

Aus Politik und Zeitgeschichte

Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament

Johannes Reiter

Bioethik und Bioethikkonvention

Michael Emmrich

Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen

Ludwig Siep

Klonen. Die künstliche Schaffung des Menschen?

Claus Hammer

Xenotransplantation zwischen medizinischen
Möglichkeiten und ethischen Ansprüchen

Kurt Bayertz

Dissens in Fragen von Leben und Tod:
Können wir damit leben?

B 6/99

5. Februar 1999

Johannes Reiter, Dr. theol., geb. 1944; Professor für Moraltheologie am Fachbereich Katholische Theologie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz; 1984–1987 Mitglied der Enquete-Kommission „Gentechnologie“ des Deutschen Bundestages; seit 1985 Mitglied der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz; seit 1995 Mitglied in der Zentralen Ethik-Kommission der Bundesärztekammer und im Ethik-Beirat des Bundesgesundheitsministeriums sowie Mitglied der Päpstlichen Akademie für das Leben.

Zahlreiche Veröffentlichungen zu Fragen der medizinischen Ethik und der Bioethik.

Michael Emmrich, Dr. phil., geb. 1959; 1981–1988 Studium der Neueren Deutschen Literatur, der Politikwissenschaft und der Philosophie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main; seit 1988 Redakteur der Frankfurter Rundschau, zuständig u. a. für bioethische Themen; Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin; 1988 und 1994 ausgezeichnet mit dem Wächterpreis der Deutschen Tagespresse (1994 für die Berichterstattung über die Bioethik-Konvention des Europarates).

Veröffentlichungen u. a.: Der vermessene Mensch, Berlin 1997; (Hrsg.) Im Zeitalter der Bio-Macht. 25 Jahre Gentechnik – eine kritische Bilanz, Frankfurt am Main 1999; zahlreiche Beiträge zu bioethischen Fragen in Sammelbänden, Fachzeitschriften und Tageszeitungen.

Ludwig Siep, Dr. phil., geb. 1942; Professor für Philosophie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

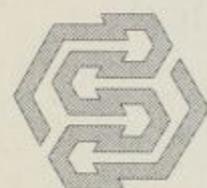
Veröffentlichungen u. a.: Praktische Philosophie im Deutschen Idealismus, Frankfurt am Main 1992; Zwei Formen der Ethik, Opladen 1997; Bioethik, in: Annemarie Pieper/Urs Thurnherr (Hrsg.), Angewandte Ethik, München 1998; zahlreiche Beiträge zur Geschichte der praktischen Philosophie und zur allgemeinen und angewandten Ethik.

Claus Hammer, Dr. med., Dr. med. vet., geb. 1940; Professor am Institut für Chirurgische Forschung am Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Zahlreiche Veröffentlichungen zur Allo- und Xenotransplantation.

Kurt Bayertz, Dr. phil., geb. 1948; Studium der Philosophie, Germanistik und Sozialwissenschaften an den Universitäten Frankfurt/M. und Düsseldorf; seit 1993 Professor an der Universität Münster.

Veröffentlichungen u. a.: GenEthik – Probleme der Technisierung menschlicher Fortpflanzung, Reinbek 1987; (Hrsg.) Praktische Philosophie. Grundorientierungen der angewandten Ethik, Reinbek 1991; Evolution und Ethik, Stuttgart 1993; (Hrsg.) Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall, Frankfurt am Main 1996; (Hrsg.) Politik und Ethik, Stuttgart 1996.



ISSN 0479-611 X

Herausgegeben von der Bundeszentrale für politische Bildung, Berliner Freiheit 7, 53111 Bonn. Internet: <http://www.bpb.de>; E-Mail: ag2@bpb.de

Redaktion: Dr. Klaus W. Wippermann (verantwortlich), Dr. Katharina Belwe, Dr. Ludwig Watzal, Hans G. Bauer.

Die Vertriebsabteilung der Wochenzeitung DAS PARLAMENT, Fleischstraße 62–65, 54290 Trier, Tel. 06 51/9 79 91 86, möglichst Telefax 06 51/9 79 91 53, nimmt entgegen

- Nachforderungen der Beilage „Aus Politik und Zeitgeschichte“;
- Abonnementsbestellungen der Wochenzeitung DAS PARLAMENT einschließlich Beilage zum Preis von DM 14,40 vierteljährlich, Jahresvorzugspreis DM 52,80 einschließlich Mehrwertsteuer; Kündigung drei Wochen vor Ablauf des Berechnungszeitraumes;
- Bestellungen von Sammelmappen für die Beilage zum Preis von 7,— zuzüglich Verpackungskosten, Portokosten und Mehrwertsteuer.

Die Veröffentlichungen in der Beilage „Aus Politik und Zeitgeschichte“ stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers dar; sie dienen lediglich der Unterrichtung und Urteilsbildung.

Für Unterrichtszwecke können Kopien in Klassensatzstärke hergestellt werden.

Bioethik und Bioethikkonvention

Die Beschleunigung *des wissenschaftlich-technischen Fortschritts* hat im Bereich der Medizin Möglichkeiten eröffnet, die man vor einer Generation noch als Science-fiction abgetan hätte. Die Entstehung des menschlichen Lebens ist ihres Geheimnisses entkleidet und wird in vielen Fällen in das Labor verlegt. Die Gentechnik ermöglicht nicht nur die Analyse der Erbinformation, sondern auch manipulierende Eingriffe in dieselbe. Aufsehen erregt hat das Klonen von Säugetieren, wobei nahezu erbgleiche Abbilder eines Originals nachgezeugt, Mehrlinge mit fast identischen Eigenschaften künstlich hergestellt werden. Diese Methode ist grundsätzlich auch auf den Menschen übertragbar. Neues Leben könnte dann sogar einem Erwachsenen nachgebildet werden. Die Transplantationsmedizin kann Organe von lebenden und toten Menschen, bald auch von Tieren, auf andere Menschen übertragen und so deren Leben um einige Jahre verlängern. Die Intensivmedizin ermöglicht es, Menschen am Leben zu erhalten oder wieder ins Leben zurückzurufen, die vor nicht allzu langer Zeit als tot gegolten haben.

Die ungebrochene Entwicklung der *biomedizinischen Wissenschaften*, ihre ständig wachsenden Möglichkeiten und zunehmende Komplexität stellen zugleich aber auch den Sinn ihres Handelns auf vielen Gebieten in Frage. Die Träume und Alpträume des modernen Lebens stehen sich in kaum einem anderen Bereich so schroff gegenüber wie gerade in der Medizin¹. Die Ansichten widersprechen sich, und die traditionelle Ethik scheint zunächst auf viele Fragen keine Antwort bereitzuhalten. Prinzipien, die bislang die ethische Verantwortung des einzelnen bestimmten, sind ins Wanken geraten, und das persönliche Gewissen ist von einer allgemeinen Unsicherheit ergriffen. Der Ruf nach Ethikkommissionen und zuweilen auch nach dem Gesetzgeber wird laut.

Vor diesem nur skizzenhaft angedeuteten Hintergrund sind die Bemühungen um eine *Bioethik* und

das *Projekt einer Bioethikkonvention* zu sehen². Ich werde zunächst den Begriff Bioethik erläutern, weil er für manche keine gängige Vokabel und für andere eher negativ besetzt ist. Danach wird das Gesamtvorhaben der Bioethikkonvention vorgestellt und schließlich auf die sensiblen und strittigen Punkte eingegangen.

I. Bioethik als Bestandteil der praktischen Ethik

Wer heute von Bioethik spricht, läuft Gefahr, in eine Ecke mit dem äußerst umstrittenen australischen Bioethiker Peter Singer gestellt zu werden³. Dem möchte ich von vornherein vorbeugen. Der Begriff *Bioethik* wird hier als neutraler Begriff gebraucht⁴, d. h., es ist damit keinerlei Behauptung und Beurteilung und schon gar nicht eine ideologische oder polemische Absicht verbunden. So gebrauchen beispielsweise auch neueste vatikanische Dokumente den Begriff Bioethik ohne Argwohn synonym mit dem der Lebensethik⁵. Bioethik ist ein Teilbereich der Ethik, näherhin eine Subdisziplin der angewandten Ethik⁶. Unter *Ethik* versteht man bekanntlich die Lehre vom richtigen

2. Zur Konvention und ihrer Entstehungsgeschichte vgl. J. Reiter, in: Herder Korrespondenz, 48 (1994), S. 332–334; 49 (1995), S. 11–13; 50 (1996), S. 336 f.; ders., Bioethik und Menschenwürde, in: Stimmen der Zeit, 214 (1996), S. 579–589; L. Honnefelder, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) vom 26. 9. 1995; M. Emmerich, Der vermessene Mensch, Berlin 1997.

3. Zur Kritik an P. Singer vgl. A. Nogradi-Häcker, Die Personwerdung des Menschen. Zur Ethik Peter Singers, Münster–Hamburg 1994; A. Lohner, Personsein und Lebensrecht, in: Paragraph 218, hrsg. von J. Reiter und R. Keller, Freiburg 1993, S. 293–320. Die Kritik an Singer richtet sich insbesondere gegen den von ihm vertretenen Präferenzutilitarismus und seine folgenreiche Unterscheidung zwischen Menschen, menschlichen Wesen und Personen.

4. Vgl. etwa G. Hunold, Art. Bioethik, in: Lexikon für Theologie und Kirche, Bd. 2, Freiburg u. a. 1994³, S. 469–472; Herausforderung der Bioethik, hrsg. von J. S. Ach und A. Gaidt, Stuttgart-Bad Cannstatt 1993.

5. Vgl. Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen, hrsg. vom Päpstlichen Rat für die Seelsorge im Krankendienst, Vatikanstadt 1995.

6. Zum folgenden vgl. J. S. Ach/A. Gaidt (Anm. 4), S. 9–15.

Für wertvolle Hinweise danke ich Herrn Heinz Theo Rauschen vom Kommissariat der Deutschen Bischöfe.

1. Vgl. J. Reiter, Es geht um den Patienten. Grundfragen medizinischer Ethik neu bedacht, in: Stimmen der Zeit, 214 (1996), S. 435–448.

und guten Handeln. Das ethisch Richtige ist auch das menschlich Richtige, und es ist Aufgabe der Ethik, die Verbindlichkeit der optimalen Entfaltung des Menschen zu artikulieren und zu begründen. Die Fragestellungen *angewandter Ethik* sind vielfältig und betreffen beinahe alle Lebensbereiche, heute bevorzugt solche, in denen öffentliche Institutionen und politische Handlungsoptionen eine Rolle spielen. Bioethik ist keine Sonderethik mit eigenen Prinzipien oder Regeln und auch keine bestimmte Richtung der Ethik, wie etwa eine utilitaristische oder gar biologistische Ethik. Bioethik ist auch keine Spezialethik für Biologen und Mediziner, sondern „der Versuch, generelle moralische Prinzipien in einem besonderen Bereich anzuwenden und zur Geltung zu bringen. Ihr Thema ist die begründete Stellungnahme zu und die moralische Bewertung von Eingriffen aller Art in menschliches, tierisches wie pflanzliches Leben“⁷. Zur Bioethik zählen daher neben der biomedizinischen Ethik auch die Tierethik, Teile der Umwelt- oder ökologischen Ethik und ebenso die auf diese Bereiche bezogene Forschung. Von der *medizinischen Ethik* unterscheidet sich die Bioethik durch eine weiter gefaßte und zum Teil auch anders formulierte Fragestellung. Bei der medizinischen Ethik steht überwiegend das ärztliche Ethos, und hier insbesondere das Arzt-Patienten-Verhältnis im Mittelpunkt, die Bioethik hat generell die aus dem Fortschritt der biologischen Wissenschaft und der Medizin erwachsenden Probleme zu ihrem Gegenstand.

Seiner Herkunft nach stammt der Begriff Bioethik aus dem *anglo-amerikanischen Sprachraum*, wo er einerseits anfänglich nach negativen Erfahrungen ideologisch mißbrauchter medizinischer Wissenschaft in der NS-Zeit, andererseits aber unter einer unaufhaltsam innovatorischen Entwicklung der biomedizinischen Forschung seit Beginn der fünfziger Jahre entstanden ist.

Daß für nicht wenige Menschen der Begriff Bioethik eine Herausforderung darstellt und für manche zu einem *Reizwort* geworden ist, hat wohl folgende Gründe:

1. Zu den ethischen Theorien, die in der Bioethik angewandt werden, zählt vornehmlich der Utilitarismus, der hierzulande nicht gerade zu den etablierten und vertrauten ethischen Modellen gehört.
2. In der angelsächsischen Bioethik führte ethisches Nachdenken zu Konsequenzen, die unserer ethischen Tradition und moralischen Intui-

tion radikal widersprechen: Zu denken ist etwa an die ethische Rechtfertigung des Infantizids (Kindestötung), die straffreie Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe oder die radikale Kritik an unserem Umgang mit Tieren.

3. Die Unbefangenheit, mit der in der angelsächsischen Bioethik etwa über Euthanasie und den Wert des Lebens diskutiert wird, stößt in Deutschland mit gutem Grund auf Vorbehalte. Die von angelsächsischen Bioethikern formulierten, von unserem Standpunkt her gesehen vielleicht fragwürdigen ethischen Urteile hätten sich aber auch von anderen Ethiken her erzielen lassen, z. B. von einer medizinischen Ethik, einer ökologischen Ethik oder auch von der Rechtsphilosophie. Das ethische Urteil hängt also nicht von dem Begriff ab, mit dem eine Ethik näherhin charakterisiert wird, sondern von den ihr zugrunde liegenden Werten, Prinzipien und Menschenbildern.

Der Begriff Bioethik ist nicht nur in den angelsächsischen Ländern, sondern inzwischen auch international eingeführt. Man wird künftig nicht darauf verzichten können, auch wenn er für manche Menschen negativ eingefärbt ist. Ich plädiere daher für die *neutrale Verwendung* des Begriffes Bioethik und verstehe darunter die rationale Überprüfung moralisch relevanten oder moralisch zu bewertenden Verhaltens gegenüber (bedrohtem) Leben.

II. Internationalisierung der Entscheidungsfindung

Gerade für unsere Zeit ist festzustellen, daß einerseits die beispiellos erweiterten technischen Möglichkeiten des Zugriffs auf die Natur eine immer bedrohlicher werdende *biotechnische Krise* herbeiführen, daß jedoch andererseits Bedrohungen nicht mehr durch stabile Traditionen aufgefangen, sondern zusätzlich von einer *Erosion der traditionellen Moral* begleitet werden. Wenn nun der Europarat angesichts dieser Krise „den Schutz der Menschenwürde sowie der Grundrechte und -freiheiten des Menschen“ (Präambel) in den Bereichen Biologie und Medizin durch eine „Bioethikkonvention“ gewährleisten will – so das erklärte Ziel –, ist dies grundsätzlich zu begrüßen. Der Begriff „Bioethikkonvention“ war der ursprüngliche Kurztitel der Entwurfsfassungen, ist aber auch heute noch vielfach in Gebrauch. Der offizielle Titel der Konvention lautet nunmehr: „Überein-

⁷ Ebd. S. 11.

kommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin.“

Der Europarat steht mit dem Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin in der Tradition seiner rund 150 Konventionen, durch die gemeinsame Normen auf den Gebieten der Menschen- und Bürgerrechte, des Straf- und Zivilrechts, der Bildung und Kultur, des Naturschutzes und des Sozialrechts geschaffen wurden. Am wichtigsten sind darunter die Menschenrechtskonvention von 1950 und die Europäische Sozialcharta von 1961.

Angesichts der grenzüberschreitenden wissenschaftlichen Zusammenarbeit und eines europäischen Wirtschaftsraumes besteht auf europäischer Ebene ein dringendes Bedürfnis nach *einheitlichen Schutzstandards*, die nun im Hinblick auf biomedizinische Fragestellungen in einer Bioethikkonvention festgelegt werden sollen. Ziel der Konvention ist somit die Schaffung eines rechtlichen Rahmens, der die Aufweichung der ethischen Maßstäbe verhindern soll, wie sie zwangsläufig dann eintritt, wenn in der Forschung und am Markt derjenige Mitgliedsstaat mit Standortvorteilen belohnt wird, der die ethisch-rechtlichen Grenzen besonders niedrig ansetzt.

III. Menschenwürde als Maßstab

Als Orientierungsmarke für einen ethisch-rechtlichen Rahmenkonsens hat der Europarat die Menschenwürde sowie die daraus resultierenden Grundrechte und -freiheiten gewählt⁸. Nichts lag näher, als diesen aus der geistigen Tradition Europas entstandenen Gedanken aufzugreifen. Menschenwürde ist für alle Menschen als die Grundlage erkennbar, auf der unsere Gesellschaft als eine humane und pluralistische existiert. Menschenwürde bringt auch in besonderer Weise das *ethische Grundanliegen der modernen Welt* zum Ausdruck. Sie scheint der allgemeinste Nenner zu sein, auf den gegenwärtig alle Forderungen nach Humanität bezogen werden. Menschenwürde ist somit der Titel, unter dem wir das Humanum begreifen und wirksam zu schützen versuchen. Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland wurde die Unantastbarkeit der Würde des Men-

schen vor allem auch deshalb aufgenommen, um einem in ähnliche Richtung gehenden Mißbrauch der Medizin, wie er in der NS-Zeit geschah, zu wehren.

Von *theologisch-ethischer Seite* kann man diesen Rückgriff auf die Menschenwürde nur unterstützen. Die rein auf Vernunft gegründete Auslegung des unbedingten Anspruchs der menschlichen Würde durch die Moderne wird hier überschritten bzw. vertieft. Der Kern einer theologischen Begründung der Menschenwürde liegt in der Behauptung, daß Grund und Ziel des Menschen nicht in diesem selbst zu suchen sind. Sie gründet auch nicht in aufweisbaren Fähigkeiten und Qualitäten des Menschen, sondern in der Transzendenz, die der christliche Glaube Gott nennt. Bei einer derart begründeten Menschenwürde ist einer Verfügbarkeit des Menschen über andere Menschen jegliche Grundlage entzogen. Schon an dieser Stelle ist darauf aufmerksam zu machen, daß es in dem Vertragswerk nicht nur um eine Proklamation der Menschenwürde in der Präambel gehen darf, sondern um ihre Konkretisierung und Erprobung in den einzelnen Anwendungsbereichen.

IV. Geschichtliche Stationen

Obwohl bioethische Themen unterschiedlicher Art seit 1976 von der Parlamentarischen Versammlung des Europarates wiederholt initiiert und beraten wurden, ist die jetzt vorliegende Bioethikkonvention eine *Auftragsarbeit der Parlamentarischen Versammlung des Europarates*. Diese empfahl 1990 dem Ministerkomitee des Europarates, den Lenkungsausschuß für Bioethik eine solche Rahmenkonvention – gedacht als Erweiterung der europäischen Menschenrechtskonvention – ausarbeiten zu lassen.

Der jetzige Text hat viele Vorläufer. Als im Mai 1994 ein bis dahin geheime Entwurf an die Öffentlichkeit gelangte, hat dieser vor allem in Deutschland heftige *Kritik* erfahren. Nicht übersehen werden darf in diesem Zusammenhang, daß die ethischen Probleme der Biomedizin in Deutschland vor allem aufgrund der Verbrechen der Medizin im sogenannten Dritten Reich kritischer als in vielen anderen Ländern gesehen werden.

Im Oktober 1995 lehnte die Parlamentarische Versammlung des Europarates den Entwurf einstimmig ab und verwies ihn in die zuständigen Aus-

⁸ Vgl. J. Reiter, *Menschliche Würde und christliche Verantwortung*, Kevelaer 1989, S. 45–72.

schüsse. Am 2. Februar 1996 erfolgte eine erneute Beratung durch die Parlamentarische Versammlung mit 16 konkreten Änderungswünschen.

Die zwischenzeitlich geführte Diskussion über die Konvention, die Erörterung des Themas im Bundestag und Bundesrat und die zahlreichen kritischen Anmerkungen der wissenschaftlichen Fachvertreter, der Kirchen, Behindertenverbände und Angehörigenorganisationen waren nicht umsonst⁹. Die Kritik bezog sich insbesondere auf folgende Punkte: Eingriffe in die körperliche Integrität bei einwilligungsunfähigen Personen, Durchführung genetischer Tests, mangelnder Datenschutz, fremdnützige Forschung an einwilligungsunfähigen Personen und Forschung an Embryonen.

Die *neue Fassung* hat gegenüber den vorausgegangenen Entwürfen nicht nur einen neuen Titel erhalten und einen neuen stringenten Gesamtaufbau erfahren, durch Verbesserung problematischer Bestimmungen und durch Hereinnahme von Themen, die zunächst in Protokollen behandelt werden sollten, in den Haupttext ist man der vorgebrachten Kritik in etlichen Punkten gerecht geworden.

Am 7. Juni 1996 wurde die Konvention vom Lenkungsausschuß für Bioethik (CDBI) angenommen. 31 Länder stimmten für den Entwurf, Belgien und Zypern enthielten sich der Stimme. Allein die deutsche Delegation stimmte dagegen. Der damalige Bundesjustizminister Edzard Schmidt-Jortzig begründete die Ablehnung damit, daß die vor allem auf Drängen der Bundesregierung angebrachten Verbesserungen insgesamt nicht so weit aufgenommen wurden, daß dem Text bereits zugestimmt werden könnte.

Am 20. September 1996 lehnte das Europäische Parlament die Konvention mit Mehrheit ab, forderte eine klare Absage an die Keimbahntherapie, stärkeren Schutz für nichteinwilligungsfähige Menschen und einen strengen Datenschutz für Gentest-Ergebnisse.

Am 26. September 1996 stimmte die Parlamentarische Versammlung des Europarates dem Konventionsentwurf gegen die Stimmen der meisten deut-

schen Abgeordneten zu. Das Plenum band sein Votum aber an zahlreiche Auflagen zur Nachbesserung, u. a. bei der Embryonenforschung, beim Datenschutz, bei Gentests und der Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen.

Am 19. November 1996 votierten schließlich im Ministerkomitee des Europarates von 38 anwesenden Außenministern 35 für die Konvention. Deutschland, Polen und Belgien enthielten sich der Stimme. Mit dem Beschluß der Konvention im Ministerkomitee ist das *Verfahren offiziell beendet*. Die Bundesregierung begründete ihre Enthaltung damit, daß sie zunächst die weitere Diskussion in den parlamentarischen Gremien und in der Öffentlichkeit abwarten und erst nach Fortgang der Debatte eine Entscheidung über die Unterzeichnung und die Einleitung eines Gesetzgebungsvorhabens zur Ratifizierung treffen wolle. Der Text des Übereinkommens ist in englischer und französischer Sprache ausgefertigt und nur in diesen Sprachen verbindlich.

Die *Auflegung zur Unterzeichnung* der Konvention erfolgte am 4. April 1997 im spanischen Orviedo. Zu den (vorläufigen) Nichtunterzeichnern gehören neben Deutschland zum Beispiel die Schweiz, Polen und Österreich und erstaunlicherweise auch Großbritannien. Unterzeichnet haben dagegen: Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Island, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, die Niederlande, Norwegen, Portugal, Rumänien, San Marino, die Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, die Türkei und die ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.

In Deutschland findet die kritische Auseinandersetzung mit der Konvention und die Diskussion über eine Unterzeichnung und Ratifikation in unterschiedlichen Initiativen ihre Fortsetzung. In seiner Stellungnahme vom 11. September 1997 unterstützte das Zentralkomitee der deutschen Katholiken eine Unterzeichnung und Ratifikation des Übereinkommens.

Am 30. Oktober 1997 forderten Bundestagsabgeordnete von CDU, SPD und Bündnis 90/Die Grünen in einer Resolution die Überprüfung der Konvention in einer Bundestagsanhörung. Dieses „Bündnis für Menschenrechte“ veranstaltete am 5. Februar 1998 im Bonner Wasserwerk einen „Dialog zur Bioethik“, wobei man zu dem Ergebnis kam, der Bundesregierung von einer Unterzeichnung der Konvention abzuraten.

Wohl als Reaktion darauf ist ein Antrag vom 10. Februar 1998 zu sehen, den 30 Abgeordnete von CDU/CSU, SPD und F. D. P. in den Bundestag

⁹ Vgl. Stellungnahme des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Karl Lehmann, zur Bioethikkonvention des Europarates vom 27. 1. 1995 (PRDT 95-004); Stellungnahme des Präsidiums des Rates der Europäischen Bischofskonferenz zur Bioethikkonvention vom 28. 2. 1995 (PRDT 95-006); vgl. auch die aus dem Raum der evangelischen Kirche und Diakonie kommende „Grafenecker Erklärung“ vom Juni 1996; Dürfen wir, was wir können? Bio-Technik und Menschenwürde. Zum Entwurf einer Bioethikkonvention, in: epd-Dok. 1995.

einbringen wollten und der die Bundesregierung zur Unterzeichnung aufforderte. Der Antrag wurde dann später von 140 Abgeordneten von CDU/CSU, SPD und F. D. P. unterstützt.

Eine Anhörung im Rechtsausschuß des Deutschen Bundestages am 25. März 1998 spiegelte das unterschiedliche Meinungsspektrum der Bevölkerung zu der Konvention¹⁰ auch bei den Sachverständigen wider. Die vorgetragene Statements reichten von einer Empfehlung zur Unterzeichnung über eine Selbstverpflichtung und Interpretation des Deutschen Bundestages vor einer Unterzeichnung bis hin zur Ablehnung der Unterzeichnung. Einig war man sich jedoch in der Auffassung, daß eine Unterzeichnung der Konvention keinesfalls zu einer Aufhebung höherer deutscher Standards führen und eine Nichtunterzeichnung nicht daran hindern darf, die teilweise höheren Standards der Konvention in deutsches Recht zu übernehmen.

Gemäß einem Antrag vom 2. Juli 1998 von 154 Abgeordneten aller Parteien soll der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auffordern, vor einer Zeichnung der Konvention dem Bundestag ausgiebig Gelegenheit zur Befassung mit der Materie zu geben, die Unterzeichnung nicht zu übereilen und erst dann eine Entscheidung über die Unterzeichnung zu treffen, wenn die angekündigten Zusatzprotokolle vorliegen und individuelle Klagemöglichkeiten gegen Verletzungen des Übereinkommens vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte eingeführt würden.

Für eine solche Vorgehensweise, daß entgegen dem sonstigen Verfahren noch vor einer eventuellen Unterzeichnung eine Debatte im Deutschen Bundestag stattfinden sollte, hatte sich schon sehr früh die ehemalige Bundesregierung ausgesprochen. Eine solche Vorgehensweise bietet nicht zuletzt noch einmal die Gelegenheit für eine offene Diskussion über die ethische und rechtliche Vertretbarkeit der zu regelnden Materie.

Die *Koalitionsvereinbarung* der neuen Bundesregierung enthält entgegen früheren Ankündigungen keinen eigenen Passus zur Bioethikkonvention. Fachthemen aus derselben werden jedoch im Kapitel über Umweltschutz erwähnt. Für eine eventuelle Unterzeichnung des Übereinkommens durch die Bundesrepublik Deutschland gibt es keinen Zeitrahmen. Nach einer Unterzeichnung

müßte das Bundesministerium für Justiz ein Ratifizierungsgesetz fertigen, dem Bundestag und Bundesrat zuzustimmen hätten. Ohne diese Ratifikation erlangt die Konvention keine Geltung auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland¹¹.

V. Inhalt der Konvention und Protokolle

Die *Konvention* ist in 14 Kapitel eingeteilt und enthält 38 Einzelartikel. Um einen Gesamtüberblick zu bekommen, sollen die in der Konvention behandelten Themen wenigstens stichwortartig aufgelistet werden.

