

Imago Hominis

BAND I/Nr. 4 • 1994 • PREIS ATS 120

EDITORIAL	245	
AUS AKTUELLEM ANLASS		
Die Themen von <i>Kairo: Relativer Konsens</i> ...	247	
P. A. LAUN <i>Kairo: Das Unbehagen bleibt</i>	251	
KONGREGATION FÜR DIE GLAUBENSLEHRE		
<i>Antworten auf vorgelegte Zweifel zur</i> <i>„Gebärmutterisolierung“ und auf andere</i> <i>Fragen</i>	254	
J. BONELLI <i>Erläuterungen zu den</i> <i>„Antworten“ auf vorgelegte Zweifel zur</i> <i>Gebärmutterisolierung</i>	256	
M. SCHWARZ <i>Tagungsbericht: Geklonte Embryonen</i>	258	
FALLBERICHTE <i>Hirntod und Schwangerschaft</i>		
J. SCHEELE <i>Der Erlanger Fall</i>	261	
E. REDL <i>Fallbericht aus Wien</i>	263	
SCHWERPUNKT <i>Machbarkeit und Menschenwürde</i>		
A. SCHWARZ <i>Gebärmaschine oder Lebensschutz</i>	265	
G. HERRANZ <i>Der Gehirntod bei Schwangeren</i>	269	
E. H. PRAT <i>Heiltechnik in der Mediengesellschaft</i>	285	
NACHRICHTEN		295
<i>Placebostudien sind ethisch problematisch ♦ Septische</i> <i>Abtreibung ♦ Tolerante Normen für die Embryo-Forschung</i> <i>in den USA ♦ Von Alkohol und anderen Drogen ... ♦ Studie</i> <i>zur Sterblichkeit von Obdachlosen in Philadelphia ♦ Indien</i> <i>verbietet Abtreibung weiblicher Feten</i>		
WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG		299
BUCHBESPRECHUNG		302
IMPRESSUM		305



IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN

ISSN
1021-9803

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes BONELLI
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Gerhart HITZENBERGER (Klin. Pharma., Wien)
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)
Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien)
Hugo RAINER (Onkologie, Wien)
Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg)
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)
Dieter SCHWEIZER (Genetik, Wien)
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE - Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE - Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN 1021-9803

ISSN

Die vierte Ausgabe von *Imago Hominis* widmet sich einer Fragestellung, die die Mediziner wohl infolge des wissenschaftlichen Fortschritts erst seit kurzem beschäftigt: Es geht um hirntote Schwangere, oder anders gesagt Schwangere, bei denen der Hirntod eingetreten ist. Zwei Fälle aus unserem Sprachraum, die für heftige Diskussionen sorgten, sind der unmittelbare Anlaß für unser Aufgreifen dieses Themas. Das IMABE-Institut hat ja auch im vergangenen Mai ein Seminar in Stockerau dieser Fragestellung gewidmet.

Einmal war es der „Erlanger Fall“. Eine junge schwangere Frau (24-jährige Schwangere) erlitt bei einem Autounfall ein schweres SH-Trauma. Drei Tage nach ihrer stationären Aufnahme trat der Hirntod ein. Ein eigens dafür zusammengetretenes Konsilium entschied sich für die Aufrechterhaltung der Herz-Kreislauf-Funktionen der schwangeren Gehirntoten, um so ein weiteres Heranwachsen und möglicherweise sogar Ausreifen des Fetus zu ermöglichen. Nach sechs Wochen kam es zum Spontanabortus, worauf die Beatmung eingestellt wurde.

Ein Parallellfall ereignete sich im Frühjahr 1994, diesmal in Wien. Der Unterschied war jedoch, daß die Schwangere komatös und nicht hirntot war. Auch beim Wiener Baby kam es zum Spontanabortus.

Erfreulicherweise konnten wir die jeweils Verantwortlichen in Erlangen und Wien dazu veranlassen, eine kurze Darstellung der Ereignisse zu dokumentieren, die in den FALLBERICHTEN nachzulesen sind.

