

BIO SKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

Nr. 5 • März 1999

Embryos auf dem Aktienmarkt

Von Erika Feyerabend

»Wir wissen zuviel« titelte die Wochenzeitung *Die Zeit* am 7. Januar. Angesichts von Präimplantationsdiagnostik, Klonexperimenten und embryonalen Stammzellen-Kulturen mühten sich drei Männer auf vier *Zeit*-Seiten, den »moralischen Status« des Embryos zu klären. Reporter Dieter E. Zimmer phantasierte über »Lebenslizenzen«, Wissenschaftsredakteur Hans Schuh verteidigte den »gequälten Mutterleib« und die Embryonenforschung, und Sozialdemokrat Wolf-Michael Catenhusen, Parlamentarischer Staatssekretär im Bonner Forschungsministerium, hoffte auf »Ersatzorgane durch Klonen«. Auch das Nachrichtenmagazin *Der Spiegel* stellte die neuesten Stammzellen-Experimente vor und erläuterte: »Niemand bettelt gern um Embryonen«, besonders, wenn sie 10.000 Dollar gekostet haben. Doch die Forscher forschen, und so bekommt am Ende selbst das »Klonen einen Sinn«.

Aussagekräftig sind diese journalistischen Beiträge durch ihre populären Sinnbilder und durch ihr reiches Repertoire an patriarchaler Phantasie. Und sie sind informativ, weil sie nacherzählen, was Forscher über ihr eigenes Tun denken. So erfährt man etwas über die Unterschiede zwischen den Materialressourcen eines James Thomson von der Universität Wisconsin und eines John Gearhart von der Johns Hopkins Universität in Baltimore. Während der eine seine Stammzellen aus »surplus-Embryonen« der Retortenbefruchtung rekrutiert, nimmt der andere abgetriebene Föten aus der Gynäkologie. Alle lernen, die Zukunft mit den Augen der Stammzell-Forscher zu sehen. Kultivierte Hirn- und Herzzellen stehen in Aussicht, ebenso ein möglicher, eigener Profit, in Form von gezüchtetem Knochenmark, neuen Herzmuskeln und Bauchspeicheldrüsen. Informativ sind die Berichte jedoch vor allem in dem, was sie nicht zur Sprache bringen.

Am 30. Oktober 1998 schickte das Wissenschaftsjournal *Science* mehr als 1.200 JournalistInnen eine Mitteilung mit der Sperrfrist 5. November, also der Bedingung, ihren Inhalt nicht vorher zu veröffentlichen. In einer Woche, so die Hintergrundinformation, werde *Science* eine epochemachende Arbeit von James Thomson über Experimente mit embryonalen Stammzellen publizieren. Thomson ist Sieger eines »Wettrennens« um eine, so *Der Spiegel*, »neue Ersatzteilindustrie für Millionen von Patienten mit Organen nach Maß«. MedienarbeiterInnen in Paris, Hamburg oder New York könnten auch noch Erste/r werden. Artikel werden vorbereitet, Gerüchte zirkulieren. Am 2. November erkundigt sich ein anonymes Investor beim Aktien-Bulletin: »Weiß jemand, was vor sich geht?«

BIO SKOP Schwerpunkt Reproduktionsmedizin

Embryonenschutzgesetz gerät immer mehr unter Druck	8
Präimplantationsdiagnostik vor der Zulassung?	9
Schwangere Männer	10

Gentechnik

In Island entsteht eine landesweite Gen- und Gesundheitsdatenbank	3
---	---

Organtransplantationen

»Nierenspende« nach zehninütigem Herzstillstand	12
Europarat lehnt das »Verpflanzen« von Tierorganen vorerst ab	14

Euthanasie

Wenn Pflegekräfte ihre PatientInnen töten	6
Niederlande: Arzt-Fortbildung zum »Euthanasie-Berater«	15

Und außerdem ...

Initiativen und Kontakte	5
Risikante Reform im Betreuungsrecht	11
Veranstaltungen	16
Wunschzettel	16
BIO SKOP im Juni	16

Impressum BIO SKOP

Herausgeber: BioSkop e.V. · Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (0201) 53 66 706 · Fax (0201) 53 66 705

Redaktion:

Klaus-Peter Görlitzer, Hamburg
Tel. (040) 43 18 83 96 · Fax (040) 43 18 83 97

Beiträge in dieser Ausgabe:

Jeroen Breekveldt, Erika Feyerabend, Roberto Rotondo, Heidrun Sudhoff.
Sämtliche Beiträge in *BIO SKOP* sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Satz & Druck: stattwerk e.G., Essen
ISSN 1436-2368

Bitte weiterlesen auf der nächsten Seite

ABO-ABSCHNITT
AUF DER LETZTEN SEITE!

Fortsetzung von Seite 1 →

Embryos auf dem Aktienmarkt

Die Nachfrage betrifft Geron Corp., eine kalifornische Biotech-Firma, die mit rund vierzig Millionen US-Dollar in den roten Zahlen steht. Geron finanziert die Forschungsarbeiten von Thomson. Am 5. November, drei Stunden vor Ablauf der Sperrfrist, veröffentlicht die französische Presseagentur afp erste Informationen über Thomsons Arbeit, und der Aktienkurs von Geron steigt sprunghaft an. Die Sperrfrist endet, Geron-Aktien werden mittlerweile mit 10 US-Dollar gehandelt. Am nächsten Tag, die Schlagzeilen sind bereits gedruckt, liegt die Aktie schon bei 24,50 Dollar. Schließlich

pendelt sich der Kurs bei 13,75 Dollar ein – nachdem die KäuferInnen erkannt haben, daß die

»Therapien für nahezu alle Krankheiten« (Science) wohl noch zehn bis zwanzig Jahre auf sich warten lassen würden.

Medien und Börse haben eine neue Realität geschaffen. James Thomson ist eine weltweit bekannte Forschungspersönlichkeit geworden, und Geron Corp. ein Begriff in der Biotech-Branche mit dem Effekt, daß sich das Aktienkapital der Firma binnen einer Woche mehr als verdoppelt hat. John Gearhart von der Johns Hopkins Universität hat zwar die erste Runde im Rennen verloren. Doch im Lichte des gerade inszenierten Erfolges meldet auch er sich mit Stammzellen-Experimenten zu Wort – und findet Gehör in der Medienwelt. Das Thema hat derzeit einen hohen Aktualitäts- und Unterhaltungswert. Stammzellen-Forscher aus Jerusalem, Singapur und Australien versprechen der Öffentlichkeit baldige Resultate. Daß es um eine Labortechnik geht, um ein Produktionsverfahren, dessen medi-

zinische Anwendung lediglich behauptet wird, ist völlig aus dem Blick geraten.

Auch Gearhart wird von der Geron Corp. finanziert. Bislang wurde Embryonenforschung in den USA per Kongressbeschluß nicht mit öffentlichen Geldern gefördert. Aber Geron hat demonstriert, daß nicht die Politik, sondern der Markt Entwicklung und Gebrauch dieser Technik reguliert. Weshalb also nicht gleich den politischen Beschluß abschaffen? Und so gehen

die wissenschaftlichen Pioniere in die Offensive: Thomson und Gearhart testen, ob die staatlich finanzierten National Institutes of Health (NIH), Hauptgeldbeschaffer für die Medizinforschung in den USA, Mittel für ihre Experimente bereitstellen. Ihr Vorstoß hat schnell Erfolg: Am 2. Dezember findet eine Anhörung statt, knapp zwei Monate später, am 19. Januar geben die NIH mit Billigung des US-Gesundheitsministeriums bekannt, künftig Forschungen an menschlichen, embryonalen Stammzellen zu fördern, und zwar unter Beibehaltung des allgemeinen Verbotes, mit

Embryonen zu experimentieren. Spitzfindige Rechtfertigung: Es handele sich um For-

schung an embryonal ähnlichen Zellen – und nicht um Forschung an Embryonen.

Nun sollen Richtlinien entwickelt werden, die sicherstellen sollen, daß die begehrten Zellen in »ethisch angemessener Weise« gesammelt werden. Gestützt durch diese Entscheidung, können die Forscher nun ihr Konto durch Drittmittel auffüllen. Die Anerkennung staatlicher Institutionen bedeutet darüber hinaus »symbolisches Kapital«. Ausgestattet mit den Weihen der (Bio-)Ethik und Politik, können sie nun die Schmutzdecke des rein kommerziellen Marktes verlassen.

Dank Medienwelt und Aktienmarkt, die Erwartungen schüren und Behauptungen von Wissenschaftlern in »Tatsachen« verwandeln, könnte eine solche »US-amerikanische Lösung«

bald auch in Deutschland Wirklichkeit werden. Jedenfalls eilte Staatssekretär Wolf-Michael Catenhusen am 7. Januar im Interview mit der Zeit diesem

Konzept bereits weit voraus. Der Wissenschaftspolitiker bekannte sich formal zum Embryonenschutzgesetz – und dachte gleichzeitig laut über Ausnahmelösungen für einen, wie er sich ausdrückte, »diskussionsfähigen Fall« nach: »nämlich daß ein Mensch mit lebensgefährlichem Organdefekt nur dadurch gerettet werden könnte, daß ihm ein Ersatzorgan durch Klonen beschafft wird«.

Medien und Börse haben eine neue Realität geschaffen.

Eine »US-amerikanische Lösung« könnte bald auch in Deutschland Wirklichkeit werden.

Zeitunglesen

»Für Journalisten ist Zeitunglesen unerlässlich und die Presserundschau ein Arbeitsinstrument. Um zu wissen, was man sagen wird, muß man wissen, was die anderen gesagt haben.«

Anmerkung des französischen Soziologen Pierre Bourdieu in seinem Vortrag »Das Fernsehstudio und seine Kulissen«, abgedruckt in seinem Buch »Über das Fernsehen«, Frankfurt a. M. 1998.

Mehr zu den Themen Embryonenschutzgesetz und Präimplantationsdiagnostik im BioSKOP-Schwerpunkt auf den Seiten 8-10.

Die Ökonomie des Gencodes

Ein Privatunternehmen darf genetische Daten aller IsländerInnen sammeln, speichern und vermarkten

Der 17. Dezember 1998 ist als Tag mit Signalwirkung für die Gentech-Industrie in die Geschichte eingegangen: Erstmals beschloß ein Parlament, die Bevölkerung seines Staates als genetische Datenressource zu betrachten und sie einem Unternehmen zur freien, kommerziellen Verfügung zu stellen – auf dem Markt der Genomanalysen.