Kapitel I enthält allgemeine Bestimmungen. Art. 1 erläutert Gegenstand und Ziel der Konvention, Art. 2 betont die Vorrangigkeit des Menschen gegenüber Gesellschaft und Wissenschaft, Art. 3 den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, Art. 4 erinnert an die beruflichen Pflichten und Standards der im Gesundheitswesen Tätigen. *Kapitel II* behandelt die Einwilligung. Art. 5 formuliert dazu die allgemeinen Bestimmungen, Art. 6 regelt den Schutz von einwilligungsunfähigen Personen, Art. 7 den Schutz von Personen mit psychischer Störung, Art. 8 bezieht sich auf Eingriffe in Notfällen, Art. 9 verweist auf früher geäußerte Wünsche. Das *Kapitel III* ist der Privatsphäre und dem Recht auf Auskunft gewidmet und enthält den gleichnamigen Art. 10. *Kapitel IV* hat das menschliche Genom zum Thema. Art. 11 spricht ein Diskriminierungsverbot im Hinblick auf das genetische Erbe aus, Art. 12 behandelt prädiktive genetische Tests, Art. 13 bezieht sich auf Eingriffe in das menschliche Genom, und Art. 14 verbietet die Geschlechtswahl. Das *Kapitel V* erörtert die wissenschaftliche Forschung. Art. 15 enthält dazu die allgemeinen Bestimmungen, Art. 16 ist dem Schutz der Personen gewidmet, an denen geforscht wird, Art. 17 regelt den Schutz von jenen Personen, die unfähig sind, in Forschungen einzuwilligen, Art. 18 hat die Embryonenforschung „in vitro“ zum Thema. *Kapitel VI* behandelt die Entnahme von Organen und Geweben von Lebendspendern für Transplantationszwecke. Art. 19 formuliert dazu allgemeine Bestimmungen und Art. 20 den Schutz für jene Personen, die hierzu einwilligungsunfähig

¹⁰ Inzwischen gibt es eine „Internationale Initiative gegen die Bioethikkonvention des Europarates“, die in Deutschland knapp 2,5 Millionen Unterschriften gegen die Konvention gesammelt hat. Vgl. Frankfurter Rundschau vom 17. 10. 1998.

¹¹ In seiner Stellungnahme vom 6. 7. 1998 spricht sich der Deutsche Richterbund wegen „immer noch durchgreifender Bedenken“ gegen eine Unterzeichnung des Übereinkommens aus.

sind. *Kapitel VII* verbietet in Art. 21 die finanzielle Gewinnerzielung und regelt in Art. 22 die Verwendung eines entnommenen Körperteils. Im *Kapitel VIII* werden in den Artikeln 23–25 Verstöße gegen die Konventionsbestimmungen angeführt. *Kapitel IX* erläutert das Verhältnis zwischen dieser Konvention und anderen Bestimmungen. Art. 26 regelt, daß Festlegungen der Konvention nur eingeschränkt werden dürfen, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist, zum Schutz der öffentlichen Sicherheit, zur Verhinderung von Verbrechen und zur Gewährleistung der öffentlichen Gesundheit sowie der Rechte und Freiheiten anderer. Wichtig und zu begrüßen ist der neu hinzugekommene Absatz 2, wonach wichtige Bestimmungen der Konvention auf keinen Fall eingeschränkt werden dürfen: das Diskriminierungsverbot (Art. 11); das Verbot, in das menschliche Genom einzugreifen, wenn dies nicht präventiven, therapeutischen oder diagnostischen Zwecken dient (Art. 13); das Verbot der Geschlechtswahl (Art. 14); der Schutz von Probanden (Art. 16); der Schutz von Nichteinwilligungsfähigen (Art. 17); die allgemeinen und speziellen Regelungen bei der Organentnahme von Lebendspendern (Art. 19 und 20) und schließlich das Verbot von Gewinnerzielung im Hinblick auf entnommene Körperteile (Art. 21). Art. 27 sagt aus, daß es den Mitgliedstaaten freisteht, weitergehende Schutzmaßnahmen im Hinblick auf den Gebrauch von Biologie und Medizin zu erlassen, als dies die Konvention tut. Im *Kapitel X* wird in Art. 28 zur angemessenen öffentlichen Debatte der in der Konvention behandelten Thematik aufgefordert. Im *Kapitel XI* wird in den Artikeln 29 und 30 die Auslegung und Überwachung der Konvention dargelegt. *Kapitel XII* regelt in Art. 31 die Erstellung von Protokollen zur Weiterentwicklung der Grundsätze der Konvention. *Kapitel XIII* erörtert im Art. 32 eventuelle Änderungen der Konvention. Und schließlich werden im *Kapitel XIV* in den Artikeln 33 bis 38 Schlußklauseln aufgestellt.

Zur Konvention wurde auch ein „*Erläuternder Bericht*“ verfaßt, der allerdings keine rechtliche Verbindlichkeit hat. Bei dem Übereinkommen handelt es sich um eine Rahmenkonvention, die durch *Protokolle* zu speziellen Anwendungsbe-reichen ergänzt werden soll. Ein Protokoll zum Klonungsverbot von Menschen wurde bereits im November 1997 vom Ministerkomitee verabschiedet. Weitere Protokolle sind vorgesehen zur Organtransplantation, zur medizinischen Forschung, zur Humangenetik und zum Embryonenschutz.

VI. Strittige Punkte

Ein nach wie vor sensibler und kritischer Punkt bleibt – trotz Verbesserungen gegenüber früheren Fassungen – die *Forschung an Nichteinwilligungsfähigen* (persons not able to consent) ohne direkten therapeutischen Nutzen. Wie schon in früheren Entwürfen, erfährt auch in dem endgültigen Text das bislang – zumindest in Deutschland – geltende Verbot solcher Forschung eine Aufweicheung, allerdings mit vielen Auflagen und Absicherungen (Art. 16 und 17): Die Forschung muß darauf abzielen, eine bedeutende Verbesserung des Krankheitsverständnisses bei der betreffenden Einzelperson herbeizuführen sowie neue Erkenntnisse zu erlangen, die dem Betroffenen oder anderen Betroffenen der gleichen Altersgruppe mit derselben Krankheit nutzen können; die wissenschaftliche Plausibilität und ethische Akzeptabilität des Forschungsvorhabens müssen durch eine Ethikkommission geprüft sein; das Forschungsvorhaben kann nicht an Einwilligungsfähigen durchgeführt werden; das Forschungsvorhaben darf für den Betroffenen nur ein geringes Risiko und nur eine minimale Belastung bedeuten (z. B. Urin- oder Speichelprobe, Mitbenutzung einer Blutprobe, Messungen und Wiegungen); der gesetzliche Vertreter muß zugestimmt haben; die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden; es darf kein Widerspruch von seiten des Betroffenen erkennbar sein.

Die von der Medizin angeführten Beispiele für die Dringlichkeit solcher Forschung, insbesondere bei Demenzkrankheiten – z. B. Morbus Alzheimer –, bei Schlaganfällen und Kinderkrankheiten, sind so evident, daß die Konvention hier Ausnahmen zugesteht. Man unterstellt hierbei, daß Untersuchungen mit minimalem Risiko und minimaler Belastung keine Instrumentalisierung der Person in ihrem Kern darstellen und deshalb durch die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters legitimiert sind. In diesem Zusammenhang weist man auch darauf hin, daß in einer ganzen Reihe von Staaten, die nicht im Verdacht stehen, die Menschenrechte gering zu schätzen, fremdnützige Forschung an Nichteinwilligungsfähigen unter engen Voraussetzungen erlaubt ist (z. B. Australien, Österreich, Kanada, Spanien, England, Schweiz, USA). Auch aus medizinethischer Sicht, bei Zugrundelegung der traditionellen Prinzipien der Patientenautonomie, der Wohltätigkeit, des Nichtschadens und der ausgleichenden Gerechtigkeit, lasse sich kein ausnahmsloses Verbot solcher Forschung begründen.

Bei der *Embryonenforschung* (Art. 18), deren Erlaubtheit insbesondere von den Engländern angestrebt wird, hat man folgenden Kompromiß gefunden: Die Herstellung von Embryonen für Forschungszwecke wird verboten (Art. 18,2). Wo das jeweilige Landesrecht Experimente mit Embryonen, die bei der Retortenbefruchtung („in vitro“) entstehen, erlaubt, muß ein „adäquater Schutz“ des Embryos gewährleistet sein. Man kann es drehen und wenden, wie man will, die Tür zur Embryonenforschung ist mit dieser Bestimmung geöffnet, zumal die Konvention nicht klar festlegt, was unter diesem „adäquaten Schutz“ des Embryos zu verstehen ist. Aus ethischer Perspektive muß hier festgehalten werden, daß ein durchaus zu begründender medizinischer Erkenntnisgewinn und Nutzen kein Verfahren mit menschlichem Leben rechtfertigen kann, das unsere Vorstellungen von der unantastbaren Würde dieses Lebens in Frage stellt. Ethisch erlaubt ist allein eine therapeutische Forschung, die auf das Wohl des konkreten Embryos abzielt.

Prädiktive genetische Tests sind nunmehr differenzierter geregelt (Art. 12) als in den vorausgegangenen Entwürfen. Sie dürfen nur aus gesundheitlichen Gründen oder für wissenschaftliche Forschungszwecke im Zusammenhang mit gesundheitlichen Gründen und unter Vorbehalt einer angemessenen genetischen Beratung durchgeführt werden. Weggefallen ist der alte Absatz 2, der die fremdnützige Verwendung dieser Ergebnisse verboten hatte. Mißbräuchliche Zugriffe von Arbeitgebern und Versicherungen auf genetische Tests sind also vom Text der Konvention her nicht ausgeschlossen.

In Art. 13 werden *Eingriffe in das menschliche Genom* nur zu präventiven, therapeutischen oder diagnostischen Zwecken erlaubt; verboten sind Eingriffe, die darauf abzielen, die genetischen Charakteristika der Nachkommen zu verändern. Es ist davon auszugehen, daß damit der Eingriff in die Keimzellen bzw. Keimbahn gemeint ist. In Deutschland sind Eingriffe in die Keimbahn durch das seit dem 1. Januar 1991 geltende Embryonenschutzgesetz (Paragraph 5) verboten. Die somatische Gentherapie (Heilbehandlung an Genen der Körperzellen, wobei die Veränderung des Genoms nicht auf die nächste Generation übertragen wird) ist nach dem Konventionstext erlaubt und auch ethisch zu rechtfertigen.

In Art. 19 geht es um allgemeine Regeln bei der *Organentnahme* von Lebendspendern für Transplantationszwecke. Dabei sollten in dem geplanten Protokoll zur Organtransplantation weitere, über

den Konventionstext hinausreichende Umstände mitbedacht werden: Die Entnahme von einem paarig vorhandenen Organ wie die Niere oder von Teilen anderer Organe ist für Gesundheit und Leben des Spenders nicht ungefährlich. Große Zurückhaltung ist gegenüber einer Organtransplantation zwischen nichtverwandten Lebenden geboten. Es muß ausgeschlossen werden, daß die Beziehung zwischen Spender und Empfänger durch Abhängigkeit oder gar Erpressung belastet wird. Ausnahmen wie Organspenden zwischen Ehegatten oder von Eltern auf (Adoptiv-)Kinder bedürfen strenger, jedoch allgemein annehmbarer Richtlinien.

Art. 7 regelt Interventionen an *Personen mit schweren psychischen Störungen* im Falle, daß der Person ohne Intervention ein ernster gesundheitlicher Schaden drohen würde. Hier stellt sich allerdings die Definitionsfrage bezüglich „schwerer psychischer Störungen“ und „ernster gesundheitlicher Schäden“. Nach deutschem Recht sind solche Interventionen bei Personen, falls sie einwilligungsunfähig sind, nur nach Einwilligung des gesetzlichen Vertreters zulässig.

Bedauerlicherweise sind jene Artikel der Konvention, die *Sanktionen* bei Verletzungen der Konventionsbestimmungen regeln (Kapitel VIII), sehr weit gefaßt und unpräzise formuliert. So sollen nach Art. 23 lediglich die Vertragsstaaten einen geeigneten rechtlichen Schutz gewährleisten. Der Zugang Betroffener zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte ist nur dann vorgesehen, wenn die Vertragsstaaten eine entsprechende Anerkennung des Gerichtshofs nach Art. 29 abgeben. Dadurch, daß die Konvention in Art. 36 den Vertragsstaaten die Möglichkeit eröffnet, im Hinblick auf die Anwendung jeder Bestimmung einen Vorbehalt geltend zu machen, wenn diese den nationalen Gesetzen zuwiderläuft, erlangt die gesamte Konvention doch wieder einen hohen Grad an Unverbindlichkeit.

VII. Kritische Bilanz

Von dem ersten Entwurf einer „Bioethikkonvention“ im Jahre 1994 bis zur endgültigen Fassung des „Menschenrechtsübereinkommens zur Biomedizin“ im Jahre 1996 hat das Dokument im Hinblick auf die erarbeiteten Inhalte eine *positive Entwicklung* genommen. Es werden wichtige medizinethische und rechtliche Prinzipien verbind-

lich festgeschrieben, so z. B. der Schutz der Würde und Identität aller menschlichen Lebewesen, die freie Zustimmung des Betroffenen zu medizinischen Interventionen, der Schutz der Privatsphäre und das Recht auf Wissen und Nichtwissen von persönlichen Gesundheitsdaten, das Diskriminierungsverbot einer Person aufgrund ihres genetischen Erbes. Auch sind Organ- und Gewebetransplantationen von lebenden Spendern nur zu therapeutischen Zwecken gestattet, und der menschliche Körper oder Teile davon dürfen in der Biomedizin nicht zu einem finanziellen Gewinn führen.

Ob der Würde des Menschen bei den übrigen Regelungen der Konvention hinreichend Rechnung getragen wird, müssen weitere Diskussionen zeigen. Hierbei ist das Augenmerk in erster Linie auf jene Menschen zu richten, die wegen mangelnder Einsichtsfähigkeit, Behinderung oder sonstiger Gebrechen unserer besonderen Fürsorge bedürfen. Die ethische Problematik der *Embryonenforschung* ist nicht hinreichend gelöst. Wenn, wie ich dies dem Entwurf unterstelle, der *Eingriff in die Keimbahn* ausgeschlossen sein soll, hätte man dies in einer eindeutigen und unmißverständlichen Formulierung auch im Text zum Ausdruck bringen sollen. Der Schutz *nichteinwilligungsfähiger Personen* ist im Vergleich zu vorherigen Fassungen der Konvention verbessert worden. Die fremdnützige Forschung an Nichteinwilligungsfähigen bleibt ein kritischer Punkt. Aus ethischer Sicht scheint sie mir als Ausnahmeregelung unter den eng definierten und strengen Kautelen möglich zu sein; dennoch bleibt ein Rest an Unbehagen. Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer spricht im Hinblick auf solche Forschung sogar von einem ethischen Dilemma¹². Fremdnützige Forschung an Nichteinwilligungsfähigen steht nicht in Übereinstimmung mit der deutschen Gesetzeslage, wonach Dritte für einen nichteinwilligungsfähigen Menschen nur zu Heileingriffen und nicht für fremdnützige Forschung ihre Zustimmung geben dürfen. Die Problematik der *Organentnahme* bei Lebendspendern ist in dem dazu vorgesehenen Protokoll zu präzisieren.

Was die in der Konvention behandelten *Themen* anbelangt, hat man den Eindruck, daß die Auswahl eher willkürlich, zumindest aber unbegründet erfolgt. Man muß zugeben, daß die Konvention wichtige und auch dringliche Themen

behandelt. Aber ebenso bedeutsame Probleme, wie z. B. die Reproduktionsmedizin, der Schwangerschaftsabbruch und die Sterbehilfe, bleiben ausgeklammert. Denkbar wäre es, diese Fragen in Zusatzprotokollen zu behandeln, die den gleichen völkerrechtlichen Status wie die Konvention selbst haben. Allerdings dürfte bei den genannten Fragen die Konsensbildung noch schwieriger sein.

Der inzwischen geänderte *Name* „Bioethikkonvention“ war mißverständlich. Denn ihrer Gattung nach ist die Konvention kein ethisches Dokument, sondern ein *Rechtsdokument*, das allerdings wie jegliches Recht auf ethischen Grundüberzeugungen gründet. Ethische Normen werden vom Gewissen sanktioniert, rechtliche Normen dagegen verlangen eine äußere Sanktion, wie dies die Konvention auch fordert. Als Menschenrechtsdokument hat die Konvention die Aufgabe, den gebotenen rechtlichen Rahmen festzuhalten, nicht aber alles ethisch Relevante und Wünschenswerte zu umschreiben¹³. Die zu diesem rechtlichen Rahmen gehörenden *Mindestnormen* müssen ethisch und rechtlich konsensfähig sein, und schon von daher können sie nicht all das enthalten, was im Rahmen der verschiedenen ethischen und rechtlichen Traditionen, die Europa nun einmal auszeichnen, geboten erscheint und aus unserer Sicht wünschenswert wäre. Was das Verhältnis von Ethik und Recht anbelangt, so ist es auffallend, daß es im angelsächsischen Recht durchaus üblich ist, bei der Entscheidung neuartiger Rechtsfragen unmittelbar auf ethische Prinzipien zurückzugreifen, während dies bei uns nur vermittelt über die ethischen Prinzipien des Grundgesetzes und ihre Ausformulierung durch das Bundesverfassungsgericht möglich ist¹⁴. Wegen der eindeutig rechtlichen Gattung der Konvention hatte bereits die „International Commission of Jurists“ als Titel vorgeschlagen: „Convention on Human Rights on Bio-medicine“. Dieser Titel hat sich sodann mit deutscher Unterstützung im Lenkungsausschuß durchgesetzt. Der *neue Titel* der Konvention lautet jetzt: „Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin – Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin – des Europarats.“

In dem Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin spiegeln sich sowohl Glanz als auch Elend dessen wider, worüber derzeit unter den Mitgliedstaaten Europas in biomedizinischen Fragen ein (rechtli-

12 Vgl. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer „Zum Schutz nichteinwilligungsfähiger Personen in der medizinischen Forschung“, in: Deutsches Ärzteblatt, 94 (1997) 15, B-811 f.

13 Vgl. L. Honnefelder (Anm. 2), S. 44.

14 Vgl. ebd.

cher) Konsens erzielt werden kann¹⁵. Deshalb ist die Konvention – wie die meisten völkerrechtlichen Dokumente – ein „Patchwork“ (L. Honnefelder), ein Gebilde also, das aus gemischten, vielgestaltigen und unterschiedlichen Elementen besteht. Man sollte sie sehen wie andere Menschenrechtsdokumente auch: als Prozeßgröße, als Kristallisationskern eines, wenn auch langsam wachsenden Rechtsbewußtseins.

15 Vgl. ebd.

Für eine große Zahl von Staaten werden durch das Menschenrechtsübereinkommen des Europarates erstmals verbindliche Mindeststandards zum Schutz der Menschenrechte und Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin geschaffen. Im europäischen Maßstab wird durch die Konvention das Schutzniveau erheblich verbessert. Die Konvention gibt auch die Gelegenheit, das deutsche Schutzniveau in Einzelpunkten zu verbessern.

Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen

Eine auf den ersten Blick simple Frage brach nach exakt 50 Jahren mit einem Tabu in Deutschland. Dürfen Ärzte an Demenzkranken forschen? fragten die Psychiater Hanfried Helmchen und Hans Lauter¹. Die Debatte über Forschung an und mit Menschen, die aufgrund ihres Krankheitszustandes nicht mehr in der Lage sind, Experimenten zuzustimmen oder sich ihnen zu widersetzen, bekam damit eine völlig neue Stoßrichtung. Denn erstmals wurde in Deutschland so klar, massiv und offensiv das bis dahin geltende ethische und auch rechtliche Prinzip, diese Forschung abzulehnen, in Frage gestellt. Die bis dahin breit akzeptierte Leitlinie zur Forschung an Menschen war aus dem Nürnberger Kodex hervorgegangen und abgeleitet worden, der selbst wiederum ein Teil der alliierten Rechtsprechung gegen NS-Mediziner nach dem Zusammenbruch der Nazi-Diktatur war.

Der 1946 in Nürnberg begonnene und im August des folgenden Jahres abgeschlossene Prozeß endete nicht nur mit einer juristischen Verurteilung zahlreicher angeklagter Ärzte, die US-Militärrichter verankerten darüber hinaus vor dem Hintergrund der NS-Menschenversuche den sogenannten Nürnberger Kodex in ihrem Urteilsspruch als moralisches Fundament für die Arzt-Patienten-Beziehung im Kontext medizinischer Experimente. Der zentrale Satz des Zehn-Punkte-Kataloges steht gleich am Anfang, klar, eindeutig und ohne Kompromisse: „Die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich.“²

Warum das Buch von Helmchen und Lauter für die Bundesrepublik Deutschland eine derart zentrale und bedeutende Rolle spielt, erklärt sich vor allem aus zwei Punkten, die ein Umfeld bereiteten, in dem dieses Buch erst seine explosive Wirkung entfalten konnte: Einerseits wurden zu dieser Zeit mit der Deklaration der Unesco, der Wissenschafts- und Kulturorganisation der Vereinten Nationen, zum Schutz des menschlichen Erbgutes³

und der Bioethik-Konvention des Europarates⁴ zur biomedizinischen Forschung zwei internationale Dokumente vorbereitet, die eben diese Experimente an Menschen, die nicht mehr in der Lage sind zuzustimmen, unter bestimmten Voraussetzungen legitimieren und erlauben.

Diese Dokumente sind nun andererseits hervorgegangen aus dem enormen Fortschritt und Wissenszuwachs vor allem durch die Gentechnologie und in ihrem Gefolge der Biomedizin. Mit der Gentechnik erwarten sich Wissenschaft und Pharmaforschung, Krankheiten endlich nach einem logischen Prinzip und kausal auf der molekularen Basis erkennen, verstehen und auch therapieren zu können. Die bis dahin unbekannte und zugleich revolutionäre Eingriffstiefe der Gentechnologie in Lebensprozesse sowie ihre Fähigkeit, Erbinformationen über Artgrenzen hinweg austauschen und das Genom in seinem Informationsgehalt manipulieren zu können, haben diese internationalen Vereinbarungen notwendig gemacht.

Gleichzeitig sind die Autoren dieser Dokumente aber überzeugt, daß vor dem Hintergrund dieser enormen Heilsversprechen und -erwartungen der Gentechnologie Forschung an Menschen möglich sein müsse, um wenn nicht den Betroffenen direkt, so doch künftigen Generationen helfen zu können. Und genau um diese Frage ist seit einigen Jahren ein heftiger – und in Deutschland noch lange nicht entschiedener – Streit entbrannt: Inwieweit darf Forschung sich wehrloser Menschen bedienen, um an diesen Experimente im so definierten Gemeinwohlinteresse vorzunehmen, die zudem den Betroffenen selbst nichts nützen und ihnen womöglich Leid und Schmerzen zufügen? Darüber wird die Debatte kontrovers und stark polarisiert geführt.

Die Auseinandersetzung entzündet sich vor allem an der Bioethik-Konvention des Europarates. Vor allem wegen dieser Forschung an sogenannten nichteinwilligungsfähigen Menschen hat die Bundesrepublik Deutschland das völkerrechtlich ver-

1 Vgl. Hanfried Helmchen/Hans Lauter, *Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen?*, Stuttgart–New York 1995.

2 Der Nürnberger Kodex, in: *Medizin und Gewissen*, hrsg. von Stephan Kolb/Horst Seithe/IPPNW, Frankfurt am Main 1998, S. 455.

3 Vgl. Allgemeine Erklärung über das menschliche Genom und Menschenrechte, in: *Im Zeitalter der Biomacht. 25 Jahre Gentechnik – eine kritische Bilanz*, hrsg. von Michael Emmrich, Frankfurt am Main 1999, S. 465 ff.

4 Vgl. Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin (früher: Bioethik-Konvention), in: Michael Emmrich, *Der vermessene Mensch – Aufbruch ins Genzeitalter*, Berlin 1997, S. 121 ff.

bindliche Dokument bisher (noch) nicht unterzeichnet. Die Frage der Forschung an Menschen, ohne daß sie eine Zustimmung gegeben haben, ist zu einem der zentralen Streitpunkte in der aktuellen bioethischen Debatte geworden. Die Bioethik-Konvention des Europarates selbst hat den Anspruch formuliert, verbindliche internationale Mindeststandards für die Forschung und zugleich für den Schutz des einzelnen zu etablieren. Die Konvention sieht aber zugleich eine Klausel vor, wonach jedes Land, das die Konvention unterzeichnet, ein eventuell eigenes höheres Schutzniveau beibehalten darf. Kritiker argumentieren, daß eine international verflochtene Forschung natürlich dorthin tendieren wird, wo sie die für sie geeignetsten Bedingungen vorfinden wird, und einzelne Länder, so sie den Anschluß an die internationale Wissenschaft nicht verlieren wollen, darauf angewiesen sein werden, ihre „Forschungshemmnisse“ an den niedrigen Standard der anderen anzupassen.

Pro-Argumente

Helmchen und Lauter entwickeln ihr Begründungsszenario am Beispiel der psychisch Kranken. Doch die Argumentation darf als idealtypisch gelten, denn sie ist auch auf die anderen großen Gruppen, um die es geht, übertragbar: Alzheimer-Patienten, Schlaganfallkranke, Sterbende und Kinder. Helmchen konstatiert einen „dringenden Bedarf“ dieser Forschung an Nichteinwilligungsfähigen. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist dabei zuerst eine quantitative Beschreibung der Demenzerkrankungen: Danach sind derzeit rund fünf Prozent der Menschen im Alter von mehr als 65 Jahren von einer mittleren oder schweren Demenz betroffen, mit zunehmendem Alter steigt der Anteil exponentiell an.

Um die Situation sowohl für die Kranken selbst als auch deren Umfeld zu verbessern – zum Beispiel werden 80 Prozent der Alzheimer-Patienten in der Familie betreut –, ist nach Helmchen und Lauter eine intensive Erforschung der Demenzerkrankung notwendig. Helmchen sieht in diesem Zusammenhang aber zugleich ein „gravierendes medizin-ethisches Grundproblem“. Da es weder adäquate Tiermodelle gebe und die Forschung an gesunden und einwilligungsfähigen Menschen nicht weiterführe, bliebe nur die Orientierung am Kranken.

