

Ethische Fragen der Medizin haben zur Zeit Hochkonjunktur: Es vergeht kaum eine Woche, in der nicht über neue und fragwürdige Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin – Stichwort: „Baby nach Maß“ – oder neue gesetzliche Bestimmungen zur Sterbehilfe in den USA, den Niederlanden oder Australien berichtet wird. Solche ethischen Grenzfragen waren Gegenstand eines Presseseminars der Bundesärztekammer zum Thema „Anfang und Ende des menschlichen Lebens“ kürzlich in Köln.

Gerade wegen des unaufhaltsam scheinenden Fortschritts in der Medizin und der noch ungeahnten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten neuer Verfahren wird immer wieder der Ruf nach einer neuen Ethik laut. Daß die traditionellen ärztlichen Grundprinzipien und Wertmaßstäbe weiterhin Gültigkeit besitzen, meint dagegen Dr. Karsten Vilmar, der Präsident der Bundesärztekammer. Zu den weiterhin gültigen Grundprinzipien zählen nach seinen Worten „Das Wohl des Kranken ist das oberste Gesetz“ (salus aegroti suprema lex) und „Niemals schaden“ (nihil nocere). Eine neue Ethik brauche die Ärzteschaft also nicht, aber: „Wir müssen angesichts der früher undenk바aren Anwendungsmöglichkeiten der Forschung prüfen, wie wir die neuen Erkenntnisse bewerten“, so Vilmar.

Ärztliche Ethik sei weit überwiegend Verantwortungsethik, sagte Prof. Dr. Jörg Hoppe, Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Nordrhein. Dagegen könne eine Nützlichkeitsethik „zumindest nicht vorrangig als ärztliche Norm akzeptiert werden, wenn dieser Ruf nicht zu einem weitragsähnlichen technischen Ausübungsfeld kommen soll“.

Noch vor 20 oder Jahren wären nach Hoppes Überzeugung die Präimplantationsdiagnostik, der Feto- zid oder die „Einschläferung von Sterbenskranken“ in der Gesellschaft im großen

Ethische Grenzfragen der Medizin

Die biomedizinische Forschung, Präimplantationsdiagnostik und Klonierung, Hirntod-Kriterium und Organtransplantation sowie ärztliche Sterbebegleitung waren Themen bei einem Presseseminar der Bundesärztekammer.

Konsens aus ethischen Gründen abgelehnt worden. Dies sei heute nicht mehr selbstverständlich. Nun würden auch Kosten- und Nutzen-Erwägungen angestellt. „Wenn das zweifellos kostenintensive Älterwerden mit Begriffen wie Überalterung, Altersberg oder Rentnerschwemme belegt wird, sind die gesellschaftlichen Konflikte programmiert“, warnte Hoppe.

Biomedizinische Forschung am Menschen

Ethische Mindeststandards in der Biomedizin sind in der sogenannten Bioethik-Konvention des Europarates niederge-

legt. Anfang April 1997 soll der vom Ministerkomitee und der Parlamentarischen Versammlung des Europarates gebilligte Text im spanischen Oviedo von den Mitgliedstaaten unterzeichnet werden. Die deutschen Delegierten hatten sich bei der Abstimmung enthalten. Deshalb ist noch ungewiß, ob auch Deutschland der Konvention beitrifft.

Als deutsches Mitglied des Lenkungsausschusses für Bioethik des Europarates war Prof. Dr. Elmar Doppelfeld an den Beratungen des jetzt zur Zeichnung vorliegenden Entwurfs beteiligt. Er betonte, daß nach der Konvention die biomedizinische Forschung an die Würde und Identität des Menschen gebunden sei: Seine Integrität sowie seine Grund- und Freiheitsrechte seien zu respektieren. Der Vorrang des Individuums vor den Interessen der Wissenschaft werde bekräftigt, die Beachtung sogenannter professional standards bei der For-

schung gefordert. Forschung am Menschen sei nur dann erlaubt, wenn es keine Alternative von vergleichbarer Wirksamkeit gebe und ein angemessenes Verhältnis von Nutzen und Risiko bestehe. Es gelte grundsätzlich der „informed consent“, also die Zustimmung nach angemessener Aufklärung, die ausdrücklich für das spezielle For-