Die Rede ist von Island und seinen 270.000 EinwohnerInnen. Nutznießer des Gesetzes, das die VolksvertreterInnen in Reykjavik mit 37 zu 20 Stimmen trotz zahlreicher Proteste aus dem In- und Ausland beschlossen haben, ist die isländische Firma deCODE genetics: Das Parlament hat dem Unternehmen ganz offiziell das Monopol für Aufbau und Ausbeute einer nationalen Gen-Datenbank zugesprochen. Gespeichert und verknüpft werden darin Informationen zu Genprofilen aus Blut- und Gewebeproben sowie aus Familien-Stammbäumen und Krankenakten der IsländerInnen. Der Datentransfer geschieht automatisch nach jedem Arztbesuch oder Klinikaufenthalt, es sei denn, der Patient widerspricht ausdrücklich. Schweigt er, gilt dies als Zustimmung, und die anonymisierten Daten dürfen fließen. Registriert werden auch Informationen über Verstorbene, und die Ahnenreihen von 600.000 bis 750.000 IsländerInnen, die zum Teil Jahrhunderte zurückreichen, werden erfaßt.

Schulterschuß zwischen Politikern und Gentech-Unternehmen

Vier verschiedene Komitees, die unter anderem für Datenschutz und Ethik zuständig sind, sollen über Anonymität und Verwendung der Daten wachen. Aber in jedem dieser Expertenkomitees sitzt nicht nur ein deCODE-Vertreter, die vermeintlichen Überwachungsgremien werden auch von der Firma via Lizenzgebühren bezahlt. Die Gebühren, die jährlich an diese Komitees zu entrichten sind, orientieren sich am Profit des Unternehmens.

Maßgeblich initiiert wurde der Gesetzentwurf von Kari Stefansson, einem Neurologen,

der an den Universitäten von Harvard und Chicago gearbeitet hatte, bevor er 1996 deCODE gründete. Die Regierung förderte das Vorhaben, die ehemalige Präsidentin Vigdis Finnbogadottir saß bis kurz vor der Parlamentsentscheidung im Aufsichtsrat des Gentech-Unternehmens. Den Schulterschuß zwischen Politik und deCODE sieht man dem Gesetz an: Die rechtsstaatlich abgesicherte, zwölf Jahre geltende Lizenz für das Gentech-Unternehmen erlaubt die exklusive Kontrolle über die zentrale Datenbank; die Firma hat das Recht, die gesammelten Informationen kommerziell zu nutzen und zu entscheiden, wem sie den Zugang zu den Daten erlaubt. Stefansson und seine 200 MitarbeiterInnen sind bereits mit dem Aufbau der Datenbasis beschäftigt, 170 Millionen US-Dollar soll das Projekt kosten.

Verheißungen für die isländische Bevölkerung

Ein Vertrag mit dem Schweizer Pharma-Multi Hoffmann-La Roche soll dafür sorgen, daß sich die Investitionen garantiert lohnen. Die Schweizer zahlen 200 Millionen US-Dollar an deCode. Dafür erhalten sie die potentiellen Rechte an rund einem Dutzend genetischer Strukturen, die mit häufigen Krankheiten in Verbindung gebracht und mittels der Computersoftware »genhunter plus« (zu deutsch: »Gen-jäger«) ermittelt werden sollen. Der Pharmamulti hofft seinerseits, das gekaufte Wissen zu versilbern: durch Entwicklung von Gentests und Herstellung von Medikamenten, die später weltweit vermarktet werden.

Der Bevölkerung wurde das Projekt mit einer Verheißung schmackhaft gemacht: Sollten infolge ihrer genetischen Durchleuchtung neue Medikamente entwickelt werden, würden diese allen EinwohnerInnen unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Mit anderen Worten: Die IsländerInnen dienen nicht nur als Gen-Ressource für internationale Geschäfte. Sie dürfen auch zum Selbstkostenpreis am Menschenversuch für neue Pharmaka teilnehmen.

Stefansson & Co. suchen nach genetischen Ursachen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie

Von Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

»Besonders geeignet«

»Island wurde vor rund tausend Jahren von den Wikingern besiedelt. Seither hat sich seine Bevölkerung kaum mit anderen Völkern vermischt. Infolge von zwei Ereignissen stammen die Isländer zudem von nur wenigen Gründerfamilien ab. Im fünfzehnten Jahrhundert reduzierte die Pest die Inselbewohner auf weniger als ein Drittel (25.000 Menschen). Dreihundert Jahre später forderte der Ausbruch des Vulkans Hekla viele Opfer. Die Erbanlagen der Isländer, ihr genetischer Pool, sind daher ungewöhnlich einheitlich. Die Genetiker halten die isländische Bevölkerung für die Jagd nach den Genen somit für besonders geeignet.«

aus einem Bericht der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, erschienen am 10. Februar 1999.

Fortsetzung nächste Seite →

Fortsetzung von Seite 3 →

Gen-Kapitalismus

»Die Flut von Informationen zum Genom ist so massiv, daß sie droht, die existierenden Forschungs- und Entwicklungsbudgets, Laboratorien und Wissensgrundlagen zu überflügeln. Sie drängt zu Megafusionierungen, da Firmen Patente und Lizenzabkommen abzuschließen suchen. Das US-Amt für Patente und Warenzeichen (PTO) erhielt im Jahr 1991 viertausend Patentanfragen für Nukleinsäure-Sequenzen, 1996 waren es 500.000 Anfragen.«

aus der Wissenschafts-zeitschrift Science vom 14. August 1998, Seite 925.

Herzinfarkt oder Bluthochdruck, von Stoffwechselstörungen wie Darmentzündungen oder Schuppenflechte, Osteoporose oder von psychischen Leiden wie Schizophrenie und Depressionen. Ganz oben auf der Liste steht der Alkoholismus, den deCode-Strategen offenbar für einen »genetischen Fehler« halten. Auf diesem Gebiet war die Firma auch schon ohne Gesetz aktiv: Bei einem unangemeldeten Besuch fanden Datenschützer in den Firmenetagen eine komplette Liste aller Anonymen AlkoholikerInnen.

Die Datenbank wird wohl nicht nur ein Eldorado für humangenetisch interessierte ForscherInnen werden. Wenn von der vorgeburtlichen Diagnose bis zu Krankheitsbild und Medikation,

Planung, die die Bevölkerung als einen – bei deCODE leicht verfügbaren – »Datenkörper« ansieht, wird auf Kostendämpfung hinauslaufen und so effektiv erscheinen, daß die wirklichen Menschen, die ihre Daten »gespendet« haben, kaum mehr sichtbar werden.

Kritische Stimmen, geäußert auch von der isländischen Ärzteorganisation, Patienten- gruppen, dem Verbraucherverband, Genetikern und Juristen, stießen im Parlament auf taube Ohren – zu groß war die Hoffnung auf neue Arbeitsplätze und Medikamente. So bleibt in Island vorerst »nur« noch Platz für individuelle Verweigerung. PatientInnen können der Registrierung im Zentralcomputer widersprechen.

Widerstand gegen Islands Gen-Datenbank

Auch nach dem Beschluß des isländischen Parlaments pro Gen-Datenbank geht der Widerstand dagegen weiter. Motor des Pro- testes ist Mannvernd, eine Vereinigung von MedizinerInnen und WissenschaftlerInnen, die »für ethische Wissenschaft und Medizin« eintritt. Nach ihrer Einschätzung ist der Coup von deCODE ein Präzedenzfall dafür, wie Gen- und Gesundheitsdatenbanken künftig auch in anderen Staaten etabliert und miß- braucht werden könnten.

Seit mehr als einem Jahr klärt Mannvernd die isländische Bevölkerung unermüdlich über die Gefahren des deCODE-Projektes auf. Die Vereinigung appelliert an die isländischen ÄrztInnen, ihren Berufsethos ernst zu nehmen, Gen- und Gesundheitsinformationen vertraulich zu behandeln und allenfalls dann weiterzuleiten, wenn eine ausdrückliche Einwilligung des Patienten vorliege.

Mannvernd hofft dringend auf internationale Unterstützung. »Ausländische Einmi-

schung«, heißt es in einem Hilfeaufruf, »könnte einen entscheidenden Einfluß darauf haben, wie sich die Dinge weiterentwickeln.« Wer die Datenbank und das entsprechende Gesetz ablehne, solle seinen/ihren Protest schnellst- möglich per Brief oder E-Mail an die Regie- rung dokumentieren. Solche Zeichen interna- tionaler Anteilnahme könnten den Parlaments- beschluß und das Vertrauen in die Datenbank »ernsthaft unterlaufen« helfen, schätzt Mannvernd.

Mannvernd ist zu erreichen unter Telefon (00354) 881-7194 oder per E-Mail (mannvernd@simnet.is), Ansprechpartner ist der Arzt Petur Hauksson. Außerdem verfügt die Vereinigung über eine eng- lischsprachige Website im Internet ([http://www. simnet.is/mannvernd/english/index.html](http://www.simnet.is/mannvernd/english/index.html)) mit aus- führlichen Informationen zur Gendatenbank.

Die isländische Regierung ist unter folgender Adresse zu erreichen: Prime Minister Mr. David Oddsson, Stjornarradhusinu, Laekjatorg, Reykjavik, Iceland, Fax (00354) 5624014, E-Mail: postur@for.stjr.is



von der Röntgenaufnahme bis zu Blut- und Gewebeanalyse und zum Totenschein alles gespeichert, verknüpft und abgeglichen wird, dürfte die Datenbank auch andere interessie- ren: etwa Medikamentenhersteller, Krankenkassen, Gesundheitsplaner, Epidemiologen.

Isländische Gewerkschafter befürchten, daß die genetischen Zeichen auch für unternehmerische Personalpolitik attraktiv werden. Zudem zeigt die internationale Diskussion in der Ver- sicherungswirtschaft, daß man Gen-Info- mationen gern zum Vorteil der Branche nutzen würde. Staatliche, sozial- und gesundheitspolitische

Und immerhin haben rund 150 ÄrztInnen bereits angekündigt, sie würden das deCode- Projekt boykottieren und keine Gen- und Gesundheitsdaten ohne ausdrückliche Zustim- mung der PatientInnen an die zentrale Sammel- stelle schicken.

Noch ist das Beispiel Island einmalig. Aber es verdeutlicht schlagartig, was auch in ande- ren Staaten, Deutschland inklusive, schleichend und weniger spektakulär passiert: Die Politik verabschiedet sich – und die gesellschaftliche Gestaltung wird der »neuen Ökonomie des genetischen Codes« überantwortet.



Bevölkerungspolitische Programme stoppen

Programme, die auf Veränderung der Geburtenzahl eines Staates oder einer gesamten Region zielen, sollen aus der deutschen Entwicklungspolitik gestrichen werden.

Das fordern Organisationen wie Aktion Solidarische Welt, Amnesty for Women und FINRRAGE in einem offenen Brief an das Bundesministerium und den Bundestagsausschuß für wirtschaftliche Zusammenarbeit. Ziel der Initiative ist es, schweren Menschenrechtsverletzungen den Boden zu entziehen, wie sie bei Durchsetzung von Bevölkerungsprogrammen wiederholt bekannt geworden sind. Der offene Brief, aus dem wir im folgenden Auszüge dokumentieren, erläutert dies am Beispiel Perus.