Eine argumentative Unterstützung erhielten Helmchen und Lauter vom Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Recht in Freiburg, Albin Eser. Ein Verzicht auf diese Forschung, unterstreicht er, bedeute zugleich, daß es für bestimmte Patientengruppen damit keine Aussicht auf Besserung ihres Leidens geben werde. Und Eser fährt fort: „Was uns nicht weniger beunruhigen sollte, ist das ichbezogene Menschenbild, mit dem Nutzen für andere abgewertet und der Eigennutz zum Primat erhoben wird: So sehr der Mensch zuallererst ‚Individuum‘ ist, so ist er horizontal zugleich ‚Mitmensch‘ und zudem vertikal zugleich ‚Mitglied‘ in einer Generationenkette. Was wären wir ohne die – gewiß nicht immer freiwilligen – Opfer unserer Vorfahren? Und was dürfen unsere Nachfahren erwarten, wenn wir unsererseits nicht zu ähnlichen Opfern bereit sind?“⁵

Wofür diese Opfer gedacht sind, zeigt ein internes Argumentationspapier aus dem Bundesgesundheitsministerium. Die Liste ist noch unter der Amtsführung von Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) entstanden und diente dazu, die in der Bioethik-Konvention zugelassenen Forschungen für die skeptische deutsche Öffentlichkeit inhaltlich abzustützen und zu begründen. Einen breiten Raum nimmt darin die Gruppe der Kinder ein. Die Aufzählung hat den Zweck, anhand von Beispielen die Notwendigkeit der fremdnützigen Forschung zu erläutern. Einige Auszüge:

„Bei frühgeborenen Kindern ist es oft erforderlich, Sauerstoff zu verabreichen, weil die unfertigen Lungen sich nur in unzureichendem Maße entfalten können. Zu wenig Sauerstoff kann zu Gehirnschäden führen, zu viel Sauerstoff führt zu Blindheit. Um die normalen Sauerstoffwerte im Blut feststellen zu können, untersucht man Blutproben von gesunden Neugeborenen ohne Atmungsprobleme. Diese haben keinen individuellen Nutzen von der Forschung.“⁶ Es folgt ein Beispiel zur Leukämie-Forschung: „Hinter jedem therapeutischen Erfolg der Kinder-Onkologie steht jahrelange Grundlagenforschung, zu der auch Blutproben von Gesunden unerlässlich sind, wobei man selbstverständlich von Befunden bei Erwachsenen nicht so einfach auf die Situation bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen, Kleinkindern und älteren Kindern schließen kann. Um die Krankheitsursachen zu erforschen, müssen diagnostische Untersuchungen an Kindern mit Leukämie durch-

5 Albin Eser, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 19. November 1996.

6 Argumentationspapier aus dem Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1996.

geführt werden, auch wenn die Resultate dieser Studien nicht mehr mit Sicherheit den betroffenen Kindern werden helfen können. Jedoch werden heute über Dreiviertel der Leukämien bei Kindern aufbauend auf solchen Untersuchungen der Krankheitsursachenforschung geheilt.“⁷

Das Argumentationspapier nennt aber noch drei weitere Beispiele, die das breite Spektrum der vom Ministerium so gesehenen Forschungsnotwendigkeit dokumentieren sollen:

„Infektionen mit unbekanntem Erreger: Die im vergangenen Jahr aufgetretene Infektion mit dem Ebola-Virus hat gezeigt, daß u. a. bei sehr akut und epidemiologisch bedrohlich verlaufenden Krankheiten Krankheitsursachenforschung unabdingbar ist. Bei dieser Infektionskrankheit stand man zunächst – bevor die Ätiologie (Krankheitsursache, M.E.) geklärt wurde – medizinisch vor einem völligen Rätsel. Es wäre unethisch zu behaupten, daß die Forschungsanstrengungen, die zur Aufklärung der Ursache führten, einen direkten Nutzen für die (z.T. aufgrund des foudroyanten Verlaufs der Infektion) im Finalstadium Befindlichen (d. h. i. d. R. nichteinwilligungsfähigen Menschen) hätten erbringen können.“⁸

„Intensivmedizin: Intensivpatienten sind in ihren Vitalfunktionen konstant gefährdet. Die Atmung wird künstlich durch ein Beatmungsgerät unterstützt. Die Herz-Kreislauf-Funktion wird kontrolliert und ggf. subtil variiert. Ähnliches gilt für Temperatur, Stoffwechsel, Ausscheidungen und anderes. Derartige Patienten sind nicht-einwilligungsfähig. Sie sind häufig mehr oder weniger sediert. Bei solchen Patienten wird und muß ohne Frage medizinische Forschung – z. B. eine gezielte Auswertung der Vitalfunktionen in Abhängigkeit vom therapeutischen Vorgehen – durchgeführt werden, um Verbesserungen der intensivmedizinischen Versorgung zu erreichen.“⁹

„Schlaganfall: Patienten, die akut einen Schlaganfall erleiden, sind in der ersten Phase der Krankheit zumeist nicht ansprechbar, d. h. nichtinformiert einwilligungsfähig. Trotzdem muß an diesen Patienten in dieser frühen Phase Forschung (Prognose und Verlauf) erfolgen, um in einem zweiten Schritt therapeutische Konzepte entwickeln zu können. Zur Prognose und Verlaufsforschung gehört, daß Patientendaten, d. h. der neurologische Befund (Sensorik, Motorik, Ansprechbarkeit), internistische Parameter (Kreislaufstatus, Blut-

werte) und der radiologische Befund (Ultraschall/Doppler, CT [Computertomographie, M.E.], NMR [Kernspinresonanz, M.E.], Kontrastuntersuchungen) vorgenommen und systematisch evaluiert werden. Diese Untersuchungen gehen, obwohl die gleichen Untersuchungsmethoden angewendet werden (!) über die normale Behandlung hinaus und sind somit medizinische Forschung, welche u. a. wie alle beschriebenen Beispiele erst nach Einwilligung des gesetzlichen Vertreters und nach Zustimmung eines Ethikkomitees erfolgen darf.“¹⁰

Zustimmung findet diese Haltung auch bei der Bundesärztekammer (BÄK). Der Medizin-Professor und Mitglied der deutschen Delegation im Bioethik-Komitee des Europarates, das die Konvention ausgearbeitet hat, Elmar Doppelfeld, präzierte 1997 bei einer Veranstaltung der BÄK seine Position und kommt zu dem Ergebnis: „Persönlich möchte ich keinen Zweifel an meiner Auffassung lassen, daß medizinische Forschung an Nichteinwilligungsfähigen unverzichtbar ist. Es gilt, unter Beachtung bestehender Gesetze für diesen besonders sensiblen Bereich der medizinischen Forschung Bedingungen zu formulieren, die die Würde und Unversehrtheit des Menschen wahren.“¹¹

Der Bonner Philosoph Ludger Honnefelder ist in Deutschland zu einer der Schlüsselfiguren in der Debatte über die Forschung an Nichteinwilligungsfähigen geworden. Er ist zugleich Mitglied im Bioethik-Komitee des Europarates und Vorsitzender einer noch von Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer berufenen Ethik-Beratergruppe beim Bundesgesundheitsministerium. Honnefelder hat sich von Anfang an als Befürworter der Konvention und damit auch der Erlaubnis der Versuche an Nichteinwilligungsfähigen profiliert. Er verteidigt bei einer Veranstaltung der deutschen Forschungsgemeinschaft 1996 den – damals noch nicht endgültigen – Entwurf der Bioethik-Konvention: „Aus diesem Grund formuliert Artikel 17,2 dann die vieldiskutierte Ausnahmeregelung, die über die Helsinki-Deklaration (des Weltärztebundes, d.V.) und das deutsche Recht hinausgeht: Gemeint sind Untersuchungen an einwilligungsunfähigen Personen, die nicht deren eigenem Nutzen dienen, ohne die aber die Ursachen von Krankheiten nicht erforscht werden können, an denen ausschließlich Personen leiden, die die erforderliche Zustim-

7 Ebd.

8 Ebd.

9 Ebd.

10 Ebd.

11 Elmar Doppelfeld, Redemanuskript zum Vortrag beim Presseseminar „Anfang und Ende des menschlichen Lebens“ am 13. März 1997 in Köln.

mung nach Aufklärung nicht geben können – sei es auf Grund ihres Alters oder ihres physischen oder psychischen Zustandes –, also Minderjährige, Bewußtlose, geistig Schwerstbehinderte oder hochgradig altersdemente Personen. ... Wie soll ... ein Impfmittel für Kinder entwickelt werden, wenn nach Labor und Tierversuch nicht bei Kindern selbst geprüft wird, ob sich Antikörper bilden – ein Verfahren, das ohne Risiko ist, aber für das untersuchte Kind noch keinen individuellen Nutzen hat. Ähnliche Beispiele ließen sich für Untersuchungen an Patienten mit akuten oder chronischen Hirnschädigungen anführen. ... Der Grundgedanke (des Konventionentwurfs, d.V.) ist der, daß der nichteinwilligungsfähige Mensch in die soziale Gemeinschaft eingebunden ist, zu ihr beiträgt, ihre Ressourcen in Anspruch nimmt und vor allem den Mitmenschen in Solidarität verbunden ist, die an der gleichen Krankheit oder Störung leiden oder sich in der gleichen Situation befinden wie er und daß es diese Person nicht in ihrem Kern und damit nicht in ihrer Menschenwürde berührt, wenn ihr mit Einwilligung ihres Vertreters und unter weiteren Voraussetzungen minimale Risiken und Belastungen zugemutet werden, wie sie mit einer Messung, einem Speichelanstrich, einer Urinprobe oder der Nutzung einer im Rahmen der Krankenversorgung vorgenommenen Blutentnahme verbunden sind.¹²

Die Rechtslage

Das deutsche Recht kennt nur eine Ausnahmebestimmung, die die Forschung an Menschen ohne deren Einwilligung zuläßt, wenn es um Experimente und Untersuchungen geht, die nicht dem Nutzen der Betroffenen dienen. Sie findet sich im Arzneimittelgesetz und bezieht sich alleine auf Minderjährige. In einem Interview hat sich Hanfried Helmchen mit der aktuellen deutschen Rechtsprechung und Gesetzeslage auseinandergesetzt und vor diesem Hintergrund eine Rechtsänderung gefordert: Prinzipiell sieht das deutsche Gesetz vor, daß eine sogenannte Behandlungs- oder Therapieforschung erlaubt ist, auch wenn der Patient nicht zustimmt oder zustimmen kann. Dahinter verbirgt sich eine Forschung, die am direkten Nutzen für den konkreten einzelnen Patienten ausgerichtet sein muß. Aber schon diese

Therapieforschung sieht Hanfried Helmchen als in der Praxis schwer behindert, wenn nicht sogar als unmöglich an. Außerdem seien die Interpretationen der deutschen Bestimmungen nicht ganz klar. Helmchen erläutert deshalb: „Die Behandlungsforschung nun ist bei diesen nicht einwilligungsfähigen Kranken zwar nach dem Arzneimittelgesetz in Deutschland theoretisch möglich, aber praktisch eben kaum: weil sie nur zulässig ist, wenn ein Betreuer anstelle des Patienten einwilligt. Eine Betreuung besteht aber meist nicht. Die Einrichtung einer Betreuung nur zum Zwecke einer Forschungsbehandlung stößt jedoch auf Zweifel. Aber selbst wenn man sie über einen Eilantrag ans Gericht beantragt, geht dies oft nicht so schnell, wie dies im Rahmen akuter Therapieerfordernisse notwendig ist. Das Gesetz gibt sogar die Möglichkeit, eine akut notwendige Forschungsbehandlung ohne Einwilligung des Betreuers durchzuführen, wenn davon auszugehen ist, daß der Betreuer diese Einwilligung nachreichen wird. Wenn aber kein Betreuer da ist, ist es rechtlich fraglich, ob man so verfahren darf.“¹³

Helmchen gibt als Motiv seines Einsatzes für die Erlaubnis der Forschung an Nichteinwilligungsfähigen an, das Los zukünftiger kranker Menschen bessern zu wollen: „Ethisch und rechtlich ist dies fraglos zulässig, wenn ein einwilligungsfähiger Patient nach entsprechender Aufklärung in Forschung, therapeutische wie nichttherapeutische Forschung, einwilligt und die notwendigen Voraussetzungen und Kontrollen, also etwa Stellungnahme einer Ethikkommission, Begrenzung von Risiken usw., gegeben sind. Auch bei nichteinwilligungsfähigen Kranken ist dies rechtlich und ethisch zulässig im Falle therapeutischer Forschung, also Forschung mit unmittelbarem potentiellen Nutzen für den in die Forschung einbezogenen Kranken selbst, allerdings nur unter sehr viel stärkeren Kontrollen und Vorkehrungen zum Schutz des Patienten. Nichttherapeutische, also auf Erkennung und Entstehungsbedingungen der Krankheit gerichtete Forschung mit nichteinwilligungsfähigen Kranken ist hingegen in Deutschland rechtlich nicht zulässig, erscheint aber in genau definierten und kontrollierten Ausnahmefällen ethisch dann vertretbar, wenn ein potentieller Nutzen für den Patienten zu erwarten ist.“¹⁴ Helmchen beklagt zugleich, daß viele Menschen, die zu dem Zeitpunkt, wo sie noch einwilligungsfähig sind, auch an solchen Forschungsfragen teilnehmen wollten, dies aber später nicht dürften. Es

12 Ludger Honnefelder, Vortrag „Bioethik im Streit“ bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft am 11. September 1996 in Bonn.

13 Hanfried Helmchen, Hier ist ein dringender Bedarf, in: Frankfurter Rundschau vom 23. Februar 1996.

14 Ebd.

gehe nicht nur darum, Menschen vor dem Zugriff der Wissenschaft zu schützen und ihre Würde zu bewahren; auf der anderen Seite müsse es auch möglich sein, Patienten einen Beitrag zum Gemeinwesen leisten und beitragen zu lassen, was ebenfalls ihrem Würdebegriff entsprechen könne. Einen Aufopferungsanspruch für andere, betont Hanfried Helmchen, gebe es in unserer Gesellschaft zum Glück nicht, „aber für viele der zur Teilnahme an Forschung bereiten Patienten spielen doch auch Erwägungen der Solidarität mit anderen Kranken eine Rolle. Und warum sollten diese Erwägungen keine Bedeutung mehr haben, wenn der Kranke einwilligungsunfähig wird? Darüber sollte jeder für sich nachdenken und entscheiden, in gesunden Tagen und solange er kann.“¹⁵

Helmchen plädiert als Folge seiner Überlegungen in dem mit Lauter verfaßten Buch für eine Änderung des deutschen Rechts: „Zum einen haben wir eine Modifikation des Arzneimittelgesetzes vorgeschlagen, um auch Diagnostikforschung mit möglichem unmittelbarem Nutzen für den einzelnen Kranken in gleicher Weise für Erwachsene zu ermöglichen, wie dies bei Minderjährigen zulässig ist. Zum anderen sollte Krankheitsursachenforschung auch ohne unmittelbaren, aber potentiell zumindest mittelbaren individuellen Nutzen bei nichteinwilligungsfähigen Patienten als Ausnahme unter gesetzlich definierten Kriterien zulässig sein ... Ausgeschlossen bleiben muß eine ausschließlich fremdnützige Forschung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten.“¹⁶ Damit hat der Autor im Prinzip das formuliert, was die Bioethik-Konvention des Europarates in ihren Paragraphen niederlegt. Auch sie bedient sich schließlich in ihrer Endfassung der Konstruktion des zumindest potentiellen Nutzens für nichteinwilligungsfähige Patienten. In früheren Fassungen der Konvention war von den nun festgelegten Schutzkriterien für die Betroffenen und dem Voraussetzungskatalog dagegen noch kaum die Rede. Erst die Proteste vor allem der deutschen Öffentlichkeit haben dann über die deutschen Teilnehmer an der Konventionsarbeit zu den massiven Verbesserungen geführt, die Kritikern allerdings immer noch nicht weit genug gehen. Denn diese halten insbesondere den Begriff des potentiellen Nutzens für eine Gummiformulierung, die letztlich jede Art von Forschung ermöglichen und sanktionieren werde.

Die Bioethik-Konvention befaßt sich hauptsächlich in den Artikeln 16 und 17 mit der Forschung an Menschen. Während sich Artikel 16 mit den

Einwilligungsfähigen befaßt, ist die darauffolgende Bestimmung an die nichteinwilligungsfähigen Patienten adressiert. Dort heißt es: Forschung an einer nichteinwilligungsfähigen Person soll nur dann zulässig sein, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: Die Ergebnisse sind „potentiell für die Gesundheit des Betroffenen von wirklichem und unmittelbarem Nutzen“¹⁷, die Experimente können nicht an Einwilligungsfähigen vorgenommen werden, „der Betroffene widerspricht nicht“¹⁸, die Forschung hat zum Ziel, „durch eine spürbare Verbesserung des wissenschaftlichen Verständnisses für den Zustand, die Krankheit oder die Störung der Person beizutragen, letztlich Ergebnisse zu erreichen, die geeignet sind, dem Betroffenen oder anderen Personen, die sich in der gleichen Altersstufe befinden oder die an der gleichen Krankheit oder Störung leiden oder sich in dem gleichen Zustand befinden, zu nutzen“¹⁹. Schließlich wird noch festgelegt, daß die Forschung für den Betroffenen nur mit „einem minimalen Risiko und einer minimalen Belastung“²⁰ einhergehen darf.

Kontra-Argumente

Die Kritiker der Bioethik-Konvention, deren zentrale Einwände sich gegen die fremdnützige Forschung richten, werden vor allem durch die Internationale Initiative gegen die Bioethik-Konvention repräsentiert. Diese Organisation hat in der Bundesrepublik mittlerweile mehr als zwei Millionen Unterschriften gegen das Papier gesammelt und ist damit zu einer mächtigen Bürgerbewegung geworden.

Ihre Kritik beginnt schon weit vor dem eigentlichen Wortlaut zur Forschung an nichteinwilligungsfähigen Personen. Die Konvention selbst ist in ihren Augen schon ein Konstruktionsfehler und demokratisch zweifelhaft legitimiert. Denn die Parlamentarische Versammlung des Europarates ist kein klassisches Parlament und besteht nicht aus frei und direkt gewählten Abgeordneten. Vielmehr werden nach einem bestimmten Proporzsystem Abgeordnete aus den nationalen Parlamenten der mehr als 40 Mitgliedsstaaten nach Straßburg entsandt. Der Europarat ist deshalb nicht mit der Europäischen Union und seinem

15 Ebd.
16 Ebd.

17 Bioethik-Konvention, in: M. Emmrich (Anm. 4).
18 Ebd.
19 Ebd.
20 Ebd.

direkt und frei gewählten Europaparlament zu verwechseln. Hinzu kommt schließlich noch, daß das Ministerkomitee des Europarates, in dem die Regierungen der Mitgliedsstaaten vertreten sind, nicht an Weisungen, Empfehlungen und Abstimmungen der Parlamentarischen Versammlung gebunden ist.

Bei der Bioethik-Konvention zum Beispiel hatte die Parlamentarische Versammlung dafür votiert, fremdnützige Forschung an Nichteinwilligungsfähigen zu verbieten, und das Ministerkomitee aufgefordert, die Konvention entsprechend zu verändern. Das Ministerkomitee setzte sich allerdings darüber hinweg und mißachtete die Wünsche der Versammlung. Kritiker halten deshalb die Legitimationsgrundlage, auf der die Konvention entstanden ist und die für 750 Millionen Menschen verbindlich werden soll, für demokratisch äußerst fragwürdig. Zugleich hat die Konvention in den Augen ihrer Gegner schon von Anfang an einen gefährlichen Fallstrick eingebaut, weil sie keinen wirklichen Adressaten kennt. Denn die Teilnehmerstaaten konnten sich nicht darauf einigen, was ein Mensch sei. So mußte der Generalsekretär des Bioethik-Komitees (CDBI) des Europarates, Carlos de Sola Llera, schon früh bekennen: „Der Text definiert nicht die Begriffe ‚menschliches Wesen‘ oder ‚Person‘. Weil es keinen Konsens über diese Begriffe gibt, wird die Definition den verschiedenen nationalen Gesetzgebungen überlassen. Dies muß jedoch nicht die Versuche verhindern, nach Übereinkünften im Rahmen des grundsätzlichen Teils der Konvention oder der Protokolle über die Regeln, nach denen das menschliche Wesen im weitesten Sinne des Verständnisses zu schützen ist, zu suchen.“²¹

Dies hat erhebliche inhaltliche Konsequenzen. Denn das Papier findet keine einheitliche Terminologie, es changiert zwischen verschiedenen Begrifflichkeiten. Ist in Artikel 1 noch von der „Identität aller Menschen“ die Rede, tauchen in Artikel 5 lediglich noch „Betroffene“ auf. Ein erneuter Perspektivwechsel ist dann nur eine Bestimmung weiter zu verzeichnen: Nun sind die Adressaten der Konvention alleine „Personen“. Die Segmentierung von Menschengruppen und die damit offenkundig verbundene Zuordnung verschiedener Rechtehierarchien wird immer deutlicher. Dies hat entscheidende Auswirkungen auf den Umgang mit nichteinwilligungsfähigen Menschen. Dann dahinter steckt die bioethisch-philosophische

Debatte um das Person- oder Menschsein.

Nach der utilitaristischen Theorie sind Personen nur diejenigen, die einen Selbstbezug haben, Bewußtsein besitzen, kommunikationsfähig sind und ihre Interessen artikulieren können. Wenn diese Eigenschaften entfallen, sind sie zwar weiter Menschen, aber nicht mehr mit allen Rechten ausgestattet, die Personen zustehen. So taucht in der Konvention der Begriff der Menschenrechte an keiner einzigen Stelle mehr auf, er ist lediglich noch in der Überschrift enthalten und damit allenfalls noch schmückendes und täuschendes Beiwerk, befinden die Kritiker. Im Text wird dann vor allem von Interessen gesprochen, was bei den Gegnern den Verdacht nährt, daß sich die Konvention auf die Seite des Utilitarismus geschlagen habe. Danach kommen nur noch die Patienten in den Genuß voller Schutzrechte, die ihre Interessen artikulieren können. Komatöse, Embryonen, Demente und Schwerstbehinderte sind dagegen für eine gesellschaftliche Verwertung freigegeben. Dies korrespondiert dann für die Kritiker exakt mit jenem Artikel, der die Interessen des einzelnen gegen die der Gesellschaft und der Wissenschaft abwägt. Lediglich die „alleinigen“ Interessen der Gesellschaft reichten danach nicht aus, um die des einzelnen zu dominieren. Würden jedoch weitere Gründe angeführt, stehe das Individuum dann endgültig auf der Verliererseite.

Das Komitee für Grundrechte und Demokratie erkennt darin die Spaltung der Menschenrechte und die Verabschiedung vom kontinentaleuropäischen Ideal der Ethik der Würde, vom Kantschen Kategorischen Imperativ, der die zentraleuropäische Kultur entscheidend mitgeprägt hat. An dessen Stelle setze die Bioethik-Konvention ein lediglich eindimensionales und funktionelles Menschenbild. Sie verabschiede sich von einem einheitlichen und umfassenden Menschenbild und leiste so der Instrumentalisierung von Menschen durch Wissenschaft und Technik Vorschub. Schließlich sei die Konvention vorrangig technokratisch angelegt und konzipiert, von Pflege, Sorge, Zuwendung und Betreuung sei in ihr kein Wort zu finden. Das Grundrechte-Komitee fällt deshalb ein vernichtendes Urteil: „Die geneigten Leser des Übereinkommens werden radikal enttäuscht. Dieses entspricht in keiner Hinsicht vernünftigen Erwartungen. Das Übereinkommen zeichnet sich vielmehr durch eine ganze Sequenz von Listen und Tücken aus, die alle nur einem Interesse dienen: Macht, humangenetisch gruppierte Interessen, was ihr wollt, was ihr könnt. Allein dem verschieden motivierten Machbar-

21 Redemanuskript von Carlos de Sola Llera beim Robert-Schumann-Symposium, Universität Bonn, am 4. Mai 1994.

keitswahn wird gehuldt. Die Listen und Tücken dienen dem Verkauf dieses Übereinkommens ... Die erste List besteht darin, alle möglichen podest-hohen Menschenrechtserklärungen nachdrücklich zu erwähnen, daraus jedoch nicht die Bohne einer Konsequenz zu ziehen.²²

Zur Forschung an nichteinwilligungsfähigen Patienten erklärt das Komitee knapp: „Dieser Artikel hebt das Prinzip des Nürnberger Kodexes auf, der in Reaktion auf Menschenversuche während der nationalsozialistischen Herrschaft bestimmt hatte, daß nie wieder Versuche am Menschen ohne dessen freiwillige und informierte Zustimmung vorgenommen werden dürfen. Er erlaubt Menschenversuche an sogenannten Nicht-Einwilligungsfähigen sogar dann, wenn klar ist, daß die Versuche diesen selbst nicht nützen werden. Menschen dürfen zum bloßen Objekt der Forschung gemacht werden, wenn die Forschung das Ziel hat, wissenschaftliches Verständnis zu verbessern. Welcher Forscher würde das nicht von sich selbst behaupten. Die Frage, ob dieses Ziel mit dem jeweiligen Versuch überhaupt erreicht werden könne, ist bedeutungslos. Die einzige einigermaßen greifbare Einschränkung besteht darin, daß verlangt wird, die Forschung dürfe nur mit minimalem Risiko und minimalen Belastungen für die Betroffenen einhergehen. Nach allen bisherigen Erfahrungen muß angenommen werden, daß der nächste Schritt eine Änderung des Übereinkommens sein wird, in welcher diese Bestimmung gelockert wird.“²³

Zur Bioethik und zur Forschung an Menschen hat auch der Arbeitskreis zur Erforschung der ‚Euthanasie‘-Geschichte ein Papier vorgelegt. Darin kommt er zu der Einschätzung: „Für die große Gruppe der nichteinwilligungsfähigen Menschen mit geistigen Behinderungen, psychischen Krankheiten, Altersgebrechlichkeiten, Hirnerkrankungen oder vorübergehendem oder längerem Wachkoma soll die menschenrechtliche Garantie der Unverletzlichkeit der Person aufgehoben und durch ein Sonderrecht ersetzt werden.“²⁴ Der Arbeitskreis beharrt dabei weiter auf dem Nürnberger Kodex als verpflichtender Leitlinie für den Umgang mit Patienten. Denn dem Kodex zufolge stehe der Mensch mit seinen individuellen und garantierten Grundrechten im Mittelpunkt der Medizin, „nicht der wissenschaftliche Fortschritt

und nicht der Nutzen der Gesellschaft“²⁵. Basis einer humanen Medizin müsse deshalb die freiwillige Einwilligung nach umfassender Information sein. Auf diese Einwilligung könne nicht verzichtet und sie dürfe auch nicht ersetzt werden.

Versuche, den Nürnberger Kodex zu revidieren und ihn an Forschungsbedürfnisse anzupassen, seien immer wieder vorgenommen worden und zahlreich. Die Grafenecker Erklärung sieht in der Erklärung des Weltärztebundes von Helsinki dagegen eine Präzisierung des Kodexes, der sie sich anschließe. Danach sei klar: „Medizinische Untersuchungen, die einen Nutzen für den Betroffenen haben, sind Heilversuche und können bei nichteinwilligungsfähigen Personen ersatzweise durch die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters legitimiert werden.“²⁶ Die Grafenecker Erklärung erteilt den bioethischen Abwägungen zwischen individuellen Menschenrechten und dem Recht auf Forschung eine eindeutige Absage. Auch etwaige Kollektiv-Verpflichtungen weist sie zurück, denn Solidarität mit anderen Patienten und kommenden Generationen sei nur durch eine freiwillige Zustimmung des einzelnen zu erreichen, nicht aber durch Zwangsverpflichtungen und gesetzliche Erzwingungen. Den Ausführungen der Bioethik-Konvention stellt die Erklärung deshalb eine Formulierung von Jay Katz entgegen: „Bei Forschungen an Menschen dürfen die Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft niemals über den Erwägungen des Wohlbefindens des Einzelnen stehen, so wie er sie nach vollständiger Information durch den Arzt trifft und aufgrund derer beide zusammen eine bewußte und aufgeklärte Entscheidung fällen.“²⁷

Eine rechtliche Abstützung erfährt diese Position schließlich durch ein Gutachten der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages. Robert Antretter, der Sprecher der deutschen Sozialdemokraten in der Parlamentarischen Versammlung des Europarates und entschiedener Kritiker der Bioethik-Konvention, hatte den Auftrag dazu gegeben. Dort kommen die Juristen zu einem anderen Schluß als das damals noch von Edzard Schmidt-Jortzig (FDP) geleitete Bundesjustizministerium. Im Gutachten heißt es: „Problematisch ist dagegen, daß auch nach dem neuesten Konventionentwurf unter bestimmten Einschränkungen, nicht-therapeutische Eingriffe an einwilligungsunfähigen Personen zugelassen werden, die diesen

22 Die Menschenrechte werden gespalten, die Menschen werden sortiert. Ein Memorandum, hrsg. vom Komitee für Grundrechte und Demokratie, Köln 1997, S. 10 f.