*Ihren vorläufigen Höhepunkt erreichte die neue Ethikdiskussion im Februar, als britische Wissenschaftler mit einer neuartigen Methode geklonte Schafe vorstellten.
Foto: dpa*

schungsprojekt einzuholen sei, nur für dieses gelte und dokumentiert werden müsse. Für die Forschung an nicht-einwilligungsfähigen Personen müssten zusätzliche Schutzbestimmungen beachtet werden, so Doppelfeld.

Eine grundsätzliche Bewertung der Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen hat die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer vorgenommen. In ihrer Stellungnahme „Zum Schutz nicht-einwilligungsfähiger Personen in der medizinischen Forschung“ nennt die Kommission Voraussetzungen, die eine solche Forschung rechtfertigen:

- Das Forschungsprojekt kann nicht an einwilligungsfähigen Personen durchgeführt werden;
- das Forschungsprojekt läßt wesentliche Aufschlüsse zur Erkennung, Aufklärung, Vermeidung oder Behandlung einer Krankheit erwarten;
- das Forschungsprojekt läßt im Verhältnis zum erwarteten Nutzen vertretbare Risiken erwarten;
- der gesetzliche Vertreter hat eine wirksame Einwilligung in die Maßnahme erteilt, wobei vorausgesetzt ist, daß er aus der Kenntnis der vertretenen Person ausreichende Anhaltspunkte hat, um auf ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung schließen zu können;
- ein ablehnendes Verhalten des Betroffenen selbst liegt nicht vor;
- die zuständige Ethikkommission hat das Forschungsvorhaben zustimmend beurteilt.

Ein besonderes ethisches Dilemma könne auftreten, wenn durch die Forschungen voraussichtlich nicht der Betroffene selbst, aber immerhin andere Personen gleichen Alters oder mit der gleichen Krankheit oder Störung von den gewonnenen Erkenntnissen Nutzen haben, sagte der Vorsitzende der Zentralen Ethikkommission, Prof. Dr. Heinz Pichlmaier. Hier sei zusätzlich erforderlich, daß das Forschungsvorhaben allenfalls minimale Risiken oder Belästigungen erwarten lasse. Ethisch nicht zu rechtfertigen sei die „ausschließlich fremdnützige“ Forschung bei nicht-einwilligungsfähigen Personen, betonte er. Zugleich machte er deutlich, daß klinische Forschungsprojekte an nicht-einwilligungsfähigen Personen nicht grundsätzlich unterbleiben können, denn damit würde bewußt auf Fortschritte in der Erkennung und Behandlung vieler Krankheiten verzichtet.

Präimplantationsdiagnostik und Klonierung

Die Bioethik-Konvention des Europarates war lange Zeit nicht nur wegen ihrer Bestimmungen zur Forschung an Nichteinwilligungsfähigen umstritten, son-



*Prof. Dr. Jörg Hoppe,
Vizepräsident der
Bundesärztekammer
und Präsident der
Ärztliche Ethik ist
weit überwiegend
Verantwortungsethik.“
Foto: Archiv*

dem auch wegen ihrer Regelungen zur Embryonenforschung. In Artikel 18 Satz 1 der Konvention heißt es jetzt: „Soweit das Recht Forschung an Embryonen in vitro zuläßt, gewährleistet es einen angemessenen Schutz des Embryos.“ Die in einigen europäischen Ländern bereits angewandte genetische Untersuchung eines im Reagenzglas gezeugten Embryos (Präimplantationsdiagnostik) ist durch diese Bestimmung gedeckt, widerspricht aber dem deutschen Embryonenschutzgesetz. Der in Art. 18 der Konvention angeführte Gesetzesvorbehalt bewirkt allerdings, daß die nationalen Rechtsvorschriften auch nach einem Beitritt Deutschlands zur Konvention Vorrang haben.