Massenhafte Sterilisationen

»Nachdem sich Präsident Fujimori 1995 auf der Weltfrauenkonferenz in Peking für reproduktive Rechte und Gesundheit ausgesprochen hatte, installierte sein Gesundheitsministerium ein flächendeckendes Programm zur Sterilisierung von inzwischen 300.000 Menschen (zu etwa 90 Prozent Frauen). Das Programm mißachtete dabei das Prinzip der informierten Zustimmung der Beteiligten und führte in vielen Fällen zu Zwangsmaßnahmen, schwerwiegenden gesundheitlichen Komplikationen und mindestens 20 Toten. Grundlage des massiven Einsatzes war ein System von Quoten, mit dem das staatliche Gesundheitspersonal Perus unter Androhung von Kündigungen gezwungen wurde, eine vom Gesundheitsministerium festgelegte Zahl von Frauen pro Monat zu sterilisieren. Daraus ergaben sich unverantwortliche Praktiken: Frauen wurden Informationen über Art und Folgen des Eingriffs verweigert, Lebensmittelhilfen wurden an eine Sterilisation gekoppelt, es wurde unter unangemessenen Bedingungen operiert. Das peruanische Regierungsprogramm wurde unter anderem von dem Weltbevölkerungsfond der UNO, UNFPA, und damit indirekt auch von der ehemaligen Bundesregierung finanziert.«

Weitere Informationen gibt es bei: **Aktion Solidarische Welt e.V.**, Tel. (030) 251 02 65.

Gipfel und Gentechnik

Der nächste Gipfel der Europäischen Union findet vom 3. bis 4. Juni in Köln unter deutschem Vorsitz statt, 14 Tage später folgt der Weltwirtschaftsgipfel. Zu Gegenveranstaltungen und Aktionen hat ein bundesweites »Bündnis Köln 99« zahlreicher Initiativen aufgerufen, um gegen die ungerechte Weltwirtschaftsordnung, für die Streichung aller Schulden der Entwicklungsländer und eine Neugestaltung der internationalen Wirtschaftsbeziehungen nach sozialen und ökologischen Kriterien zu demonstrieren.

Gentechnik wird ein Thema der Aktionen sein. Im Diskussionsaufruf heißt es dazu unter anderem: »Gentechnologie ist ein sich selbst vermehrendes Risiko: neuartige, genmanipulierte Lebewesen mit vielfältigen, unbekanntem Wirkungen gelangen in die Umwelt. Gentechnologie dient außerdem der Selektion und Kontrolle von Menschen, z.B. durch die Genomanalyse. Die EU hat mit der Zulassung des sogenannten »vereinfachten Verfahrens« Versuche mit gentechnisch manipulierten Pflanzen faktisch freigegeben, das Europäische Parlament mehrheitlich und mit den Stimmen der Sozialdemokraten die Patentierung von menschlichen Genen und Zellen als biologische Erfindungen zugelassen. Wir fordern den Stopp jeglicher Forschung, Produktion und Verwertung im Bereich der Gentechnologie!«

Weitere Informationen bei:

Bündnis Köln 99, Telefon (02 21) 952 00 08.

Neues Jahr, neue Adressen

BioSkop ist umgezogen, die gewohnten AnsprechpartnerInnen erreichen Sie nun unter folgenden Adressen:

BioSkop e.V.:

*c/o Erika Feyerabend
Bochumer Landstraße 144a
45276 Essen
Telefon (0201) 53 66 706
Fax (0201) 53 66 705*

BioSkop-Redaktion:

*Klaus-Peter Görlitzer
Bernstorffstraße 158
22767 Hamburg
Telefon (040) 431 88 396
Fax (040) 431 88 397*

Andreas de Kleine ist tot

Wir werden ihn vermissen, als engagierten Mitstreiter gegen den bioethischen Zeitgeist, als klavierspielenden Sekretär der Solidarischen Kirche im Rheinland und als unbeirrbarer Initiator von Studientagen zu den zerstörenden Wirkungen der Gen- und Atomtechnologie.

Andreas de Kleine hatte zwei Leben, sagte er selbst. Eines *vor* und eines *mit* seinem Engagement zur Bioethik. Den früheren, ganz normalen Alltagsjournalismus mit vorgegebenen und wechselnden Themen hatte er gegen seinen selbstgewählten Schwerpunkt ausgetauscht. Am Schnittpunkt dieser zwei Leben ist Andreas de Kleine am 25. Februar 1999 in Wuppertal gestorben.

Wenn Pflegekräfte Patienten töten ...

Meinung und Bereitschaft zur »aktiven Sterbehilfe« hängt offenbar stark von der Berufszufriedenheit ab

Von Roberto Rotondo (Hamburg), Psychologe und Krankenpfleger, aktiv im BioSkop-Forum

Pflegen in Würde

»Neigt sich das menschliche Leben seinem Ende zu, begleiten Pflegende den sterbenden Menschen in einer Weise, die ihm und anderen in seinem Umfeld die Möglichkeit bietet, dieses Erleben in Frieden, Ruhe und mit größtmöglicher Selbstbestimmung erfahren zu können. Dies gilt selbstverständlich auch für Menschen im Wachkoma, wenn sie diese Phase ihres Lebens erreichen. Pflegende verwahren sich jedoch gegen die automatische Gleichstellung der Situation der apallischen Menschen mit dem Sterbeprozess. Menschen im Wachkoma liegen nicht im Sterben. Es ist doch wohl diese Tatsache, die zur Diskussion von Maßnahmen führt, die darauf abzielen, den Sterbeprozess aktiv einzuleiten. Anordnungen, die zu einer beabsichtigten Lebensbeendigung führen sollen, können Pflegende nicht ausführen.«

aus einer Stellungnahme des DBFK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) zur »Würde von Menschen im Wachkoma und von Menschen mit vergleichbaren Hirnschädigungen« vom Mai 1996.

Was denken Krankenschwestern und -pfleger über Sterbehilfe? Ergebnisse einer großen Umfrage wurden 1998 veröffentlicht, auch zum Thema PatientInnen-tötungen gibt es inzwischen aufschlußreiche Bücher. Die Publikationen erhärten den Verdacht, daß Arbeitsbedingungen und Berufszufriedenheit die Meinung von Pflegekräften zur Sterbehilfe entscheidend beeinflussen.

Fünftausend Krankenschwestern und -pfleger in Deutschland erhielten im April 1994 unaufgefordert einen Brief von der medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke. Inhalt: ein »Einstellungsfragebogen zur aktiven Sterbehilfe«. »Mit dieser Erhebung soll erreicht werden«, hieß es in dem Begleitschreiben, »daß die häufig und praktisch mit diesen Problemen befaßten Personengruppen mit ihrer Erfahrung, ihrer Einstellung und ihrem Urteil zu Wort kommen.« Denselben Fragebogen legten die Forscher auch einer Fachzeitschrift für Altenpflege bei. So erreichten sie, daß sich an der Umfrage schließlich 3004 Schwestern und Pfleger beteiligten, die in Stationen von Allgemeinkrankenhäusern, Intensivstationen, Alten- und Pflegeheimen, psychiatrischen Einrichtungen und Sozialstationen arbeiten.

Ergebnisse einer Umfrage

Der Anspruch, die TeilnehmerInnen »zu Wort kommen« zu lassen, wurde jedoch nur sehr eingeschränkt umgesetzt; tatsächlich hatten die Forscher 22 Fragen formuliert, die per Ankreuzverfahren zu beantworten waren. 1998 veröffentlichte Karl Beine, Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie an der Witten/Herdecker Universität, die Auswertung der Umfrage als Teil seiner Studie »Sehen, Hören, Schweigen – Patiententötungen und aktive Sterbehilfe«.

Demnach haben 16 % derjenigen, die den Fragebogen ausgefüllt zurückschickten, angekreuzt, sie würden »aktive Sterbehilfe praktizieren«, wenn sie hierzulande legal sei. Erheblich mehr Schwestern und Pfleger würden »aktive Sterbehilfe« erlauben: 44,3 % der

Befragten sind mit einer Legalisierung einverstanden, 31,7 % sind dagegen, 24 % unentschieden. Knapp zwei Drittel halten es unter bestimmten Umständen für »gerechtfertigt, menschliches Leiden aktiv zu beenden«, 38,6 % sind in jedem Fall dagegen. 92 % der BefürworterInnen finden die Tötung des Patienten dann gerechtfertigt, wenn er einwilligungsfähig ist und selbst die »aktive Sterbehilfe fordert«, über 37 % sind auch dann dafür, wenn der Betroffene zu einer selbstbestimmten Entscheidung nicht mehr fähig sei, bald sterben werde und die Angehörigen mit aktiver Sterbehilfe einverstanden seien.

Ursachenforschung

Um den Ursachen der offenbarten Einstellungen auf die Spur zu kommen, wäre es naheliegend gewesen, zumindest einen Teil der UmfrageteilnehmerInnen anschließend ausführlicher zu interviewen. Beines Ursachenforschung beschränkt sich jedoch darauf, statistische Häufungen aufzuzeigen und diese zu interpretieren. Seine Zusammenfassung, veröffentlicht in der Zeitschrift *Die Schwester/Der Pfleger*, liefert gleichwohl interessante Hinweise: »Tendenziell wird die aktive Sterbehilfe eher befürwortet von jüngeren, konfessionslosen, getrennt lebenden oder geschiedenen Krankenschwestern, die eine geringe Berufserfahrung haben, mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden sind, in der Psychiatrie arbeiten und aus den neuen Bundesländern kommen. Umgekehrt wird die Sterbehilfe am ehesten abgelehnt von älteren, konfessionell gebundenen, verwitweten oder verheirateten Krankenschwestern und Krankenpflegern, die eine größere Berufserfahrung haben, mit ihrer beruflichen Situation zufrieden sind, auf Intensivstationen arbeiten und aus den alten Bundesländern kommen.«

Das »Antwortverhalten«, so Beine, werde »entscheidend beeinflußt« durch die Berufszufriedenheit. Dies lasse »vermuten, daß die eigene berufliche Unzufriedenheit dem ständigen Umgang mit leidenden, verwirrten und sterbenden Menschen teilweise oder ganz zugeschrieben wird«. Patiententötung erscheine

vielen Pflegekräften offenbar als ein Ausweg: »Überwiegendes Motiv für die abgegebenen Voten dürfte sein, daß von der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe eine Verringerung des täglichen Leidens erwartet wird.« Beine fragt rhetorisch: »Wären die Befürworter aktiver Sterbehilfe genauso viele, wenn die psychosozialen und emotionalen Bedürfnisse der Leidenden wie des Personals mehr Beachtung fänden?« Antworten und konkrete Vorschläge kann er mit seiner Studie allerdings nicht liefern.

Alltägliche Arbeitsbelastungen

Mittlerweile sind auch mehrere aufschlußreiche Bücher erschienen, die Bedingungen beleuchten, die Patiententötungen tendenziell fördern. Alle Veröffentlichungen kommen zu dem Schluß: Das spezielle Motiv, das PflegerInnen zu TäterInnen werden läßt, gibt es nicht. Vielmehr sind komplexe gesellschaftliche Veränderungen mitverantwortlich dafür, daß Menschen in ihrer pflegerischen Aufgabe und der Sinnerfüllung mit dieser Aufgabe scheitern.