23 Ebd., S. 27.

24 Grafenecker Erklärung zur Bioethik des Arbeitskreises zur Erforschung der ‚Euthanasie‘-Geschichte, Juni 1996.

25 Ebd.

26 Ebd.

27 Jay Katz, *The Nazi-Doctors and the Nuremberg Code*, 1992, S. 232.

nicht unmittelbar zugute kommen.²⁸ Anschließend referiert das Gutachten die Position des Bundesjustizministeriums und darauffolgend die Einwände der Kritiker. Diese Einwände aufnehmend, kommt es zu dem Ergebnis: „Dieser Auffassung ist zuzustimmen, da andernfalls die Gefahr besteht, daß einwilligungsunfähige Personen zum austauschbaren Objekt medizinischer Forschung werden und damit eine Verletzung des aus der Menschenwürde folgenden Prinzips auf freie Selbstbestimmung vorliegt. Um dies zu vermeiden, gilt nach deutschem Recht grundsätzlich ein Verbot des Forschungseingriffs bei Einwilligungsunfähigen.“²⁹

Der Gießener Staats- und Verwaltungsrechtler Wolfram Höfling schlägt in dieselbe Kerbe. Bei seiner Betrachtung der Bioethik-Konvention weist er den Bestimmungen zur Forschung an Nichteinwilligungsfähigen aus rechtlicher Sicht eine besondere Brisanz zu. Er führt aus: „Auch in Deutschland, wo die Problematik im wesentlichen in den Paragraphen 40, 41 Arzneimittelgesetz (AMG) geregelt wird, gewinnen die Stimmen an Gewicht, die eine Lockerung der restriktiven gesetzlichen Vorgaben befürworten. Dies betrifft namentlich die umstrittene Frage nach der Zulässigkeit der Forschung mit beziehungsweise an Demenzkranken. Hier mahnen indes die bitteren Lehren der deutschen Geschichte zu höchster Vorsicht ... Es spricht zur Zeit viel dafür, dort, wo es bei Demenzkranken wegen Einwilligungsunfähigkeit an einem Informed Consent fehlt, die Möglichkeit zu medizinischen Eingriffen grundsätzlich auf den subjektiv indizierten Heilversuch zu beschränken. Humanexperimente sollten – der deutschen Rechtslage entsprechend – nicht zugelassen werden. Näherer und differenzierterer Überlegungen bedarf allerdings, ob für diagnostische Versuche, wie sie etwa zur Erforschung der Alzheimer-Demenz gefordert werden, etwas anderes gelten kann.“³⁰

Der Gütersloher Psychiater und Historiker Klaus Dörner geht noch einmal auf das Buch von Helmchen und Lauter ein, „daß ich für gefährlich halte, weil die ihm zugrunde liegende Haltung – trotz der zweifellos lauterer Absichten der Autoren – zum unreflektierten Denken der Mediziner der Vor-Nazi-Zeit zurückkehrt, als habe es die NS-Medizin

und ihre Lehren nie gegeben“³¹. Wie für viele andere Kritiker bleibt auch für Dörner die „normative Härte“³² des Nürnberger Kodexes Bezugspunkt, an der sich die Mediziner reiben müßten. Dörner fährt dann fort: „Die medizinische Forschung wird dann leichter akzeptieren können, daß das Verbot der Forschung an Menschen unter geschlossenen Bedingungen, also an Menschen, denen ihre Freiheit genommen ist, eine kostbare Errungenschaft unseres Rechtsstaates ist, die es zu schützen gilt, selbst wenn einzelnen Menschen deshalb Vorteile vorenthalten werden ... Sie wird akzeptieren, daß die ‚Forschungsbetreuung‘, also die Ermächtigung des Betreuers, stellvertretend für den nichteinwilligungsfähigen Dementen seiner Beforschung zuzustimmen, vielleicht in einer idealen Gesellschaft kein Problem wäre, in unserer Gesellschaft und in unserer Verfassung jedoch ein Unding wäre, da er im Fall des Fehlens eines potentiell individuellen Nutzens nicht mehr nur die Interessen des Betreuten, sondern auch die Interessen der Allgemeinheit auszubalancieren hätte, womit ebenfalls eine kostbare Errungenschaft unseres Rechtsstaates in Gefahr geriete.“³³ Dörner weist zugleich auch auf die Fragwürdigkeit des Forschungsoptimismus hin, der hinter diesen Begehrlichkeiten steckt. Denn die Erfahrung habe gezeigt, daß von den Heilsversprechen der Medizin in der Realität meist nur sehr wenig übriggeblieben sei.

Die Debatte um nichteinwilligungsfähige Menschen hat aber auch noch eine andere Dimension. Denn solchen Gruppen darf laut Konvention auch ohne ihre Zustimmung regenerierbares Gewebe entnommen, wodurch diese Menschen zu unfreiwilligen Organspendern gemacht werden. Dabei sind die einzelnen Artikel und Erläuterungen wiederum sprachlich nicht sauber ausformuliert und eröffnen verschiedenen Interpretationen Tür und Tor: So findet sich im entsprechenden Artikel 20 ein entscheidender Widerspruch. Während im Text alleine von regenerierbarem Gewebe, in erster Linie also Knochenmark, die Rede ist und der Geltungsbereich somit darauf eingeschränkt wird, taucht in der Überschrift der Begriff „Organentnahme“ auf. Heißt dies nun, daß Nichteinwilligungsfähigen auch ein Stück der Leber oder sogar eine Niere entnommen werden darf?

28 Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Zur Vereinbarkeit des Menschenrechtsübereinkommens zur Biomedizin des Europarates vom 6. Juni 1996 (früher: Bioethik-Konvention) mit den Grundrechten, 7. November 1996, Bonn, Reg.-Nr. WF III-155/96.

29 Ebd.

30 Wolfram Höfling, Menschenrechte und Biomedizin, in: Universitas, 51 (1996) 603, S. 854 ff.

31 Klaus Dörner, Kritische Position, in: Am Beispiel Demenz und Schlaganfall: Forschung mit einwilligungsunfähigen Patienten, Anhörung der Hirnliga e.V. und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. am 27. November 1995 in Bonn, Schriftenreihe der Hirnliga e.V., Band 2.

32 Ebd.

33 Ebd.

Wohin die Konvention zielt und welche Absicht mit ihr verfolgt wird, macht aber das Kleingedruckte in einem anderen Papier deutlicher, nämlich der Erläuterungsbericht zur Konvention. Dort heißt es unverblümt: „Wenn zur Zeit hauptsächlich noch die Transplantation von Knochenmark unter Geschwistern die Bedingungen dieses Artikels erfüllt, so wird mit der Formulierung ‚regenerierbares Gewebe‘ den rasanten Entwicklungen auf dem Transplantationssektor Rechnung getragen.“³⁴ Mit diesem Hinweis auf den gesellschaftlichen Fortschritt, wenden Kritiker ein, ist ein Instrument geschaffen worden, künftig die Entnahme von Organen und Gewebe beliebig auszuweiten. Zugleich ist die Bedingung eines minimalen Risikos, das für die betroffenen Menschen noch bei der Forschung mit Nichteinwilligungsfähigen gelten soll, hier schon entschärft worden. Denn den unfreiwilligen Gewebe- und Organ Spendern darf in diesen Fällen ausdrücklich ein höheres, ein sogenanntes „vertretbares“ Risiko zugemutet werden.

Was die Bioethik-Konvention in ihrer Tendenz will, unterstreichen die Kritikergruppen. Sie haben es aber nicht so deutlich dargelegt wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG). Ihre Aussage, verknüpft mit der Bioethik-Konvention, deren heftige Verfechterin die Deutsche Forschungsgemeinschaft ist, läßt die Befürchtungen der Gegner schon jetzt ziemlich realistisch erscheinen. „Zu bedenken ist, daß das Zurücktreten zum Beispiel des Grundrechts auf Leben . . . gegenüber dem Grundrecht auf Forschungsfreiheit letztlich zu deren (der Menschen, d.V.) eigenem Schutz . . . geboten sein kann.“³⁵

Der deutsche Sozialdemokrat und Mitglied des Zentralkomitees der deutschen Katholiken, Robert Antretter, belegt die Konvention kurz vor ihrer endgültigen Verabschiedung mit einem harten Verdikt: Sie führe zu einem „Dammbruch im Respekt vor dem Leben wie seit der Nazi-Zeit nicht mehr“³⁶. Antretter bezieht sich neben den Experimenten mit Nichteinwilligungsfähigen dabei auch auf die Embryonenforschung. Denn auch Embryonen sind nicht einwilligungsfähig. Und da die Konvention nicht festlegt, wer ein Mensch sei, können die einzelnen Staaten des

Europarates je nach Definition entscheiden, ob sie menschliche Embryonen als Menschen, als menschliche Wesen, als Personen oder als was auch immer ansehen möchten. Freigestellt ist es ihnen demnach auch, die verschiedenen Qualitätsstufen des Lebens mit verschiedenen Rechtehierarchien auszustatten. Die Konvention verbietet zwar die Herstellung von menschlichen Embryonen für die Forschung. Aber sie läßt Experimente zum Beispiel an Embryonen zu, die bei der künstlichen Befruchtung angefallen und nun überzählig sind. Antretter sieht deshalb die Gefahr eines „massenhaft Verbrauchs von Embryonen und Föten“³⁷.

In die Problematik der Forschung an nichteinwilligungsfähigen Personen spielt schließlich noch ein weiterer Punkt hinein: nämlich die Manipulation der menschlichen Geschlechtszellen durch einen gentechnischen Eingriff. Diese sogenannte Keimbahnintervention ist zwar auf den ersten Blick im Konventionstext untersagt, doch Kritiker halten die Passage für alles andere als „wasserdicht“. Sie fürchten, daß damit dem nach Maß geschneiderten Menschen der Weg bereitet werde. Der Staatsrechtler Wolfram Höfling hat darauf noch einmal nachdrücklich hingewiesen: „Artikel 13 des Konventionsentwurfs befaßt sich mit der Zulässigkeit von Eingriffen in das menschliche Genom. Er läßt eine Intervention zu präventiven, diagnostischen und therapeutischen Zwecken dann zu, ‚if its aim is not to introduce any modification in the genome of any descendants‘. Damit werden nur gezielte Keimbahneingriffe untersagt. Nicht ausgeschlossen ist dagegen eine somatische Gentherapie, bei der Keimbahnauswirkungen wiederum nicht ausgeschlossen werden können.“³⁸

Resümee

Hinter der Debatte um die Bioethik und die Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen verbirgt sich eine prinzipielle Auseinandersetzung. Darauf hat der Evangelische Bischof von Berlin-Brandenburg, Wolfgang Huber, hingewiesen. Er sieht den Streit zweier philosophischer und weltanschaulicher Denkrichtungen – zwischen der Ethik der Würde und der Ethik der Interessen. Der Satz „Es gibt kein lebensunwertes Leben“ bezeichnet die erste Denkrichtung. Die Ethik der Interessen, die derzeit offenkundig die Oberhand im bioethi-

34 Entwurf des Erläuternden Berichts zum Entwurf des Menschenrechtsübereinkommens zur Biomedizin, Council of Europe, Directorate of Legal Affairs, Strasbourg, September 1996, Rohübersetzung.

35 Deutsche Forschungsgemeinschaft, Memorandum „Forschungsfreiheit“, Weinheim 1966, S. 11.

36 Robert Antretter, Katholische Nachrichtenagentur vom 9. September 1996.

37 Ders., in: Frankfurter Rundschau vom 30. Januar 1995.

38 W. Höfling (Anm. 30).

schen Diskurs gewonnen hat, hält menschliches Leben und Menschenwürde dagegen prinzipiell für abwägungsfähig im Interessenkonflikt mit anderen Ansprüchen. Dieser Konflikt drückt sich wie unter einem Brennglas in der Auseinandersetzung um die Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen aus.

In welche Richtung das Pendel letztlich ausschlagen wird, ist noch lange nicht entschieden. Zwar hat der Europarat seine Konvention fertiggestellt. Aber bisher haben nur etwa die Hälfte der Mitgliedsstaaten das – auch wegen noch zahlreicher anderer Punkte – umstrittene Papier unterzeichnet. Die Bundesrepublik Deutschland hat dies bislang noch nicht getan. Die entscheidende (parlamentarische Debatte) steht noch bevor. Wie offen die Entscheidung noch ist, hat das Europaparlament Ende 1998 demonstriert. Im Plenum stand die EU-Richtlinie zur „Anwen-

dung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln“ auf der Tagesordnung. Dahinter verbarg sich nichts anderes als eben jene Debatte um die Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen. Der Entwurf, der den Abgeordneten vorlag, wollte dies erlauben. Zwei Änderungsanträge wurden den Parlamentariern dazu vorgelegt: einer des CDU-Abgeordneten Peter Liese, der die Versuche begrenzen, aber unter gewissen Auflagen zulassen wollte, und einer der bündnisgrünen Abgeordneten Hiltrud Breyer, der sich strikt gegen diese Art Forschung wandte. Letzterem wurden eigentlich keine ernsthaften Chancen eingeräumt. Doch das folgende Votum war für viele überraschend. Das von den Europäern in freier, gleicher und geheimer Wahl bestimmte Parlament sprach sich zwar mit knapper Mehrheit, aber dennoch kategorisch gegen Menschenversuche aus.

Klonen. Die künstliche Schaffung des Menschen?

I.

Menschen versuchen seit Jahrtausenden, durch Einfluß auf natürliche Fortpflanzungsprozesse Pflanzen und Tiere mit für sie günstigen Eigenschaften zu züchten: Gräser mit Früchten, die größere Mengen Mehl geben als die „Wildformen“, oder Kühe, die mehr Milch liefern als ungezüchtete Rinderarten. Züchtungsformen gibt es viele, von der Pfropfung von Pflanzen bis zur Kreuzung von Tieren mit günstigen Eigenschaften. Im Bereich der Züchtung von Säugetieren war man bis vor wenigen Jahren gebunden an die natürlichen Prozesse der Paarung, bei denen sich das Erbmateriale des männlichen mit dem des weiblichen Elternteils auf eine weitgehend zufällige Weise mischt. Zwar stammt von jedem die Hälfte der Erbanlagen des Nachkommen, aber welche Eigenschaften des Vaters oder der Mutter sich durchsetzen, ist in der Regel nicht vorhersehbar. Der Züchter muß also immer damit rechnen, daß die gewünschten Eigenschaften in der natürlichen Fortpflanzung verlorengehen.

Es gibt aber eine andere Fortpflanzungsart, bei der keine zufällige Mischung der Gene stattfindet, sondern aus einem Organismus durch Teilung ein anderer mit demselben Erbmateriale entsteht. Sie ist im Pflanzenreich verbreitet, kommt aber auch bei einigen Tierarten vor. Man spricht hier von der Entstehung eines Sprosses oder eines Klons. Für den Züchter wäre es von Vorteil, diese sichere Übertragung einmal gezüchteter Erbeigenschaften auch bei der Fortpflanzung von Säugetieren anwenden zu können. Eben dazu dienen die Techniken des Klonens. Dabei können durch Klonung sowohl vollständige neue Lebewesen wie auch Teile – Zellen, Zellverbände oder Organe – entstehen.

Der Mensch ist selber ein Säugetier, das gezüchtet werden kann. Die Versuchung, auch den Menschen durch Anwendung von Züchtungstechniken zu verbessern, ist alt. Schon Platon, einer der „Gründerväter“ der europäischen Kultur, hat Ideen der Verbesserung des Menschen durch staatlich gelenkte Paarung verfolgt. Unter dem Einfluß der modernen biologischen Erblehre (Genetik)

sind solche Ideen im 20. Jahrhundert in Europa und den USA wiederbelebt worden. Zur Zeit der rassistischen Nazidiktatur wurden sie in Deutschland in die Wirklichkeit umgesetzt. Auch wenn es heute keine staatlichen Versuche mehr gibt, den „neuen Menschen“ zu schaffen, sind die Plädoyers für den Einsatz der Genetik zur „Verbesserung“ des menschlichen Erbgutes noch nicht verstummt¹.

Jeder Fortschritt in der Züchtung und genetischen Veränderung von höheren Säugern kann im Prinzip auf den Menschen übertragen werden. Daß Durchbrüche in der Klonierung von Schafen und Mäusen heftige öffentliche Debatten auslösen, ist daher – zumal nach den historischen Erfahrungen – kein Ausdruck von Hysterie. Die Beschwichtigungsgeste des Wissenschaftlers, der hier nur Mißverständnisse, Dilettantismus und Wichtigtuerei am Werk sieht, reicht nicht aus, um die Befürchtungen zu zerstreuen und wachsendes Mißtrauen gegen moderne Technologien abzubauen. Die Maxime von Politikern aber, daß es „irgendwo in der Welt doch gemacht wird“ und man den Anschluß an die Spitzentechnologien nicht verlieren dürfe, ist schlicht unpolitisch. Denn Politik ist der Versuch, soziale Prozesse durch überlegte Entscheidungen zu beeinflussen, die dem Konsens der Bürger über die Prinzipien und Werte der gemeinsamen Rechtsordnung entsprechen.

Der Philosoph und Ethiker kann zur notwendigen öffentlichen Debatte über die Vorteile und Gefahren der neuen Züchtungstechniken durch Begriffsklärung, durch Prüfung moralischer Beurteilungsprinzipien und durch Vorschläge zur Güterabwägung beitragen.

Es gibt ganz unterschiedliche Ziele und auch unterschiedliche Verfahren des Klonierens. In der Tierzucht dient das Klonieren vor allem der Sicherung eines Züchterfolges gegen Abweichungen. Beim Menschen soll das Klonen zunächst die Chancen der künstlichen Befruchtung bei sonst kinderlosen Eltern verbessern. Fernere Ziele sind die Erzeugung erbgleicher Nachkommen oder Geschwister aus emotionalen oder medizinischen Gründen.

¹ Vgl. Robert Jungk/Hans J. Mundt (Hrsg.), *Das unstrittene Experiment: Der Mensch*, München u. a. 1988².

Zunächst einige Worte zur Tierzucht, in der Klonierung schon durchgeführt wird. Tierzucht kann heutzutage nicht nur die Nahrungsmittelproduktion verbessern, sondern ist zunehmend auch für die Medizin interessant. Tiere, deren Erbmateriale man durch direkten Eingriff in die Gene verändert hat, können wichtige Medikamente und Ersatzstoffe für den menschlichen Körper erzeugen. Ein weiteres Ziel liegt im Bereich der Produktion von Organen, die Menschen beim unheilbaren Versagen der eigenen Organe eingepflanzt werden könnten. Die Transplantationsmedizin ist ein wichtiger, oft lebensrettender Teil der modernen Medizin geworden. Menschliche Organspender aber sind selten, und „normale“ tierische Organe werden vom menschlichen Körper nicht angenommen. Sie müssen durch technische Veränderung des Erbmaterials der Tiere für den menschlichen Körper „verträglich“ gemacht werden.

Ob diese sogenannte „Xenotransplantation“ (Organübertragung von einem fremdartigen Lebewesen) gelingt, ist noch völlig offen. Klar ist aber, daß man dafür geeignete, gentechnisch veränderte Tiere wird „vervielfältigen“ wollen, ohne daß die Beschaffenheit ihrer Organe sich dabei ändert. Dies ist ein aus menschlichen Notlagen (lebensgefährliches Organversagen) heraus verständlicher und für sich genommen gerechtfertigter Zweck.

Das moderne Rechtsbewußtsein, wie es sich in Gesetzen und internationalen Konventionen manifestiert, erlegt dem Menschen aber auch im Umgang mit Tieren Pflichten auf: Vermeidung unnötiger Schmerzen, artgerechte Haltung und Erhaltung der Mannigfaltigkeit der Arten. Auch die „Natürlichkeit der Lebensgrundlagen“ – wozu sicher auch die Tiere gehören – ist in Deutschland ein hochrangiges Rechtsgut (GG Art. 20a). Beim Klonieren von Tieren gilt es, diese Grenzen zu beachten.

Auf dieser Basis stehen auch die Empfehlungen internationaler Beratungsgremien zum Klonen. Die Berater der Europäischen Kommission etwa akzeptieren diese Technik in der Zucht und in der Forschung an Tieren, verlangen aber, dabei das Wohl der Tiere (*animal welfare*) streng zu beachten. Dazu zähle die Minimierung des Leidens und die Wahrnehmung der Verantwortung des Menschen für Tiere, Umwelt und Natur, einschließlich der Mannigfaltigkeit der Arten (*biodiversity*). Die genetische Vielfalt sei gefährdet, wenn die Anwendung des Klonens sich in der „Tierzuchtindustrie“ (*animal breeding industry*) so verbreite, daß genetisch gemischte Herden durch Populationen opti-

mierter, genetisch weitgehend gleicher Tiere (*elite breeding populations*) verdrängt würden².

Artenvielfalt, Bildung neuer Arten, artgemäßes Leben und bei höheren Lebewesen die individuelle Verschiedenheit von Anlagen und Eigenschaften gehören zu den fundamentalen Eigenschaften der lebendigen Natur. Gerade die Einmaligkeit des Individuellen unterscheidet die höheren Formen des Lebens von den Produkten der Technik, die nach einem gemeinsamen Bauplan ohne individuelle Abweichungen seriell gefertigt werden. Natürliche, vom menschlichen Willen noch teilweise unabhängige Wesen sind selbständige Partner, die persönliche Beziehungen und überraschende Erfahrungen ermöglichen. „Natürlichkeit“ in diesem Sinne gilt in den meisten Kulturen als etwas Wertvolles, auch wenn der Mensch als Züchter und Kultivierer sich vor unangenehmen Überraschungen zu sichern sucht. Eine Ausdehnung des Klonens auf große Bereiche der Tierwelt würde diese Werte gefährden³.

II.

Wenn wir uns der Klonierung beim Menschen zuwenden, muß zunächst zwischen den verschiedenen Techniken unterschieden werden (II). In weiteren Schritten sollen dann die ethischen Probleme gesondert nach diesen Verfahren erörtert (III) und auf die Stellungnahmen von nationalen und internationalen Gremien eingegangen werden (IV).

Man kann die Verfahren des Klonens zum einen nach den Techniken unterscheiden und zum anderen danach, ob ganze Individuen oder nur deren Teile „vervielfältigt“ werden sollen. Ich gehe zunächst auf die beiden hauptsächlichen Verfahren zur Erzeugung mehrerer Individuen mit gleichen Genen, d. h. gleichen Trägern von Erbanlagen, ein.

1. Das eine, die sogenannte Embryonenteilung (*embryo splitting*), wird bei der künstlichen Befruchtung angewandt, bei der man eine weibliche Eizelle mit einer männlichen Samenzelle außerhalb des Körpers („im Reagenzglas“) befruchtet und dann in die Gebärmutter der Frau

2 Opinion of the Group of Advisers on the Ethical Implications of Biotechnology to the European Commission, Abschnitte 2.1 und 1.13.

3 Vgl. dazu aus theologischer Sicht Johannes Reiter, Klonen von Tieren und Menschen, in: Stimmen der Zeit, 215 (1997) 6, S. 368.

einsetzt. Die befruchtete Eizelle entwickelt und vermehrt sich eine gewisse Zeit lang vor ihrer Einpflanzung. In diesem Stadium kann man den Embryo durch Teilung vermehren (zur Zeit auf zwei bis vier Exemplare). Statt einem kann man der Mutter also mehrere Embryonen einpflanzen. Dadurch erhöht sich die Chance, daß sie wirklich ein Kind bekommt, aber es können auch eineiige Mehrlinge geboren werden. Was sonst zufällig geschieht, kann hier also zumindest teilweise geplant und durch menschliche Handlungen bewußt herbeigeführt oder zumindest in Kauf genommen werden. In der Tierzucht wird diese Technik seit Jahren angewandt, bei der künstlichen Befruchtung des Menschen wird sie in Erwägung gezogen.

2. Die andere, spektakulärere Methode des Klonens ist die der Zellkernverpflanzung. Sie ist bspw. bei der Züchtung des Schafes „Dolly“ in der Säugetierzucht verwendet worden. Um die gewünschten Eigenschaften eines Tieres sicher auf Nachkommen zu übertragen, umgeht man die „Zufalls Mischung“ der Gene beider Elternteile. Eine solche Transplantation von Zellkernen ist innerhalb eines Körpers und zwischen verschiedenen Individuen, sogar solchen verschiedener Arten, möglich. Bei der Züchtung entfernt man den Zellkern der Eizelle und ersetzt ihn durch den einer Körperzelle. Bei Säugetieren ist das bisher anscheinend ausschließlich mit Zellen des weiblichen Körpers gelungen (Uterus, Milchdrüsen, Umhüllung der Eizelle).

Das Problem dieser Technik besteht darin, daß die Gene von Körperzellen normalerweise nicht mehr zur Entwicklung eines Gesamtkörpers fähig sind. Die Fähigkeit, sich zu einem vollständigen Körper zu entwickeln, die sogenannte „Totipotenz“, ist nur Zellen und Zellverbänden in einem frühen Stadium der Embryonalentwicklung (Blastomen-Stadium) eigen. Ob die Wiedererlangung dieser Entwicklungsfähigkeit zumindest bei Zellen aus bestimmten Körperteilen erreichbar ist, war lange umstritten, wird aber durch Klonierungserfolge nach „Dolly“ nahegelegt⁴.

Es gibt wichtige Unterschiede im Resultat der beiden Verfahren: Zum einen werden nach Embryonen-Teilung (*embryo splitting*) und erfolgreicher Schwangerschaft gleichaltrige Geschwister, eben eineiige Mehrlinge, geboren. Bei der Transplantation von Kernen ausgewachsener Körperzellen in Eizellen entsteht dagegen ein „jüngerer Verwand-

ter“. Der zweite Unterschied besteht darin, daß auf diese Weise klonierte Individuen nur die Gene, aber nicht den gesamten Zellinhalt miteinander gemeinsam haben. Da auch andere Zellbestandteile, wie die Mitochondrien (fadenförmiges Gebilde in Tierzellen, das dem Stoffwechsel der Zelle dient), einen – wenn auch geringen – Anteil an den Erbanlagen haben, sind die durch Embryonenteilung entstandenen Mehrlinge einander „ähnlicher“ als auf der Basis der Kernübertragung klonierte. Bei letzteren kommt ein möglicherweise erheblicher Altersunterschied hinzu. Altersunterschiede kann es freilich auch bei der Embryonenteilung dann geben, wenn einer der Embryonen eingefroren und erst später der Mutter eingepflanzt wird.

Von „Identität“ der Klone oder auch von „Kopie“ kann im strengen Sinne nicht gesprochen werden. Das Spektrum der Techniken reicht von gleichzeitig geborenen eineiigen Mehrlingen (z. B. Zwillinge) über solche mit Altersunterschieden bis zu Söhnen oder Töchtern, die fast alle erblichen Anlagen mit ihrer Mutter teilen. Dazu kommt, daß ererbte Anlagen sich natürlich unter unterschiedlichen Umwelteinflüssen und Lebensläufen unterschiedlich entwickeln. Allerdings hat uns gerade die biologische Zwillingforschung in den letzten Jahrzehnten immer wieder mit verblüffenden Übereinstimmungen eineiiger Zwillinge selbst nach langer und getrennter Lebensgeschichte konfrontiert.

Man kann die Verfahren der Klonierung statt zur Erzeugung vollständiger Individuen auch zur Erzeugung von Zellen, Geweben oder Organen benutzen. Das ist für medizinische Zwecke, z. B. den Ersatz von Blut und Gewebe oder die Organverpflanzung, von großer Bedeutung. Dazu sind vor allem die sogenannten Stammzellen geeignet, die nicht zur Ausbildung eines ganzen Organismus, aber bestimmter Teile fähig sind („pluripotent“). Sie finden sich in Embryonen, aber wohl auch in ausgewachsenen Körperteilen.

III.

Was sind die erwarteten Vorteile des Klonens beim Menschen? Worin bestehen die Schäden, und wie ist das Verhältnis beider ethisch zu beurteilen? Gibt es ethische Verbote, die durch keinen zu erwartenden Nutzen aufzuheben sind? Diese Fragen müssen für die beiden Hauptformen und für die Klonierung von Körperteilen unterschied-

⁴ Vgl. Barbara Hobom, Forscher klonieren mehr als zwanzig Mäuse, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 22. Juli 1998.

lich diskutiert werden. Diese Erörterung schließt eine Reihe von grundsätzlichen ethischen und rechtlichen Prämissen ein, die hier nicht alle auszuführen sind. Zu den meisten von ihnen werden in der philosophischen und in der öffentlichen Diskussion unterschiedliche Positionen vertreten.

Da ist zuerst das rechtliche Problem des Embryonenschutzgesetzes. Dieses Gesetz verbietet in Deutschland fast alle Forschungen, die zur Entwicklung der genannten Techniken notwendig sind. In den USA ist Embryonenforschung erlaubt, in engen Grenzen auch in Großbritannien. Grundsätzlich beruht das deutsche Gesetz auf der Überlegung, daß der Embryo in jedem Stadium seiner Entwicklung Schutzrechte besitzt. Er darf nicht für Zwecke einer Forschung, die ihm nicht zugute kommt, geschädigt oder „verbraucht“ werden. Ein solches Verbot der Instrumentalisierung ist auch Kernstück der philosophischen Ethik. Die Strenge des Schutzes entspricht im übrigen der besonderen historischen Erfahrung des deutschen Volkes mit verbrecherischen Experimenten am Menschen.

In Widerspruch zu diesem strengen Verbot steht allerdings die Erlaubnis des deutschen Rechtes, Embryonen dem Tod durch Schwangerschaftsabbruch auszusetzen, wenn dies zur Abwehr von physischem und psychischem Leid der Mutter erforderlich ist. Offenbar liegt dieser Erlaubnis die Vorstellung graduell zunehmender Schutzrechte des Embryos zugrunde.

