiatrie antreiben. Um nur drei davon zu benennen:

\* Nach einem Vortrag auf der Tagung der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) in Buenos Aires zu ihrem 30jährigen Bestehen am 01.11.2004

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Hanfried Helmchen, Freie Universität Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Eschenallee 3, D-14050 Berlin; E-Mail: hanfried.helmchen@charite.de

1. *Öffentliche Einstellungen* haben einen erheblichen Einfluß nicht nur auf die psychiatrische Praxis, sondern auch auf die Forschung. Die wachsende Wahrnehmung von Menschen- und Bürgerrechten, die Vorstellungen von menschlicher Würde, Selbstbestimmung und Freiheit haben die Versorgung von und Forschung mit psychisch Kranken humaner gemacht, aber in mancher Hinsicht auch schwieriger und bürokratischer. Der Eckpfeiler dieser Entwicklung ist das juristische Konzept der Einwilligung nach Aufklärung („informed consent“). Es verlangt spezifische Aufmerksamkeit in der Psychiatrie, da alle schwereren psychischen Krankheiten die Einwilligungsfähigkeit beeinträchtigen können.

Die antipsychiatrische Bewegung der vergangenen Jahrzehnte hat mit manchen Übersteigerungen wie der Negierung psychischer Krankheiten und Anklagen gegen die Psychiatrie als Institution zu erheblichem Mißtrauen der Öffentlichkeit und vieler psychisch Kranker gegenüber der Psychiatrie, speziell ihrer biologischen Orientierung, geführt und damit auch die psychiatrische Forschung behindert: Junge Psychiater haben der biologischen Forschung oder sogar jeder klinischen Forschung den Rücken gekehrt und die Gewinnung von Patienten zur Teilnahme an Forschung wurde recht mühselig. Jedoch hat die öffentliche wie auch die professionelle Sensibilität gegenüber ethischen Problemen in der Psychiatrie beträchtlich zugenommen. Diese Einstellungen und Einstellungsänderungen hatten und haben natürlich einen Einfluß auf politische und juristische Maßnahmen für spezielle Gesetze und Verwaltungsvorschriften.

Um es spezifischer zu formulieren: immer wieder wird in der Öffentlichkeit die ethische Frage nach der Gerechtigkeit wahrgenommen und diskutiert, d. h. nach einer fairen Verteilung von Nutzen und Risiken, speziell im Verhältnis zwischen dem individuellen und dem allgemeinen Wohl. Die Antworten hängen von den öffentlichen Einstellungen gegenüber Werten wie der individuellen Freiheit und Autonomie einerseits und den Werten von Gemeinschaft und Solidarität andererseits ab.

2. *Wirtschaftliche und finanzielle Folgen sozialer Krisen*, z. B. nach dem ersten Weltkrieg in Deutschland oder derzeit weltweit infolge der kritischen Umformung sozialer Sicherungssysteme, verstärken negative Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und der Finanzierung ihrer Versorgung. Finanzielle Beschränkungen und ihre Konsequenzen beeinträchtigen in steigendem Maße medizinische Entscheidungen in Praxis wie Forschung.

So gerät beispielsweise ein Psychiater mit gedeckeltem Budget in der Praxis zwischen zwei Risiken: entweder die Verordnung eines billigen Neuroleptikums mit dem Risiko einer *Späthyperkinese* (für die er womöglich haften muß), oder die Verschreibung eines teuren Antipsychotikums ohne das Risiko einer Späthyperkinese, aber mit der Gefahr, von der Krankenkasse in Regreß genommen zu werden.

In Forschung und Fortbildung kann ein Aufwärtstrend des *Sponsorings* beobachtet werden. Solche Zusammenarbeit zwischen Industrie (oder auch der Regierung) und Psychiatern ist erforderlich, weil nur Ärzte/Psychiater Zugang zu Patienten und Erfahrung mit den klinischen Wirkungen von Arzneimitteln haben und nur die Industrie die finanziellen Mittel für Forschung hat, die wegen deren enormer Kosten wie auch wegen der Kürzung der öffentlichen Finanzierung dringend benötigt werden. Jedoch vermag diese Zusammenarbeit die

Unabhängigkeit psychiatrischer Entscheidungen gegenüber dem individuellen Patienten ebenso zu beschädigen wie das psychiatrische Urteilsvermögen in der Forschung.

3. Der *demographische Wandel* mit rasch steigender Lebenserwartung und Zunahme des alten Segmentes der Bevölkerung vergrößert die Häufigkeit von mit dem Alter assoziierten Krankheiten, speziell von neurodegenerativen Krankheiten, wie z. B. der Alzheimer-Demenz. Der Umgang mit diesen Patienten, deren Einwilligungsfähigkeit häufig beeinträchtigt oder gar verloren gegangen ist, wirft ethische Fragen im Hinblick auf die *Versorgung* auf, z. B. bei der Aufklärung (worüber, wann, wen, wie?) und bei stellvertretenden Entscheidungen (Gültigkeit von Vorausverfügungen?), wie auch auf die *Forschung*, weil solche Forschung ohne Einwilligung nach Aufklärung, der grundlegenden Voraussetzung für jede Forschung mit Menschen, in vielen Ländern rechtlich nicht zulässig ist und ethisch als höchst fragwürdig angesehen wird.

## II. Wissenschaftlicher Fortschritt

Die andere Quelle möglicher zukünftiger ethischer Probleme in der Psychiatrie, besonders der biologisch orientierten, ist der Fortschritt der Neurowissenschaften. Er wird angetrieben durch das Verlangen des Publikums nach besserer Medizin und den Wunsch der Ärzte, ihre Möglichkeiten zur Hilfe zu verbessern, wie auch durch die Neugier von Forschern – und heute mehr denn je auch durch die sozialen Mechanismen des modernen Wissenschaftsbetriebes. Um nur zwei Beispiele zu nennen:

1. Die zunehmende Strenge der wissenschaftlichen *Methodologie* kann das **Wohl** des individuellen Forschungspatienten beeinträchtigen, indem es ihn nicht nur mit Unannehmlichkeiten wie etwa den mit einer Zufallszuteilung oder Verblindung verbundenen Unsicherheitsgefühlen, sondern auch mit möglichen Nachteilen einer Anwendung von Placebokontrollen belastet.