Der SCHWERPUNKT stellt einen Kommentar zu den vorliegenden Fällen dar: A. SCHWARZ versucht für diesen Fall eine Analyse der ethischen Entscheidungskriterien.

G.HERRANZ, Arzt und Bioethiker, gibt zunächst einmal eine interessante Darstellung der beschriebenen Fälle aus der Literatur. Neben dem Aufzeigen verschiedener rechtlicher, psychologi-

scher, medizinischer und ethischer Probleme, die in solch einem Fall entstehen, handelt es sich dabei ja um ein Paradoxon, nämlich, daß ein offiziell totes Wesen, die hirntote Mutter, einem Menschen – ihrem Kind – Leben spendet. Der Autor geht aber auch auf einige physiologische Beobachtungen ein, die zum Schluß, führen, daß eine Hirntote, die schwanger ist, einen Sonderfall darstellt. Die relative Autonomie des heranwachsenden Kindes versetzt die Tote in eine Rolle, die sie – zumindest bis zur Geburt des Kindes – zum Muttersein befähigt.

E. PRAT nimmt diese beiden Fälle zum Anlaß, um allgemeine sozialetische Überlegungen anzustellen. Er geht davon aus, daß ein fachspezifischer Fortschritt der Medizin nicht unbedingt auch einen echten Fortschritt für den Menschen darstellen muß. Es wäre manchmal klüger, auf bestimmte Techniken zu verzichten. In diesem Zusammenhang wird auch das Phänomen der Manipulation durch die Medien beleuchtet, der sich ja auch die Medizin zunehmend immer weniger entziehen kann.

In der Rubrik – AUS AKTUELLEM ANLASS – finden sich nun zwei Berichte zur Weltbevölkerungskonferenz in Kairo, die ja unter breitem Interesse der Öffentlichkeit abgehalten wurde. DOZ. LAUN war selbst als Beobachter bei der Konferenz anwesend. In einem zweiten Artikel werden kurz die wichtigsten umstrittenen Punkte dargestellt und dazu die jeweilige Stellungnahme des Heiligen Stuhls.

Weiters bringen wir eine kurze Zusammenfassung mit Kommentar über ein Symposium – „Klonierte Embryonen“ und die erst jüngst erschienene Antwort des Heiligen Stuhls auf Anfragen bezüglich der sogenannten „Gebärmutterisolierung“ und Erläuterungen dazu.

Da das Erscheinen dieser Nummer mit den Weihnachtsfeiertagen zusammenfällt, wollen wir allen unseren Lesern ein recht frohes und gesegnetes Fest wünschen!

Die Themen von KAIRO

Relativer Konsens

NACH heftigen Debatten gelang es der Konferenz von Kairo über Bevölkerung und Entwicklung, einen Aktionsplan mit einer relativ großen Zustimmung anzunehmen. Aber das ursprüngliche Projekt traf auf mehr Widerstand als erwartet, und die endgültige Fassung beinhaltet einige wichtige Änderungen in den meist diskutierten Punkten. Der Hl. Stuhl stimmte dem Konsens teilweise zu und drückte seine Vorbehalte in einer Reihe von Punkten aus, wie dies auch weitere dreißig Staaten taten. Wir wollen die hauptsächlichsten Änderungen genauer betrachten.

Prinzipien und Anwendung

Im Kapitel II („Prinzipien“) wurde ein neuer Paragraph eingeführt, in dem ausgesagt wird, daß die Empfehlungen des Dokuments „in Übereinstimmung mit den Gesetzen und den Prioritäten der Entwicklung eines jedes Volkes unter größtem Respekt der religiösen, kulturellen und ethischen Werte“ angewendet werden müssen. Diese Neuerung wurde auf Vorschlag der islamischen Staaten eingefügt.

Frau

Im Kapitel IV („Gleichheit der Geschlechter und Förderung der Frau“) wurde eine Klausel hinzugefügt, um aufzuzeigen, daß die Anstrengungen, die zugunsten der Frauen unternommen werden sollen, „nicht die Integrität der Familie in ihrem Kern verletzen dürfen“. Unter den Delegationen, die die Initiative unterstützten, befanden sich verschiedene islamische Staaten, sowie andere, vorwiegend katholische Länder.