Man kann argumentieren, daß zumindest für Embryonen, die ohnehin zum Tode bestimmt sind, Forschung keinen zusätzlichen Schaden bewirkt. Würden solche Embryonen für die Forschung freigegeben, bestünde aber die Gefahr einer Beeinflussung des Schwangerschaftsabbruches durch einen zusätzlichen (positiven) Zweck. Auch könnte bei der künstlichen Befruchtung das Interesse an „überzähligen“ Embryonen zu Forschungszwecken wachsen. Da der gesetzliche Schutz von Rechten es mit der Verhinderung von Mißbrauch und „Dammbrüchen“ zu tun hat, ist ein strenges Embryonenschutzgesetz berechtigt, auch wenn man über einzelne Bestimmungen wird diskutieren können.

Ich komme nun zu dem erwarteten Nutzen und den ethischen Problemen der verschiedenen Formen des Klonens beim Menschen.

1. Zunächst zur Embryonenteilung. Das Ziel dieser Technik, einem kinderlosen Paar zur Geburt eines Kindes zu verhelfen, ist ethisch sicher gerechtfertigt. Das in Kauf genommene Resultat einer Mehrlingsgeburt ist ebenfalls nicht unbe-

dingt als eine Schädigung der Kinder anzusehen, weil nach bisheriger Erfahrung das Leben etwa als eineiiger Zwilling keine besondere Belastung darstellt – oft ist das Gegenteil der Fall. Freilich beziehen sich diese Erfahrungen auf den bisherigen Sachverhalt, daß solche Mehrlinge relativ selten sind (weltweit drei bis vier unter 1 000 Geburten). Sie könnten sich ändern, wenn diese Fortpflanzungstechnik und mit ihr das Vorkommen eineiiger Mehrlinge erheblich zunähme. Dann könnte der soziale Umgang und die natürliche Basis für den Respekt vor der Individualität des anderen Menschen doch beeinträchtigt werden.

Ein weiteres ethisches Problem besteht in der Schwellenüberschreitung durch die Embryonenteilung. Ein Zwilling oder Drilling, der durch diese Technik bewußt erzeugt wird, verdankt seine Erbanlagen nicht dem Zusammentreffen von bewußter Zeugung und zufälliger Mischung der mütterlichen und väterlichen Gene. Seine Erbanlagen sind als ganze durch die Teilung bewußt herbeigeführt. Damit beginnt eine Veränderung der sozialen Beziehungen, die bei allen Formen des Klonens ein Problem darstellt: Ein Mensch wird in seinen natürlichen Veranlagungen – nicht erst in seiner Erziehung – vom planenden Willen eines anderen abhängig. Er kann sich für diese Anlagen bei seinem Erzeuger bedanken oder beklagen. Das bedeutet zweifellos eine Zunahme der Abhängigkeit zwischen „Erzeugern“ und Nachkommen.

Erheblich schwerwiegender werden die ethischen Einwände, wenn der durch Teilung zustande gekommene Embryo zu anderen Zwecken benutzt werden soll. Hier ist eine ganze Palette von Möglichkeiten ins Gespräch gebracht worden. So kann man den Klon einfrieren, um ihn später der Mutter wieder einzupflanzen und zur Geburt zu bringen. Nutzen davon hätten entweder die Eltern durch Ersatz für ein gestorbenes Kind oder das früher geborene Geschwister, etwa durch Transplantation eines besonders gut verträglichen Organs von seinem erbgleichen Zwilling.

Aber darf man einem Embryo ein Organ entnehmen? Unumstritten ist, daß einem Kind nicht ohne seinen Willen ein Organ entnommen werden darf. Ob eine Spende akzeptiert werden kann, wenn ein unmündiges Kind unbedingt seinem Geschwister helfen will, ist sehr fraglich. Ein Kind zu diesem Zweck zu erzeugen ist sicher eine krasse Instrumentalisierung. Ob das gleiche für Embryonen gilt, ist unter Ethikern nicht ebenso unumstritten. Es gibt Positionen in der Ethik, die den Beginn eines menschlichen Individuums bzw. einer menschlichen Person erst später ansetzen wollen:

entweder bei der Entstehung des Gehirns, der Lebensfähigkeit außerhalb des Mutterschoßes, der Geburt oder sogar erst der Mündigkeit. Nach meiner Auffassung zeigen sich gerade an den hier diskutierten Problemen äußerst problematische Folgen dieser Positionen. So gibt es Vorstellungen, man könne Embryonen züchten und ihre Gehirnbildung verhindern, um sie als Reservoir von Organduplikaten zu nutzen. Selbst wenn diese Konzepte philosophisch haltbar wären – was ich bezweifle –, stünden sie im Widerspruch zu unserer kulturellen Tradition und Rechtsordnung.

Ein ethisch akzeptabler Weg zu den heute von vielen Menschen dringend benötigten „Ersatzorganen“ könnte in der Gewinnung und Kultivierung von Stammzellen liegen. Aus diesen Zellen lassen sich eventuell einmal im Labor Gewebe oder sogar ganze Organe kultivieren. Solange Stammzellen nur Embryonen entnommen werden, stellen sich natürlich immer noch die Probleme der Schädigung und der Unfreiwilligkeit. Es scheint aber nicht unmöglich, solche Zellen in fernerer Zukunft auch von Erwachsenen zu gewinnen.

2. In der Öffentlichkeit am häufigsten und heftigsten diskutiert ist die Klonierung von Menschen nach dem Muster von „Dolly“, also der Entkernung einer Eizelle und der Einfügung des Kerns einer erwachsenen „Spenderzelle“. Das Ergebnis einer erfolgreichen Klonierung dieser Art wäre ein Nachkomme mit nahezu gleichen Erbanlagen. Nicht alle Anlagen dieses unter Umständen erheblich jüngeren „Zwillings“ müssen sich entwickeln, vor allem, wenn sie Übung, äußere Mittel, Gesundheit etc. voraussetzen. Aus dem hochbegabten Kind einer großen Pianistin kann am Ende eine schlechte Tennisspielerin werden.

Es kann für diese Art der Klonierung durchaus ethisch akzeptable Ziele geben. Auch überwiegend selbstbezogene Wünsche wie die nach einem nahe verwandten Abkömmling oder dem Ersatz eines verlorenen geliebten Menschen wären dann legitim, wenn sie ohne Schaden für den Klon zu erfüllen wären. Es gibt aber auch durchaus altruistische Ziele bei der Klonierung. Sie werden in der Ethik traditionell höher bewertet, weil moralisch gutes Handeln von eigenen Interessen unabhängig sein soll.

So gibt es Eltern mit Erbkrankheiten oder ungünstigen Veranlagungen (wie etwa Atemwegserkrankungen oder starker Kleinwüchsigkeit), die ihre Kinder von diesen Belastungen befreien möchten. Dabei kann das selbstlose Interesse bei weitem das selbstbezogene (*mein* Kind soll nicht ...) überwiegen. Das wäre ein ethisch akzeptables Motiv für

den Versuch, durch Klonierung des Zellkerns von Erwachsenen gesunden und zumindest „durchschnittlich“ veranlagten Nachwuchs zu erzeugen. Schließlich sind auch „gemischte“ Motive denkbar wie die Absicht, für ein gefährdetes Kind ein Organ von einem genetisch identischen Geschwister zu erhalten.

Entscheidend für die ethische Beurteilung sind aber die zu erwartenden Schäden. Wer wird geschädigt, und wie ist das gegen die Vorzüge der gewünschten Ziele abzuwägen? Nach bisherigen Erfahrungen würde ein Erwachsener, aus dessen Zellen mit seiner Zustimmung ein Nachkomme „geklont“ wird, *nicht* geschädigt. Zum einen, weil er zugestimmt hat („*volenti non fit injuria*“), zum anderen, weil ein jüngerer Verwandter mit den gleichen Anlagen keine Belastung zu sein braucht. Allerdings muß die Freiwilligkeit gesichert sein, denn ob etwas als Belastung empfunden wird, kann der mündige Mensch nur selber entscheiden.

Vielleicht der umstrittenste Punkt in der öffentlichen Debatte ist die Frage, ob ein durch Klonierung erzeugter Mensch geschädigt wird⁵. Für die einen ist eine „Kopie“ in ihrer Menschenwürde beeinträchtigt, für die anderen wird ein Individuum seine Existenz und eventuell seine günstigen Anlagen nicht als Schaden betrachten.

Der ersten Position wird entgegengehalten, daß ein Mensch, der mit einem älteren Genspender fast alle Erbanlagen gemeinsam hat, sich nicht als Duplikat oder Kopie eines anderen Menschen fühlen braucht – er wird ihm sicher weniger gleichen als „natürliche“ eineiige Zwillinge. Bei Zwillingen kann aber von einer Verletzung der Menschenwürde nicht die Rede sein.

Der Unterschied besteht jedoch darin, daß ein als Klon gezeugter Mensch durch den Willen und die absichtliche Handlung anderer zu dieser hochgradigen Ähnlichkeit gekommen ist. Er ist von ihnen „nach dem Bilde“ eines anderen Menschen gezeugt worden. Durch die Art dieser Zeugung werden Menschen in ihrer körperlichen Ausstattung in erheblich größerem Ausmaß als bisher von dem Willen anderer Menschen abhängig. Bislang kam zu den absichtlichen Handlungen der Partnerwahl und Zeugung der Zufall der unvorhersehbaren Genmischung hinzu. Mag etwa die Liebe zwischen Sportlern durch die Hoffnung auf den späteren Weltrekord des eigenen Sprößlings beflügelt werden – von der Auswahl und durch Klontechnik

5 Vgl. die Diskussionen in Johann S. Ach/Gerd Bruder-müller/Christa Runtenberg (Hrsg.), *Hello Dolly? Über das Klonen*, Frankfurt 1998.

gesicherten Weitergabe der Gene eines Modellathleten ist sie weit entfernt.

In dieser Abhängigkeit liegt sicher eine erhebliche Einschränkung der Autonomie im Sinne der Unabhängigkeit von der Willkür eines anderen. Autonomie ist aber ein zentraler Bestandteil der Rechte und der Würde eines Menschen. Weitere Belastungen können entstehen durch das frühe Wissen von den eigenen genetischen Anlagen, durch den Druck der Erwartung der Erzeuger, diesen Anlagen gerecht zu werden, oder durch das Bewußtsein, um der Erinnerung an den Genspender willen gezeugt zu sein – und vielleicht primär um seinetwillen geliebt zu werden⁶.

Die Verteidiger des Klonens wenden ein, daß die Existenz des geklonten Individuums solche Belastungen in jedem Fall aufwiegen. Im übrigen würden nicht alle genannten Belastungen von jedem als solche empfunden – genaue Kenntnis der eigenen Gene etwa erlaube auch erfolgreiche Lebensplanung.

Es geht aber bei der Frage der Schädigung durch ein bestimmtes Verfahren der Fortpflanzung nicht um die Abwägung zwischen „überhaupt leben“ und „mit Belastungen leben“. Es geht vielmehr um die ethische Bewertung einer bestimmten Art der Fortpflanzung. Wenn bei dieser Art der Nachwuchs in vorhersehbarer Weise geschädigt wird, ist sie als allgemeine Technik ethisch diskreditiert. Von einer solchen Schädigung muß aber nach dem oben Erörterten ausgegangen werden. Hinzu kommen natürlich die Gefahren physischer Schädigungen durch eine Technik, vor allem in ihren Anfangsphasen⁷. Aber auch bei perfekter Klontechnik könnte jede „Panne“, die zu einem physisch geschädigten Kind führte, seinen Erzeugern zugerechnet werden – in viel höherem Maße als etwa die gescheiterten Versuche, bei einer natürlichen Geburt medizinisch zu helfen.

Wenn diese Schädigungen durch den stets überwiegenden Wert der Existenz des geklonten Nachkömmlings aufgewogen würden, dann wäre jede Art der bewußten Schädigung des Nachwuchses erlaubt, die ihn am Leben läßt. Sogar ein Mensch, der in seiner Embryonalzeit willkürlich geschädigt

wurde, könnte urteilen: „Hauptsache, ich bin überhaupt am Leben.“ Das kann die Schädigung sicher nicht entschuldigen.

Gibt es aber nicht doch Gründe, die eine Klonierung durch Zellkernverpflanzung rechtfertigen könnten, auch wenn zugegeben ist, daß das Risiko physischer Schädigung besteht, daß psychische Belastungen zu erwarten sind und – vor allem – daß die Autonomie des Nachkommen beeinträchtigt wird? Zu denken wäre einmal an die oben genannten altruistischen Motive. Eltern, die ihre ererbten körperlichen Eigenschaften und Anlagen als erheblich benachteiligend bzw. als Ursache schwerer Leiden empfinden, könnten ein besseres genetisches „Startkapital“ für ihren Nachwuchs zu erreichen suchen. Von *ihrem* Nachwuchs wäre allerdings nur zu sprechen, wenn zumindest die Mutter als „Eizellen-Spenderin“ in Frage käme.

Eine solche Rechtfertigung setzt voraus, daß andere Möglichkeiten der Erzeugung von Nachwuchs mit – in den Augen der Eltern – „besseren“ Erbanlagen nicht bestehen und daß den Eltern ein Recht auf Fortpflanzung zusteht. Ein solches Recht wird z. B. in den USA weitgehend akzeptiert und von den Befürwortern des Embryonen-Splittings in Anspruch genommen. In anderen Ländern gibt es dagegen Hindernisse für die Fortpflanzung der Träger von Erbkrankheiten, so in einigen Mittelmeerländern für Träger der Sichelzellenanämie.

Betrachtet man den Einzelfall isoliert von der sozialen Umgebung und den Auswirkungen einer allgemeinen Praxis des Klonierens, könnte eine Güterabwägung hier vielleicht positiv ausfallen. Man würde damit aber zugleich einen Fall von Eugenik, von planmäßiger „Verbesserung“ des Erbgutes, akzeptieren. Damit betritt man einen sogenannten „rutschigen Abhang“ (*slippery slope*). Denn wenn man den Wunsch von Eltern zur Fortpflanzung mittels geplanter und kontrollierter Verbesserung des Erbgutes ethisch billigt, hat man zugleich die Unterscheidung von gutem und schlechtem Erbgut und damit einen Rechtfertigungsgrund für Eugenik akzeptiert. Sicher ist das noch deutlich zu unterscheiden von den staatlichen Versuchen, „erbkranken Nachwuchs“ mit Gewalt zu verhindern und Erbkrankheiten aus einer Population zu eliminieren. Immerhin würde aber eine Gruppe der Bevölkerung von ihren eigenen Mitgliedern als Träger von „schlechten“ Erbanlagen bezeichnet, deren Weitergabe im Einzelfall verhindert werden soll. Die ohnehin stets

6 Vgl. Hans Jonas, Laßt uns einen Menschen klonieren: Von der Eugenik zur Gentechnologie, in: ders., Technik, Medizin und Ethik, Frankfurt 1987, S. 162–203; sowie neuerdings Michael Quante, „Aber Dich gibt's nur einmal für mich!“ Gefährdet Klonieren die Identität der Person?, in: Rainer Paslack (Hrsg.), Gene, Klone und Organe. Neue Perspektiven der Biomedizin, Frankfurt 1999.

7 Vgl. Bernward Gesang, Humanklonierung, in: Universitas, 53 (1998) 626, S. 771–784.

latente Diskriminierung durch die „Gesunden“ erzielte neue Nahrung⁸.

Hier zeigt sich, daß nicht nur individuelle Rechte und Ansprüche auf dem Spiel stehen, sondern auch Güter und Werte von Gruppen und Gesellschaften. Würde man das Klonieren den Individuen und dem „freien Spiel der Kräfte“ überlassen, könnte es zu einer gesellschaftlichen Eugenik kommen. Die „Verbesserung“ würde sich dann wohl nicht mehr in den Grenzen einer Vermeidung von Krankheitsanlagen halten. Wer dazu in der Lage ist, würde seinem Nachwuchs günstige Erbanlagen sichern, ein Markt für Genspender würde entstehen.

Techniken der Züchtung und der Fortpflanzung werden nicht für Einzelfälle entwickelt. Sie stellen ein Angebot für alle möglichen Interessenten dar. Ihr Gebrauch hat Auswirkungen auf soziale Gewohnheiten und Erwartungen, schließlich auf das Menschenbild und die Werte, auf die sich eine Rechtsordnung aufbaut. Sie haben auch Rückwirkungen auf die Rechte einzelner, z. B. solcher, die sich am Kauf von Erbgut für den eigenen Nachwuchs *nicht* beteiligen können. Individuelle Rechte sind zudem sozialen Werten nicht generell vorgeordnet. Sie werden durch sie auch begründet und an ihnen gemessen.

Zu den Werten des sozialen Zusammenlebens gehören offenbar auch Formen der Natürlichkeit. Natürlichkeit im Sinne der zufälligen Weitergabe und Mischung von Erbanlagen haben den Menschen in seiner leiblichen Ausstattung bisher dem Willen seiner Erzeuger weitgehend entzogen. Die Reichweite von Verfügung über Menschen war dadurch begrenzt und damit auch die Zuschreibung von Verantwortung. Das stärkt die Autonomie und entlastet das Zusammenleben der Menschen. Was für den Züchter ein Ärgernis ist – der mögliche Verlust eines einmal erreichten Musters von Erbanlagen –, kann für die Fortpflanzung des Menschen offenbar einen Wert darstellen. Die eigene „Erblinie“, aber auch die eigene Population, darf der Mensch nicht mit den Augen des Züchters betrachten, wenn er Autonomie und Unantastbarkeit der körperlichen Integrität nicht gefährden will.

8 Zu den weit verbreiteten eugenischen Einstellungen vgl. Irmgard Nippert, Psychosoziale Folgen der Pränataldiagnostik am Beispiel der Amniozentese und Chorionzottenbiopsie, in: Franz Petermann/Silvia Wiedebusch/Michael Quante (Hrsg.), Perspektiven der Humangenetik, Paderborn 1997, S. 107–126.

IV.

Eine Reihe der hier vorgetragenen Argumente findet sich auch in den Stellungnahmen nationaler und internationaler Kommissionen und Institutionen.

1. Nach dem Urteil einer Beratergruppe der Bundesregierung ist Klonierung nach beiden Methoden, dem Embryonen-Splitting und dem Zellkernaustausch, in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz strafrechtlich verboten. Die Kommission hält demgegenüber rechtlich allenfalls in einigen Details Klarstellungen für nötig⁹.

Auch ethisch ist nach Auffassung der Kommission das Klonieren abzulehnen. Die Würde und Freiheit der Person stehe mit der Struktur der natürlichen Reproduktion in einem „ganzheitlichen Zusammenhang“. Außerdem widerspreche das Klonieren dem Gleichheitsgrundsatz, weil an die Stelle der „gleichen Bedingungen der Natur“ ein Markt für günstige Erbanlagen treten könnte.

Von diesen ethischen und rechtlichen Verboten ist aber nach Ansicht der Kommission nur das Klonieren von ganzen Individuen, nicht das von Zellen betroffen. Das Klonieren von menschlichen Organen wäre also zulässig, sofern es nicht die Schädigung oder den Verbrauch von Embryonen einschließt.

2. Der Europarat hat in einem Zusatzprotokoll zu seiner Konvention über Menschenrechte in der Biomedizin jede Intervention mit der Absicht, einen genetisch identischen Menschen zu erzeugen, verboten (Art. 1). Unter „genetisch identisch“ werden Individuen mit dem gleichen genetischen Material im Zellkern verstanden. In der Erläuterung zu diesem Protokoll werden zu den verbotenen Techniken die Zellkerntransplantation und die Embryonenteilung gezählt. Grund dafür sei, daß die natürliche genetische Rekombination (Gemmischung) dem Menschen mehr Freiheit sichere als ein vorbestimmtes genetisches „Make-up“. Erlaubt sei dagegen das Klonieren von Zellen und Gewebe. Die Entnahme solcher Zellen von Em-

9 Vgl. Albin Eser/Wolfgang Frühwald/Ludger Honnefelder/Hubert Markl/Johannes Reiter/Widmar Tanner/Ernst-Ludwig Winnacker, Klonierung beim Menschen. Biologische Grundlage und ethisch-rechtliche Bewertung, (Stellungnahme für den Rat für Forschung Technologie und Innovation beim BMFT), in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, 2 (1997), S. 357–372.

bryonen müsse in einem weiteren Zusatzprotokoll zum Embryonenschutz geregelt werden¹⁰.

Auch die Beratergruppe der Europäischen Kommission lehnt beide Formen des Klonens von Menschen aus ethischen Gründen ab. Das Verbot, Menschen auf Mittel zu reduzieren (*instrumentalization*), und die Verwerflichkeit der Eugenik, der Verbesserung des menschlichen Erbmaterials, sind auch hier die ausschlaggebenden Gründe¹¹. Da in einigen europäischen Ländern (z. B. Großbritannien) Embryonenforschung in den ersten zwei Wochen mit Einschränkungen erlaubt ist, nehmen die Berater hier einen anderen Standpunkt ein. Sie halten es für ethisch gefordert, Forschungsvorhaben, die Kernaustausch (*nuclear substitution*) einschließen, auf Projekte zur Aufklärung menschlicher Krankheitsursachen oder zur Leidensbekämpfung zu beschränken.

3. Auch die UNESCO lehnt in ihrer „Allgemeinen Erklärung über das menschliche Genom und Menschenrechte“ vom November 1997 das reproduktive Klonen von Menschen als Praktik, die der Menschenwürde widerspricht, strikt ab (Art. 11). Über die unterschiedlichen Techniken wird keine Aussage getroffen. Auch die Vermarktung des menschlichen Genoms wird verworfen (Art. 6).

4. Im Gegensatz zu diesen Konventionen und Stellungnahmen wird in den USA die Technik des Embryonen-Splittings in Grenzen akzeptiert. Nach dem Bericht einer nationalen Beratungskommission der USA aus dem Jahre 1994 ist die Teilung ethisch akzeptabel, wenn die Embryonen dabei nicht geschädigt oder zerstört werden¹². Die Mehrheit der Kommission will den Gebrauch aber auf die Verbesserung der Chancen der künstlichen Befruchtung beschränken. Die Zahl der durch Teilung erzeugten Embryonen dürfe vier nicht über-

schreiten. Nicht einig war sich die Kommission über den Gebrauch von eingefrorenen Embryonen nach einer Teilung. Einige Mitglieder halten eine Instrumentalisierung des „Reserveembryos“ für Zwecke der Diagnose von Erbkrankheiten vor der Einpflanzung des „Originals“ in die Gebärmutter (sogenannte Präimplantationsdiagnostik) oder zur Organverpflanzung zugunsten des früher Geborenen für akzeptabel.

Gründe für diese ethischen Urteile sind zum einen die stärkere Bedeutung des Rechtes auf Reproduktion in der amerikanischen Rechtstradition. Zum anderen existiert eine in der angelsächsischen angewandten Ethik einflußreiche Position, nach der dem frühen Embryo noch keine Persönlichkeit und damit auch keine Rechte zukommen.

5. Ein Vergleich der Stellungnahmen zeigt einen fast globalen Konsens in der Ablehnung der Klonierung von Menschen durch Zellkernverpflanzung. Fast ebenso einhellig ist die Zustimmung zu Verfahren der Züchtung von Zellen, Geweben oder Organen durch Klonierung, wenn daraus kein menschliches Individuum entsteht und auch keines durch Entnahme geschädigt wird. Differenzen gibt es beim Verfahren der Embryonenteilung zur Verbesserung der künstlichen Befruchtung und bei der Embryonenforschung.

Alle erwähnten Kommissionen fordern internationale Vereinbarungen und eine breite wissenschaftliche und öffentliche Diskussion der ethischen Aspekte des Klonens. Emotionen und Mißverständnisse sind dabei in Kauf zu nehmen. Schließlich stehen bedeutende Werte und Rechtsgüter auf dem Spiel: Menschenwürde, Autonomie und die – entlastende und gleichmachende – Natürlichkeit der menschlichen Fortpflanzung. Es ist keineswegs irrational, daß Laien wissen wollen, in welche Welt sie durch Wissenschaft, Technik und Medizin in Zukunft versetzt werden. Viele kleine, für sich ethisch nicht verwerfliche Schritte können in ihrer Gesamtwirkung zu Resultaten führen, die keiner gewollt hat und verantworten will. Noch ist aber nicht erwiesen, daß wir uns über Ausmaße der Technisierung von Züchtung und Fortpflanzung nicht nach verantwortbaren Maßstäben einigen können.

10 Vgl. Explanatory Report to the additional Protocol to the Convention on human rights and biomedicine on the prohibition of cloning human beings, (Europarat, Direktion für Rechtsangelegenheiten), Abschnitte 2 und 3.

11 Vgl. den in Anm. 1 genannten Text, Abschnitt 2.6.

12 Vgl. The National Advisory Board on Ethics in Reproduction, Report on Human Cloning through Embryo-Splitting: An Amber Light, in: Kennedy Institute of Ethics Journal, 4 (1994) 2, S. 251–282.

Xenotransplantation zwischen medizinischen Möglichkeiten und ethischen Ansprüchen

I. Einleitung

Xenotransplantation ist die Übertragung von Gewebe und Organen zwischen unterschiedlichen Tierarten, im besonderen zwischen Tieren und Menschen. Die Ergebnisse der menschlichen (allogenen) klinischen Organtransplantation führten zu dem aktuellen und auch zukünftig drohenden Mangel an menschlichen Geweben und Organen für die Transplantation. Alle Bemühungen, der Spendebereitschaft in der Bevölkerung neue Impulse zu geben und die Spendeprogramme zu verbessern, schlugen bisher fehl. Initiativen, die Lebensweise der Bevölkerung gesünder zu gestalten und damit die Nachfrage nach Transplantaten zu reduzieren, werden im allgemeinen nicht befolgt. Im übrigen sind Situationen, die ein Transplantat erforderlich machen, in aller Regel nicht durch einen gesünderen Lebensstil zu vermeiden. Meist sind angeborene Krankheiten, Infektionen und Stoffwechselstörungen die Ursache für die lebensbedrohliche Erkrankung, die die Transplantation erforderlich machen. Dieser zunehmende Mangel an menschlichen Organen für die Transplantation führte zur Suche nach alternativen Methoden. Die Therapie mit künstlichen Organen – wie der Dialyse oder dem Kunstherz – ist mit großem Aufwand verbunden, mit schweren Nebeneffekten behaftet, sehr teuer und gestattet oft nur ein Leben von geringer Qualität.

Die Transplantation von tierischen Organen als Alternative verspricht hier, auf den ersten Blick, eine ideale Abhilfe. Die Transplantation von Schimpansen- und Pavianorganen in den sechziger Jahren täuschten auch überaus erfolgversprechende Ergebnisse vor. Leider konnte dieser erste, bestechende Eindruck bis heute nicht bestätigt werden. Derzeit werden pro Jahr rund 36 000 menschliche Organe weltweit transplantiert. Wieder haben enthusiastische Kollegen errechnet, daß – sollte die Xenotransplantation klinisch bald realisierbar werden – im Jahre 2010 bereits 300 000 tierische Organe verpflanzt werden. Voraussetzung dafür ist, daß die Lebensqualität eines

Patienten mit einem Tierorgan der nach einer Allotransplantation, also einer Transplantation eines menschlichen Organs, entspricht.

II. Akzeptanz von Xenotransplantaten

Medien sind häufig geneigt, aus Sensationslust mit Nachrichten über das Ziel hinauszuschießen. So lautete kürzlich ein Leitartikel über Xenotransplantation in einer der großen deutschen Tageszeitungen: „Schweineherz um jeden Preis.“ Die Realität sieht jedoch bescheidener aus. Beim Treffen der New York Academy of Sciences und der OECD im April 1998 wurde die internationale Stellung zu dieser Frage klar definiert: Xenotransplantation im Prinzip: ja; klinisch in nächster Zukunft: nein. Was die Akzeptanz der xenogenen Transplantation in der Bevölkerung anbetrifft, so wird weder die große Euphorie einiger Wissenschaftler von der Öffentlichkeit geteilt noch das andere Extrem, nämlich die gesamte Forschung auf dem Gebiet der Xenotransplantation mit einem Moratorium zu belegen. Gezielte Forschung ist, was gewünscht wird, mit Ergebnissen, die die Bevölkerung nicht abstoßen oder erschrecken und die den Patienten auf den Wartelisten keine falschen Hoffnungen machen oder die sie gar enttäuschen.