Solche Unannehmlichkeiten oder Nachteile können sein: (i) Vertrauensverlust von Patienten, die die für sie beste Behandlung erhalten wollen, nicht aber eine, die durch den Zufall (Randomisierung) oder eine Unkenntnis des Arztes (bei Doppelblind-Anordnung) bestimmt wird, (ii) unvollständige Aufklärung, um eine hohe primäre Drop-out-Rate mit der Folge zu vermeiden, nur eine Stichprobe mit einem erheblichen Selektions-Bias zu gewinnen, (iii) Vorenthaltung einer wirksamen Therapie durch eine Placeboanwendung.

2. **Vertraulichkeit** von *genetischem Wissen* über individuelle Risikoprofile wird als gefährdet angesehen, besonders im Hinblick auf Versicherungen oder Arbeitgeber; aber auch Industriefirmen haben ein legitimes Interesse, ihre Daten geheim zu halten, um ihr Wissen gegenüber konkurrierenden Firmen zu schützen (zumindest bis ein Patent sie schützt). Auf der anderen Seite kann eine streng geschützte Vertraulichkeit erforderliche epidemiologische Forschung behindern [1].

## III. Gegenwärtig ungelöste ethische Probleme der Psychiatrie

Da ethische Themen in starkem Maße von langlebigen Gewohnheiten und Haltungen der Gesellschaft abhängen, werden einige, heute noch ungelöste, schwerwiegende ethische Probleme der Psychiatrie die Psychiater auch noch in näherer Zukunft beschäftigen. Beispiele sind:

### 1. Forschung mit nicht einwilligungsfähigen Patienten

Es gibt einen Bedarf an Forschung mit nicht einwilligungsfähigen Patienten in einer Vielzahl medizinischer Disziplinen, einschließlich der Psychiatrie. Psychiatrische Beispiele sind Studien, die benötigt werden, um die Behandlung akut manischer Patienten zu verbessern, von denen viele nicht einwilligungsfähig sind, oder Untersuchungen zu biologischen Bedingungen der Progredienz der Alzheimerschen Krankheit als einer Voraussetzung dafür, ursächlich wirkende Behandlungen zu entwickeln.

Das *ethische Grundproblem* ist das Fehlen der informierten Einwilligung zur Teilnahme an Forschung, die den Krankheitszustand und damit die beeinträchtigte oder aufgehobene Einwilligungsfähigkeit zu bessern verspricht. Forschung mit potentiell direktem Nutzen und höchstens geringen Risiken für den in die Forschung einbezogenen Patienten, d. h. sogenannte therapeutische Forschung, wird in den meisten Ländern als ethisch gerechtfertigt und rechtlich zulässig dann angesehen, wenn die Einwilligung durch eine spezifische Vorausverfügung („advance directive“) oder einen legitimierten Vertreter („legal guardian“) ersetzt wird. Jedoch wird dieses Vorgehen zweifelhaft, wenn ein solcher Ersatz nicht vorliegt oder nicht möglich ist. Noch kontroverser ist Forschung mit nicht einwilligungsfähigen Patienten, wenn kein unmittelbarer Nutzen für den „Forschungspatienten“ selbst erwartet werden kann. Forschung mit solchen Patienten ist nicht zulässig von einer deontologischen Position aus, wonach das höchstpersönliche Recht der Selbstbestimmung in bezug auf die eigene Gesundheit nicht auf andere übertragen werden kann. Eine konsequentialistische Position hingegen besagt, daß Forschung mit nicht einwilligungsfähigen Patienten ethisch gerechtfertigt werden kann, wenn ein wesentlicher Nutzen zumindest für die Gruppe von Kranken mit dem Krankheitszustand des Forschungspatienten erwartet werden kann, und wenn das Risiko für ihn allenfalls minimal ist. In letzterem Fall ist es eine zukünftige Aufgabe, Kriterien und Verfahren für Forschungsindikationen und den Schutz von Probanden zu entwickeln und zu etablieren, unter denen solche Forschung – wenn überhaupt – ethisch vertretbar erscheint [2, 3].

Ein vorgängiges Problem, das in allernächster Zukunft gelöst werden sollte, ist die Verbesserung der Zuverlässigkeit, mit der die Einwilligungsfähigkeit festgestellt wird. Das ist deshalb ethisch bedeutsam, weil deren unzutreffende Einschätzung entweder zu einer ungültigen Einwilligung führen und damit die Entscheidungsverantwortung bei einem nicht wirklich einwilligungsfähigen Patienten belassen oder aber andererseits einen einwilligungsfähigen Patienten diskriminieren könnte.

Die gegenwärtig übliche Technik besteht in einer groben, hauptsächlich auf dem Eindruck basierenden Schätzung. Bestenfalls wird der Patient danach gefragt, was er von der Information über das Forschungsprojekt verstanden hat, d. h. was getan werden soll (Ziele, Verfahren, erwartete Nutzen und Risiken), warum es getan werden soll und was es für ihn selbst bedeutet. Die Anwendung standardisierter Tests, wie beispielsweise der McArthur Test Battery [4], ist sehr zeitaufwendig und ihre Spezifität ist unzureichend [5, 6].

### 2. Placebokontrollierte klinische Prüfungen

Die Methodik zur Prüfung neuer Behandlungsverfahren, vor allem durch randomisierte und placebokontrollierte klinische Prüfungen als dem Goldstandard, hat ungelöste ethische Fragen, wie die Einwilligung nach umfassender Aufklärung über Zufallszuteilung oder Verblindung, aufgeworfen oder jüngst zu einer kontroversen Debatte zwi-

schen Vertretern einer „Placebo-Orthodoxie“ gegenüber jenen einer „aktiven Kontroll-Orthodoxie“ geführt.