Familie

Im Kapitel V, das der Familie gewidmet ist, wird auf „eine andere Form von Verbindungen“ hingewiesen. Diese Erwähnung wurde auf Vorschlag der islamischen Staaten eliminiert, um zu verhindern, daß diese Aussage als Anerkennung von homosexuellen Paaren verstanden wird.

Prokreationsrechte

Das Kapitel VII über die „Fortpflanzungsrechte“ verleiht dieses Recht „Individuen und Paaren“. Mehr oder weniger dieselben im vorhergehenden Fall bereits erwähnten Länder erreichten, daß der Terminus „Individuen“ gestrichen wurde, da dies an ein Recht auf Fortpflanzung für Einzelpersonen oder aber an eine Fortpflanzung außerhalb der Ehe denken lassen könnte. Allerdings bleibt die Anspielung auf Einzelpersonen in diesem Zusammenhang an anderen Stellen des Dokuments, nämlich dort, wo vom Zugang zu Mitteln der Familienplanung gesprochen wird. Einige islamische Delegationen interpretierten den Ausdruck „Individuum“ so, daß er sich in solchen Fällen auf Einzelpersonen bezieht, die in der Ehe miteinander verbunden sind. Der Heilige Stuhl machte einen ähnlichen Vorbehalt.

Reproduktionsgesundheit

Im selben Kapitel wurde der Terminus „sexuelle Gesundheit“ auf „Fortpflanzungsgesundheit“ abgeändert, womit die Sexualität in einen Zusammenhang mit der Fortpflanzung gesetzt wird.

Kontrolle der Fruchtbarkeit

Ein anderer Absatz des Kapitels VII spricht in der ersten Fassung vom Recht auf Zugang zu den „Methoden der Fruchtbarkeitskontrolle“. Auf Betreiben einer lateinamerikanischen Delegation wurde der Ausdruck auf „Methoden zur Regulierung der Fruchtbarkeit, die nicht gegen das Gesetz verstoßen“ abgeändert. Der Grund besteht darin, daß die englische Originalfassung („methods of fertility regulation“) zum Unterschied von der definitiv approbierten Fassung („methods of regulation of fertility“) mit einer Definition der Weltgesundheitsorganisation übereinstimmt, die die Abtreibung miteinschließt.

Abtreibung

Das Kapitel VIII („Gesundheit und Sterblichkeit“) war das am meisten diskutierte, denn es enthält die ausdrücklichen Verweise auf die Abtreibung. Einer der Abschnitte stellte die Abtreibung als eines der wichtigsten sanitären Probleme dar, dort wo diese unter „schlechten Bedingungen“ durchgeführt wird. Wie der Hl. Stuhl und andere Delegationen bemerkten, impliziert das Beharren auf ein Vermeiden der „unsicheren Abtreibung“ eine Empfehlung, die Abtreibung unter Bedingungen durchzuführen, die für die Schwangere sicher sind.

Die Delegationen, die gegen eine Unterstützung der Abtreibung waren, erreichten einige Zugeständnisse, die den Originaltext ein wenig mildern. Das Prinzip, daß „die Abtreibung keinesfalls als Mittel der Familienplanung gefördert werden darf“ (was in der Konferenz von Mexiko im Jahr 1984 bereits gebilligt worden war) wurde an den Beginn des betreffenden Abschnittes gestellt. Weiter heißt es allerdings im Text: „In jenen Fällen, in denen die Abtreibung legalisiert ist, muß den Frauen, die ihrer Schwangerschaft ein Ende setzen wollen, leichter Zugang zu wahrheitsgemäßer Information und verständnisvoller Betreuung ermöglicht

werden, und die Abtreibungen müssen unter sicheren Bedingungen durchgeführt werden“; der approbierte Text ist allerdings weitaus restriktiver: „In jenen Umständen, unter denen die Abtreibung nicht gegen das Gesetz verstößt, muß sie sicher sein“.