Eine entsprechende Umfrage 1996 zum Fragenkomplex Xenotransplantation in Bayern hat damals ergeben, daß nur sechs Prozent der gesunden Durchschnittsbevölkerung ein Tierorgan „bevorzugen“ würden. Das Hauptargument für Xenotransplantation war, daß damit die ethischen Probleme des Hirntodes und der Organspende umgangen werden können. Ein Leichenorgan würden 32 Prozent der Befragten vorziehen, um damit eine Abhängigkeit vom Spender zu vermeiden, und 38 Prozent der Personen wollten nur das Organ eines lebenden Verwandten akzeptieren, da damit dessen Herkunft sicher zu belegen wäre.

Frage man gezielt: Würden Sie im Notfall ein Schweineherz tolerieren?, antworteten 20 Prozent der Jugendlichen mit Ja. Menschen im Alter von 50 Jahren antworteten in 50 Prozent der Fälle positiv. Patienten auf Wartelisten, und dies gilt für Deutschland, die USA und Australien, würden zu 80 Prozent ein Schweineherz akzeptieren, um so den drohenden Tod hinauszuzögern. Alle Patienten machten jedoch zur Bedingung, daß die Lebensqualität mit dem speziesfremden Herzen jener mit einem menschlichen Herzen entspricht. Eine solche Kontrollsituation existiert aber bisher praktisch nicht. Lediglich eine amerikanische Lehrerin, die 1964 von Professor Reemtsma eine Schimpansenniere transplantiert bekam und neun Monate überlebte, bestätigte, daß sie „ihr Leben mit Hilfe des Tierorgans genossen hätte“. Sie starb aufgrund der ungenügend erforschten Abstoßungsbehandlung (Immunsuppression) an Infektionen. Seither wurden über hundert Tierorgane auf Menschen transplantiert oder „extra corporal“ als Bioreaktoren an den Kreislauf von Patienten im Leberkoma angeschlossen. Keines dieser Xenotransplantate oder xenogenen „Konstruktionen“ war in der Lage, den menschlichen Empfänger länger als zwei Monate am Leben zu halten.

Systematische Tierversuche und einige klinische Experimente machten klar, daß die zoologisch-evolutionäre Diskrepanz zwischen den Tieren, die als Organquelle für Menschen als Empfänger vorgesehen sind, für die schweren Abstoßungsreaktionen verantwortlich gemacht werden muß. Alle Typen der xenogenen Abstoßung übertreffen an Heftigkeit und Geschwindigkeit die allogenen Reaktionen bei weitem. Hinzu kommt, daß die immunsuppressiven Maßnahmen, die für allogene Transplantate entwickelt wurden, ein entsprechendes speziesfremdes Transplantat nicht vor den xenogenen Reaktionen schützen können. Eine spezifische Immunsuppression für Xenotransplantate existiert noch nicht. Die aggressive Abstoßungstherapie, wie sie seither in kliniknahen Tierversuchen erprobt wurde, wäre bei Patienten nicht oder nur begrenzt anwendbar. Der Empfänger und sein Xenotransplantat wären damit vermehrten Infektionsrisiken ausgesetzt. Versuchstiere, die diese Art von Immunsuppression erhalten, sterben meist an schweren Infekten und nicht an Abstoßungsreaktionen. Da es sich vor allem um Infektionen handeln würde, die vom Tier stammen (Zoonosen) und wahrscheinlich noch gar nicht bekannt sind, wird eine ernste Gefährdung der Bevölkerung durch die Übertragung von Krankheiten durch das Xenotransplantat (Xenozoonose) befürchtet.

Selbst wenn alle diese immunologischen Hindernisse überwunden werden, ist nicht sicher, ob ein physiologischer Stoffwechsel zwischen zoologisch weit entfernt verwandten Spezies möglich ist. Enzyme, Hormone und andere Botenstoffe benötigen für eine Funktion entsprechende speziespezifische Rezeptoren, Induktoren und Hemmstoffe, die auf der Zielzelle in passender Form vorliegen müssen. Dies gilt für rund 10 000 Moleküle, die z.B. die Leberzelle eines Säugetiers in jedem Augenblick produziert. Es darf nicht erwartet werden, daß die genetische Beeinflussung und Veränderung einer einzigen Vermittlersubstanz ausreicht, um dieses komplexe System gezielt zu steuern. Selbst wenn 90 Prozent der Mediatoren zur Interaktion fähig sind, besteht immer noch die Frage, welchen Schaden die restlichen zehn Prozent Fehl- oder Nichtreaktionen nach sich ziehen.

III. Probleme der Xenotransplantation

1. Xenogene Abstoßungsreaktionen

Xenogene Abstoßungsreaktionen umfassen weit-aus komplexere und vielfältigere Mechanismen als die Abstoßungsreaktionen, die bei Transplantation innerhalb einer Tierart (allogen) auftreten. Sie bestehen aus Formenkreisen wie hyperakuter xenogener Abstoßung, verzögerter hyperakuter – auch akute vaskuläre Abstoßung genannt – und chronischer xenogener Abstoßungsreaktion.

Unter Xenotransplantation versteht man die Übertragung von Organen zwischen Tierarten. Transplantation zwischen zoologisch nahe verwandten Spezies – wie z.B. Affe und Mensch – wird als *konkordant* bezeichnet. Jede Transplantation der Organe von Tieren außerhalb der zoologischen Ordnung, d. h. von weit entfernt verwandten Spezies – wie z.B. Schwein und Mensch –, wird *diskordant* genannt. Diskordante Transplantate werden innerhalb von Minuten bis Stunden *hyperakut* zerstört. Abstoßungsreaktionen, die bei konkordanter Transplantation beobachtet werden, dauern Tage bis Wochen und ähneln denen im allogenen System, sind jedoch wesentlich heftiger. Da dem Menschen nahverwandte Spezies, die Primaten, aus ethisch-moralischen und hygienischen Gründen aus heutiger Sicht nicht für eine spätere klinische Anwendung in Frage kommen, konzentriert sich die Forschung derzeit auf diskordante Systeme, im speziellen die Kombination *Schwein-Mensch*.

Hyperakute xenogene Abstoßungsreaktion (HXR)

Überträgt man unbehandelte Organe zwischen diskordanten Tierarten, so werden diese in charakteristischer Weise innerhalb von Minuten hyperakut abgestoßen. Sogenannte präformierte natürliche xenoreaktive Antikörper setzen sich an ihre Zielstrukturen, auch Epitope genannt, auf die Oberfläche der Zellen, die die Blutgefäße auskleiden, die Endothelzellen. Dadurch wird ein System von eiweißspaltenden Enzymen, die Komplementkaskade, in Gang gesetzt. Durch die aktivierten Endothelzellen wird eine noch unbekannte Anzahl von speziesspezifischen und speziesspezifischen Reaktionsketten gestartet. Die präformierten Antikörper sind das Resultat der Immunreaktion jedes Individuums gegen Antigene von Bakterienoberflächen. Altweltaffen und Menschen besitzen besonders viele dieser xenoreaktiven Antikörper. Die hyperakute Abstoßung kann in zwei Abschnitte unterteilt werden. In der ersten, raschen Phase dieser Reaktion verlieren die Endothelzellen ihre Schutzmechanismen. Durch Zerstörung der Blut-Gewebe-Schranke wird die Blutgerinnung in Gang gesetzt. Dies führt zu Thrombosen erst in den Kapillaren (kleinste Blutgefäße), später treten diese Blutgerinnsel auch in den großen Blutgefäßen auf. Parallel dazu bleiben weiße Blutkörperchen (Leukozyten) am gestörten Endothel (Zellschicht an der Innenfläche der Blutgefäße) hängen. Die Funktion des Organs kommt zum Erliegen.

Verzögerte und akute xenogene Abstoßung/akute vaskuläre Reaktion

Wird eine hyperakute Abstoßung erfolgreich verzögert, folgt der zweite Abschnitt, die akute vaskuläre Abstoßung. Diese Abstoßung zerstört ein Xenotransplantat innerhalb von Tagen bis Wochen. Neben den immunologisch wirksamen Molekülen sind nun auch immunologisch aktive Zellen aus dem Blut beteiligt.

Wird auch die akute vaskuläre Reaktion unterdrückt, so folgt die akute zelluläre xenogene Abstoßung. Noch existieren sehr lückenhafte Vorstellungen über diesen Prozeß, da ein Langzeitüberleben im xenogenen diskordanten System nur selten erzielt wurde. Aufgrund von Beobachtungen wird vermutet, daß – wie bei allogener zellulärer Abstoßung –, vor allem sogenannte Helferzellen, eine Art der Leukozyten, die wichtigste Rolle spielen. Sie führen zu den bekannten Abstoßungsmechanismen. Wenngleich der Alloreaktion sehr ähnlich, übertrifft die xenogene Abstoßungsreaktion diese bei weitem an Heftigkeit und Schnelligkeit. Medikamente, die zur Unterdrückung der

Alloreaktionen eingesetzt werden (Immunsuppressiva), erweisen sich hier nur als begrenzt wirksam. Die chronische xenogene Abstoßung, so wird vermutet, ist eine Folge der zellulären Mechanismen. Inwieweit lösliche Substanzen des Blutes und Viren beteiligt sind, ist nicht bekannt.

2. Immunsuppression und genetische Manipulation

Die hyperakute Abstoßung spricht auf konventionelle Immunsuppression nicht an. Absenkung oder Entfernung der beteiligten Parameter verzögern zwar die Reaktionen, heben sie aber nicht vollständig auf. Versuche durch Blutverdünnung, Absorption von präformierten Antikörpern – auch an speziesspezifischen Organen vor der Xenotransplantation – und die Inaktivierung von Komplementen (Serumbestandteil, der die spezifische Wirkung eines Antikörpers ergänzt) führten zu keinem dauerhaften Erfolg. Durch extreme Immunsuppression konnte die Bildung der präformierten Antikörper zwar unterdrückt werden, ein klinisch relevanter Effekt wurde durch diese Behandlung aber nicht erzielt. Das Ergebnis war, daß die akute vaskuläre Abstoßung durch konventionelle Immunsuppressiva nur unwesentlich beeinflusst wird.

3. Transgene Veränderung der Tiere

Um die extreme Immunsuppression, die bei xenogener Transplantation nötig wird, zu umgehen, wurden Schweine, die als Organquellentiere Verwendung finden sollen, gentechnisch verändert. Durch Einbringen von menschlichen Genen in den Zellkern von Schweineeizellen wurde die gewünschte Information übertragen. Solche außerhalb des Mutterleibes präparierten Eizellen wurden in die Gebärmutter hormonell vorbehandelter Ammenschweine injiziert. Damit konnten die gewünschten menschlichen transgenen Eigenschaften in Basisstieren angereichert und geeignete Schweine für weitere Versuche gezüchtet werden. Die Organe dieser Schweine sind nicht mehr fähig, die xenogene Komplementkaskade in Gang zu setzen. Da diese Komplement-Regulatorproteine speziesspezifisch sind, muß das humane Produkt auf Schweine, die als Organquelle bei Mensch und Primat gelten, übertragen werden. Durch diese Veränderung konnte eine signifikante Verlängerung der Überlebenszeit von Schweineherzen und -nieren erreicht werden, nachdem diese in Affen transplantiert wurden.

Zusätzliche starke Immunsuppression führte zu den Ergebnissen und Überlebenszeiten von über

45 bzw. 70 Tagen, welche die großen Hoffnungen auf klinisch anwendbare Xenotransplantation weckten. Es sollte jedoch nicht verschwiegen werden, daß die meisten der längere Zeit überlebenden Tiere aufgrund schwerer Nebenwirkungen der Immunsuppressiva wie Diarrhöen, Infektionen und Blutungen getötet werden mußten. Für Patienten sind diese Behandlungen nicht zu vertreten.

Zieht man alle bisher bekannten immunologischen und physiologischen Hindernisse in Betracht, so scheint eine Lösung nur in der Erzeugung der Organtoleranz zu liegen. Immunologische Toleranz bedeutet, daß der vorbereitete Organempfänger das fremde Organ nicht abstößt, sondern toleriert, auch wenn nicht immunsuppressiv behandelt wird. Würde eine xenogene Toleranzinduktion gelingen, wäre damit nicht nur das Problem der Abstoßung gelöst, sondern es bestünde auch eine Toleranz gegen sonst speziesspezifische antigene Produkte der xenogenen Organe wie Enzyme und Hormone. Ob damit allerdings die speziesspezifischen Barrieren der physiologischen Diskrepanzen, zum Beispiel von Hormonen und deren Rezeptoren, überwunden werden, ist bislang unbekannt.

In nah verwandten Systemen wie Maus-Ratte und Pavian-Cynomolgusaffe wurden erste derartige Knochenmarkstransplantationen erfolgreich durchgeführt. Nach einer Knochenmarkstransplantation von einem Schwein auf einen Pavian überlebten native Schweinenieren mit begleitender geringer Immunsuppression 15 Tage.

4. Infektionsrisiko nach Xenotransplantation

Unter der extremen Immunsuppression, wie sie bei Xenotransplantation nötig wird, besteht auch die Möglichkeit der Übertragung von krankmachenden (pathogenen) Keimen von Tieren auf den Menschen, sogenannten Xenozoonosen. Normalerweise ist ein gesunder Mensch gegen diese Viren und Bakterien resistent. Die meisten nicht-viralen Erreger, die vom Tier auf den Menschen übertragen werden können, sind bekannt, ebenso deren Therapie. Anders verhält es sich mit Viren, insbesondere Retroviren. Sie sind im Chromosom eines jeden Tieres enthalten und bleiben in der Regel, was ihre Funktion anbetrifft, stumm, d. h., sie verursachen keine Krankheit. Werden solche Viren aktiviert, umhüllen sie sich mit der Zellmembran wie mit einer Tarnkappe und bleiben vor allem in transgenen Tieren für das neue Immunsystem unerkennbar. Das heißt, es findet keine Abwehrreaktion statt, die auf einer Komplement-

aktivierung beruhen würde. Da dieses infektiöse Material unbekannt ist, besteht die Möglichkeit der Übertragung von nicht definierten Keimen vom Schwein auf den Menschen. Eine Diagnose kann nicht gestellt werden, da für diese Erreger keine Nachweismethoden bestehen.

Weltweit wird intensiv an diesem Problem gearbeitet. Die Übertragung tierischer Viren auf Menschen ist nicht nur bei Xenotransplantation möglich, man denke an HIV, Grippeviren, Rotaviren und Prionen, die alle von Tieren stammen, dort unerkannt blieben, beim Menschen aber verheerende Wirkungen zeigen. Deshalb müssen im Falle klinischer Xenotransplantation solange erhebliche Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden, bis vollständige Sicherheit besteht, daß eine Übertragung von Retroviren auf den Patienten selbst, seine Umgebung oder die gesamte Bevölkerung nicht möglich ist.

Ethikkommissionen und Transplantationsgesellschaften haben bereits Richtlinien entworfen und veröffentlicht, wie mit den Quellentieren aber auch mit den Xenotransplantatempfängern umgegangen werden muß. Es wird vorgeschrieben, daß Quellentiere und Patienten über einige Zeit in geschlossenen Systemen (Barrieren) leben müssen. Die Patienten müßten über einen noch unbekanntem Zeitraum körperlichen Kontakt mit anderen Menschen meiden. Von Tier und Patient müssen Gewebeproben archiviert werden, um später Rückschlüsse auf eventuelle Infektionen ziehen zu können.

Zoonosen (Krankheiten, die von Tieren auf Menschen übertragen werden) und Xenozoonosen (Krankheiten, die mit Tierorganen auf Menschen übertragen werden) werden von Wissenschaftlern als Gefahr der Virusübertragung sehr ernst genommen, jedoch nicht für so gravierend gehalten, daß ein Moratorium für Xenotransplantation als solche ausgesprochen werden muß. Der augenblickliche Vorteil des einzelnen (Empfängers) muß allerdings gegen das Risiko der Gesellschaft abgewogen werden.

5. Anatomische Unterschiede

Xenogene Organe weisen in der Regel auch eine speziesspezifische Anatomie auf. Über 130 Millionen Jahre hat die Evolution den Phänotyp der Säugtiere geprägt. Dabei haben selbst geringe Umwelteinflüsse erhebliche Unterschiede hervorgebracht. Von den mehr als 4 000 Säugerspezies sind nur wenige, meist unsere großen Haustiere, als Organquellen geeignet.

Die anatomischen Differenzen zwischen Mensch und Schwein stellen ein Hindernis dar. Form, Struktur und Gewebeeigenschaften, aber auch mechanische und funktionelle Besonderheiten bestehen zwischen den verschiedenen Tierarten. Diese können die chirurgischen Techniken erschweren. Zu große Organe werden entweder komprimiert oder nehmen zum Beispiel im Brustraum zu viel Platz ein. Zu kleine Organe können in kurzer Zeit expandieren, was unweigerlich zum Funktionsverlust führt, oder sie reichen als Organersatz nicht aus.

Die aufrechte Haltung des Menschen bzw. horizontale Stellung der anderen Säugetiere nimmt Einfluß auf die Funktion der Organe. Als Beispiel sei die Lunge erwähnt. In der menschlichen Lunge findet der Gasaustausch normalerweise nur im unteren Drittel statt. Beim horizontal lebenden Schwein liegt eine unterschiedliche Anatomie vor. Aus der Klinik ist bekannt, daß die Lunge des Menschen eine dauernde horizontale Position nur schlecht verträgt. Deshalb stellt sich die Frage, ob eine Schweinelunge lebenslang eine aufrechte Haltung tolerieren würde.

Unter diesem Aspekt muß vermutet werden, daß sich der unterschiedliche Blutkreislauf – zusammen mit der höheren Viskosität (Zähflüssigkeit) des menschlichen Blutes, der abweichenden Größe der roten Blutkörperchen und deren unterschiedlicher Zahl – auf den Gasaustausch auswirkt. Aus ersten Versuchen ist bekannt, daß die xenogene Lunge ihre Funktion als Reservoir für weiße Blutkörperchen besonders dramatisch erfüllt. Bereits ein bis zwei Minuten nach Öffnung des Kreislaufes kleben fast alle zirkulierenden weißen Blutzellen in der xenogenen Lunge. Die Konstruktion des Schweineherzens und seiner Herzklappen ist auf die horizontale Pumpfunktion ausgerichtet. Zwar ist das Herzzeitvolumen beider Herzen, ob von Mensch oder Schwein, pro Kilogramm Körpergewicht vergleichbar, die Konstruktion der Klappen aber ist signifikant unterschiedlich. Trotzdem bewähren sich Schweineherzklappen klinisch sehr gut.

IV. Enzyme und Hormone

Jedes höhere Säugetier produziert zahllose Enzyme, die alle speziesspezifisch sind. Jede Leber, ob transplantiert oder nicht, ist in der Lage, 2 500 Enzymsysteme zu bilden. Meist werden diese aus Vorläufermolekülen aktiviert. Dies wie-

derum geschieht mit Hilfe von Peptiden (Spaltprodukten), Hormonen oder anderen Enzymen.

Isoenzyme sind die gewebespezifischen Formen der Enzyme. Viele sind stereospezifisch und oft monospezifisch, das bedeutet, daß sie nur eine „Abspaltstelle“ an ihrem Eiweißmolekül erkennen, z. B. zwei Aminosäuren, die in einer definierten Sekundärstruktur liegen. Diese Aktivitäten benötigen eine konsequente Regelung, die, wenn entgleist, zu totalem Chaos führen kann. Ob diese Kontrolle zwischen weit entfernt verwandten Spezies möglich ist, ist nicht bekannt, aber eher unwahrscheinlich. Daher, so nimmt man heute an, wird die Leber das Organ sein, das in naher Zukunft nicht als dauerhaftes Xenotransplantat Anwendung finden wird. Auch Versuche, mit isolierten Schweine- oder Primatenlebern Patienten im Leberkoma zu behandeln, sind bisher nicht überzeugend.

Das Spektrum der Steroidhormone (Wirkstoffe, die aus Cholesterin oder Cholesterinderivaten gebildet werden, z. B. das Hormon der Keimdrüsen) scheint biologisch und funktionell bei Säugern ähnlich zu sein. Allerdings variieren zirkulierende Steroide in ihrer Konzentration, und die hormonbindenden Trägermoleküle sind unterschiedlich oder fehlen. Noch ist die hormonelle Interaktion nicht vollständig verstanden und die Struktur der Rezeptoren häufig nicht bekannt. Sicher ist, daß Hormone, wenn die Rezeptoren der Zielzelle nicht passend sind, nicht funktionieren. Hormone brauchen für ihre Aktion nicht nur Rezeptoren, sondern auch Antagonisten, Hemmstoffe und Transportmoleküle, die meist speziesspezifisch sein müssen, um die Feed-back-Mechanismen, die Speicherung, die Sekretion und den Stoffwechsel zu steuern.

Ob, ähnlich wie bei Enzymen auch, die Messung der zirkulierenden Hormone in xenogenen Modellen eine Bedeutung hat, ist nicht bekannt. Werden Schweineorgane mit menschlichem Blut in Verbindung gebracht, so werden meist große Mengen von beiden Enzymen (menschliches oder tierisches) oder Mediatoren nachgewiesen. Auch hier ist nicht bekannt, ob es zu physiologischen oder eher pathologischen Stoffwechselabläufen kommt. Im Falle des menschlichen Wachstumshormons wurde belegt, daß transgene Mäuse, die das Gen des humanen Wachstumshormons tragen, sich zu Riesenmäusen entwickeln und aufgrund pathologischer Vorgänge an den Organen frühzeitig sterben. Der Grund dafür ist, daß bei diesen Tieren die speziesspezifische Hemmsubstanz für das fremde Wachstumshormon fehlt. Da die Rezeptoren auf Schweinezellen das menschliche Wachs-

tumshormon erkennen, darf angenommen werden, daß Schweineherzen in der für Schweine typischen kurzen Zeit zu der ihnen natürlichen Größe heranwachsen. Das Herz eines 350 kg schweren Tieres würde dann den gesamten menschlichen Brustraum füllen.

V. Ethik und Kommerz

Seit mehr als fünf Jahren wird von verschiedenen Kliniken angekündigt, daß die klinische xenogene Transplantation bald anstehe. Die Ansicht, welches Organ das erste sein wird, das transplantiert wird, wechselt je nach Erfolg auf experimentellem Gebiet. Die Xenotransplantation hat diese rasante Entwicklung nur deshalb nehmen können, weil beträchtliche kommerzielle Interessen bestehen und damit finanzielle Unterstützung von der Industrie, aber auch anderen Institutionen gewährt wurde. Patentrechtliche Probleme haben den wissenschaftlichen Fortschritt nicht immer in fairer Weise beeinflußt. Darauf, daß bereits heute in Veröffentlichungen behauptet wird, im Jahr 2010 könnten weltweit 300 000 Xenotransplantationen stattfinden, ist bereits hingewiesen worden.

Vorsichtige Überlegungen zeigen, daß das Vorhaben sehr kostspielig werden könnte, teurer als die Alлотransplantation. Aufgrund der unbegrenzten Organzahl wären diese Fallzahlen von den Versicherungen und vom Staat nicht mehr finanzierbar. Nicht nur die xenogenen Organe kosten Geld, auch die Überwachung der Patienten vor und nach der Operation ist teuer, da nach Viren im Spender tier gesucht werden muß, insbesondere nach solchen, die noch nicht bekannt sind. Die Medikamente zur Behandlung der Abstoßung sind, zumindest nach heutigem Stand, viel teurer als nach allogener Transplantation. Die Patienten müssen in Quarantäne leben, bis feststeht, daß sie für die Bevölkerung keine gefährlichen Keime oder Viren tragen. Die Dokumentation und Archivierung von Blut- und Gewebeproben erfordert Kühlmöglichkeiten über lange Zeiträume und schlägt damit finanziell erheblich zu Buche.

Die ethischen Probleme sind zwar noch nicht gelöst, werden aber von Kirchen aller monotheistischen Religionen, von Ethikkommissionen und den großen Transplantationsgesellschaften und Ärztekammern diskutiert. Es wäre das erste Mal in der Geschichte der Medizin, daß ethisch-rechtliche Probleme gelöst wären, bevor die in Frage kommende Technik Einzug in die Klinik gehalten hat.

Xenotransplantation stellt vollkommen neue und unvorhergesehene Ansprüche an die Ethik. Es muß hier zwischen der Ethik des Patienten, des Arztes, dem Berufsethos und dem Schutz der Tiere unterschieden werden. Es muß in Betracht gezogen werden, daß Patient und Arzt unterschiedliche Aspekte vertreten können und daß nationale, internationale, ja globale Interessen bestehen. Diese Fragen sind noch einmal zu trennen von philosophischen und religiösen Aspekten.

Der Patient muß vor der Transplantation informiert werden, daß er unter Umständen das Transplantat eines Tieres bekommt. Seine Zustimmung zu einer solchen Organübertragung ist die Voraussetzung. Dürfen an Feten, Neugeborenen, Kindern oder sehr alten Menschen, die solche Entscheidungen noch nicht oder nicht mehr treffen können, Xenotransplantationen vorgenommen werden? Bei Kindern müßte im Hinblick auf mögliche Vererbung oder Übertragung von besonderen Charakteristika auf zukünftige Generationen besonders vorsichtig entschieden werden. Die Weitergabe genetischen Materials im Sinne eines Mensch-Tier-Chimärismus sollte verboten werden, ebenso die Implantation eines menschlichen Embryos in den Uterus einer anderen Art. Transplantation von „denkender Materie“ darf nicht gestattet werden, um so die menschliche Identität zu wahren.

1. Medizinisches Ethos

Der Transplanteur muß in Betracht ziehen, was für den Patienten, seine Angehörigen, für ihn selbst und seine Mitarbeiter wichtig und richtig ist. Er hat die Würde des Patienten zu achten. Selbst wenn eine Ethikkommission einer Xenotransplantation zustimmt, hat er als Arzt das Risiko abzuschätzen sowie die geistige und körperliche Integrität des Patienten in seine Handlung mit einzubeziehen. Er muß sich fragen, ob er eine Xenotransplantation durchführen darf, nur um das medizinische Wissen zu erweitern. Auch hat er dem Druck des Patienten oder der Angehörigen oder sogar des Personals zu widerstehen oder nachzukommen. Xenotransplantation sollte Leben retten und für den Patienten realistische und kalkulierbare Vorteile beinhalten.

Wissenschaftler haben die Pflicht, neue Ergebnisse korrekt – auch für die Zukunft – mitzuteilen. Es wäre unethisch, dieser Verantwortung nicht nachzukommen. Wissenschaftler müssen die Autorität besitzen, ihre Ergebnisse und Hypothesen frei zu publizieren. Diese Freiheit darf aber andererseits nicht mißbraucht werden.

2. Globale, nationale und kulturelle Ethik

Die Ethik in der Medizin ist keinesfalls eine neuzeitliche Erfindung. Der Bedarf an ethischen Richtlinien wurde erkannt, als die Menschen begannen zusammenzuleben. Die ersten schriftlichen Überlieferungen stammen von einem hinduistischen Arzt aus dem 15. Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung. Der Eid des Hippokrates gilt noch heute nach 3 500 Jahren. Die Nürnberger Gesetze, die „Bill of Human Rights“ und die „Deklaration von Helsinki“ sind weltweit akzeptiert und schützen das Individuum davor, als „Versuchstier“ mißbraucht zu werden. Globale Ethik muß die Würde des Menschen schützen.

Die Probleme der Organspende und -verteilung sind hinlänglich bekannt. Bei Xenotransplantaten wird die Verteilung nicht nur vom Reichtum der Nation, sondern auch von klimatischen Verhältnissen und religiösen Vorgaben abhängen. Im Augenblick gibt es kein nationales oder internationales Gesetz, das solche Fragen beantworten würde. Der Europarat verlangt lediglich, daß Forschung am Menschen nur mit einem minimalem Risiko verbunden sein darf. Tieren, die dafür verwendet werden, dürfen keine Leiden und Schmerzen zugefügt werden.

Alle Kulturen haben eine unterschiedliche Auffassung über das Leben, den Tod und die Transplantation, insbesondere über Xenotransplantation. Die westlichen Kulturen berufen sich dabei auf die Wissenschaft. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis spielt dabei eine große Rolle. Deshalb laufen wir Gefahr, daß Xenotransplantation sich zu einer Frage von Technologie und Machbarkeit und weniger von Motivation und Moral entwickelt.