Im Kern der Debatte steht die Frage, ob es ethisch vertretbar ist, die mit der Placebokontrolle derzeit beste wissenschaftliche Methode zur Wirksamkeitsprüfung einer neuen Behandlung anzuwenden, wenn damit einem Kranken eine spezifisch wirksame Behandlung vorenthalten wird. Schlußendlich geht es um das Problem, das Wohl des individuellen Patienten gegen das Allgemeinwohl abzuwägen, das zu schützen die Pflicht der Behörde ist, indem sie nur wirksame und sichere Behandlungen zum Markt zuläßt.

### 3. Industriegesponsorte Forschung

Die Beziehungen zwischen Psychiatern und der forschenden Industrie haben an Häufigkeit und Intensität zugenommen, sowohl auf der individuellen wie besonders auch auf der institutionellen Ebene [7]. Sie spannen sich von notwendiger und wünschenswerter Zusammenarbeit über fragwürdige Praktiken bis zu nicht akzeptablem Fehlverhalten. Das Problem eines unzulässigen Einflusses der Industrie auf die akademische Freiheit des forschenden Arztes, unabhängig zu denken und objektiv zu urteilen, wächst infolge zunehmender Verflechtung zwischen Industrie und Medizin, und wird verstärkt durch die gegenwärtige Verminderung der öffentlichen Finanzierung akademischer Institutionen in vielen Ländern.

So schreibt Korn über „... sich tiefgreifend verändernde Beziehungen zur Welt des Handels“ durch einen zunehmenden „Transfer akademisch-wissenschaftlicher Entdeckungen in die Praxis. Dadurch ist ein steigender Fluß von Einkünften aus Patenten und Lizenzen in Forschungseinrichtungen und ihren Fakultäten entstanden; er bringt eine positive Rückkopplung hervor, die das Interesse beider Seiten zu einer energischeren Vermarktung ihres geistigen Eigentums antreibt, aber auch in eine neue und vielleicht gefährliche Abhängigkeit davon führen könnte. Das Ergebnis ist eine vertiefte Verflechtung von Forschungsuniversitäten mit der Industrie und ein zunehmendes Verschimmen der Grenzen, die einst aus guten Gründen, wenn auch nicht perfekt, akademische Interessen und Werte von jenen der Welt des Handels abgegrenzt haben.“ [8] In einem Beitrag des New England Journal of Medicine (NEJM) hat der Herausgeber entschieden, nur noch summarisch über mögliche Interessenkonflikte zu berichten, da „... des Autors Verbindungen zu Herstellern von Antidepressiva so intensiv waren, daß es zu viel Platz gekostet hätte, sie vollständig bekannt zu geben.“ [9] 2000 und 2001 konnten die Herausgeber des NEJM nur einen Arzneimitteltherapie-Beitrag über eine neue Behandlungsform publizieren, und zwar wegen ihrer eigenen sehr restriktiven Vorschriften für die Bekanntgabe finanzieller Interessen: „Da das Wesen von Übersichten und Editorials Auswahl und Bewertung der Literatur ist, erwartet das Journal, daß Autoren solcher Beiträge keinerlei finanzielle Interessen bei einer Firma (oder ihrem Konkurrenten) haben, die ein Produkt herstellt, das in dem Beitrag diskutiert wird.“ Von dieser Beschränkung wurde nun angenommen, daß sie den Leser des Journals „maßgeblicher Übersichten, geschrieben von den bestmöglichen Autoren“ berauben und Ärzte dazu bringen würde, „pharmazeutische Firmen als Hauptquelle der Information über neue Therapien ansehen zu müssen“. Deshalb haben die Herausgeber die zitierte Beschränkung durch Hinzufügen des einen Wortes ‚bedeutsam‘ zwischen ‚keinerlei‘ und ‚finanzielle‘ modifiziert“ [10].

Umgekehrt ermutigt, ja zwingt die Kürzung der öffentlichen Finanzierung akademische Institutionen und ihre Mitarbeiter, sich um Sponsoren zu bemühen.

Die sich entwickelnden Beziehungen zwischen akademischen Institutionen und Industriefirmen sind ein ziemlich unklares Gebiet, ein „total unerkanntes Terrain“ [11], fast ohne explizite Regeln für institutionelle Beziehungen zur Industrie [8, 12]. Obgleich die überwiegende Mehrheit (89 %) von 89 biomedizinischen Forschungsinstituten, die 1998 die meisten Forschungsbeiträgen vom National Institut of Health (NIH) erhielten, zumindest einen Mechanismus zur Offenbarung gegenüber der Institution hatten, „verfügten nur 19 % über spezifische Verbote oder Beschränkungen im Hinblick auf Forschung und Lehre, und 38 % hatten Komitees zur Prüfung von Interessenkonflikten.“ [13, 14]. Viele Fachgesellschaften haben inzwischen Leitlinien für diesen Problembereich publiziert, so beispielsweise die Association of American Medical Colleges (AAMC) 1990: „Guidelines for Dealing with Faculty Conflicts of Commitment and

Conflicts of Interest in Research“, Faculty of Medicine, Harvard University 1996/2000: „Faculty Policies on Integrity in Science“, American Society of Gene Therapy (ASGT) 2000 on „Financial Conflicts of Interest in Clinical Research“, NIH 2002 on „Conflicts of Interest: An Overview for Administrators“.

Dies ist besonders relevant für biologisch-psychiatrische Forschung, weil die größten Sponsoren für die Psychiatrie pharmazeutische Firmen sind. Die Erkennung der ethischen Implikationen dieser wachsenden Verflechtung von Industrie und biologischer Psychiatrie ist eine Aufgabe der Gegenwart, die in naher Zukunft gelöst werden sollte, um Verfahrensweisen gegen Fehlverhalten einzuführen. Fälle von Fehlverhalten haben eine lebhafte Diskussion ausgelöst und Empfehlungen sowie Leitlinien psychiatrischer Fachgesellschaften initiiert, z. B. der World Psychiatric Association (WPA), des Royal College of Psychiatrists (RCP) and auch der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) [15]. Ihr Ziel ist es, die Integrität sowohl der Psychiater wie der Industrie zu sichern und eine Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung zu verhindern.