Das deutsche Embryonenschutzgesetz verbietet nicht nur die Verwendung einer totipotenten embryonalen Zelle zur Präimplantationsdiagnostik, sondern in

§ 6 auch ausdrücklich das Klonen. Darauf machte Prof. Dr. Helga Rehder aufmerksam. Die Humangenetikerin ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer. Dennoch sei damit zu rechnen, daß auch das Klonen, also die künstliche Erzeugung genetisch identischer Individuen, irgendwann gemacht werde, prophezeite sie.

Die erfolgreiche Klonierung von Säugetieren – wie des Schafes „Dolly“ aus einem Euterzellkern – stelle in der Tat ein „phänomenales wissenschaftliches Ereignis“ dar. Nunmehr sei es möglich, das begrenzte genetische Programm einer differenzierten Körperzelle, wie zum Beispiel die Milchproduktion einer Euterzelle, abzuschalten und alle im Laufe der Entwicklung inaktivierten Gene neu anzuschalten. Rehder: „Mit dieser Erkenntnis wird es in ferner Zukunft nicht nur möglich sein, ganze Individuen zu klonen, sondern auch organspezifische Zell-Linien, die zum Organersatz eingesetzt werden können oder das Nachwachsen amputierter Körperteile induzieren.“ Die medizinischen Risiken seien allerdings zur Zeit noch nicht absehbar.

Auch die Präimplantationsdiagnostik hat – aus medizinischer Sicht – eine Reihe von Nachteilen. Rehder hält diese Diagnostik deshalb nur dann für gerechtfertigt, „wenn das zu diagnostizierende Krankheitsbild schwer, das Risiko für ein betroffenes Kind extrem hoch und ein weiterer Schwangerschaftsabbruch eines betroffenen Feten nach Pränataldiagnose in der achten bis 20. Schwangerschaftswoche für die Mutter nicht mehr zumutbar ist“.

Hirntod-Kriterium und Organtransplantation

Bevor das geklonte Schaf „Dolly“ die Schlagzeilen der in- und ausländischen Presse eroberte, beschäftigte die deutschen Medien immer wieder eine Frage: Wann

ist der Mensch tot? In der Diskussion über das geplante Transplantationsgesetz standen nicht die lebensretten- und lebenserhaltenden Möglichkeiten der Transplantationsmedizin im Mittelpunkt, sondern Zweifel am Hirntod als sicherem Todeszeichen.

Inzwischen liegen dem Bundestag verschiedene Gesetzentwürfe vor, in denen der Hirntod nicht als Todeskriterium anerkannt wird. Dennoch soll es nach diesen Vorschlägen möglich sein, Organe zu entnehmen, wenn der Hirntod festgestellt wurde und der Spender zu Lebzeiten seine Einwilligung gegeben hat (enge Zustimmungslösung).

Prof. Dr. Heinz Angstwurm, Oberarzt der Neurologischen Klinik der Universität München und Mitautor der „Kriterien des Hirntodes“ der Bundesärztekammer, lehnt eine Organentnahme bei einem als Sterbenden zu bezeichnenden Hirntoten ab. Dies sei „eine unmittelbar tödliche Organentnahme beim sterbenden Menschen“ und deshalb keinem Arzt zuzumuten. „Eine Organentnahme beim sterbenden, also noch lebenden Menschen ist unmöglich: Das Leben auch des sterbenden Menschen ist unantastbar und unverfügbar“, betonte Angstwurm.