Tatorte sind in der Regel Krankenhäuser, seltener Altenheime. Zum Alltag vieler MitarbeiterInnen gehören unzureichende Personalausstattung, veraltetes Gerät, oft streng hierarchisch geprägte Organisations- und Leitungsstruktur, dürftiger Kommunikationsfluß, Spannungen im Team, Mangel an Strategien zur Streßbewältigung und in der Folge das Ausgebranntsein (Burnout-Syndrom). Das alles vor dem Hintergrund, daß die Zahl der alten, chronisch kranken und als »unheilbar« eingestuft PatientInnen in der stationären Versorgung zunimmt. Natürlich führen diese Rahmenbedingungen nicht zwangsläufig dazu, daß PflegerInnen PatientInnen töten, die Tat hat mit Sicherheit jeweils eine persönliche Vorgeschichte. Doch diejenigen, die zu TäterInnen wurden, waren diesen Belastungen offensichtlich nicht mehr gewachsen.

»Vermuteter Auftrag«


In seinem 1997 erschienenen Buch »Patiententötungen« stellte der Psychologe und Gerichtsgutachter Herbert Maisch fest, es greife sicherlich zu kurz, wenn diese allein mit kollektiven Bedingungs- und Verantwortungsfaktoren erklärt würden, weil das Individuelle von Tat und Täter ausgeklammert würde. Doch sei die Diskussion über die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Stimmungen, die Patiententötungen möglicherweise begünstigten, sehr wichtig. Zum Thema vertrat der Gütersloher

Psychiater Klaus Dörner 1991 die provokante These: »Bei der verzweifelten Sinnsuche für die Stationsarbeit wird der vermutete Auftrag, der vermutete Sinn der gesellschaftlichen Mehrheitsmeinung exekutiert und vollzogen.«

Die inzwischen zum »Unwort des Jahres 1998« gekürte Aussage des Präsidenten der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, daß Budgetierungen der Arzteeinnahmen durch die Bundesregierung dazu führen würden, daß »wir insgesamt überlegen müssen, ob wir das sozialverträgliche Frühableben fördern müssen«, lenkt von eigenen Taten ab. Es war der BÄK-Vorstand, der im September ohne Not »Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung« beschlossen hat, bei denen es nicht mehr nur um einen »vermuteten Auftrag« oder einen »vermuteten Sinn« geht, sondern um konkrete Handlungsanweisungen für MedizinerInnen, unter welchen Bedingungen sie Menschen, die nicht im Sterben liegen (zum Beispiel WachkomapatientInnen und schwerstbehinderte Neugeborene), durch Abbruch der notwendigen Behandlung ums Leben bringen können. Absehbar ist, daß solche Papiere das »frühere Ableben« von PatientInnen fördern werden – was von Einnahmeausfällen für ÄrztInnen sicherlich nicht behauptet werden kann.

Die »GAU-Frage«

Obwohl PatientInnentötungen meistens nicht spontan passieren, sondern vorher oft Warnsignale erkennbar sind (siehe Randspalte), werden sie oft nur zufällig aufgedeckt. Schon vor diesem Hintergrund ist jene GAU-Frage nach wie vor aktuell, die Professor Dörner bereits 1991 formulierte, nachdem ein Krankenpfleger auf einer internistischen Station der Psychiatrischen Klinik in Gütersloh zehn PatientInnen getötet hatte: »Stellen Sie sich vor, jemand erzählt Ihnen, daß in Ihrer Station, Abteilung, Klinik, Heim in einem Jahr ein Mitarbeiter PatientInnen töten wird, wenn alles so bleibt, wie es jetzt ist; was werden Sie tun?« Dörner empfahl, jeder Krankenhaus- und Heimmitarbeiter solle sich diese »GAU-Frage etwa jedes viertel Jahr einmal stellen«.

Man mag hinzufügen: Auch diejenigen, die Rahmen- und Arbeitsbedingungen beeinflussen, sollten dies tun, zum Beispiel GesundheitspolitikerInnen und Bundesärztekammer. 

Mehr zum Thema »Euthanasie« lesen Sie auf Seite 15.

Warnsignale im Krankenhaus

Der Gerichtsgutachter **Herbert Maisch** beschreibt in seinem **Buch Patiententötungen** »Warn- und Frühwarnsignale«, »Verleugnungsrituale« sowie »Aufdeckungsbarrieren« im Umfeld der TäterInnen. Typisch ist das Beispiel eines Wiener Krankenhauses, wo vier Pflegekräfte zwischen 1983 und 1987 nach eigenen Angaben bis zu 50 PatientInnen umgebracht haben. Eine Krankenschwester schaffte es, in diesem Zeitraum 2495 Ampullen eines Schlaf- und Beruhigungsmittels beiseite zu schaffen, obwohl der Verbrauch desselben Medikaments auf einer vergleichbaren Station nur 285 Ampullen betrug. Auf ihrer Station starben bis zu achtmal so viele Kranke wie bei anderen Schwestern. Ein Jahr vor Aufdeckung der Tötungen schöpfte eine Schwesternschülerin Verdacht, aber die Oberärztin nahm dies nicht ernst. Der Chefarzt wurde im April 1988 informiert, ein Jahr vor Verhaftung der Schwestern. Statt zu handeln, wurde geredet, Ergebnis der Konferenz: Bei Verdacht sollten künftig Harn- und Blutproben genommen werden, im übrigen wurde »strengstes Stillschweigen« vereinbart. Die betroffenen Schwestern bemerkten die geheimen Vorgaben – und änderten ihre Tötungsmethode. Erst elf Monate nach der ersten Konferenz wurde die Kontrolle des Arzneimittelverbrauchs beschlossen. Nach dem Tod einer weiteren Patientin wurden die Tötungen schließlich aufgedeckt.

Das Embryonenschutzgesetz gerät zunehmend unter Druck

Entscheidung über Reform soll in diesem Jahr fallen

Von Klaus-Peter
Görlitzer (Hamburg),
Journalist,
redaktionell
verantwortlich für
BioSkop

Forschung und Gentests an Embryonen, die durch künstliche Befruchtung entstanden sind, dürfen in Deutschland nicht stattfinden. Ob das Verbot unter der rot-grünen Bundesregierung bestehen bleibt, ist fraglich.

Einer derjenigen Politiker, die seit Jahren vehement den Beitritt Deutschlands zur Bioethik-Konvention des Europarates fordern, ist der Sozialdemokrat Wolf-Michael Catenhusen. Sein Engagement für den Vertrag, gegen den hierzulande über zwei Millionen Menschen per Unterschrift protestiert haben, hat ihm in der Führungsetage der Partei offenbar Anerkennung eingebracht: Jedenfalls avancierte Catenhusen nach dem politischen Machtwechsel in Bonn zum parlamentarischen Staatssekretär im Bundesforschungsministerium.

Durch die neue Funktion gestärkt, ist Catenhusen ein gefragter Gesprächspartner der Medien – und als solcher macht er sich nun

auch öffentlich dafür stark, die hierzulande bisher verbotene, gemäß Bioethik-Konvention aber erlaubte Forschung an Embryonen und die Präimplantationsdiagnostik (PID, siehe Seite 9) zu ermöglichen. »Wir stehen allerdings vor der Grundsatzfrage«, sagte Catenhusen zum Beispiel der Wochenzeitung *Die Zeit*, »ob die technisierte Befruchtung menschlicher Eizellen auch anderen Zwecken dienen darf als einzig der Schaffung neuen Lebens, wie das Embryonenschutzgesetz es vorsieht.«

Die Frage nach dem *Ob* hat der Staatssekretär bereits für sich mit »ja« beantwortet. In dem *Zeit*-Interview, veröffentlicht am 7. Januar, machte er denn auch Vorschläge zum *Wie*: »Ich hielte es beispielsweise für vertretbar, Stammzellen aus weiter entwickelten abgegangenen Föten zu gewinnen, die dann nicht mehr totipotent, sondern nur noch pluripotent sind.« Die Stammzellen könnten dann für medizinische Experimente, zum Beispiel für die Züchtung von

Organen, genutzt werden (siehe Seiten 1+2). Als »totipotent« bezeichnen Wissenschaftler embryonale Zellen, die sich jeweils zu einem ganzen Menschen entwickeln können; »pluripotente« Zellen sind dazu nicht mehr fähig. Wann der Verlust der Totipotenz eintritt, ist umstritten: Einschätzungen von Reproduktionsmedizinern variieren vom 8-Zell-Stadium des Embryos bis zum 32-Zell-Stadium.

Technisch möglich ist die PID, die noch eine experimentelle Methode ist, laut internationalen Publikationen bisher bis zum 12-Zell-Stadium. Zur rechtlichen Zulassung hierzulande bemerkte Catenhusen: »Und ähnlich wie es zur Einführung der (Abtreibungspille) RU 486 keiner Gesetzesänderung bedarf, könnte die Präimplantationsdiagnostik an etwas älteren Embryonen möglich sein, die nicht mehr totipotent, sondern nur noch pluripotente Zellen enthalten, ohne das Embryonenschutzgesetz anzutasten. Auch das gilt es zu prüfen.«

Für medizinrechtliche Fragen ist im Gesundheitsministerium seit Jahren der Jurist Rudolf Neidert zuständig. Der Ministerialrat hatte bereits vor der Bundestagswahl behauptet, die PID sei »nach wohl richtiger Auffassung ... an nicht mehr totipotenten Zellen nach dem Embryonenschutzgesetz nicht verboten.« Da seine Auslegung, wie Neidert einräumte, »auch bestritten werden kann«, empfehle sich eine entsprechende Klarstellung, wenn das Gesetz novelliert werden sollte. Anders als der Rechtsgelehrte aus dem Gesundheitsministerium waren sich JuristInnen jahrelang darüber einig gewesen, daß die PID hierzulande nicht zulässig sei, weil das Embryonenschutzgesetz verbietet, Embryonen zu einem anderen Zweck zu erzeugen als zum Herbeiführen einer Schwangerschaft.

Neidert empfiehlt in seinem im August erschienenen Aufsatz für die Zeitschrift *Medizinrecht*, die Voraussetzungen für genetische Untersuchungen an Embryonen »sollten auf

»Diese Forschung muß auch das Risiko in Kauf nehmen, daß ein Embryo die dazu notwendigen Untersuchungen nicht überlebt.«

Anzeige
gefällig?


Sie können in **BioSkop**
inserieren!

Rufen Sie uns an:
Tel. (0201) 53 66 705

Fälle schwerster Erbkrankheiten beschränkt und so strikt formuliert sein, daß einer ausufernden Anwendung ein Riegel vorgeschoben ist. Einzelheiten könnten in Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) festgelegt werden, und tatsächlich beschäftigt sich ein BÄK-Arbeitskreis längst mit dem Thema.