Ein Beispiel eines ungünstigen Einflusses der Industrie auf die akademische Forschung ist die *Publikationsverzerrung* (publication bias). Damit ist hauptsächlich eine unzureichende Publikation von Nebenwirkungen oder negativen Ergebnissen gemeint. Sie führt zu einer verzerrten Grundlage für die Bewertung des Für und Wider einer beabsichtigten klinischen Prüfung und beschädigt die Ausgewogenheit (equipoise) zwischen erwarteten Nutzen und Risiken als einer fundamentalen Voraussetzung jeden Versuches. Dies verletzt § 27 der Deklaration von Helsinki („Negative ebenso wie positive Ergebnisse sollen publiziert oder in anderer Weise verfügbar gemacht werden“), und – was noch schlimmer ist – das Recht des Patienten auf einen Prüfungsplan, der auf „einer wissenschaftlich verantwortbaren Übersicht über das schon Gewußte“ beruht. Deshalb ist die Publikation aller Versuchsergebnisse eine Verpflichtung klinischer Forscher wie auch der finanzierenden Institutionen, nicht zuletzt, weil solche „öffentliche Verbreitung die altruistische Motivation von Patienten anerkennt, die in eine Teilnahme eingewilligt haben.“ Dementsprechend wird eine mangelhafte Mitteilung von Forschungsergebnissen als eine Form wissenschaftlichen wie auch ethischen Fehlverhaltens angesehen [16, 17]. Der kürzlich publizierte Appell der Herausgeber führender medizinischer Fachzeitschriften zur kompletten Registrierung aller klinischen Prüfungen mit vollem Zugang für das Publikum zeigt, dass dieses Problem und das ihm innewohnende ethische Problem noch keineswegs gelöst ist und uns weiter beschäftigen wird [18].

#### IV. Zukünftige ethische Themen der Psychiatrie

Wegen der gegenwärtig weitreichenden Entwicklungen in Wissenschaft und Gesellschaft ist zu erwarten, daß einige Themen der biologischen Psychiatrie zukünftig eine große Rolle spielen werden. Um einige Beispiele zu geben:

##### **Die genetische Voraussage von Risiken**

Die unglaublich schnelle Entfaltung der Genetik hat deutlich gemacht, daß die Forschung noch einen sehr weiten Weg bis zur Entdeckung der molekulargenetischen Grundlage psychischer Krankheiten zu gehen hat, weil diese meist polygenen Ursprungs sind und das Verständnis der pathogenen Wechselwirkung zwischen Genen noch in einem sehr frühen Stadium ist.

1. Deshalb ist die *Vermarktung genetischer Tests* für psychische Erkrankungen wie der Alzheimer-Demenz nicht nur sehr voreilig, sondern auch ethisch fragwürdig, weil der Laie als Nutzer solcher Tests die Wahrscheinlichkeitsaussage des Testergebnisses entweder nicht bewerten kann oder darüber unzureichend aufgeklärt ist. Selbst bei einer beträchtlichen Verbesserung dieser Tests werden ihre Ergebnisse auch in Zukunft der sachkundigen Interpretation eines Genetikers oder Psychiaters bedürfen. Ethisch noch fragwürdiger ist es, genetisch auf sporadische Formen der Demenz zu testen, so lange noch keine eindeutig wirksame Therapie verfügbar ist.

2. Spezifischer wurden Versprechungen einer auf das individuelle genetische Profil maßgeschneiderten Arzneimitteltherapie als „Mythos der Individualisierung“ kritisiert [19]. Jedoch lassen einige Befunde daran denken, daß in nicht allzu ferner Zukunft die Pharmakogenetik (und Pharmakogenomik) genetische Variationen entdecken könnte, die die *Reaktion auf eine Behandlung*, d. h. den Behandlungserfolg und spezifische Nebenwirkungen, voraussagen können.

So wurde kürzlich ein Cluster von Genvarianten für die Disposition zur Späthyperkinese gefunden, das mehr als 50 % der Varianz des Risikos, an einer Späthyperkinese zu erkranken, erklärt. Dies ähnelt der Voraussagekraft von kardialen Enzymen für einen Herzinfarkt. Dementsprechend wäre es für den Psychiater hilfreich, einen prädiktiven Test für das Späthyperkinese-Risiko zur Verfügung zu haben, um seinen Patienten vor dieser schweren und häufigen Nebenwirkung dadurch zu schützen, daß er für Patienten mit diesem Risiko ein Antipsychotikum ohne dieses Nebenwirkungspotential wählt. Jedoch ist die Entwicklung eines solchen Tests teuer und die Industrie scheint an der Finanzierung einer solchen Untersuchung nicht interessiert zu sein [20].

Dies ist auch ein ethisches Thema: denn es sollte zur Verantwortung von Firmen, die Antipsychotika mit dem Risiko für Späthyperkinesen verkaufen, gehören, dieses Risiko in der bestmöglichen Weise zu reduzieren. Die dafür nötigen Investitionen könnten sich auszahlen, indem sie das Image der Firma als einer verantwortlichen Unternehmung stärken, und darüber hinaus der Öffentlichkeit die Botschaft vermitteln, daß nicht allein das Arzneimittel, sondern seine Wechselwirkung mit der individuellen Disposition bedacht werden muß.

3. Die *Chorea Huntington* zeigt, wie Psychiatrie (und Genetik) mit zunehmendem Wissen umgeht. Heute kann ein Träger des pathogenen Gens definitiv präsymptomatisch diagnostiziert werden. Dieses präsymptomatische Testen wirft ethische Fragen auf wie etwa: Wie wird das Leben eines jungen Mitgliedes einer Huntington-Familie durch die Information beeinflusst, daß er ein Träger der krankmachenden Genvariante ist und in einigen Jahren krank werden wird? Oder umgekehrt: Wie wird die Unsicherheit sein Leben belasten, daß er als Kind eines kranken Elternteils ein 50 %iges Erkrankungsrisiko trägt? Einige Mitglieder von Huntington-Familien wollen von dieser Unsicherheit durch den Test befreit werden, andere wollen die Hoffnung, kein Krankheitsträger zu sein, durch den Test nicht verlieren. Deshalb haben Genetiker zusammen mit Psychologen und Psychiatern Regeln für die Beratung von Mitgliedern betroffener Familien entwickelt.