Auswanderungen

Das Kapitel X („Internationale Wanderbewegungen“) verursachte eine Konfrontation zwischen Entwicklungsländern und reichen Ländern. Erstere wünschten eine Anerkennung des Rechtes der Einwanderer auf Familienzusammenführung. Schließlich erreichten die entwickelten Länder, daß im Dokument lediglich von einer „lebenswichtigen Bedeutung“ in diesem Zusammenhang gesprochen und den Regierungen empfohlen wird, dieses Recht in ihre jeweilige Gesetzgebung aufzunehmen. Im Schlußtext wird jedoch als Anspielung auf den Artikel 10 der „Konvention über die Rechte des Kindes“ erklärt, daß die Kinder das Anrecht haben, bei ihren Eltern zu leben, was eine gewisse indirekte Würdigung des Rechtes auf Familienzusammenführung in bestimmten Fällen miteinschließt.

Jugendliche

Das Kapitel XI über Erziehung und Information sprach von den „Rechten auf sexuelle Betätigung“ der Jugendlichen. Dieser Passus wurde gestrichen und außerdem fügte man hinzu, daß in erster Linie den Eltern „das Recht, die Pflicht und die Verantwortung“ zukommt, „die Jugendlichen im Bezug auf die Sexualität und die Fortpflanzung zu orientieren“.

Der Aktionsplan, der 113 Seiten mit 16 Kapiteln beinhaltet, ist für die Regierungen nicht verpflichtend. Darüberhinaus ist der Text an vielen Stellen entwicklungsbedürftig und zweideutig, wodurch er für die verschiedensten Interpretationen offen bleibt. So enthält er z.B. zahlreiche Formulierungen, die glauben ma-

chen, daß er alle Arten von Verhütungsmitteln, sowie Sterilisierung und Abtreibung gut heiße, obwohl das *expressis verbis* nicht gesagt wird. So sagt etwa das Kapitel VII, daß alle Länder „den allseitigen Zugang zum breiten Spektrum der sicheren und zuverlässigen Methoden der Familienplanung“ erleichtern müssen. Da das Dokument aber die Familienplanung nicht eindeutig definiert oder spezifiziert, welche Methoden als akzeptabel zu betrachten sind und welche nicht, hat in solchen Formulierungen jede Auslegung Platz.

Die Bedenken des Heiligen Stuhls.

Aus den oben genannten Gründen hat sich der Heilige Stuhl dem Aktionsplan nicht angeschlossen, ohne zuvor zu präzisieren, daß er Bedenken allgemeiner Art und andere, spezifische Bedenken hat. In dieser Weise drückte sich der Vertreter des Vatikans, Msgr. Renato MARTINO aus, als er am letzten Tag der Konferenz ankündigte, daß seine Delegation sich dem allgemeinen Konsens teilweise anschließe. Dies „bedeute nicht“, so sagte er „daß der Heilige Stuhl der Abtreibung etwa den Rücken stärken wolle, noch daß er in irgendeiner Weise seine moralische Haltung gegenüber Abtreibung, Verhütungsmitteln, Sterilisierung oder aber Verwendung von Prservativen in Programmen zur Vorbeugung von AIDS geändert hätte“. In einer beigefügten Note zu dieser Erklärung von Msgr. Martino, in der der Vatikan seine Bedenken zum Dokument bestätigt, wiederholt letzterer diese Bemerkung angesichts der häufigen Verwendung der Termini „Empfängnisverhütung“, „Familienplanung“, „Rechte auf sexuelle Betätigung und Recht auf Fortpflanzung“ u.. in diesem Dokument.

In der gleichen Note wird auch betont, daß „das Dokument weiterhin von einem individualistischen Begriff der Sexualität geprägt ist, der der gegenseitigen Liebe und einer gemeinsamen Entscheidung, wie sie für das eheliche

Leben kennzeichnend ist, nicht die geschuldete Aufmerksamkeit zollt“. Dies wird dort besonders deutlich, wo von „Paaren und Individuen“ im Zusammenhang mit der Fortpflanzung die Rede ist.