Naturwissenschaftlich-medizinisch bestehe keinerlei Zweifel daran, daß der Hirntod das sichere Todeszeichen ist. „Mit dem Tod des Gehirns ist die körperlich-geistige Einheit zerstört, die der lebende Mensch war“, sagte Angstwurm. Bei der Organentnahme sei zwischen lebenden und toten Menschen zu unterscheiden. Deshalb könne der Gesetzgeber auch nicht der Frage des Todesnachweises ausweichen. Organe dürften erst entnommen werden, wenn der Tod des Menschen festgestellt sei.

Angstwurm erläuterte auch die Konsequenzen einer möglichen engen Zustimmungslösung. Da nur in ganz wenigen Fällen eine entsprechende Erklärung zur Organspende vorliege, seien in den vergangenen Jahren weit über 90 Prozent der Organspenden aufgrund des Gesprächs mit den Angehörigen zustande gekommen. Würde künftig die Organentnahme einzig und allein von der Zustimmung des Spenders zu Lebzeiten abhängig gemacht, hätte dies einen dramatischen Rückgang der Transplantationen zur Folge und würde mit großer Wahrscheinlichkeit dem „Transplantationstourismus“ ins Ausland und damit auch einer Zwei-Klassen-Medizin Tür und Tor öffnen.

Diese Befürchtungen teilt Prof. Dr. Hans-Ludwig Schreiber, Präsident der Universität Göttingen und Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekam-

mer. Ohne Festlegung des Todesnachweises im Gesetz bestehe die Gefahr, daß in Zukunft auch Apalliker und andere Patienten mit schweren Hirnschädigungen für die Organentnahme in Betracht kämen. Nur durch eine gesetzliche Verankerung des Hirntodes als verbindliches Kriterium für den eingetretenen Tod des Menschen werde sichergestellt, daß Menschen mit teilweisen Ausfällen ihrer Hirnfunktionen wie zum Beispiel Komapatienten unverändert unter dem vollen gesetzlichen Lebensschutz stehen.

Ärztliche Sterbebegleitung

Der Schutz von unheilbar kranken und sterbenden Menschen war Thema der abschließenden Diskussion des Presseseminars. Prof. Dr. Eggert Beleites, Präsident der Landesärztekammer Thüringen, berichtete als Vorsitzender des Ausschusses für medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer über den Stand der Beratungen zur Neufassung der Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung, die zuletzt 1993 aktualisiert worden waren. Beleites hob ausdrücklich hervor, daß sich an der Grundauffassung der Ärzteschaft nichts ändern werde: Aktive Sterbehilfe wird weiter abgelehnt.

Es sei auch nicht daran gedacht, künftig Apalliker und andere schwerkranke Patienten einfach verhungern oder verdursten zu lassen. Ein Abbruch der künstlichen Ernährung sei als Unterlassung der ärztlichen Behandlung zu werten und demnach strikt abzulehnen. Die Basisbetreuung in Form von Zuwendung, Pflege, Schmerzbekämpfung, Freihalten der Atemwege und Ernährung müsse in jedem Fall aufrechterhalten werden. Diskussionsbedarf gebe es vor allem noch über den Stellenwert und die Gewichtung von Patientenverfügungen. Mit der Veröffentlichung der Richtlinien sei in den nächsten Wochen zu rechnen, erklärte Beleites.

Zum Abschluß des Presseseminars kündigte BÄK-Präsident Dr. Karsten Vilmar an, die Diskussion über ethische Grenzfragen und andere Probleme an gleicher Stelle fortzusetzen. Der Verlauf des Seminars habe gezeigt, daß der kritische Dialog für beide Seiten gewinnbringend sei. Man nehme auch gerne Kontroversen in Kauf, wenn ein ehrlicher Meinungs- und Gedankenaustausch zustandekomme und dadurch mindestens Verständnis für die schwierigen Probleme und die oft unterschiedlichen Standpunkte erreicht werde.

BÄK-INTERN



*Prof. Dr. Elmar
Doppelfeld,
Mitglied des
Lenkungsausschusses
für Bioethik
des Europarates:
„Vorrang des Indi-
viduums vor den
Interessen der
Wissenschaft.“
Foto: uma*