Was Moral und Ethik in der einen Kultur bedeuten, muß nicht die gleiche Bedeutung in einer anderen Kultur haben. Aber wir müssen uns heute nach den Bedürfnissen einer pluralistischen Gesellschaft richten. Auch unterschiedlichen Wertsystemen von Entwicklungsländern muß dabei Rechnung getragen werden. Jeder Mensch hat das gleiche Recht auf Leben und seinen kulturellen Standard.

3. Religionen und Xenotransplantation

Für gläubige Menschen stellt die Xenotransplantation ein fast inakzeptables Angebot dar. Als erster Vertreter einer monotheistischen Religion äußerte sich der Rabbi von New York, Moshe David Tendler, positiv zur Xenotransplantation. Auch die beiden christlichen Kirchen folgten in ähnlicher Weise diesem Vorbild. Solange das Menschenbild

nicht verändert oder zerstört wird und keine Hybridisierung der Spezies stattfindet, kann die Xenotransplantation auch kirchlich akzeptiert werden. Alle heiligen Schriften befürworten jene Mittel, die helfen, ein menschliches Leben zu retten. Auch Schweineorgane dürfen in diesem Fall, dem „Notfall“, auf todkranke Menschen übertragen werden.

Im Koran steht eine Sure (Kapitel), in welcher der Prophet ausdrücklich jede ärztliche Behandlung gestattet, die das Leben eines Menschen rettet. Er erlaubt sogar Methoden, die zur Zeit der Niederschrift des Koran noch gar nicht bekannt waren. In Deutschland haben erst kürzlich die evangelische und die katholische Kirche eine „Hilfe zur ethischen Urteilsbildung zur Xenotransplantation“ veröffentlicht. Philosophische und rechtliche Betrachtungen sollen an dieser Stelle nicht erörtert werden.

Auch beim Treffen der OECD und der New York Academy of Sciences in New York im Frühjahr 1998 kamen die anwesenden 250 Wissenschaftler überein, daß die Verwendung von Tieren, übrigens auch von Primaten, für die Forschung in der Xenotransplantation ethisch gerechtfertigt ist. Voraussetzung ist die strikte Einhaltung der Tierschutzgesetze der Länder in der westlichen Welt bzw. der beteiligten Nationen. Vorgaben der WHO, der EU und des Nuffield councils of ethics wurden als Richtlinien angeboten. Sowohl die Generierung von transgenen Tieren wie auch deren Haltung und Verwendung zu Experimenten wurde bejaht.

4. Ethik der Klonierung von Quellentieren

Die Klonierung von Nutztieren gemäß der Vorschrift durch das Tierschutzgesetz ist erlaubt. Genmanipulationen und Klonierung von Tieren, solange dies nicht eine Gefährdung der Art darstellt, scheint ethisch bedenkenlos zu sein.

Da ein kloniertes Tier das Abbild des Kloneltern-tieres ist, besteht für die Xenotransplantation noch kein Bedarf für solche Eingriffe in die Natur. Die transgenen Vertreter von Schweinerassen sind derzeit für die klinische Xenotransplantation noch ungeeignet, so daß sie nicht in großer Zahl benötigt werden. Ein Idealtier für Xenotransplantation, dessen gesamtes physiologisches und immunologisches Skelett eine xenogene Transplantation tolerieren würde, existiert noch nicht. Für wissenschaftliche Zwecke könnte sich jedoch die Klonierung einzelner Tiere lohnen, da damit die aufwendigen und teuren Züchtungen umgangen und spezielle Fragestellungen exakt verfolgt werden könnten.

Xenotransplantation schafft ein Ungleichgewicht zwischen Mensch und Tier zu Gunsten des ersten. Obwohl nicht altruistisch, ist die Organentnahme beim Tier gesetzlich erlaubt. Deshalb sollen Tiere, denen die Organe entnommen werden, nicht als „Spender“, sondern als „Quelle“ bezeichnet werden. Auch die heftigsten Verfechter des Tierschutzes lehnen eine solche Organtransplantation nicht strikt ab. Voraussetzung ist der humane Umgang mit diesen wertvollen Wesen, wie im Tierschutzgesetz vorgeschrieben.

5. Vertrauen der Bevölkerung

Um das Vertrauen der Bevölkerung zu gewinnen, muß die Berichterstattung auch durch die Medien verbessert werden. Dazu ist es notwendig, die Wissenschaft voranzutreiben, um sichere Ergebnisse für die klinische Anwendung zu erreichen. Ethikkommissionen und staatliche Regelungen würden Sicherheit schaffen. Damit bekäme die Xenotransplantation die Aufmerksamkeit, die sie verdient, denn die wissenschaftlichen Fortschritte der letzten Jahre und ihr Einfluß auf weitere Forschungsgebiete waren hinreichend. Wahrscheinlich erhielt die Xenotransplantation auch deshalb die finanzielle Unterstützung, die ihr schon lange zugestanden hätte. Das Interesse der pharmazeutischen Industrie an der Xenotransplantation muß allerdings mit gewisser Vorsicht betrachtet werden, da hier ganz offensichtliche finanzielle Vorteile erwartet werden. Solange dies zum Wohle der Patienten geschieht, bestehen keine Bedenken. Wie groß das Interesse der Transplantationsgesellschaften an einer klinisch erfolgreichen Xenotransplantation ist, zeigt, daß internationale und nationale Transplantationsgesellschaften unabhängige Sektionen für Xenotransplantation einrichten. Damit besteht die Hoffnung für die Patienten, daß in nicht allzu ferner Zukunft eine ausreichende Anzahl von Organen zur Verfügung steht und die Wartelisten verschwinden. Bis dahin sollte jedoch die altruistische Spende von menschlichen Organen nicht vernachlässigt werden. Noch sind große Anstrengungen in dieser herkömmlichen Transplantation nötig, um an einer möglichst großen Zahl von Patienten Transplantationen vornehmen zu können.

VI. Zusammenfassung

Die rasche Entwicklung der Gentechnik hat die xenogene Transplantation plötzlich in die Nähe

der klinischen Anwendbarkeit gerückt. Transgene Tiere, vor allem Schweine, erlauben Versuche mit Primaten als Empfängern, die zu klinisch relevanten Ergebnissen führen. Organe von Schweinen, die auf der Oberfläche jeder Zelle menschliche Komplementregulatorproteine tragen, unterliegen nicht mehr der hyperakuten Abstoßungsreaktion. Überlebenszeiten von Tagen können mit entsprechender immunsuppressiver Behandlung auf Wochen bis Monate verlängert werden.

In solchen Zeitabschnitten wird es möglich, die Mechanismen der Abstoßung näher zu untersuchen und vor allem die physiologische Leistung der Organe zu verfolgen.

Die Manipulation mehrerer Gene ist bereits möglich und wird in Zukunft weitere Verbesserungen erlauben. Blutgerinnung, Wachstum der Organe und Histokompatibilität können weiter beeinflußt werden. Hindernisse wie die Übertragung von retroviralen Erkrankungen, die noch nicht einmal bekannt sind, werden überwindbar. An rechtlichen, ethischen, moralischen und religiösen Fragen wird weltweit gearbeitet. Richtlinien auch der Quarantäne und Dokumentation der Patienten sind erstellt.

Die Übertragung solcher über die Speziesgrenze hinweg kompatibler Organe läßt eine zukünftige Anwendung nur erahnen. Das erste Ziel ist der Ersatz der großen parenchymatösen (tierisches Grundgewebe) Organe wie Herz und Nieren. Gewebe, die auf die Lebensqualität nach Transplantation weniger Einfluß nehmen, wie Inseln, neuronale und endokrine Zellen, Herzklappen und Blutgefäße, stehen in weit größerem Ausmaß zur Verfügung. Jährlich erkranken etwa 10 000 Menschen in Deutschland an Diabetes. Könnten Inseln in diesen Fällen frühzeitig übertragen werden, käme es nicht zu den schweren Folgeerscheinungen. Durch Transplantation endokriner (hormonell aktiver) Zellen könnten Parkinsonismus, Chorea Huntington und andere Enzymschäden korrigiert werden.

Wo die Grenzen einer ethisch gerechtfertigten Xenotransplantation liegen, ist noch nicht sicher. Soll jeder, der Säugling, der alte Mensch, der psychisch gestörte und der HIV-positive Patient, der bereits chronisch Kranke oder der genetisch Gezeichnete, ein Tierorgan bekommen? Bis dieser dauerhafte Ersatz möglich wird, dürfte noch viel Zeit vergehen. In dieser Übergangsphase können diese Organe aber vielleicht zur Überbrückung von kostbarer Zeit eingesetzt werden.

Noch vor wenigen Jahren hatte die Xenotransplantation das Stigma, „unmöglich“ zu sein. Inzwischen hat die Gentechnologie einen Quantensprung erzielt, was die Überlebenszeiten und die Funktion einzelner Organe in Tiermodellen betrifft. Es muß anerkannt werden, daß die Xenotransplantation ein Projekt mit historischen Dimensionen ist und ein riesiges und positives Potential in sich birgt. Um dieses Projekt weiter voranzutreiben, müssen aber

alle Risiken vorher erkannt und auf ein Minimum reduziert werden. Es ist deshalb die Pflicht, Xenotransplantation ins richtige Licht zu rücken. Vor-eilige, enthusiastische und emotionale Äußerungen sind fehl am Platze. Kommerzielle Interessen sollten zurückgestellt werden. Intensive Forschung ist nötig, um Xenotransplantation in eine Alternative zur Allotransplantation zu verwandeln. Es gilt, 90 Millionen Jahre Evolution zu überlisten.

Kurt Bayertz

Dissens in Fragen von Leben und Tod: Können wir damit leben?

Über wenige Fragen ist in den vergangenen Jahrzehnten leidenschaftlicher und ausdauernder gestritten worden als über die nach der Legitimität der Abtreibung. Was für die einen nichts als eine Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung ist, erscheint den anderen als ein permanenter bethlehämischer Kindermord. Auch mehrfache Gesetzesänderungen und nachfolgende Urteile des Bundesverfassungsgerichts haben diesen Streit nicht entschärfen, geschweige denn beilegen können. Und nichts deutet darauf hin, daß sich an dieser Situation in Zukunft etwas ändern könnte. Wir werden weiterhin damit leben müssen, daß dieselbe Handlung den einen als Mord, den anderen als Akt legitimer Selbstbestimmung gilt.

Schon vor knapp zwei Jahrzehnten hat der Moralphilosoph Alasdair MacIntyre diese divergierende Bewertung der Abtreibung in einem vieldiskutierten Buch als Indiz für eine tiefe *moralische Krise* der modernen Gesellschaft angeführt. Moralische Äußerungen dienen nach MacIntyres Beobachtung heute oft der Artikulation von Meinungsverschiedenheiten. Das Erstaunlichste an den damit verbundenen Debatten sieht er darin, daß sie endlos sind. „Endlos“ nicht nur in dem Sinne, daß sie dauern und dauern, sondern daß sie offenbar zu keinem Ende geführt werden können: „In unserer Kultur scheint es keinen vernünftigen Weg zu geben, eine moralische Übereinstimmung zu erzielen.“

Tatsächlich ist es leicht, gerade im Bereich der Medizin weitere Beispiele für solche anhaltenden und augenscheinlich unlösbaren öffentlichen Debatten aufzuzählen. Es genügt, die Stichworte „Sterbehilfe“, „Euthanasie“, „Organtransplantation“ oder „Hirntod“ zu nennen. An diesen Beispielen wird zugleich deutlich, warum uns Meinungsverschiedenheiten im Bereich des medizinischen Handelns oft tiefer unter die Haut gehen als andere Kontroversen: Hier geht es um Leben und Tod. Das Engagement und die Leidenschaft, mit der die Auseinandersetzungen hier geführt werden, kann daher kaum überraschen. Was könnte bestürzender sein als die Aussicht, daß ein Konsens über Fragen von Leben und Tod auch in Zukunft nicht erreichbar sein wird? Was, wenn

nicht diese Situation, verdiente den Namen einer „moralischen Krise“? Und schließlich: Kann eine Gesellschaft überhaupt dauerhaft und friedlich existieren, die offenkundig unfähig ist, sich in derart grundlegenden und existentiell wichtigen Fragen zu einigen?

I. Eine babylonische Moralverwirrung?

Daß mit diesen Fragen ein ernstes Problem angesprochen wird, ist schwerlich zu bestreiten: Es stellt ein ernstes Problem für das tägliche Zusammenleben von Menschen divergierender moralischer Überzeugungen, für die Politik und das Recht und die Moralphilosophie dar. Zugleich aber sollte der dramatisierende Gestus dieser Fragen nicht über die simple Tatsache hinwegtäuschen, daß wir ohne Konsens über die genannten „Fragen von Leben und Tod“ leben, und dies bereits seit geraumer Zeit. Offensichtlich haben die moralischen Kontroversen über die Abtreibung, über die Sterbehilfe oder den Hirntod bislang ebensowenig ins gesellschaftliche Chaos geführt wie die zahllosen Kontroversen in der Sozial-, Energie- und Außenpolitik; sie haben das friedliche Zusammenleben in der Gesellschaft oft und nachhaltig strapaziert, aber nicht unmöglich gemacht. Auch kann von einem Zusammenbruch der moralischen Kommunikation nicht ernsthaft die Rede sein: Eine babylonische Moralverwirrung, die der Verständigung zwischen den divergierenden Positionen den Boden entzöge, ist nirgends zu beobachten. Wer einen solchen Zusammenbruch behauptet, dramatisiert die sich tatsächlich abspielenden Auseinandersetzungen und übersieht, daß auch die Artikulation von Differenzen eine (wenngleich nicht immer bequeme) Form der Kommunikation ist.

Auch zeigt uns ein nüchterner Blick auf die Realität keineswegs das Bild einer durchgängigen und tiefen moralischen Zerklüftung. Alles in allem dürfte es in der modernen Gesellschaft weit mehr

Konsens als Dissens geben. Dies gilt auch für den Bereich der Medizin und ihre ethische Dimension. Sofern man eine quantitative Betrachtung überhaupt anstellen kann, gibt es über 99 Prozent des medizinisch relevanten Handelns *keine* kontroversen öffentlichen Debatten. Der Eindruck einer Dominanz von Meinungsverschiedenheiten auf diesem Gebiet ist das Resultat einer Art optischer Täuschung. Da wir das medizinische Handeln nur ausschnittsweise „direkt“ wahrnehmen; da wir es überwiegend durch die Berichterstattung in den Medien, durch die parlamentarischen Debatten und durch die einschlägige Literatur vermittelt bekommen, wird unser Blick einseitig auf die Kontroversen und Auseinandersetzungen gelenkt. Denn „natürlicherweise“ beschäftigen sich die Medienberichterstattung, das Parlament oder die Literatur bestenfalls am Rande mit dem, was unstrittig, normal und selbstverständlich ist; ihr Fokus liegt auf den problematischen und kontroversen Fragen. Daß Hausärzte Blutdruck messen und Medikamente verschreiben, daß Chirurgen Knochenfrakturen richten und Tumoren entfernen wird in der Regel nicht zum Gegenstand von Fernsehsendungen, von parlamentarischen Debatten oder von Aufsätzen in Fachzeitschriften; wohl aber die erstmalige Zeugung eines „Retortenbabies“, ein illegaler Fall von Sterbehilfe oder ein neues Gesetz zur Organtransplantation. Diese Konzentration auf die neuen, schwierigen und kontroversen Fragen ist nichts, das zu kritisieren oder zu beklagen wäre. Aber sie darf die wirklichen Proportionen zwischen Konsens und Dissens nicht verstellen.

Hinzu kommt, daß nicht alle Kontroversen ihren Ursprung in *moralischen* Differenzen haben. In vielen Fällen gehen sie auf unterschiedliche Beurteilungen der empirischen Sachlage zurück. Differenzen in deren Beurteilung treten besonders leicht dort auf, wo die relevanten Fakten in der Zukunft liegen. Dies ist bei der Einführung neuer biomedizinischer Technologien der Fall, und es kann nicht verwundern, daß bei der Frage nach den Folgen dieser Einführung Meinungsverschiedenheiten auftreten. Selbst wenn alle Beteiligten sich darüber einig sind, daß das Eintreten einer bestimmten Folge schlecht und ein Grund für die Ablehnung der betreffenden Technologie wäre, können sie stark abweichende Einschätzungen hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit des Eintretens dieser Folge haben. Es besteht dann ein moralischer Konsens bei empirischem Dissens, der aber als moralischer Dissens wahrgenommen wird.

In der bioethischen Diskussion treten Differenzen dieser Art oft im Zusammenhang mit dem „slippery-slope-Argument“ auf. So wird in der Debatte

über die Sterbehilfe oft die Befürchtung vertreten, daß eine Zulassung von aktiven Tötungshandlungen unweigerlich zu einem Verlust von Vertrauen in die ärztliche Profession, zu einer generellen Relativierung des Lebensschutzes und am Ende zu einer schrankenlosen Beseitigung von Kranken und Behinderten führen werde. Es liegt auf der Hand, daß dieses Argument zu einer strikten Ablehnung jeglicher Form von Sterbehilfe führen muß, wenn man es für empirisch zutreffend hält. Auch diejenigen, die eine Sterbehilfe in begrenzten und klar definierten Fällen für zulässig halten, würden die befürchtete Entgrenzung von Tötungshandlungen ablehnen; insoweit besteht daher kein Dissens zu den Gegnern jeglicher Sterbehilfe. Der Dissens besteht darin, daß sie die befürchtete Entgrenzung für nicht zwingend und (die Stabilität demokratischer Verhältnisse vorausgesetzt) nicht einmal für wahrscheinlich halten. Zur Begründung können sie auf Beispiele früherer Gesellschaften verweisen, in denen die Tötung kranker oder behinderter Neugeborener zulässig war, ohne daß diese – über Jahrhunderte hinweg geübte – Praxis schrittweise ins Uferlose ausgeweitet worden wäre. Wenn sich die beiden Parteien in der zentralen moralischen Frage aber einig sind (denn beide lehnen eine extensive Tötungspraxis ab), wenn sich ihr Dissens auf Beurteilung und Gewichtung der relevanten Tatsachen und historischen Erfahrungen bezieht, dann kann ihre Kontroverse nicht als Indiz für eine *moralische* Krise gewertet werden.

Es bleibt also festzuhalten, daß wir *erstens* mit dem Dissens leben und daß von einem Zusammenbruch der moralischen Verständigung keine Rede sein kann; daß wir *zweitens* nicht unter den Bedingungen eines *totalen* moralischen Dissenses leben, daß der Konsens den Dissens bei weitem überwiegt; und daß *drittens* nicht aller Dissens moralischer Natur ist. Doch diese notwendige Relativierung darf natürlich nicht bis zur Leugnung von Kontroversen und Auseinandersetzungen getrieben werden. Wenngleich die Vision einer babylonischen Moralverwirrung übertrieben ist, bleibt doch die Tatsache bestehen, daß in modernen Gesellschaften in wichtigen Fragen – darunter auch in Fragen von Leben und Tod – *kein* Konsens besteht.

II. Kann die Bioethik helfen?

Eine erste Möglichkeit der Reaktion auf diese Lage könnte in einer Strategie des „Aussitzens“ bestehen. Wenn wir – seit Jahrzehnten – mit dem

Dissens leben, dann besteht möglicherweise gar kein Grund für das Bemühen um seine Beseitigung. Kann man nicht darauf hoffen, daß die erregten Kontroversen mit der Zeit „von selbst“ abklingen und schließlich ganz verschwinden? Tatsächlich kennt die Geschichte der Medizin und der Medizinethik eine Reihe von Beispielen für ein solches Verschwinden. Eher kurios mutet es heute an, daß in der Mitte des 19. Jahrhunderts schwere Bedenken gegen die Einführung der Anästhesie in der Geburtshilfe vorgebracht wurden: In der Bibel spreche der Herr zum Weib „Unter Schmerzen sollst du Kinder gebären“ (Gen. 3, 16); die Linderung oder Beseitigung der Geburtsschmerzen widerspreche daher der göttlichen Naturordnung. Jüngere Beispiele für ein solches Abklingen von moralischen Diskussionen über medizinische Innovationen bieten die Anti-Baby-Pille und die In-vitro-Befruchtung. Die Gründe für ein solches Abklingen sind vielfältig. Sie liegen zum einen in der Klärung von zunächst strittigen Sachfragen: Führt die Anwendung der „Pille“ zu einer schrankenlosen Promiskuität? Führt die In-vitro-Befruchtung zu einer umfassenden Technisierung der menschlichen Fortpflanzung? Bestätigt haben sich solche Befürchtungen nicht. Zum zweiten tritt ein gewisser Gewöhnungseffekt ein. Medizintechnische Innovationen berühren uns tiefer und nachhaltiger als andere Neuerungen, gerade wenn sie den Anfang oder das Ende des menschlichen Lebens betreffen. Sie tangieren unser biologisches und kulturelles Selbstverständnis und werden daher häufig als eine moralische Provokation wahrgenommen; erst nach einem längeren Prozeß der Gewöhnung werden sie akzeptiert und assimiliert.

Doch sollten solche Beispiele nicht zu der Illusion verleiten, daß sich mit der Zeit *alle* Dissense in Konsense verwandeln werden. Zum einen gibt es Gegenbeispiele; man denke an die Abtreibung. Zum anderen ist zu bedenken, daß wir auch in Zukunft mit biotechnologischen Innovationen konfrontiert sein werden, die starke Herausforderungen für unser moralisches Selbstverständnis darstellen werden (z. B. die Möglichkeit der Klonierung von Menschen). Selbst wenn ältere Kontroversen abklingen, werden daher stets neue hinzukommen. Und schließlich ist es auch keineswegs ausgeschlossen, daß gefundene Konsense angesichts neuer Erfahrungen wieder in Frage gestellt werden; die Kontroverse um das Hirntod-Kriterium nach dem „Erlanger Fall“ hat dies gezeigt. Auf das Aussitzen oder die „Spontanheilung“ von moralischen Kontroversen zu vertrauen wäre daher keine gute Strategie. Wir können

uns die aktive Bearbeitung von Dissensen nicht ersparen.

Eine solche aktive Bearbeitung schließt das Bemühen ein, die in solchen Kontroversen verwandten Begriffe zu klären und zu definieren, die von den verschiedenen Parteien vorgebrachten Gründe zu analysieren und zu gewichten sowie die (oft impliziten) Voraussetzungen und (verborgenen) Implikationen divergierender Überzeugungen und Theorien offenzulegen. Man kann hoffen, durch Klärungen dieser Art Mißverständnisse auszuräumen, falschen Argumenten den Boden zu entziehen und damit zur rationalen Beilegung von Kontroversen beizutragen. So ist es sicher nicht gleichgültig, ob ein Dissens auf divergierenden moralischen Überzeugungen beruht oder auf unterschiedlichen Einschätzungen der empirischen Sachlage; im einen Fall wird man andere Wege zur Lösung des Konflikts einschlagen müssen als im anderen. In anderen Fällen trägt die Mehrdeutigkeit von Begriffen zur Entstehung oder Verhärtung von moralischen Auseinandersetzungen bei, so daß die Einführung von Unterscheidungen und die Präzisierung der Terminologie zur Voraussetzung für ihre Beilegung wird. Kurzum: Mehr *Rationalität* in der moralischen Auseinandersetzung ist ein Weg – und vielleicht sogar *der* Weg – zu mehr Konsens in Fragen des medizinischen Handelns.

In jedem Fall war diese Überzeugung von Beginn an grundlegend für die *Bioethik*. Sie entstand in den siebziger Jahren als eine philosophische Reaktion auf die technische Revolutionierung des medizinischen Handelns unter den Bedingungen eines tiefen Wertewandels. Die traditionelle ärztliche Ethik gab keine hinreichende Orientierung mehr; neue Ansätze waren notwendig geworden, um die neuen Probleme zu lösen. Die Bioethik bildet daher keine neue und einheitliche „Richtung“ des ethischen Denkens, sondern muß als eine Vielfalt von Bemühungen begriffen werden, die in einem bestimmten Bereich des menschlichen Handelns auftretenden moralischen Probleme zu durchdenken und zu lösen. Sie kann als der systematisch betriebene Versuch angesehen werden, durch rationale Analyse die Basis für die Lösung von moralischen Kontroversen zu schaffen und durch Argumente zur Erzeugung von Konsens in Fragen des medizinischen Handelns beizutragen.

Dieser starke Bezug auf Konsensbildung kommt besonders in jenen Teilen der Bioethik zum Tragen, die man die „institutionalisierte Bioethik“ nennen kann. Damit sind jene Aktivitäten gemeint, die über den Rahmen der akademischen

Lehre und Forschung hinausreichen und sich in Ethik-Kommissionen und Beratungsgremien verschiedenster Art vollziehen. Auftrag und Ziel solcher Kommissionen oder Gremien ist die Erarbeitung von Stellungnahmen zu konkreten Problemen, von Empfehlungen für die Gesetzgebung oder von Richtlinien für die medizinische Praxis. Typischerweise sind in ihnen die Repräsentanten verschiedener gesellschaftlicher Gruppen, Weltanschauungen und Professionen vertreten; sie sollen ein Spiegelbild der entsprechenden gesellschaftlichen Kräfte bilden, so daß der (innere) Konsens, den solche Kommissionen und Gremien im Idealfall erreichen, als Basis und Vorwegnahme eines die ganze Gesellschaft umfassenden Konsenses verstanden werden kann. Auch die theoretischen Konzepte und methodischen Strategien, die von der eher „akademisch-philosophischen Bioethik“ entwickelt wurden, lassen sich als Verfahren der Konsensbildung deuten. Dies gilt etwa für jenen sehr einflußreichen Ansatz, der den Prinzipien der Autonomie, der Nichtschädigung, der Wohlfahrt und der Gerechtigkeit eine tragende Rolle zuweist. Im Hinblick auf solche „Prinzipien mittleren Allgemeinheitsgrades“ scheint man noch am ehesten annehmen zu können, daß sie auch für ansonsten divergierende ethische Positionen akzeptabel sind, daß sie den Kern einer gemeinsamen „Minimalmoral“ bilden und damit als Basis der Verständigung dienen können.

So weit das Programm. Doch wie steht es um den tatsächlichen Erfolg? Hat die Bioethik zur Konsensbildung beigetragen? Die Antwort fällt zwiespältig aus. Auf der einen Seite hat sie (vor allem in ihren institutionalisierten Teilen) sicher in vielen Einzelfragen zur Lösung von Differenzen und zur Bildung von Konsens beigetragen. Ebenso sicher ist jedoch auf der anderen Seite, daß die zentralen Streitfragen durch sie *nicht* geschlichtet wurden. Von einer generellen Konvergenz der Überzeugungen kann keine Rede sein, und alle Hoffnungen, durch rationale Argumentation das Problem der Abtreibung, der Sterbehilfe oder des Hirntodes lösen zu können, haben sich als naiv erwiesen. Die Bäume des Konsenses wachsen eben nicht in den Himmel, und daran vermag auch die Bioethik nichts zu ändern. Konsens und Dissens liegen bisweilen nahe beieinander, und was als eine Übereinstimmung in der einen Hinsicht angesehen werden kann, erweist sich in anderer Hinsicht als Quelle von Kontroversen. Ein Beispiel dafür bietet die „Bioethik-Konvention“ des Europarates von 1997. Sie kann als ein Beleg dafür angeführt werden, daß Konsense über schwierige bioethische Fragen auf internationaler Ebene

möglich sind, auch wenn dies nur durch Kompromisse und durch das Ausklammern strittiger Fragen möglich war. Daß ein solcher diplomatischer Konsens jedoch keine allgemeine Gültigkeit beanspruchen kann, zeigen die starken Vorbehalte, die vor allem in Deutschland von seiten einiger Gruppen gegen diese Konvention artikuliert wurden und werden. Was einerseits als ein Konsenserfolg der (institutionalisierten) Bioethik auf der internationalen Ebene erscheint, kann auf der nationalen Ebene zu neuen Kontroversen führen.