MSGR. MARTINO sagte weiters, daß der Aktionsplan, im Unterschied zu den Dokumenten von Bukarest und Mexiko, „die Abtreibung als einen Aspekt der Bevölkerungspolitik und der vordringlichen sanitären Betreuung betrachtet, obwohl er unterstreicht, daß sie nicht als Mittel der Familienplanung gefördert werden darf und die Staaten dazu auffordert werden, Alternativen zur Abtreibung zu suchen“.

Die spezifischen Vorbehalte des Vatikans beziehen sich auf die Kapitel VII und VIII, die, anerkennenswerterweise, durch die Verhandlungen zwar verbessert werden konnten, aber noch immer überaus bedenklich sind. Abgesehen von der Frage der Abtreibung, geht es konkret um „Anmerkungen, die als eine Zustimmung zur sexuellen Aktivität außerhalb der Ehe, besonders unter Jugendlichen, verstanden werden könnten“. Diese Vorbehalte schließen jedoch nicht aus, daß der Hl. Stuhl den Begriff der „reproduktiven Gesundheit“ unterstützt, immer dann, wenn er „auf die Person als ganze, auf Seele und Leib“ und „auf die Erreichung der persönlichen Reife in der Sexualität“ bezogen wird.

Positive Aspekte

MSGR. MARTINO unterstrich jedoch ebenso die positiven Aspekte des Aktionsplans:

- *) Das Dokument spricht sich „gegen jede Form des Zwangs in der Bevölkerungspolitik“ aus.
- *) „Es anerkennt den Schutz und die Unterstützung, den die grundlegende Einheit der Gesellschaft, die Familie, begründet auf der Ehe, verdient“.

- *) Es unterstreicht die Notwendigkeit, „die Förderung der Frau mittels Erziehung und einer verbesserten sanitären Betreuung“ voranzutreiben.
- *) Im Vorwort hieß es, „daß das Dokument kein neues, international anerkanntes Recht auf Abtreibung fordert“, trotz der aufgezeigten Mängel im Zusammenhang mit diesem Thema.

Insgesamt approbiert der Hl. Stuhl unter Berücksichtigung der erwähnten Vorbehalte die Kapitel II, IV, V, IX („Bevölkerungsverbreitung, Verstädterung und innere Wanderbewegungen“) und Kapitel X, sowie Kapitel III („Bevölkerung, Wirtschaftswachstum und unterstützungswürdige Entwicklung“), „obwohl er bei diesem Thema eine detailliertere Behandlung gewünscht hätte“. Der Vatikan unterstützt nicht die Kapitel VII, VIII und

XI. Bezüglich der Kapitel XII bis XVI – jene, die konkrete Ziele vorschreiben – hält es der Hl. Stuhl nicht für angebracht, ihnen zuzustimmen, dies aufgrund seiner Sonderstellung als Staat. Msgr. Martino äußerte sich nicht zum Kapitel VI („Wachstum und Bevölkerungsstruktur“). Das letzte übriggebliebene Kapitel I ist zugleich das Vorwort des Dokuments.

Weitere 31 Staaten haben ihre Vorbehalte zu bestimmten Teilen des Dokuments vorgebracht: 17 islamische Staaten, neun lateinamerikanische, weitere zwei mehrheitlich katholische Länder (Malta und die Philippinen), zwei afrikanische nicht islamische Staaten (Elfenbeinküste und Simbabwe), sowie Australien.

*Aus ACEPRENSA, Ausgabe 120/94,
21. September 1994, Madrid, Spanien*

KAIRO: Das Unbehagen bleibt

Das Schlußdokument der UN-Bevölkerungskonferenz enthält „Tretminen“ und verdeckte Botschaften

P.Andreas LAUN

KAIRO – manche sagen, es ist schon ein Erfolg, daß soviel davon gesprochen wird, und dies hat man, so wird manchmal polemisch hinzugefügt, ausgerechnet dem Papst zu verdanken.