Weitere ethische Fragen ergeben sich daraus, daß der Test auch pränatal eingesetzt werden kann. Ein positives Ergebnis wird die Frage des Schwangerschaftsabbruches aufwerfen. Viele Eltern lehnen einen Schwangerschaftsabbruch in der Hoffnung auf ein für 3–4 Jahrzehnte gesundes Leben ihres Kindes ab, und Behinderte lehnen den Abort ab, weil

sie solche Folgen des Tests als negative Eugenik verstehen und als eine Bedrohung ihrer eigenen Existenz sowie als Diskriminierung erleben. Andererseits führt die Geburt eines solchen Kindes zu dem ethisch fragwürdigen Ergebnis, daß der Test ohne Einwilligung der betroffenen Person durchgeführt wurde. Aus diesen Gründen wird dieser Test nur ausnahmsweise pränatal durchgeführt.

4. Die *Vertraulichkeit* individueller genetischer Daten hat in der Öffentlichkeit einen hohen Stellenwert. Die Geheimhaltung dieser Daten ist natürlich eine ethische Pflicht des Arztes, um das Vertrauen des Patienten als Grundlage für die Diagnose und Behandlung aller relevanten Daten zu erhalten. Jedoch gibt es erhebliche Wünsche vor allem epidemiologischer Forscher, Zugang zu diesen Daten zu erhalten, um neues Wissen für die Prävention, Diagnose oder Behandlung von Krankheiten, also für das Allgemeinwohl, gewinnen zu können. Die Voraussetzung für einen solchen forschenden Zugang, nämlich die Einwilligung nach Aufklärung, kann oft gar nicht realisiert werden oder ist einer erheblichen Auswahlverzerrung (selection bias) unterworfen. Die Zukunft wird zeigen, welche Schutzverfahren gefunden werden können, die sicher genug sind, eine Erosion der Vertraulichkeit auszuschließen. Nur wenn das Publikum von der Vertraulichkeit individueller Daten überzeugt ist, wird die Bereitschaft steigen, in solche Untersuchungen einzuwilligen. Alternativ kann eine Gesellschaft die gesetzliche Entscheidung treffen, diese Daten auch ohne informierte Einwilligung zu nutzen – selbstverständlich unter entsprechenden Schutzvorkehrungen.

5. Ein Beispiel dafür ist das Isländische Nationale Datenbank-Gesetz von 1998. Es zeigt die Bedeutung einer *konzeptuellen Beeinflussung des Kontextes* einer Intervention. Volker Roelcke hat dies in seinem kürzlich (mit Giovanni Maio) herausgegebenen Buch „Twentieth Century Ethics of Human Subjects Research“ sehr klar formuliert (Übersetzung durch den Autor): „Das Projekt umfaßt die Sammlung von Daten der gesamten isländischen Bevölkerung, um die genetischen Komponenten einer Reihe von Krankheiten zu analysieren. Es zielt somit auf die Erzeugung neuen Wissens, das zu neuen Interventionsverfahren führen und in angemessener Weise als Forschung mit Menschen eingeordnet werden könnte. Wenn man dies als ein Experiment behandelt, das unter die Richtlinien der Deklaration von Helsinki fällt, müßten alle einbezogenen Individuen, d. h. die „Versuchssprobanden“, ihre informierte Einwilligung zu diesem Versuch geben und auch die Gelegenheit haben, sich zu jeder Zeit aus dem Projekt zurückzuziehen. Jedoch schlugen die Protagonisten des Projektes in den Debatten, die der für die Einrichtung dieser Datenbank notwendigen Gesetzgebung vorausgingen, eine andere Interpretation vor. Sie regten an, das Projekt als Einrichtung einer Datenbank für Zwecke der Gesundheitspolitik und Verwaltung zu konzeptualisieren. Aus dieser Perspektive waren die aufgeworfenen ethischen Fragen solche der Vertraulichkeit und des Datenschutzes, und Fragen zur Einwilligung nach Aufklärung der Teilnehmer und ihrem Recht zur Ablehnung wurden zweitrangig. Die Verhandlungen über die Formulierung des Gesetzes können somit als eine Geschichte der Verhandlungen über Interpretationen und Redefinitionen von Begriffen angesehen werden. Sie beleuchtet die Bedeutung konzeptueller Kategorien für die Geschichte der Forschungsethik, aber auch für die Rahmung gegenwärtiger ethischer Diskussionen.“ [21] Solche konzeptuelle Rahmung wird durch eine Hierarchie von Werten wie dem individuellen Wohl gegenüber dem

Allgemeinwohl oder dem Arzt als Therapeuten gegenüber dem Arzt als Forscher geleitet.

### **Die Veränderung von Hirnfunktionen**

Die systematische therapeutische Beeinflussung krankhafter Hirnfunktionen begann vor fast 90 Jahren mit malarainduziertem Fieber, gefolgt von den sogenannten Schock-Behandlungsverfahren in den 30er Jahren und der Psychochirurgie in den 40er Jahren. Die Wirksamkeit einiger dieser Behandlungsverfahren, besonders der Malaria-Therapie gegen die Progressive Paralyse und der Elektrokrampftherapie (EKT) gegen Depression, überzeugte die meisten Psychiater und führte zu ihrer weltweiten Verbreitung innerhalb weniger Jahre. Trotzdem zögerte das Nobelpreis-Komitee etliche Jahre, den Preis dem Entdecker der Malaria-Behandlung, dem Wiener Psychiater Wagner von Jauregg, zuzuerkennen, weil das psychiatrische Mitglied des Komitees ihn als Kriminellen betrachtete, da vier der ersten 10 Patienten während des Verlaufes der Malariakur starben [22]. Ottosson und Fink haben gerade ein überzeugendes Buch über die ethischen Dilemmata bei der EKT veröffentlicht. Ihre wesentliche Schlußfolgerung ist, daß die EKT heute die wirksamste und sicherste Behandlung für spezielle Krankheitszustände ist, aber das ethische Prinzip der Gerechtigkeit, d. h. der gleichen Zugänglichkeit zu ihr, weitgehend verletzt wird [23]. Heute sind alle diese Verfahren bis auf die EKT obsolet, hauptsächlich wegen ihrer schweren Nebenwirkungen. Dies hängt damit zusammen, daß diese Verfahren offensichtlich sehr unspezifische und grobe Interventionen im Gehirn sind, und daß die seit den frühen 50er Jahren entwickelten Psychopharmaka sicherer waren und spezifischer zu sein versprochen.