Noch gibt es offiziell keine BÄK-Papiere und Gesetzentwürfe, die Catenhusens und Neiderts Vorstellungen in Paragraphen gekleidet haben. Doch seit Wochen kursiert in Bonn das Gerücht, eine Reform des Embryonenschutzgesetzes oder gar ein neues »Fortpflanzungsmedizinengesetz« seien in Vorbereitung. Neidert selbst hatte im Dezember gemutmaßt, politische Entscheidungen würden wohl Anfang 1999 fallen.

Mitmischen will auch die Deutsche For-

schungsgemeinschaft (DFG), die seit Jahren für die Zulassung von Präimplantationsdiagnostik und Embryonenforschung streitet. »Diese Forschung«, heißt es in der DFG-Denkschrift *Forschungsfreiheit* von 1996, »muß auch das Risiko in Kauf nehmen, daß ein Embryo die dazu notwendigen Untersuchungen nicht überlebt.« Nun hat die DFG nach Darstellung ihres Präsidenten Ernst-Ludwig Winnacker »eine Kommission eingesetzt, die sich mit den rechtlichen, ethischen und wissenschaftlichen Fragen im Umfeld der Forschung an embryonalen Stammzellen befaßt«. Ziel sei es unter anderem, »eine klare Stellungnahme dahingehend zu erarbeiten, welche Versuche nach geltendem Recht möglich sind und welche nicht«. Das Votum soll Ende März vorgelegt werden. 

Zeugung von Embryonen auf Probe

Trotz gesellschaftspolitischer Bedenken rückt die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik näher

Der Lübecker Reproduktionsmediziner Klaus Diedrich läßt seit 1995 keine Gelegenheit aus, um für sein Vorhaben zu werben: Der erste möchte er sein, der in Deutschland die sogenannte Präimplantationsdiagnostik (PID) ausprobieren darf. Warnende Stimmen gibt es reichlich, trotzdem sind Diedrichs Chancen gestiegen.

Eingesetzt wird die Methode im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung vor allem in den USA und Belgien, aber auch in Kanada, den Niederlanden, Großbritannien und Italien. Sie wurde Ende der achtziger Jahre entwickelt und dient der Identifizierung und Aussonderung von Embryonen mit unerwünschten genetischen Eigenschaften: Drei Tage nach der Befruchtung im Reagenzglas entnimmt der Diagnostiker dem Embryo eine Zelle und unterzieht sie einem Gentest. Spürt er dabei die gesuchte Abweichung auf, vernichtet er den Keim. Stellt er keinen »Gendefekt« fest, setzt er den Embryo in die hormonell stimulierte Gebärmutter der Patientin ein; die statistische Chance, daß sie schwanger wird, liegt bei 10 bis 20 Prozent.

Vor allem Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen, aber auch ÄrztInnen lehnen die PID als »eugenische Technik« ab. Befürchtet

wird, daß »Risikopaare«, denen Ärzte eine genetische Veranlagung für eine Krankheit oder Behinderung attestiert haben, später genötigt werden, die PID in Anspruch zu nehmen. Zudem lehrt die deutsche Wirklichkeit bereits heute, daß Eltern mit moralischem Druck und finanziellen Nachteilen zu rechnen haben, die sich trotz Optionen auf vorgeburtliche Diagnostik und Vermeidung für behinderte Kinder entscheiden.

Zwar wußte auch Diedrich, daß das Embryonenschutzgesetz (ESchG) die PID nicht erlaubt. Trotzdem hat er 1995 bei der Ethik-Kommission der Medizinischen Universität zu Lübeck beantragt, die PID-Technik ausprobieren zu dürfen. Als Testpaar hatte er eine Frau und einen Mann mit einer vererbaren Genveränderung vorgeschlagen, die bei ihren Nachkommen die schwere Stoffwechselstörung Mukoviszidose verursachen kann.

Im September 1996 legte die Kommission ihr Gutachten vor – mit einem zwiespältigen Tenor, der Diedrich sehr gelegen kam: Aus rechtlicher Sicht, so die acht Experten, könnten sie Diedrichs Antrag zwar nicht zustimmen. Aber »bezogen auf diesen speziellen Fall« hätten sie Zweifel, »ob das Embryonenschutzgesetz ethisch noch vertretbar ist.« Professor Diedrich nahm das rechtlich unverbindliche

»Ethisches Anliegen«
»Ein anderes ethisches Risiko dieser Diagnostik liegt in ihrer ambivalenten Logik: Ist der Embryo genetisch gesund, wird er implantiert; wenn nicht, wird er »verworfen«; d.h. man läßt ihn absterben. Eine weitere ethische Gefahr ist die der eugenischen Ausweitung einer medizinischen Indikation. Einem späteren Kind ein möglicherweise qualvolles Dasein mit Mukoviszidose zu ersparen, ist ein ernstzunehmendes ethisches Anliegen – aber die Eltern etwa vom Anblick roter Haare »zu verschonen«, gewiß nicht.«

Einschätzung zur Präimplantationsdiagnostik von Ministerialrat Dr. jur. Rudolf Neidert aus dem Bundesministerium für Gesundheit, nachzulesen in seinem Aufsatz »Brauchen wir ein Fortpflanzungsmedizinengesetz?«, der in der Zeitschrift Medizinrecht (Heft 8/1998, S. 347-353) erschienen ist.

Fortsetzung nächste Seite →

Fortsetzung von Seite 9 →

Kommissionsvotum und stellte es ausgewählten Medien zur Verfügung. Die machten postwendend Stimmung für die PID und gegen das ESchG.

Gestützt auf solche öffentliche Resonanz, schickte Diedrich das Papier auch an das Bundesministerium für Gesundheit, um dort politisch Druck zu machen, sprich das ESchG in Frage zu stellen. Seitdem wird in Bonn nicht mehr darüber debattiert, ob die PID überhaupt gesellschaftlich erwünscht ist und welche

sozialpolitischen Folgen sie heraufbeschwören würde. Vielmehr überlegen Politiker und Gesundheitsbürokraten, wie die PID juristisch gerechtfertigt werden kann (siehe Seite 8).

Dabei gibt es reichlich Studien, die vor dem Einsatz der PID warnen. Zum Beispiel ein dickes Gutachten, das die Hamburger Biologin Regine Kollek und der Humangenetiker Karsten Held im Auftrag der Hansestadt anfertigten und im Dezember in Bonn vorstellten. Die »Zeugung von Embryonen auf Probe und ihre Vernichtung bei nicht bestandener genetischer Überprüfung« kann nach Einschätzung der GutachterInnen gesellschaftspolitisch »sehr viel weitergehende Konsequenzen haben als die Pränataldiagnostik, wenn durch ihre Erlaubnis gleichzeitig das Tor zur Embryonenforschung geöffnet wird«. Eine solche Entwicklung sei schon deshalb »nahezu zwangsläufig«, weil die Forderung nach Zulassung der PID vornehmlich von

»Der Staat sollte in einem so bedeutsamen Bereich dem ärztlichen Handeln Grenzen setzen.«

Wissenschaft und Forschungspolitik erhoben worden sei.

Internationale Erfahrungen sprächen dafür, daß die PID nicht auf einen kleinen Personenkreis beschränkt bleiben werde. »In sechzig Prozent der Fälle«, so die ProfessorInnen Kollek und Held, würde die Diagnosetechnik »zum

Screening der Embryonen von Frauen eingesetzt, die sich zur Behandlung unerwünschter Kinderlosigkeit einer in vitro Fertilisation (künstliche Befruchtung) unterzogen, und bei denen aufgrund ihres Alters ein erhöhtes Durchschnittsrisiko von Aneuploidien (Chromosomenveränderungen) wie z. B. einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) vorlag.« Wegen der Kosten und der Belastung der Frauen, welche die PID verursache, sei aber nicht damit zu rechnen, daß sie irgendwann ähnlich häufig eingesetzt werde wie die vorgeburtliche Diagnostik.

»Der Staat sollte in einem so bedeutsamen Bereich dem ärztlichen Handeln Grenzen setzen«, mahnte Kollek anlässlich der Präsentation des Gutachtens in Bonn, »auch im Hinblick auf Unklarheiten bezüglich des Klonierens und den Druck in Richtung Keimbahntherapie.« Für ein ausnahmsloses Verbot mögen die GutachterInnen allerdings nicht plädieren – die Entscheidung sei letztlich Sache des Gesetzgebers. **Klaus-Peter Görlitzer**



Rechtfertigung

»Das ist kein Bierbauch. Ich bin schwanger, Mann! So könnte sich schon bald ein Mann rechtfertigen.«
aus einem Bericht der BILD-Zeitung (22.2.1999) über den Befruchtungsexperten Prof. Robert Winston, der Männern helfen will, schwanger zu werden.

Schwangere Männer

Der moderne (Medizin-)Professor braucht nicht nur Ideen, er benötigt auch Geld und Akzeptanz für seine Forschungen. Je bekannter und öffentlichkeitswirksamer er ist, desto leichter kommt er dran. Um bekannt zu werden, ist es hilfreich, nicht nur sein Fach, sondern auch die Gepflogenheiten der Mediengesellschaft zu beherrschen. Und die lauten heutzutage gerade in der Abteilung »Wissenschaftsberichterstattung« immer häufiger: Je abstruser die Ankündigung eines Forschers, desto größer Aufmerksamkeit und Berichterstattung der Journalisten.

Jüngstes Beispiel ist das Medien-Trara um den Londoner Professor Robert Winston. Der Fortpflanzungsmediziner kündigte Ende Februar an, er könne dafür sorgen, daß Männer künftig Kinder kriegen. Die Nachrichtenagenturen verbreiteten die Botschaft in die ganze

Welt, und seitdem kennen wir die außergewöhnlichen Fähigkeiten des Doktor Winston: Nach der künstlichen Befruchtung von Eizellen im Reagenzglas könne er den Embryo nebst Mutterkuchen in die Bauchhöhle eines gebäwilligen Mannes implantieren, der zwecks Gelingens der Schwangerschaft kontinuierlich hohe Dosen weiblicher Hormone einnehmen müsse. Neun Monate später könne das Baby dann per Kaiserschnitt das Licht der Welt erblicken.

Ob Winston ernsthaft vorhat, seinen Worten entsprechende Taten folgen zu lassen, ist bislang nicht bekannt. Ernst genommen wird der Mann jedenfalls von der britischen Behörde für menschliche Befruchtung und Embryologie: »Wenn ein Antrag gestellt würde«, sagte die Direktorin der Behörde, Suzanne McCarthy, zu den Aussichten auf Genehmigung des hypothetischen Männer-Experiments, »würden wir ihn ernsthaft prüfen.«



Ermutigender Ratgeber zur Pflegeversicherung

»Mein Recht bei Pflegebedürftigkeit« heißt ein praktischer Ratgeber, den der Kasseler Amtsrichter Andreas Jürgens geschrieben hat, der auch als sachkundiger Kommentator des Betreuungsrechtes bekannt geworden ist.