Es ist schwer, schon heute ein ausgewogenes Urteil zu fällen. Die Themen der Konferenz sind zu vielschichtig, und die verabschiedeten Texte diplomatisch formuliert. „Tretminen“ sind schwer auszumachen, vor allem für jene, die den Hintergrund nicht kennen, den wieder nur der „innere Kreis“ jener kennt, die die erste Vorgabe erstellt und sie bis und in Kairo in vorbereitenden Tagungen, in Kommissionen und Ganggesprächen weitergeformt haben. Bekanntlich waren in Kairo nur noch einige Prozente des Dokuments zu entscheiden. Unklar ist auch, wie bei allen Papieren dieser Art, welche Buchstaben tot bleiben und welche Geschichte machen werden. Das wiederum wird wohl vor allem von jenen obersten Regisseuren der Konferenz abhängen, die zu nennen ebenso schwierig ist, wie ihre Macht einzuschätzen und ihre Motive zu erforschen.

Es ging um die Sicht vom Menschen

Aber wie immer: natürlich lassen sich die Texte auch einfach beim Wort nehmen. Dann fällt vor allem zweierlei auf: Gegen viele Anliegen und Beschlüsse (Verbesserung der Stellung der Frau, Umweltschutz, Entwicklung, Zusammenarbeit...) wird niemand etwas einwenden wollen und können, und es ist manchmal auch sinnvoll,

Selbstverständlichkeiten auszusprechen, weil es sich dann noch besser „von selbst versteht“ und die Chancen auf Verwirklichung steigen.

Doch es gibt auch Punkte, die mehr als Unbehagen bereiten, weil „man“ – wer ist dieses „man“? – versucht, im Namen des Konsensgeistes und angeblich sonst nicht abwendbarer Katastrophen der ganzen Welt eine neue Sicht des Menschen überzustülpen, einschließlich der entsprechenden Moral. Antidemokratisch und gegen die Freiheit? Nein, natürlich nicht, das wird betont, zumal die Konferenzteilnehmerstaaten ohnehin frei bleiben. Aber Papier ist geduldig, und schließlich trat auch die Vertreterin Chinas für die Freiheit bei den Geburten-Kontrollprogrammen ein. Ob sie dabei wenigstens rot wurde, ist weniger wichtig als die Frage, wie die Realität ausschauen wird. Die bisherigen Erfahrungen mit den „Geburtenkontroll-Programmen“, wie sie zum Beispiel von der rassistischen „Planned Parenthood“-Gesellschaft (in Kairo stark vertreten) weltweit durchgeführt wurden, läßt nichts Gutes ahnen.

Böse Vorwürfe gegen den Vatikan

Konkret geht es zum Beispiel um die Abtreibung, von der auch in den Zeitungen viel geredet wurde, verbunden mit bösen Vorwürfen an die Adresse des Vatikans – so als ob der Vatikan das Thema auf die Tagesordnung gesetzt hätte und nicht gerade jene, die ihn jetzt attackieren.

Niemand ist, wann er nicht abartig veranlagt ist, „für“ Abtreibung. Im Gegenteil, daß Abtreibung kein Mittel der Familienplanung sein darf, dafür gibt es im sonst heißumstrittenen Punkt 8.25 einen Satz, den alle unterstützen.

Abtreibung als „zweites Netz“?

So gut das ist, so zweideutig bleibt es. Denn es bedarf ja nur des Hausverständes, um zu begreifen: Verhüten ist auf jeden Fall das kleinere Übel, und nur das will man eigentlich sagen. Darauf sich zu einigen, ist natürlich keine Kunst. Die Gretchen-Frage lautet aber: Was ist, wenn die Verhütung aus irgendeinem Grund nicht stattgefunden oder – wie bei so vielen, die dann abtreiben! – wenn sie versagt hat? Was dann? Ist Abtreibung auch *dann* noch strikt abzulehnen oder ist sie in diesem Fall als „2. Netz“ zu bejahen – und dann natürlich „safe“?