Bis heute hat die Entwicklung psychotroper Arzneimittel die Grundlagen der biologischen Psychiatrie mit einem ständig wachsenden und gewaltigen neuen Wissen über Hirnchemie und Hirnfunktionen geschaffen. Die ethischen Implikationen sind vielfältig und wurden seit Beginn dieser Entwicklung mehr oder weniger deutlich erkannt, erfordern jedoch mit der Einführung jeder neuen Technik wieder und wieder Lösungen, d. h. auch in der Zukunft.

Nach den Worten des Psychiatrie-Historikers Musto hat „... das Verlangen des Arztes, schnelle, wirksame und wirtschaftliche Versorgung anbieten zu können, zu großem Vertrauen über das Potential neuer Verfahren, bis dahin unheilbare Krankheiten behandeln zu können, und die öffentliche Begeisterung“ immer wieder zu unbegründeter Indikationsausweitung und Mißbrauch geführt und wird dies bei jedem vielversprechenden neuen Verfahren erneut tun. Dies widerspricht dem Wohl des Patienten (*salus aegroti*) ebenso wie dem ethischen Prinzip des Nicht-Schadens (*nil nocere*). Diese ethischen Fragen sind auch mit der Entwicklung neuer Behandlungsverfahren verbunden, die auf spezifischen Hirneingriffen beruhen.

Der Begriff *Neurotechnik* umfaßt neue Techniken, die mehr oder weniger definierte Hirnfunktionen durch pharmakologische Substanzen oder durch die Aktivierung neuronaler Stammzellen zur Neurogenese oder spezifischer Hirnareale durch die transkraniale Magnetstimulation (TMS) oder durch die Implantation neuronalen Gewebes oder von Computer-Gehirn-Schnittstellen verändern. Damit ist die Hoffnung verbunden, in der nächsten Zukunft durch die Definition von Zielen auf der molekularen Ebene oder der Ebene neuronaler Systeme eine größere Spezifität von Eingriffen zu erreichen und damit die sogenannte therapeutische Breite, d. h. das Verhältnis zwischen Wirksamkeit und Nebenwirkungen, zu verbessern [24].

Diese Eingriffe werden nicht nur primär biologischer, sondern ebenso auch psychologischer oder sozialer Art sein. Sie werden auf dem Wissen über Wechselwirkungen zwischen Umwelt und Gehirn beruhen, d. h. der Veränderung der Genexpression durch spezifische sensorische Stimuli oder durch traumatischen Stress oder durch spezifische Arten von Psychotherapie. Ethische Implikationen solcher

Eingriffe, besonders solcher in das sich entwickelnde Gehirn oder solcher mit lang anhaltenden Wirkungen, können menschliche Grundwerte betreffen, so u. a. das Menschenbild, die Selbsterkenntnis persönlicher Identität, die Spannung zwischen reduktionistischen und integrativen Verfahren, die Frage des Mißbrauches. In jedem Fall müssen solche Entwicklungen im Hinblick auf neue ethische Probleme genau geprüft werden.

Um kenntnisarme und gefühlsreiche öffentliche Diskussionen zu vermeiden, sollten Wissenschaftler, auch Psychiater, öffentliche Diskussionen mit dem Ziel in Gang setzen, die Bevölkerung über das Wissen zu informieren, das sie über Nutzen, Risiken und Grenzen der Behandlungsverfahren besitzen. Wenn sie dies tun, sollten sie klar zwischen empirischen Fakten und ihrer moralischen Bewertung unterscheiden. Auch sollte eine andere Linie beachtet werden: die Grenze zwischen der Behandlung von Krankheiten und dem Ausgleich von Schwächen bzw. der Verstärkung von Fähigkeiten oder Eigenschaften gesunder Menschen, d. h. zwischen dem sogenannten Gesundheitssystem – das sich nur um Kranke kümmert und deshalb richtiger „Krankheitswesen“ hieße – und dem schnell wachsenden Lebensstil- und Wellness-Markt.

Da diese Grenze ein unregulierter grauer Bereich ist, versucht die Industrie zunehmend, am großen finanziellen Kuchen des „Gesundheitssystems“ auch dadurch teilzuhaben, daß sie Ärzte und Publikum von den neuen verheißungsvollen Möglichkeiten der *Vorbeugung* von Krankheiten durch biologische Mittel zu überzeugen versucht, z. B. durch funktionale Nahrungsmittel bis hin zu den Produkten der Nutrigenomik, und besonders durch Maßnahmen, geringfügige körperliche oder seelische Nachteile (z. B. Makel oder Scheuheit) zu *kompensieren* und menschliche Stärken und Fähigkeiten (z. B. kognitive Leistungsfähigkeit oder Kreativität) zu *verstärken* (enhancement). Diese sich entfaltende Instrumentalisierung des eigenen Körpers ist ein fundamentales ethisches Problem, da sie das zugrundeliegende Menschenbild ebenso in Frage stellt wie ihre Finanzierung durch das Solidarsystem der Krankenversicherten. Es ist oft schwierig, in der kosmetischen Chirurgie, der Sportmedizin oder bei Interventionen gegen Unfruchtbarkeit oder gegen geringfügige Gedächtnisschwierigkeiten oder zur Impulskontrolle klar zwischen therapeutischen und verstärkenden Maßnahmen zu unterscheiden. Zudem gibt es viele Unsicherheiten über empirische Fakten: Welche Wirkungen sind von einem dringend benötigten Mittel gegen Gedächtnisstörungen, z. B. dem MEM 1414<sup>1</sup>, bei gesunden Menschen zu erwarten? Werden dann kontinuierlich wache schlechte Erinnerungen ihre Verarbeitungsfähigkeit schwächen oder den Wunsch verstärken, diese durch eine weitere Substanz zu blockieren? Wie ist es um die langfristige Sicherheit von Arzneimitteln wie Methylphenidat oder Modafenil bei gesunden Menschen bestellt, z. B. die Frage der Abhängigkeit oder vorzeitiger kognitiver Alterung? Sollte die Sicherheit solchen kognitiven Dopings geprüft und seine Verfügbarkeit kontrolliert werden? Sind die ethischen Implikationen kognitiver Verstärkung nicht mindestens so gravierend wie jene des somatischen Dopings im Sport?