Das erschwingliche Taschenbuch zur Pflegeversicherung erläutert die rechtlichen Grundlagen und die ergänzenden Leistungen der Sozialhilfe; wichtige Gesetzestexte und Richtlinien sind dokumentiert. Auch für juristische Laien verständlich geschrieben, liegt

die Stärke des Ratgebers in seiner praktischen Orientierung und dem spürbaren Ansatz des Autors, Betroffene zur Durchsetzung ihrer Rechte zu ermutigen. Zahlreiche Beispiele und ein umfangreiches Register erleichtern es, sich im Dschungel der Paragraphen zurechtzufinden. Jürgens Rechtsberater dürfte nicht nur pflegebedürftige Menschen unterstützen, sondern auch ihren Angehörigen und MitarbeiterInnen in Sozialdiensten und Pflegeeinrichtungen. **Heidrun Sudhoff (Schwerte)**



Andreas Jürgens: *Mein Recht bei Pflegebedürftigkeit. Das neue Pflegeversicherungsrecht für Betroffene, Angehörige und Helfer.* (Beck-Rechtsberater im dtv), 384 Seiten, Preis: 15,90 DM.

Riskante Gesetzesänderung

Neutrales Gutachten vor riskanten Operationen an betreuten Patienten muß nicht mehr eingeholt werden

Weitgehend unbeachtet von der Öffentlichkeit sind am 1. Januar wichtige Änderungen im Betreuungsrecht in Kraft getreten. Teile der Novelle, die noch von der alten christlich-liberalen Bundesregierung im Sommer 1998 durchgesetzt wurde, verschlechtern den Schutz betreuter, nichteinwilligungsfähiger PatientInnen.

Bisher verlangte das Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG): »Vor der Genehmigung der Einwilligung eines Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff (§ 1904 BGB) hat das Gericht das Gutachten eines Sachverständigen einzuholen. Sachverständiger und ausführender Arzt dürfen nicht personengleich sein.«

Das strenge Verbot der Personenidentität gilt nun nicht mehr. Der durch das »Betreuungsrechtsänderungsgesetz« geänderte § 69 FGG verlangt lediglich, daß der Sachverständige und derjenige Arzt, der einen riskanten medizinischen Eingriff (Operation, Computertomographie, Liquorentnahme etc.) ausführen will, »in der Regel nicht personengleich« sein sollen. Folge: In Ausnahmefällen, die das Gesetz nicht näher definiert, kann der Vormundschaftsrichter nunmehr auf Hinzuziehung eines neutralen Expertengutachtens verzichten und ersatzweise eine Stellungnahme desjenigen Arztes einholen, der den beantragten, risikobehafteten Eingriff vornehmen soll. Diese

Neuregelung hatte die Kohl-Regierung mit der unbewiesenen Behauptung begründet, daß es hierzulande nicht genügend GutachterInnen gebe. Dabei ist in Bonn spätestens seit Juni 1997 bekannt, daß die Reform des § 69 FGG den Schutz bewußtloser, geistig behinderter und anderer nicht einwilligungsfähiger PatientInnen verschlechtern wird: Bei einer Sachverständigenanhörung zum »Betreuungsrechtsänderungsgesetz« im Rechtsausschuß des Bundestages hagelte es Kritik. »Es erscheint mir nur sehr schwer vorstellbar«, erläuterte etwa Yvon Bernadus Heinikel vom Leipziger Sozialamt, »daß ein ausführender Arzt in einem Gutachten kritisch zu der von ihm selbst festgelegten bzw. angestrebten Methode steht. Damit würde er sich ja selbst in Frage stellen.« Auch der Vertreter der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung wandte sich gegen den möglichen Verzicht auf das neutrale Sachverständigengutachten.

Wie sich die Änderung im Alltag auswirkt, kann heute noch nicht beurteilt werden. Bedenklich ist, daß über die bisherige Praxis vormundschaftsgerichtlicher Genehmigungsverfahren bei riskanten medizinischen Eingriffen wenig bekannt ist. Mehr Transparenz und Aufklärung tut not – schon vor dem Hintergrund, daß auch ein Teil der deutschen Ärzteschaft für vertretbar hält, was die europäische Bioethik-Konvention erlaubt: medizinische Experimente mit nichteinwilligungsfähigen PatientInnen.



Genehmigung riskanter ärztlicher Eingriffe bei betreuten Menschen

»Vor der Genehmigung hat das Gericht ein ärztliches Gutachten einzuholen. (...) Das Gutachten soll zur Frage der Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen, der Erforderlichkeit, der Gefährlichkeit, den Risiken und den zu erwartenden Erfolgsaussichten (Heilungschancen, Chancen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes) der Maßnahme Stellung nehmen. Weiterhin soll es dazu Stellung nehmen, ob durch eine persönliche Anhörung des Betroffenen erhebliche Nachteile für seine Gesundheit zu befürchten sind oder der Betroffene offensichtlich nicht in der Lage ist, seinen Willen kundzutun. Ansonsten ist der Betroffene persönlich anzuhören.«

Information aus: Hans-Georg Faustmann/Winfried Ludwigs: *Das Betreuungsrecht (Rechtsratgeber), rororo-Sachbuch, Reinbek 1997, Seite 89f.*



Organ-Entnahme nach zehnmütigem Herzstillstand

Transplanteure haben ein neues Todeskriterium und eine neue »SpenderInnen-Gruppe« entdeckt

Von Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat eine Stellungnahme zur »Organentnahme nach Herzstillstand« veröffentlicht. Anlaß ist der von der Organverteilungszentrale Eurotransplant herausgegebene *Newsletter 148*. Darin bezeichnen zwei niederländische Chirurgen einen zehnmütigen Herz- und Kreislaufstillstand bei normaler Körpertemperatur als »Äquivalent zum Hirntod« und erklären es für zulässig, betroffenen PatientInnen Nieren zu entnehmen. Während sich die BÄK öffentlich gegen diese Praxis wendet, arbeiten Bonner Wissenschaftler daran, das Verfahren zu verbessern.

Die biologisch unmögliche Reanimation und damit der irreversible Herzstillstand kann bisher weder durch die Dauer noch durch andere Kriterien als die sicheren Todeszeichen nachgewiesen werden«, heißt es in der BÄK-Stellungnahme, die am 11. Dezember im *Deutschen Ärzteblatt* gedruckt wurde. »Die Kriterien für einen Therapieabbruch einschließlich der Reanimationsbemühungen«, heißt es weiter, »sind bisher nicht standardisiert und standardisierbar.«

Es ist nicht das erste Mal, daß sich die Landesvertreter gegen die nützliche Verwendung von Menschen »ohne schlagende Herzen« (»non-heart-beating«) als OrgangeberInnen aussprechen. Bereits im Herbst 1995 versicherte die BÄK gemeinsam mit der Deutschen Transplantationsgesellschaft, »derzeit« billige man nicht die Entnahme von Körperteilen nach dem Herz-Kreislaufstillstand. Hintergrund damals wie heute: Nachrichten aus den Niederlanden.

Ein Forscherteam um R.M.H. Wijnen an der Universitätsklinik Maastricht hatte im April 1995 die Ergebnisse eines »Spender-Programms mit Herztoten« veröffentlicht. Demnach wurden seit 1980 in Maastricht und weiteren niederländischen Kliniken 57 Nieren nach dem Herzstillstand des Patienten explantiert. Einen Monat zuvor hatte ebenfalls in Maastricht ein inter-

nationaler Workshop zum Thema »non-heart-beating donors« stattgefunden. Dabei ging es um die Frage, ob und unter welchen Bedingungen Körperteile bei Herzstillstand entnommen werden dürfen, zum Beispiel nach schweren Unfallverletzungen oder bei einer Krankheit mit der Prognose »aussichtslos«. Vertreter aus England, USA, Schweiz und Holland erklärten per Resolution, eine Explantation sei zulässig, wenn nach erfolgloser Wiederbelebung eine Wartezeit von zehn Minuten verstrichen sei.

Auch in diesem neuen Handlungsfeld am Lebensende ist aufzufinden, was die gesellschaftlich umstrittenen, standesrechtlich aber akzeptierten Organentnahmen bei »Hirntoten« begleitet: Zeitknappheit und Uneindeutigkeiten. Nachdem Ärzte den Tod des vorgesehenen »non-heart-beating donors« erklärt haben, müssen in weniger als 30 Minuten Herzmassagen und Beatmung erneut gestartet und die Angehörigen über den Tod und die mögliche Explantation informiert werden – und entscheiden! Stimmen sie zu, dann werden in dieser Frist Venen-Katheter eingeführt, um die Nieren in situ – im Körper – mit Konservierungsflüssigkeit haltbar zu machen für die nachfolgende Organentnahme.

Weltweite Forschungen

Die Maastrichter Studie ergab, daß mit diesem Handlungsablauf ähnliche »Erfolge« zu erzielen seien wie bei Entnahmen von »hirntoten« PatientInnen. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate der Niere im Körper des Organempfängers liege im statistischen Mittel bei 54 Prozent (non-heart-beating donor) beziehungsweise 55 Prozent (heart-beating donor). Trotz Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme zu den Angehörigenfamilien und technischer Fehler konnte die Zahl verfügbarer Nieren durch das Maastrichter Programm um ein Fünftel gesteigert werden. Die so beschafften Körperteile wurden in 21 Transplantationszentren innerhalb des Eurotransplant-Gebietes verpflanzt. Auch deutsche Kliniken beteiligten sich an dem Forschungs-

»Leading Star«
»Wir kommen nun zum »leading star« dieses Kongresses, den non-heart-beating cadaver donor.«
F.T. Rapaport, Ehrenpräsident der Society for Organ Sharing, während des 3. Internationalen Kongresses der gleichnamigen Transplantationsgesellschaft.

projekt, namentlich die Universitäten und Kliniken in Aachen, Düsseldorf, Essen, Frankfurt am Main, Hamburg, Hannover-Münden, Köln, Marburg, Nürnberg und Tübingen.

1998 veröffentlichte der Chirurg Yong W. Cho mit seinen Kollegen aus Los Angeles die Ergebnisse einer Studie, die Zahlen der US-amerikanischen Organvermittlungsstelle UNOS auswertete, die seit 1994 Daten über den Verbleib von Organen »Herztoter« sammelt. Die Wissenschaftler verglichen die Transplantationsresultate von 229 Nieren, die zwischen 1994 und 1996 Menschen »ohne schlagendem Herzen« entnommen wurden mit denen herkömmlich gewonnener Nieren von »hirntoten« PatientInnen. Bei der statistischen Analyse kam heraus: Je kürzer die »warme Ischämiezeit« – also der Spanne zwischen dem Ende der Durchblutung und dem Beginn der Konservierung des Organs – desto besser das Transplantationsergebnis. Im Durchschnitt lag diese Zeitspanne bei 14 Minuten, und im statistischen Mittel waren die »Erfolge« jenen der herkömmlich beschafften Organe vergleichbar. Die Steigerungsraten im Bereich der Nierentransplantation durch Organe von »non-heart-beating donors« werden auf bis zu 40 Prozent geschätzt.