Vor allem der endgültige Kairo-Text antwortet darauf nicht direkt, aber läßt geradezu ein, zwischen den Zeilen zu lesen. Denn trotz aller Einwände redet er noch immer von einer „unsicheren“ Abtreibung“ (unsafe abortion) und einer „Notwendigkeit“ (need of abortion) abzutreiben, um deren Überwindung sich die Regierungen kümmern sollten, und fordert die Länder, in denen Abtreibung nicht gegen das Gesetz ist, dazu auf, für „sichere“ Abtreibung Sorge zu tragen.

Ursprünglicher Text wurde verbessert

All das ist besser als das, was im ursprünglichen Text stand, zugegeben, aber es ist und bleibt ein Kompromiß, und zwar ein fauler, weil es in Fragen der Moral und der Menschenrechte nur faule Kompromisse gibt. Ungesagt bleibt nämlich, daß die gemeinsame Ablehnung der Abtreibung je anders begründet wird: für die einen ist sie eine gesundheitliche Frage, für die

anderen vor allem anderen eine Frage der Moral und des Gebotes Gottes.

Eine genaue Lektüre bringt die versteckten Botschaften des Textes zum Vorschein:

Klassisches Beispiel von Verdrängung

Wer von „unsicherer Abtreibung“ spricht, setzt stillschweigend die Existenz einer „sicheren Abtreibung“ voraus. Aber gibt es die „sichere Abtreibung“ und ist nicht der Begriff als solcher ein klassisches Beispiel für Verdrängung dessen, was die Frage so unendlich leidvoll macht: nämlich der neue Mensch, der dabei getötet wird?

Wer die Überwindung der „unsicheren Abtreibung“ fordert, kann meinen, man solle alles tun, um Abtreibung überhaupt auszuschalten. Wozu aber das Beiwort „unsichere Abtreibung“? Damit lenkt der Text die Aufmerksamkeit um, und es ist naheliegend zu denken: Nicht die Abtreibung ist das Problem, sondern ihre Unsicherheit. Man muß sie eben „sicher“ machen. Aber das geht eben nur durch – Legalisierung! Warum wollte man auf den Begriff um keinen Preis verzichten? Es bleibt eigentlich nur die Antwort: Weil bestimmte, mächtige Gruppen die Abtreibung letztlich eben doch der „freien Entscheidung“ überlassen und sie daher legalisieren wollen!

„Sichere Mädchen-Verstümmelung“?

Mit „unsicherer Abtreibung“, so erklärt der Kairo-Text, meint man Abtreibung unter – medizinisch gesehen – schlechten Bedingungen, aus denen sich naturgemäß Gefahren und Schmerzen für die Frau ergeben – und wer wird so unmenschlich sein, ihr das zu wünschen! Wie vergiftet die Rede von der „sicheren Abtreibung“ aber ist, macht ein Vergleich offenbar: Eine Welle der Empörung wäre durch den Saal des Konferenzzentrums gegangen, hätte jemand den Satz vorgeschlagen:

„Dort, wo die Mädchen-Verstümmelung nicht gegen das Gesetz ist, sollte sie sicher sein“! Auch hier könnte man sagen: Wenn schon Beschneidung, dann doch „besser“ hygienisch und unter Narkose, also „sicher“! Dasselbe ließe sich von dem Hände-Abhacken im Namen der Scharia und von anderen Unmenschlichkeiten sagen.

Warum also nicht diese Forderung erheben? Die Antwort ist einfach: Weil die, die so reden, die Verstümmelung der Frau als Unrecht ablehnen, die Abtreibung aber nur aus medizinischen Gründen nicht wollen und sie daher folgerichtig legalisiert wissen wollen, wenn der Nutzen des „Eingriffs“ die damit verbundenen Leiden und Risiken zu überwiegen scheint.