Die Konstruktion einer allgemein akzeptierten medizinischen „Minimalmoral“ ist der Bioethik also bisher nicht gelungen; und man wird kaum erwarten können, daß ihr dies in der Zukunft gelingen wird. Kann schon deshalb nicht pauschal von einer „Konsensbildung durch Bioethik“ gesprochen werden, so ist sie selbst zum Auslöser und Gegenstand einer heftigen Kontroverse geworden. Als der australische Philosoph Peter Singer in mehreren Publikationen die Auffassung vertrat, daß die Tötung schwerstbehinderter Neugeborener mit unheilbarem Leiden zulässig sei, führte dies zu einem Aufschrei der Empörung (allerdings fast nur in deutschsprachigen Ländern). Im Zusammenhang der „Singer-Affäre“ ist von einigen Autoren die gesamte Bioethik mit einer bestimmten Position identifiziert und als „technokratisch“ oder „inhuman“ abqualifiziert worden. Dies ist zwar sachlich ungerechtfertigt, jedoch insofern nicht verwunderlich, als der für die Bioethik grundlegende Anspruch, *alle* relevanten Überzeugungen einer rationalen und vorurteilsfreien Prüfung zu unterziehen und *theoretisch* in Frage zu stellen, auch für Überzeugungen gilt, die von vielen als unhinterfragbar angesehen werden (z.B. die Idee der Heiligkeit des menschlichen Lebens). Die Bioethik kann daher jenes Mißverständnis provozieren, dem nach Arthur Schopenhauer jede philosophische Untersuchung des Fundaments der Moral ausgesetzt ist, nämlich „daß sie leicht für ein Unterwühlen desselben, welches den Sturz des Gebäudes nach sie ziehen könnte, gehalten wird“.

III. Der Konsens als Maß aller Dinge?

Ist die Bioethik darum sinn- und nutzlos? Ist sie möglicherweise sogar kontraproduktiv? Wenn der Konsens das Maß aller Dinge ist, dann scheint eine positive Antwort unausweichlich zu sein. Um zu

zeigen, daß dieser Schluß voreilig wäre, sind einige Überlegungen zum Begriff „Konsens“ notwendig. Bisher wurde ja (implizit) unterstellt, daß erstens klar sei, was unter diesem Begriff zu verstehen ist, und daß zweitens Konsens in jedem Fall erstrebenswert und positiv sei.

Der Begriff „Konsens“ wird naheliegenderweise als die „Übereinstimmung aller“ definiert. Geht man von dieser Bestimmung aus, so dürfte es allerdings schwerfallen, überhaupt irgend eine auch nur einigermaßen komplexe Einsicht anzugeben, über die ein Konsens „aller“ besteht. Selbst über die Grundgesetze der Physik besteht so lange keine Einigkeit, wie einige Außenseiter an der Konstruktion des Perpetuum mobile und der Widerlegung der Relativitätstheorie arbeiten. De facto verlangen wir daher meist auch keine vollständige Einigkeit aller, sondern sprechen von „Konsens“ dann, wenn es in einer Frage keinen energischen öffentlichen Widerspruch relevanter Gruppen der Gesellschaft gibt. Eine solche Gleichsetzung von „Konsens“ mit „Abwesenheit öffentlicher Kontroversen“ ist aber keine ethische, sondern eine *politische* Bestimmung. Dieser Punkt ist von erheblicher Bedeutung; er leitet unmittelbar über zu der zweiten angekündigten Überlegung.

Stellen wir uns eine Situation vor, in der es zu einer bestimmten Frage keine öffentliche Kontroverse gibt; allerdings ist dieser „Konsens“ nicht das Resultat einer intensiven Diskussion, sondern Ausdruck mangelnder Kenntnis und Aufmerksamkeit (das Hirntod-Kriterium vor dem „Erlanger Fall“ wäre ein Beispiel dafür). Die Frage ist nun: Kann ein solcher „Konsens“ als erstrebenswert angesehen werden? Oder allgemeiner: Ist *jede* Übereinstimmung *als solche* bereits moralisch wertvoll, unabhängig davon, wie sie zustande gekommen ist und auf welcher Grundlage sie beruht? Die Bedeutung der Frage beruht darauf, daß sie die Selbstverständlichkeit in Frage stellt, mit der wir geneigt sind, Konsens (an sich) für gut – und Dissens (an sich) für schlecht – zu halten; und daß sie uns zwingt, über die Gründe und Bedingungen nachzudenken, die einen Konsens wertvoll machen. Ohne dies an dieser Stelle näher ausführen zu können, lassen sich drei Bedingungen angeben, die erfüllt sein müssen, um einem Konsens *moralischen* Wert zusprechen zu können: Er muß erstens von informierten Individuen, zweitens auf der Basis von Gründen und drittens zwanglos und frei eingegangen worden sein.

Damit sind wir bei einer Schlüsselfrage angelangt. Wenn Konsense ihre moralische Autorität erst auf

der Basis dieser Bedingungen erlangen, stellen sich Situationen moderner Gesellschaften in einem anderen Licht dar. Die Rede von einer „moralischen Krise der Gegenwart“ lebt von der Kontrastierung der babylonischen Moralverwirrung unserer Zeit mit einer heilen Welt moralischer Einmütigkeit vergangener Jahrhunderte. Zu einer nostalgischen Verklärung der Vergangenheit besteht aber bei nüchterner Betrachtung kein Grund. Zum einen ist es höchst fragwürdig, ob in früheren Zeiten tatsächlich eine übergreifende Einhelligkeit in moralischen Fragen geherrscht hat. Das historische Schrifttum von der Antike bis in die Gegenwart zeigt bei genauerem Studium ein differenzierteres Bild; und die opferreichen Religionskriege des 16. und 17. Jahrhunderts sollten jegliche Illusion über die Einmütigkeit in weltanschaulichen und moralischen Fragen zerstören. Zum zweiten muß gefragt werden, wie die größere Einhelligkeit – so weit sie tatsächlich bestand – zustande gekommen ist. War sie das Ergebnis einer breiten und offenen Diskussion über die entsprechenden Probleme, waren die beteiligten Individuen gut informiert, und konnten sie ohne Angst vor Repressalien zustimmen oder ablehnen? Man muß kein Historiker sein, um zu wissen, daß diese Bedingungen in der Regel *nicht* erfüllt waren. Sofern es überhaupt offene Diskussionen über entsprechende Fragen gab, waren es in der Regel winzige Eliten, die sich artikulieren konnten; die politischen Machtverhältnisse und religiöser Dogmatismus setzten dem, was diskutierbar war, enge Grenzen. Mit einem Wort: Die „Konsense“ der Vergangenheit waren häufig das Resultat von Alternativlosigkeit und Zwang.

Anders gesagt: In historischer Perspektive erweisen sich die Kontroversen und Dissense, mit denen wir heute leben (müssen), zunächst und in erster Linie als ein Ausdruck *gewachsener Freiheit*. Unsere Vorfahren haben in langen und harten Auseinandersetzungen für die Möglichkeit kämpfen müssen, über religiöse, politische *und moralische* Fragen offen debattieren und ohne Angst vor Repression von der Mehrheitsmeinung abweichen zu können. Und bis heute konnte diese Freiheit nur in einem Teil der Welt verwirklicht werden; in dem anderen (größeren) Teil der Welt, ist der Raum für Dissens und Kontroverse nach wie vor eng. Warum sollen wir diese Möglichkeit zum Dissens als eine „Krise“ ansehen, statt als eine Errungenschaft?

Wer den religiösen Pluralismus angreift, gilt (zu Recht) als dogmatisch oder fundamentalistisch; wer den politischen Pluralismus angreift, gilt (zu Recht) als totalitär. Warum soll im Hinblick auf

die Moral etwas anderes gelten? Warum soll der Pluralismus hier etwas sein, das überwunden werden muß, während wir ihn im Bereich von Religion und Politik so hochschätzen? Im 1792 erschienenen zweiten Teil seines berühmten Buches *Die Menschenrechte* schrieb Thomas Paine über die Religion: „Ich glaube nicht, daß zwei Menschen über sogenannte Glaubensfragen gleich denken, wenn sie überhaupt denken. Nur diejenigen, die nie gedacht haben, scheinen übereinzustimmen.“ Wahrscheinlich ist dieser Satz übertrieben. Denn warum soll man durch Denken nicht zu übereinstimmenden Resultaten – sei es in Fragen des Glaubens oder in Fragen der Moral – kommen können? Doch zumindest insoweit wird man Paine zustimmen können, daß Nachdenken keine Übereinstimmung garantiert. Die Existenz moralischer Differenzen muß daher auch nicht notwendigerweise als Ausdruck von Irrationalität angesehen werden: Innerhalb der Grenzen der Rationalität bleibt, ebenso wie innerhalb der Grenzen der Moral, Raum für Differenzen.

Von den Schlußfolgerungen, die sich daraus ergeben, möchte ich eine hervorheben. Wenn der Konsens nicht das Maß aller Dinge ist, kann das Unvermögen der Bioethik zur Herstellung umfassender und allgemeiner Konsense nicht als ein Einwand gegen sie akzeptiert werden. Zum einen weil der Konsens nicht mehr als Wert an sich vergöttert werden muß. Zum anderen weil nicht mehr nur die Lösung eines Dissenses als Erfolg der bioethischen Analyse gelten kann: Auch die Klärung und Offenlegung der Grundlagen eines solchen Dissenses sowie der Nachweis seiner Unüberwindbarkeit durch rationale Argumentation kann nun als ein Beitrag zur moralischen Kommunikation gewertet werden. Denn wenn wir gesehen haben, daß eine von der unseren abweichende Auffassung rational vertretbar ist, haben wir einen guten Grund, sie zu respektieren und zu achten.

IV. Die Freiheit – und ihre Kosten

Unter den Bedingungen des moralischen Pluralismus erweist sich die *Individualisierung* von Entscheidungen als die angemessene Art der Lösung von Auffassungs- und Bewertungsdifferenzen. Mit ihr wird ein Urteil über die Richtigkeit konkurrierender Bewertungen vermieden, und es bleibt den jeweiligen Personen überlassen, die für *sie* richtige Option zu wählen. Dies ist der Weg, der beispielsweise im Hinblick auf die bis heute umstrittene

Technik der medikamentösen Kontrazeption beschritten wurde. Ein Konsens zwischen denen, die die „Pille“ moralisch ablehnen, und denen, die sie für akzeptabel halten, hat sich nicht herstellen lassen. Die Individualisierung ermöglicht den Frauen, die dies wünschen, die „Pille“ zu nehmen, ohne daß dadurch die anderen zu derselben Handlung gezwungen wären.

Nun ist diese Lösung nicht in allen Fällen angemessen. Obwohl seit langem energisch gefordert, hat es der Gesetzgeber bisher abgelehnt, auch den Schwangerschaftsabbruch auf ähnliche Weise ins Belieben jeder Frau zu stellen wie die Einnahme der „Pille“. Der sachliche Grund dafür besteht darin, daß ein Schwangerschaftsabbruch nicht nur die betreffende Frau unmittelbar betrifft, sondern auch den Fötus. Handlungen zu Lasten Dritter können nicht auf dieselbe Weise individualisiert werden wie Handlungen, die keine direkten Konsequenzen für andere haben. Die heute gültige gesetzliche Regelung beruht daher auf einer etwas anderen, aber nicht grundsätzlich verschiedenen Lösung: Ein Schwangerschaftsabbruch bleibt strafrei, wenn er im Rahmen eines bestimmten Verfahrens (vor allem: „Schwangerschaftskonfliktberatung“) durchgeführt wird. Eine solche *Prozeduralisierung* ist auch als Lösungsstrategie für andere kontroverse Probleme vorstellbar, etwa für das Problem der Sterbehilfe. Schon heute läßt das in Deutschland geltende Recht eine Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen zu, sofern dabei bestimmte Kriterien beachtet und bestimmte Verfahrensvorschriften (die vor allem der Ermittlung des Willens des Sterbenden gelten) eingehalten werden.

Der entscheidende Vorzug der Individualisierungs- und Prozeduralisierungsstrategie besteht offenkundig darin, daß sie den beteiligten Personen die Möglichkeit eröffnet, eine Entscheidung ihrer Wahl zu treffen. Übersehen werden darf dabei aber nicht, daß sie ihnen damit zugleich auch die *Last der Entscheidung* aufbürdet. Die triviale Lebensweisheit „Wer die Wahl hat, hat die Qual!“ kann gerade auf dem Gebiet des medizinischen Handelns ihre höchst unwillkommene Bestätigung finden. Manches deutet darauf hin, daß es nicht wenigen Patienten schwerfällt, eine angemessene und kompetente Wahl zwischen den zur Verfügung stehenden medizinischen Optionen zu fällen. Und bisweilen wird schon die Existenz der Wahlmöglichkeit selbst als eine Belastung empfunden. Dies zeigen beispielsweise die Erfahrungen, die in den USA mit Patientenverfügungen gemacht wurden. Seit 1991 sind hier staatliche und staatlich geförderte Krankenhäuser verpflichtet,

ihre Patienten bei der Aufnahme nach eventuell bestehenden schriftlichen Willensäußerungen zu fragen, in denen sie für oder gegen die Begrenzung lebensverlängernder Maßnahmen optieren können. Aus der relativ begrenzten Zahl von Patienten, die eine solche Verfügung schriftlich fixieren, kann geschlossen werden, daß viele es als eine Zumutung empfinden, auf diese Weise über die Umstände des eigenen Todes mitbestimmen zu können (und damit in gewissem Sinne: zu sollen). Zugleich scheinen auch viele Ärzte Schwierigkeiten mit den dafür notwendigen Gesprächen und Entscheidungen zu haben.

Dies zeigt: Die größer werdenden individuellen Entscheidungsmöglichkeiten sind nicht *nur* und in *jeder* Hinsicht ein Segen. Der mit ihnen verbundene Freiheitsgewinn wird erkaufte durch eine wachsende Verantwortung. Wo man sich früher einem unbeeinflussbaren Schicksal ausgeliefert sah und/oder den vorgegebenen Gleisen einer verbindlichen Allgemeinmoral folgen mußte, kann (und muß) jedes Individuum heute in zunehmendem Maße selbst wählen und damit Verantwortung übernehmen. Gerade im Bereich des medizinischen Handelns, wo es um Fragen von Leben und Tod geht, sind nicht alle darauf hinreichend vorbereitet: weder im Hinblick auf die dafür notwendigen Informationen noch im Hinblick auf die emotionale Kraft, die dies erfordert.

Ein zweites Problem ergibt sich daraus, daß die Lösung moralischer Probleme durch Individualisierung und Prozeduralisierung darauf hinausläuft, die Entscheidung ins „Belieben“ der Individuen zu stellen; damit werden Handlungen für moralisch akzeptabel erklärt, die in den Augen anderer eben *nicht* akzeptabel sind. Einmal mehr kann der Schwangerschaftsabbruch als drastisches Beispiel dienen. Die gegenwärtige Regelung mutet es einem Teil der Bevölkerung zu, in einer Umgebung zu leben, die eine Art von „Massenmord“ an Unschuldigen zuläßt. Und sie mutet zugleich den ungewollt Schwangeren zu, sich einer Zwangsberatung zu unterziehen, die ihnen die Kompetenz abspricht, autonom über ihr Leben und ihren Körper zu entscheiden. Die Individualisierung überwindet den moralischen Dissens ja nicht, sondern bekräftigt ihn und fordert von den Individuen ein Maß an Toleranz, das nicht immer leicht aufzubringen ist. Es besteht kein Grund, das Leben in und mit moralischer Verschiedenheit zur Idylle zu verklären; es ist immer auch eine Zumutung.

Damit ist ein drittes Problemfeld angesprochen. Je tiefer und vielfältiger der Dissens in der Gesellschaft wird und je schwerer es wird, die für das

Zusammenleben notwendige Toleranz tatsächlich aufzubringen, desto stärker wird die *fundamentalistische Versuchung*. Nur zu viele Erfahrungen – aus Vergangenheit und Gegenwart – bestätigen die Befürchtung, daß der Anschein moralischer Beliebigkeit und das Schwinden von (vermeintlichen) moralischen Gewißheiten die Neigung zu dogmatischen Lösungen wachsen läßt. Die bioethische Diskussion macht hier keine Ausnahme. An die Stelle der sorgsam und alle involvierten Interessen abwägenden Prüfung einzelner Handlungsoptionen tritt nur allzu leicht die vorschnelle Postulierung „absoluter Grenzen“ der Machbarkeit. In Deutschland segeln solche Positionen bisweilen unter der Flagge eines Menschenwürde-Begriffs, der den Eindruck erwecken soll, als stünde von vorn herein und für alle Zeiten fest, was mit der Menschenwürde vereinbar ist und was nicht. Doch die begreifliche Sehnsucht nach moralischer Gewißheit darf nicht vergessen machen, daß diese in vielen Fällen nur noch als individuelle erreichbar sein wird; daß wir die moralische Gewißheit oft nur mit einer beschränkten Zahl Gleichgesinnter teilen können; und vor allem: daß uns die Sehnsucht nach ihr nicht dazu verleiten darf, *unsere* Gewißheit *anderen* aufzuzwingen.

V. Schlußbemerkungen

Im Fazit der in diesem Beitrag skizzierten Überlegungen wird die in der Überschrift gestellte Frage positiv beantwortet: Ja, wir können mit dem Dissens in bioethischen Fragen leben. Allerdings wird sich ein solches Fazit mit diesem Befund nicht zufrieden geben, sondern zugleich die Widersprüchlichkeit und Unübersichtlichkeit der heutigen Situation hervorheben. Die folgenden vier Thesen sollen diese Ambivalenz andeuten:

1. Obwohl ein allumfassender moralischer Konsens im Hinblick auf das medizinische Handeln ebenso weit entfernt ist wie im Hinblick auf die meisten übrigen komplexen ethischen Probleme und obwohl alles dafür spricht, daß dies keine vorübergehende Erscheinung ist, kann von einer „babylonischen Moralverwirrung“ keine Rede sein. Der Eindruck einer vollständigen Zerklüftung der moralischen Landschaft ist falsch; es gibt auch unter den Bedingungen der Moderne mehr Konsens als Dissens.

2. Die pauschale Rede von einer „moralischen Krise“ ist verfehlt: Zum einen weil sie auf einer

nostalgischen Verklärung der Vergangenheit beruht; zum anderen weil sie die individuellen Freiheitsgewinne unterschlägt, die die Moderne eröffnet hat. Die Möglichkeit des Dissenses ist daher in erster Linie als eine Errungenschaft zu bewerten. Freilich wird man auch hier die Ambivalenz nicht übersehen dürfen. Der Zuwachs an individueller Freiheit hat seinen Preis. Er bürdet den Individuen einen Zwang zur Entscheidung auf und belastet sie mit Toleranzanforderungen, die oft nur schwer zu erfüllen sind. Der Rückzug auf den Fundamentalismus ist die Reaktion derer, die sich der Freiheit und ihren Lasten nicht gewachsen fühlen. Der fundamentalistischen Versuchung entgegenzutreten ist eine der wichtigsten Aufgaben der Bioethik.

3. Mehr Konsens wäre daher in mancher Hinsicht wünschenswert: Nicht weil Konsens dem Dissens an sich und in jeder Hinsicht überlegen wäre, son-

dern weil ein Leben unter den Bedingungen moralischer Einmütigkeit oft einfacher und komfortabler ist. Doch es gibt offenbar keine Patentrezepte zur Erzeugung moralischer Harmonie. Auch die Bioethik bietet keinen Königsweg in den Konsens. Dies ist kein Mangel. Wenn man die Verschiedenheit von Lebenszielen anerkennt und die individuelle Selbstbestimmung für einen Wert hält, dann sollte man es nicht für eine Katastrophe halten, wenn die Individuen auch in „Fragen von Leben und Tod“ zu unterschiedlichen Auffassungen gelangen.

4. Es gibt keinen Grund, in der Akzeptanz von moralischem Dissens eine Kapitulation der (Bio-)Ethik zu sehen oder einen Relativismus, der zur Beliebigkeit führt. Diese Anerkennung muß vielmehr als Resultat einer starken moralischen Wertung begriffen werden: Es gibt keine „höheren“ Werte als die Autonomie der Individuen.

Johannes Reiter: Bioethik und Bioethikkonvention

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 6/99, S. 3–11

Die Entwicklung der modernen Biomedizin hat gerade in den letzten Jahren das Spektrum medizinischen Handelns enorm erweitert. Parallel dazu melden sich vermehrt kritische Stimmen zu Wort, die fordern, daß die Biomedizin heute dringlicher denn je auf die Achtung des Menschen verpflichtet werden muß. Der Europarat hat nun den Versuch unternommen, der Anwendung der modernen Biomedizin durch eine völkerrechtliche Konvention Grenzen zu setzen. Das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin) ist vom Ministerkomitee des Europarates im November 1996 beschlossen worden und liegt seit April 1997 zur Unterzeichnung auf; es ist bis Ende 1998 von 22 der 40 Mitgliedstaaten unterzeichnet worden.

Die Konvention hat vor allem in Deutschland intensive Aufmerksamkeit und Kritik auf sich gezogen. Kritisiert wurden insbesondere der Begriff „Bioethik“ und damit eventuell verbundene philosophische Vorentscheidungen, unpräzise Formulierungen und zu laxen Regelungen bezüglich des Embryonenschutzes und der Forschung an nichteinwilligungsfähigen Patienten.

Der Beitrag setzt sich zunächst mit dem Begriff der Bioethik auseinander. Er schildert sodann die Entstehungsgeschichte der Konvention, referiert ihren Inhalt, nimmt sich der problematischen Punkte an, geht auf die kritischen Stimmen ein und weist Perspektiven für das politische Handeln auf.

Michael Emmrich: Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 6/99, S. 12–21

Die medizinische Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen, die dem nicht mehr zustimmen können oder wollen, hat sich zu einem zentralen Konfliktfeld der aktuellen bioethischen Debatte entwickelt. Sie entzündet sich vor allem an der umstrittenen Bioethik-Konvention des Europarates. Die vom Straßburger Europarat bereits beschlossene und in endgültiger Fassung vorgelegte Konvention ist von Deutschland bisher nicht unterzeichnet und ratifiziert worden. Das parlamentarische Verfahren dazu wird voraussichtlich im Frühjahr oder Frühsommer 1999 in die entscheidende Phase treten. Deutschland hat sich im Ministerkomitee des Europarates bei der Abstimmung über den völkerrechtlich verbindlichen Text der Stimme enthalten – vor allem im Hinblick auf die in Deutschland kontrovers und hart geführte Debatte über die Zulässigkeit der Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen. Die damalige konservativ-liberale Bundesregierung wollte mit ihrem Abstimmungsverhalten im Ministerkomitee am 19. November 1996 die deutsche Debatte nicht präjudizieren. Mitglied der deutschen Verhandlungsdelegation im Bioethik-Komitee des Europarates, wo die Konvention erstellt wurde, war der Bonner Philosoph Ludger Honnefelder. Er hat den Kern der bioethischen Auseinandersetzung auf den Punkt gebracht: „Die Restfrage, die bleibt, ist, ob das gesundheitliche Wohl des Einzelnen verletzt werden darf, wenn es um das Wohl einer Gruppe von Kranken geht.“

Ludwig Siep: Klonen. Die künstliche Schaffung des Menschen?

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 6/99, S. 22–29

In der Nutztierzucht ist die Klonierung, d. h. die Erzeugung von Individuen mit den gleichen Erbanlagen, schon gelungen. Im Prinzip ist diese Technik auch auf den Menschen übertragbar. Es wäre möglich, von Menschen mit besonders „günstigen“ Erbanlagen erbgleiche Nachkommen zu erzeugen. Damit würden den Befürwortern der Eugenik, d. h. der „Höherzüchtung“ des Menschen, ganz neue Mittel in die Hand gegeben. Viele Staaten und überstaatliche Institutionen (Europäische Union, UNESCO) haben daher Verbote des Klonierens von Menschen erlassen.

Der Beitrag geht zunächst kurz auf die Ziele und die ethischen Grenzen des Klonierens bei Tieren ein. Er widmet sich dann der ethischen Bewertung der beiden unterschiedlichen Verfahren der Humanklonierung, der Embryonenteilung und der Zellkernverpflanzung. Vor allem bei der zweiten Technik würden die Anlagen und Eigenschaften eines Menschen weitgehend von den Wünschen und Plänen seiner Erzeuger abhängig. Sie verstößt daher gegen die Autonomie und die Gleichheit der Menschen. In Deutschland sind Forschungen zur Entwicklung beider Techniken durch das Embryonenschutzgesetz verboten. Im letzten Teil des Beitrages werden die Regelungen und Stellungnahmen von Kommissionen und Institutionen in Deutschland, Europa, den USA und der UNESCO ausgewertet und gegenübergestellt. Dabei werden Unterschiede in der Beurteilung der Embryonenforschung und der Embryonenteilung deutlich.

Claus Hammer: Xenotransplantation zwischen medizinischen Möglichkeiten und ethischen Ansprüchen

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 6/99, S. 30–38

Über 80 Prozent der Patienten mit lebensbedrohenden Erkrankungen würden ein Tierorgan als Transplantat akzeptieren, um damit ihre Lebensqualität zu verbessern oder den drohenden Tod aufzuschieben. Damit könnte die Xenotransplantation eine der Transplantationsmöglichkeiten der Zukunft werden. Diese Transplantation von Tierorganen hat jedoch im Gegensatz zur Transplantation menschlicher Organe (Allotransplantation) schwere immunologische Hindernisse zu überwinden. Haustiere, hier vor allem das Schwein, unterscheiden sich biologisch in vielfacher Hinsicht vom menschlichen Empfänger. Trotz dieser erheblichen Unterschiede konnten beachtliche experimentelle Erfolge erzielt werden, insbesondere nachdem die Erzeugung transgener Tiere möglich geworden war.

Die ethischen Fragen und die ökologischen Überlegungen sind jedoch noch nicht gelöst. Welcher Patient erhält ein Organ, wenn diese in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen? Wer trägt die Verantwortung für anfängliche Fehler? Könnte durch die Übertragung von Tierkrankheiten auf den Patienten die gesamte Bevölkerung gefährdet werden? Xenotransplantation wird nicht nur aufgrund der hohen Zahlen sehr teuer. Die unbegrenzte Xenotransplantation könnte auch die Ressourcen der Versicherungen übersteigen. Die Wissenschaft auf diesem Gebiet bedarf deshalb enormer Anstrengungen und finanzieller Unterstützung, denn es gilt, 90 Millionen Jahre Evolution zu überlisten.

Kurt Bayertz: Dissens in Fragen von Leben und Tod: Können wir damit leben?

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 6/99, S. 39–46

Ein allumfassender moralischer Konsens in Fragen der Bioethik besteht in der modernen Gesellschaft nicht. Es ist auch nicht zu erwarten, daß sich daran etwas ändern wird: Wir werden auch in Zukunft mit dem Dissens leben müssen. Dennoch ist der Eindruck einer vollständigen Zerklüftung der moralischen Landschaft falsch. Es gibt in bioethischen Fragen auch heute mehr Konsens als Dissens. Daher ist die pauschale Rede von einer „moralischen Krise“ verfehlt: zum einen weil sie auf einer nostalgischen Verklärung der Vergangenheit beruht; zum anderen weil sie die individuellen Freiheitsgewinne unterschlägt, die die Moderne eröffnet hat. Die Möglichkeit des Dissenses ist in erster Linie als eine Errungenschaft zu bewerten.

Allerdings hat dieser Zuwachs an individueller Freiheit seinen Preis. Er bürdet den Individuen einen Zwang zur Entscheidung auf und belastet sie mit Toleranzanforderungen, die oft nur schwer zu erfüllen sind. Der Rückzug auf den Fundamentalismus ist die Reaktion derer, die sich der Freiheit und ihren Lasten nicht gewachsen fühlen. Der fundamentalistischen Versuchung entgegenzutreten ist eine der wichtigsten Aufgaben der Bioethik.

Mehr Konsens wäre daher in mancher Hinsicht wünschenswert: nicht weil Konsens dem Dissens an sich und in jeder Hinsicht überlegen wäre, sondern weil ein Leben unter den Bedingungen moralischer Einmütigkeit oft einfacher und komfortabler ist. Doch es gibt keinen Königsweg zur moralischen Harmonie. Auch die Bioethik bietet ihn nicht. Dies ist kein Mangel. Wenn man die Individualität von Lebenszielen anerkennt und für einen Wert hält, dann sollte man es nicht für eine Katastrophe halten, wenn die Individuen auch in „Fragen von Leben und Tod“ zu unterschiedlichen Auffassungen gelangen.