Kategorien der Verwertung

Die organschädigende Zeitspanne motiviert. Auch in Barcelona, Zürich, in verschiedenen Kliniken der USA und in Japan arbeiten Experten an einem technischen Repertoire, um »Spenderknappheit« und »Zeitknappheit« am Lebensende aus der Welt zu schaffen. Und möglicherweise, auch dahin weisen die Vorhaben, können nicht nur Nieren, sondern auch andere Organe verfügbar gemacht werden. In Osaka experimentiert man im Tierversuch mit transportablen Herz-Lungen-Maschinen, um herauszufinden, ob Multi-Organentnahmen bei non-heart-beating donors ermöglicht werden können. In Hiroshima führt man die Katheter für die Kühlflüssigkeit schon eine bis drei Stunden vor dem Herzstillstand ein, um später keine Zeit mehr zu verlieren. In der Frauenklinik in Tokio praktizieren Mediziner seit 1990 den Abbruch medizinischer Beatmung im Operationssaal, um nach zwei bis drei Stunden mit dem Kühlen der Organe im Körper zu beginnen. Auf diese Weise sollen auch Bauchspeicheldrüsen und Lebern noch verwendbar gemacht werden. In Birmingham wird ein Netzwerk zur verbesserten Ausbildung für die Multiorganentnahme bei PatientInnen »ohne schlagende Herzen« gefordert.

Der leitende Mediziner des Explantationsprogrammes in Maastricht, Professor G. Kootstra, orientiert sich nach eigenen Angaben am »Pittsburgher Protokoll«, das 1992 eine Todesdefinition schuf, die mittlerweile von fünfzig Kliniken in den USA übernommen wurde. Als tot gilt in Pittsburgh, wem ein zweiminütiger Herz-Kreislaufstillstand und das Fehlen des Pulses am Oberschenkel attestiert wird. Diese PatientInnen sterben im Operationssaal, in Folge der planmäßigen Unterbrechung der künstlichen Beatmung. Mediziner provozieren den Herzstillstand, um den Tod erklären und nach zwei Minuten mit der Entnahme von Nieren und Lebern beginnen zu können. Diese PatientInnen gehören zur Kategorie III der potentiellen OrganspenderInnen »ohne Herzschlag«, die Kootstra im September 1998 im *Eurotransplant Newsletter* vorstellte: Man erwartet – in Pittsburgh provoziert man – den Herzstillstand in geeigneter Umgebung, um explantieren zu können! Die niederländischen Transplanteure haben sich auf eine zehnminütige Wartezeit geeinigt, die auch für Kategorie II, die »erfolglose Wiederbelebung«, verbindlich sein soll und als »Äquivalent zum Hirntod« gewertet wird. Das Team, das die Wiederbelebung versucht hat, erklärt nach Kootstras Darstellung auch den Tod des Patienten und informiert das Transplantationsteam. Bei Kategorie IV, »Herzstillstand während des Hirntodes«, sind die Hirntodkriterien gleichwohl noch nicht erfüllt. Kann in dieser Situation ein Herzstillstand nicht behoben werden, sei die »Spende ohne schlagendes Herz eine gute Alternative und sichert zumindest die zwei Nieren für die Transplantation«, schreibt Professor Kootstra. Kategorie I, »Tod bei Ankunft in der Klinik«, kann bei schnellem Handeln auch noch die Organentnahme ermöglichen. Die weltweiten Studien sprechen von einer 30-Minuten-Frist, in der akzeptable Transplantationsergebnisse zu erzielen seien.

Schnelle Kühlung

Kernstück des Handlungsablaufes ist die schnelle Kühlung. Und so droht allen PatientInnen der Kategorien I bis IV die Konservierung ihrer noch verwertbaren Nieren mittels eines eigens für diese Zwecke veränderten Katheters. Sofort nach Erklärung des Herztodes wird die Kühlflüssigkeit möglichst ohne Verzug in den Körper des Patienten gepumpt werden. Die Gesetzeslage in den Niederlanden erlaubt es, diese Katheter auch ohne Zustimmung der Angehörigen einzuführen; die Transplanteure

»Nierenspende nach dem letzten Herzschlag«

»Paul Jansen (Name geändert) liegt auf der Intensivstation des Akademischen Krankenhauses Maastricht. Es wird ein Herzstillstand festgestellt, und man beginnt zu reanimieren. Nach fast einer Stunde Kampf um sein Leben müssen die Ärzte konstatieren, daß dies keinen Sinn mehr macht. (...) Transplantationskoordinator Jur Kievit bekommt während des Reanimierens die erste Meldung, daß Paul möglicherweise ein Spender ist. Nach Beendigung des Reanimationsprogrammes gibt es eine Wartezeit von zehn Minuten. Kievit: »Wir nennen dies die no-touch-Periode. Die Periode markiert die Grenzlinie zwischen Behandlung und Spende-prozedur. Danach pumpen wir eine spezielle Kühlflüssigkeit mit einer Temperatur von vier Grad in den Körper und die Nieren werden durchgespült und gekühlt. Das Anlegen dieses Spülsystems dauert ungefähr eine Viertelstunde. Die Familie sieht da wenig von, wenn sie kurze Zeit später hereinkommt. Die Schläuche mit der Spülflüssigkeit liegen unter dem Laken und verlaufen zur Rückseite, alles ist sauber abgedeckt.« Nach Installation dieses Systems hat die Familie laut Kievit ungefähr eine Stunde Zeit, um Abschied zu nehmen.«

aus einer Reportage des Reformatorisch Dagblad vom 14. Februar 1998.

Fortsetzung nächste Seite →

Fortsetzung von Seite 13 →

müssen nur behaupten, sie seien gerade auf der Suche nach den Angehörigen.

Beruhigungsformel in Deutschland

In den Niederlanden gibt es Kategorien, Techniken, empirische Daten und eine angepaßte Gesetzgebung. Weltweit ist die Organentnahme zum juristischen und medizinischen »Normalfall« erklärt worden. Reicht vor diesem Hintergrund eine einfache Willensbekundung der Bundesärztekammer aus, um der drohenden Ausweitung von Explantationen auf perspektivisch alle Sterbesituationen in Krankenhäusern Einhalt zu gebieten? Die deutschen Transplantationszentren sind dem Eurotransplant-Verbund angeschlossen. »Ein im Ausland nicht gemäß den deutschen Gesetzesvorschriften entnommenes Organ darf in Deutschland nicht transplantiert werden«, heißt es in der BÄK-Erklärung.

schaft für Chirurgie und eines Staatssekretärs aus dem Wissenschaftsministerium Nordrhein-Westfalens. Wird so eine öffentliche Diskreditierung der niederländischen Praxis demonstriert?

Daß bloße Erklärungen wie jene der BÄK nicht ausreichen, um Forscher von ihren Experimenten abzuhalten, zeigt das Beispiel des Teams um Professor Thomas Minor von der Bonner Universitätsklinik für Chirurgie. In Fachzeitschriften referierten Minor und Kollegen 1998 ihre experimentelle Studie zur »Revitalisierung von Spenderlebern von nicht herzschlagenden Spendern«, ausprobiert im Lebertransplantationsmodell am Schwein. Die deutsche Forschergruppe kommt zu »positiven« Ergebnissen, bei Gebrauch bestimmter Techniken seien die Schweinelebern selbst sechzig Minuten nach dem Herzstillstand den »frisch entnommenen vergleichbar.« Die Ergebnisse zeigten, daß sich nun eine neue Perspektive

»Mit Viren besiedelt«
»Die Xenotransplantation ist in die Nähe gerückt – dachte man. Zwar hat man durch die genetische Veränderung von Gewebeeigenschaften bei Schweinen und Affen immerhin erreicht, daß der Körper diese Organe nicht stärker abstößt als menschliche Transplantate. Doch der Organismus dieser Tiere ist mit Viren besiedelt, die man nicht alle beseitigen kann. Es besteht die Gefahr, daß sie den Transplantierten krank machen. Oder daß solche Viren sogar auf die Menschen allgemein überspringen und eine Epidemie auslösen, vergleichbar mit Aids.«

Einschätzung des Berliner Transplanteurs Prof. Roland Hetzer, nachzulesen in der Berliner Morgenpost vom 12. Februar 1999.

Jein zum »Verpflanzen« von Tierorganen

Die Parlamentarische Versammlung (PV) des Europarates empfiehlt, das Übertragen tierischer Körperteile auf Menschen (»Xenotransplantation«) vorläufig zu verbieten.

Vor der klinischen Erprobung von Xenotransplantationen am Menschen müßten noch erhebliche wissenschaftliche, medizinische, ethische, soziale und rechtliche Probleme gelöst werden, heißt es in dem Straßburger PV-Beschluß vom 29. Januar. »Derzeit unkontrollierbar« seien medizinische »Risiken« der Technik, etwa die mögliche Übertragung tierischer Krankheiten auf PatientInnen und das Abstoßen verpflanzter, körperfremder Tierorgane. Nicht auszuschließen sei auch die Gefahr von Seuchen, wenn pathogene Viren von Tieren auf Menschen übertragen würden.

Trotz solcher Bedenken gegen klinische Menschenversuche plädiert die PV dafür, die Forschung zu verstärken, um die benannten Probleme zu beseitigen. »Wir sind nicht grund-

sätzlich gegen die Technik, sondern aus Vorsicht«, erläuterte der französische Abgeordnete Jean-Francois Mattei die Beweggründe der PV.

Die Empfehlung nach der Devise »Aufschieben ja, aufheben nein!« richtet sich an das Ministerkomitee des Europarates. Das Gremium wird gebeten, dafür zu sorgen, daß der vorläufige Stopp in allen 40 Mitgliedsstaaten akzeptiert wird – und zwar »rechtsverbindlich.« Zudem sollen sich die europäischen Außenminister für ein weltweites Moratorium einsetzen und überlegen, ob die europäische Bioethik-Konvention durch ein Zusatzprotokoll zu Xenotransplantationen ergänzt werden kann.

Für beide Ratschläge gibt es allerdings keine Frist, und das Ministerkomitee ist formal nicht an die Empfehlungen der PV gebunden. Ungewiß ist auch, was die rot-grüne Bundesregierung von der die Straßburger Empfehlung hält: Sie hat bisher geschwiegen.

Doch wie in der Praxis verhindert werden soll, daß Nieren des neuen »Spenderpools« auch hierzulande verpflanzt werden, dazu schweigt die Bundesärztekammer.

Im September 1998 verlieh in Bonn die Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Chirurgen Professor Kootstra die Ehrenmitgliedschaft »für besondere Verdienste« – in Anwesenheit des Präsidenten der Deutschen Gesell-

aftue, die Lebern von menschlichen non-heart-beating donors zur Transplantation zu nutzen.

Das Dilemma der Transplantationsmedizin, ihr unüberwindlicher Mangel an Körperteilen, kennt weder nationale Grenzen noch experimentelle Handlungsbeschränkungen. Organe gelten als »Äquivalent« für Lebenszeit und Lebensqualität, und es gibt wohl nie genug davon.