Selbstmanipulation ist dem Menschen seit Jahrtausenden bekannt, z. B. durch psychotrope Substanzen, wie Pflanzenalkaloide, Nikotin, Alkohol,

<sup>1</sup> MEM 1414 ist ein Molekül, das „CREB (das die cAMP-Antwort bestimmende Protein) vermehrt, welches wiederum Gene aktiviert, die Proteine zur Stärkung der Synapse erzeugen“ [25].

oder durch psychologische Methoden wie Meditation. Jedoch scheint es ein neues Stadium der Entwicklung der Menschheit zu sein, daß der Mensch jetzt in der Lage ist, seine eigenen Hirnfunktionen vorsätzlich und spezifisch mit vielleicht langdauernden Wirkungen zu manipulieren. Das Problem der Verstärkung geriet in die Diskussion, als sich Methylphenidat nicht nur bei Schulkindern als wirksam gegen Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHD) erwies, sondern auch die kognitive Leistungsfähigkeit, wie z. B. das Lösen von Problemen, bei gesunden Menschen verstärkte. So benutzen es bis zu einem Drittel der Schüler an manchen Schulen in den USA und ebenso gesunde College-Studenten. Unterdessen ist es ein Thema wachsender Besorgnis. Die New York Academy of Sciences führte deshalb zu diesem Thema im Juni 2003 ein Symposium durch, dessen Ergebnisse im Mai 2004 publiziert wurden [25].

Wird die Verfügbarkeit von Mitteln zur kognitiven Leistungssteigerung zum Gebrauch reizen, um erfolgreich mit Kollegen konkurrieren zu können? Wird es die Vielfalt von Bevölkerungen vermindern [26]? Wird es soziale Ungleichheit verstärken oder vermindern, weil entweder nur reiche Leute es sich leisten können oder weil seine Verteilung an alle billiger als eine höhere Ausbildung für alle sein könnte? Wäre es ethisch, mit den Kosten für kognitive Verstärkung von Gesunden Finanzierungssysteme zu belasten, die auf der Solidarität gegen Krankheiten beruhen? Wie wird kognitive Verstärkung „unser Verständnis dessen beeinflussen, was es bedeutet, eine Person zu sein, ... sinnvolle Arbeit zu tun, Leben in all seiner Unvollkommenheit wertzuschätzen“ [25]? Diese Fragen deuten an, daß die ethischen Implikationen einer Verstärkung geistiger oder seelischer Stärken voraussichtlich ein bedeutsames Thema in der zukünftigen Psychiatrie werden.

Analog wird auch die Anti-Aging-Bewegung ein wichtiges Thema mit Bedeutung für die Psychiatrie werden. In einer kürzlichen Diskussion über das Für und Wider von Anti-Aging wurden die ersteren Argumente gegenüber den letzteren als wichtiger eingeschätzt [27]. Einige Biogerontologen sehen eine „Postaging“-Welt voraus, in der Altern „dem gleichen Grad von Kontrolle unterliegen wird wie derzeit die meisten Infektionskrankheiten.“ Sie erklären die Zurückweisung dieser Ideen als irrational [28]. Solche „irrationalen“ Gedanken betreffen jedoch die Verfassung des Menschen, die *conditio humana*, z. B. Rückwirkungen der Vorstellungen von der Endlichkeit des Lebens auf den individuellen Lebensverlauf. Vorstellungen über die *conditio humana* sind tief verwurzelt und wandeln sich nur sehr langsam, wenn sich ein grundlegender Wandel der Verfassung des Menschen vielleicht in ferner Zukunft entwickelt.

## V. Schlußfolgerungen

1. *Determinanten* kommender ethischer Themen in der (biologischen) Psychiatrie sind:
  - Fortschritte in den Neurowissenschaften
  - Wandel des soziokulturellen Kontextes der Psychiatrie
2. Ethische Probleme werden durch kommende *Neuro-techniken* zur Modifikation spezifisch definierter Hirnfunktionen, etwa durch pharmakologische Substanzen mit hochselektiven und spezifischen Wirkungen, durch Aktivierung der Neuroplastizität einschließlich der Neurogenese oder durch Implantation von neuronalem Gewebe oder Schnittstellen zwischen Computer und Gehirn etc., aufgeworfen werden, so u. a.
  - an der Grenze zwischen der Behandlung von Krankheiten und der Verstärkung von Fähigkeiten bei gesunden Menschen im Hinblick auf (i) Wirkungen auf die Gesellschaft (z. B. soziale Gerechtigkeit: gleicher Zugang? Verlust gesellschaftlicher Vielfalt?), wie auch (ii) auf Wirkungen auf menschliche Wertesysteme (z. B. Persönlichkeit, Bemühung, Verfassung des Menschen);
  - an der Grenze zwischen Medizin und Wellness-Markt im Hinblick auf die Finanzierung von was durch wen?

3. Ethische Dilemmata in der Psychiatrie entwickeln sich
  - zwischen dem individuellen Wohl und dem Allgemeinwohl (zwischen Medizin und Gesellschaft),
  - zwischen verschiedenen ethischen Prinzipien (innerhalb der Medizin),
  - wenn Lösungen durch persönliche Gründe ohne Beachtung ethischer Prinzipien beeinflusst werden.
4. Ethische Prinzipien sind erforderlich zur ethischen Orientierung, vermögen aber gegen Fehlverhalten nur dann zu schützen, wenn Psychiater für ethische Fragen ausgebildet und sensibilisiert werden und psychiatrisches Handeln unter ständiger Beobachtung (durch Ethikkommissionen oder die Öffentlichkeit) steht.