Niederlande: Mediziner-Fortbildung zum Euthanasie-Berater gestartet


»Voll des Lobes«, meldete die Ärztezeitung *Medisch Contact* am 15. Januar, sei der niederländische Gesundheitsminister Borst über »SCEA.« Das Kürzel steht für ein Modellprojekt zur »Unterstützung und Beratung bei Euthanasie in Amsterdam«, das von April 1997 bis Mai 1998 lief. Der niederländische Ärzteverband K.N.M.G. und die »Ländliche Hausarzt-Vereinigung« dehnen das Projekt nun auf das ganze Land aus.

Aus SCEA wird nun SCEN – in den Niederlanden sollen in den kommenden vier Jahren 500 HausärztInnen geschult werden, die ihre KollegInnen bei Euthanasie-Entscheidungen beraten sollen. Zudem sollen sie die Rolle des zweiten Arztes übernehmen, der gemäß den 1994 eingeführten gesetzlichen Regelungen konsultiert werden muß, bevor ein Arzt einen Schwerkranken töten darf.

Wer an der Weiterbildung zum SCEN-Mediziner teilnehmen will, muß Erfahrung als Arzt mitbringen, »Beratungskompetenz« besitzen und einen »guten Namen« bei den KollegInnen haben – und Euthanasie wie Hilfe zur Selbsttötung nicht ablehnen. In Amsterdam hatte fast jeder dritte Hausarzt im Projektzeitraum die SCEA-Beratung in Anspruch genommen, künftig wollen 75 Prozent SCEN-ÄrztInnen hinzuziehen,

wenn erwogen wird, einen Patienten zu töten.

Die Beratungsleistungen für die in der Meldeprozedur zur Euthanasie vorgeschriebene Konsultation eines Mediziner-Kollegen werden im SCEN-Projekt mit einem Standardtarif von 375 Gulden honoriert. Die Bezahlung von »Euthanasie-Leistungen« ist in der niederländischen ÄrztInnenschaft ein aktuelles Thema, zumal seit November neue gesetzliche Regelungen gelten, die Patiententötungen weiter veralltäglichen dürften. Wichtigster Punkt ist die Einrichtung von fünf regionalen Prüfungskommissionen. Sie sollen nach vollzogener Tötung klären, ob sie vorschriftsmäßig erfolgte; die bisher – zumindest auf dem Papier – drohenden staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen sollen so weitgehend ausgeschlossen werden.

Dieser weitere Schritt zur Absicherung der Euthanasie ermutigt, mehr Geld für die tödlichen Leistungen zu fordern. Ein Amsterdamer Mediziner schlug in *Medisch Contact* vor, daß eine Studie die Zeit ermitteln solle, die ein »verantwortlicher« Euthanasie-Prozeß erfordere. Zur Abrechnung der Patiententötung solle eine Code-Nummer mit genauer Höhe des Honorars festgelegt werden. Zu erwägen sei außerdem die Anstellung von »Euthanasie-ärzten«, die den todbringenden Prozeß zusammen mit dem behandelnden Arzt begleiten. 

Von Jeroen Breekveldt, BioSkopler und Mitarbeiter des NoGen Archiefs im niederländischen Wageningen

Patiententötungen in der Randstad

Am 1. Juni 1994 trat in den Niederlanden das »Gesetz zur Änderung des Gesetzes über das Bestattungswesen« in Kraft. Die Paragraphen ermöglichen, daß im Nachbarland die Tötung schwerkranker PatientInnen geduldet wird, wenn die ÄrztInnen bestimmte »Sorgfaltspflichten« erfüllen. Auffällig viele Krankentötungen gibt es in der »Randstad«, also in den Neubau- und Hochhausvierteln von Amsterdam.

Wie konnte sich eine solche Euthanasiepraxis entwickeln?


Die BioskoplerInnen Erika Feyerabend und Ludger Fittkau haben in den Niederlanden recherchiert, Ergebnisse werden bald auch im Radio zu hören sein: Ihr Feature »Amsterdam und Umgebung – Euthanasie in den Niederlanden« läuft am 3. Mai von 20.05 - 21.00 Uhr im 3. Hörfunkprogramm des WDR.

Hans-Werner Scheuing:

»... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden«. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geisteschwache Mosbach/Schwarzacher Hof und ihrer Bewohner 1933-1945. 525 Seiten, Universitätsverlag C. Winter, Heidelberg 1997. Preis: 48 DM.

Literaturhinweis

»... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden«

So lautet der Titel einer Fallstudie von Hans-Werner Scheuing. Am Beispiel der Anstalt Mosbach/Schwarzacher Hof in Baden beschreibt der Theologe den Alltag einer kirchlichen Einrichtung für geistig behinderte Menschen während des NS-Regimes. Gestützt auf umfangreiche Quellen, breitet er Fakten aus, die einem den Atem stocken lassen: 61 HeimbewohnerInnen wurden zwangssterilisiert, 44 starben durch Verhungern oder Medikamentengabe, 218 wurden in die Vernichtungsanstalt Grafeneck deportiert und dort vergast, 21 mußten an medizinischen Experimenten teilnehmen. »Der gesellschaftliche Druck zur Aussonderung von »Erbkranken« und »Unbrauchbaren« im Dritten Reich«, schreibt Scheuing, »wurde von der Anstaltsleitung begrüßt und im Sinne des Wachstums der Anstalt genutzt«; zu Zwangssterilisationen habe der Anstaltsleiter »die widersprüchliche Haltung einer widerwilligen Durchführung« eingenommen. »Durch die Mitwirkung bei der Auswahl der Todeskandidaten«, so Scheuing über den Leiter, »hat er gegen seine eigene Überzeugung von der Heiligkeit des Lebens gehandelt und damit die entscheidende Grenze zur »Verstaatlichung« seines Bewußtseins überschritten.« Scheuings Buch macht nachdenklich – gerade in einer Zeit, in der Rufe nach Freigabe von Euthanasie und nach Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen lauter werden. 

Vorschau

Themen im Juni 1999

- ◆ **Schwerpunkt:**
Biomedizinische Forschungsprogramme
- ◆ **Gesundheitspolitik:**
Die neue Rationierungsdebatte
- ◆ **Bevölkerungspolitik**

Veranstaltungstips

Sa.13.3.99 – So.14.3.99 Berlin

◆ **»Optimierung der Fortpflanzung?«**

Tagung des Gen-ethischen Netzwerkes und des Feministischen Frauen Gesundheitszentrums

Die zweitägige Veranstaltung soll einen Austausch über Reproduktionsmedizin und Pränataldiagnostik ermöglichen sowie die Methoden der Reproduktionstechnologien mit ihren eugenischen Implikationen reflektieren. Nach den Vorträgen sollen einige Schwerpunktthemen in Arbeitsgruppen vertieft werden. Weitere Infos und Anmeldung beim Gen-ethischen Netzwerk, Telefon (030) 685 70 73.

Fr. 19.3.99 – So. 21.3.99

Berlin (Haus Schwanenwerder, Inselstr. 27-28)

◆ **»Der Mensch: verwertbar, gläsern, patentierbar?«**

Tagung zur Bioethik-Konvention, veranstaltet von der Evangelischen Akademie Berlin-Brandenburg

Die Tagung will Entstehung, kontroverse Punkte, Auswirkungen und Menschenbild der

Bioethik-Konvention verdeutlichen. Zu den ReferentInnen gehören unter anderem die Politiker Robert Antretter, Willy Rothley und Wolfgang Ullmann sowie die ProfessorInnen Ruth Mattheis und Ulrich Eibach. Weitere Infos und Anmeldung bei der Ev. Akademie Berlin-Brandenburg, Tel. (030) 803 54 86.

Mi. 24.3.99, 19.30 Uhr

Schwäbisch Hall (Heilerziehungspflege-schule, Sudetenweg 92)

◆ **»Dambruch zur Euthanasie?«**

Vortrag von Martin Kalusche

Thema des Abends sind die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. Der Referent, der Beauftragter für Bioethik des Fachverbandes Diakonische Behindertenhilfe in Thüringen ist, wird die Grundsätze vorstellen und sie kritisch bewerten.

Fr. 7.5.99 – So. 9.5.99

Essen (Grendgästehaus, Westfalenstr. 311)

◆ **»Biospiraterie und genetische Ressource**

BioSkop-Wochenendtagung mit Michael Flittner, Ingrid Schneider, Volker Lehmann u.a.

Vorträge und Seminar zu Kolonialismus, alte und neue Besitzverhältnisse an Körpern und Natur. Teilnahmegebühr: 60 DM inkl. Übernachtung und Verpflegung, Ermäßigung möglich. Weitere Infos und Anmeldung bei BioSkop, Telefon (0201) 53 66 706.

Fr. 29.10.99 – Sa. 30.10.99

Essen (Haus der Kirche, Hagen 7)

◆ **Forschung am Menschen – Versprechen und Realität**

BioSkop-Tagung

Die Vorträge und Diskussionen an diesem Wochenende thematisieren konkrete Bedingungen und Projekte der humangenetischen und klinischen Forschung. Wer führt sie aus? Wer bezahlt? Und wer gewinnt? Kostendruck und Krankheitsvermeidung sowie eine verengte Forschungspolitik stehen ebenfalls auf dem Programm. Veranstalter sind BioSkop, das Behindertenreferat der evangelischen Kirche in Essen, die Mindener Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe sowie die Heinrich Böll Stiftung.

Weitere Infos und Anmeldung bei BioSkop, Telefon (0201) 53 66 706

BIOSKOP

Ja,

- ich abonniere *BioSkop* für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 50 DM für Einzelpersonen/100 DM für Institutionen habe ich heute auf das BioSkop e.V.-Konto 555 988-439 beim Postgiroamt Essen (BLZ 360 100 43) überwiesen. Dafür erhalte ich vier *BioSkop*-Ausgaben sowie die unregelmäßig erscheinenden *Denkzettel*. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, daß ich erneut 50 bzw. 100 DM im voraus überweisen muß, wenn ich *BioSkop* weiter beziehen will.
- ich unterstütze *BioSkop* mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 50 DM bzw. 100 DM auf das o.g. Konto von Bioskop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt DM. Dafür erhalte ich vier *BioSkop*-Ausgaben sowie die unregelmäßig erscheinenden *Denkzettel*. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, daß ich erneut mindestens 50 bzw. 100 DM im voraus überweisen muß, wenn ich *BioSkop* weiter beziehen will.
- ich bin daran interessiert, eine/n BioSkop-Referentin/en einzuladen zum Thema: Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer:
- ich unterstütze BioSkop e.V mit einer Spende vonDM (Konto siehe oben). Weil Bioskop e.V. vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Name

Tel.

Straße

Fax

PLZ + Wohnort

Datum

Unterschrift

Nur für Abonnentinnen und Abonnenten: Ich kann meine Abo-Bestellung innerhalb von zehn Tagen widerrufen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung an BioSkop e.V., Bochumer Landstr. 144a, 45276 Essen. Mit meiner zweiten Unterschrift bestätige ich, daß ich mein Recht zum Widerruf zur Kenntnis genommen habe.

Datum

Unterschrift

Bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien · z. Hd. Erika Feyerabend · Bochumer Landstr. 144a · 45276 Essen



Wunschzettel