Wenn wir Psychiater somit unsere gegenwärtigen ethischen Dilemmata bedenken und vielleicht sogar lösen, werden wir ethisch sensibel werden und vorbereitet sein, auch mit neuen ethischen Problemen in der zukünftigen Psychiatrie angemessen umzugehen.

#### Literatur:

1. Ward HJT, Cousens SN, Smith-Bathgate B, Leitch M, Everington D, Will RG, Smith PG. Obstacles to conducting epidemiological research in the UK general population. *Br Med J* 2004; 329: 277–9.
2. Helmchen H. Research involving incompetent patients. A current problem in light of German history. In: Okasha A, Arboleda-Flórez J, Sartorius N (eds). *Ethics, Culture and Psychiatry*. American Psychiatric Association, Washington, 2000; 147–66.
3. Helmchen H. Biomedizinische Forschung mit einwilligungsunfähigen Erwachsenen. In: Taupitz J (Hrg). *Das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates – taugliches Vorbild für eine weltweit geltende Regelung?* Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 2002; 83–115.
4. Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur Treatment Competence Study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law Hum Behav* 1995; 19: 105–26.
5. Vollmann J, Bauer A, Danker-Hopfe A, Helmchen H. Competence of mentally ill patients: A comparative empirical study. *Psychol Med* 2003; 33: 1463–71.
6. Vollmann J, Kühl KP, Tilmann A, Hartung HD, Helmchen H. Einwilligungsfähigkeit und neuropsychologische Einschränkungen bei dementen Patienten. *Nervenarzt* 2004; 75: 29–35.
7. Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. *J Am Med Assoc* 2003; 289: 454–65.
8. Korn D. Conflicts of interest in biomedical research. *J Am Med Assoc* 2000; 284: 2234–7.
9. Angell M. Is academic medicine for sale? (Editorial). *N Eng J Med* 2000; 342: 1516–8.
10. Drazen JM, Curfman GD. Financial associations of authors. *N Eng J Med* 2002; 346: 1901–2.
11. Korn D. Scientific misconduct: the state's role has limits. *Nature* 2002; 420: 739.
12. Shalala D. Protecting research subjects – what must be done. *N Eng J Med* 2000; 343: 808–10.
13. Cho MK, Shohara R, Schissel A, Rennie D. Policies on faculty conflicts of interest at US universities. *J Am Med Assoc* 2000; 284: 2203–8.
14. DeAngelis CD. Conflict of interest and the public trust. *J Am Med Assoc* 2000; 284: 2237.
15. WFSBP. Proposal of recommendations. Ethical implications of relationships between psychiatrists and pharmaceutical industry. 2004. e-version: [www.wfsbp.org/ethics](http://www.wfsbp.org/ethics)
16. Chalmers I. Underreporting research is scientific misconduct. *J Am Med Assoc* 1990; 263: 1405–8.
17. Chalmers I. Lessons for research ethics committees. *Lancet* 2002; 359: 174.
18. DeAngelis C, Drazen JM, Frizelle FA, Haug C, Hoey J, Horton R, Kotzin S, Laine C, Marusic A, Overbeke AJ, Schroeder TV, Sox HC, Van der Weyden MB. Clinical trial registration: a statement from the international committee of medical journal editors. *J Am Med Assoc* 2004; 292: 1363–4.
19. Feuerstein G, Kollek R, Schmedders M, Van Aken J. Irreführende Leitbilder. Zum Mythos der Individualisierung durch pharmakogenetische Behandlungskonzepte. Eine kritische Anmerkung. *Ethik Med* 2003; 15: 77–86.
20. Müller DJ, Shinkai T, De Luca V, Kennedy JL. Clinical implications of pharmacogenomics for tardive dyskinesia. *Pharmacogenomics J* 2004; 4: 77–87.
21. Roelcke V. Introduction. In: Roelcke V, Maio G (eds). *Twentieth century ethics of human subjects research*. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2004; 13–4.
22. Wagner v. Jauregg J. *Lebenserinnerungen*. Springer, Wien, 1950.
23. Ottosson JO, Fink M. *Ethics in electroconvulsive therapy*. Brunner-Routledge, New York-Hove, 2004.
24. Elger CE, Friederici AD, Koch C, Luhmann H, Von der Malsburg C, Menzel R, Monyer H, Rösler F, Roth G, Scheich S, Singer W. Das Manifest. Elf führende Neurowissenschaftler über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung. *Gehirn & Geist* 2004; 30–7.
25. Farah MJ, Illes J, Cook-Deegan R, Gardner H, Kandel E, King P, Parens E, Sahakian B, Wolpe PR. Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? *Nat Rev Neurosci* 2004; 5: 421–5.
26. Butcher J. Cognitive enhancement raises ethical concerns: academics urge pre-emptive debate on neurotechnologies. *Lancet* 2003; 362: 132–3.
27. Mackay T. An ethical assessment of anti-aging medicine. *J Anti Aging Med* 2003; 6: 187–204.
28. De Grey AD. Biogerontologists' duty to discuss timescales publicly. *Ann NY Acad Sci* 2004; 1019: 542–5.



#### Univ.-Prof. Dr. med. Hanfried Helmchen

Emeritierter o. Professor für Psychiatrie und Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin 1971–1999. *Wissenschaftliche Arbeitsgebiete* u. a.: psychiatrische Diagnostik, Klassifikation und Therapieforschung, unterschwellige psychische Erkrankungen, psychische Störungen im Alter (Berliner Altersstudie BASE), ethische Fragen der Psychiatrie (> 400 Publikationen). *Mitherausgeber* u. a.: *Nervenarzt* 1974–2002, *Psychiatrie der Gegenwart/Contemporary Psychiatry* (Springer Verlag) 1999–2000. *Mitgliedschaften* u. a.: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN), Präsident 1979–1980; Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina 1993; Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 1995–2004; World Psychiatric Association (WPA), Ethical Committee 1995–1999, Ehrenmitglied 1999; Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften 1995; World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), Medical Ethics Committee, Chairman seit 1998.

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)