Man kann den Verdacht in eine einzige Frage zusammenfassen: Warum war ein „Kompromiß“ überhaupt nötig, wenn man die Abtreibung nicht eben doch irgendwie anerkannt und legal haben will? Alles andere, Vorbeugen und Nachbetreuung hätte der Vatikan ja akzeptiert – wozu also der Streit, warum die Aggressionen, warum das Bestehen auf dem Thema?

Papsttum hat sich in Kairo bewährt

Da Papsttum hat sich in Kairo bewährt, eindrucksvoller denn je. Johannes Paul II. war, an den heiklen Stellen, unsichtbar gegenwärtig. Seinem Widerstand gegen die Großen der Welt konnten sich andere anschließen und die, die hören wollten, hörten auf seine Stimme.

Die Auseinandersetzung wird weitergehen. Denen, die während der Konferenz gegen den Papst mit den Zähnen knirschten, werden nicht aufgeben, aber sie werden wie so viele,

die sich ihrer Macht sicher waren und von der Kirche nur mit Zynismus sprachen, verlieren. Das wird ähnlich geschehen wie mit manchen Monster-Projekten der Entwicklungs-„Hilfe“, deren verheerende Folgen erst nach Jahren sichtbar wurden. Mit anderen Worten: Wenn die Programm-Punkte Kairos durchgesetzt werden, vor denen die Kirche so beschwörend warnt, werden die Menschen die faulen Früchte ernten – nur leider werden die unmittelbar Betroffenen nicht die Verantwortlichen sein, sondern wieder einmal die Armen und vor allem die farbigen Menschen der Entwicklungsländer.

Gutes aufgreifen, das andere „mumifizieren“

Aufgabe der Christen ist es, Mitarbeiter am Sieg Gottes über die Mächte des Bösen zu sein durch das Wort, die Tat und das Kreuz. Der sanfteste Weg wäre es, das Gute von Kairo aufzugreifen und das andere mit Stillschweigen zu übergehen. Dann könnte die Kairo-Konferenz zu einer Art Pyramide werden: Gebaut wurden die Pyramiden zwar für Leichen, aber die sind längst verschwunden oder im Museum gelandet. Wenn man analog dazu die vergifteten Abschnitte aus dem Dokument der Kairo-Konferenz in den Aktenordnern sozusagen „mumifizieren“ ließe, könnten die guten Teile daraus zu einer Pyramide, zum Heil der Menschen werden.

Doz. Pater Dr. Andreas LAUN ist Moraltheologe und war als Beobachter bei der Konferenz in Kairo anwesend.

Antworten der Kongregation für die Glaubenslehre

auf vorgelegte Zweifel zur „Gebärmutterisolierung“ und auf andere Fragen

(Publiziert im *Osservatore Romano*, *Wochenausgabe in deutscher Sprache*, 12. August 1994/ Nr. 32/33)

DIE Mitglieder der Kongregation für die Glaubenslehre hielten es für angezeigt, auf die ihnen während der ordentlichen Versammlung vorgelegten und unten wiedergegebenen Zweifel wie folgt im einzelnen zu antworten:

1. Wenn die Gebärmutter, beispielsweise während einer Geburt oder eines Kaiserschnitts, derart ernst verletzt wird, daß ihre auch völlige Entfernung (Hysterektomie) medizinischerseits angezeigt ist, um eine ernsthafte aktuelle Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter abzuwehren, ist es dann erlaubt, ein solches Verfahren durchzuführen, auch wenn für die Frau daraus eine bleibende Unfruchtbarkeit folgen sollte?

Antwort: ja

2. Wenn die Gebärmutter (zum Beispiel aufgrund früherer Eingriffe mittels Kaiserschnitts) sich in einem solchen Zustand befindet, daß sie, ohne daß sich ein aktuelles Risiko für das Leben oder die Gesundheit der Frau bildet, voraussichtlich nicht in der Lage ist, eine zukünftige Schwangerschaft ohne Gefahr für die Mutter bis zum Abschluß auszutragen – eine Gefahr, die in einigen Fällen auch ernsthaft sein kann -, ist es dann erlaubt, sie zu entfernen (Hysterektomie), um einer solchen eventuellen zukünftigen Gefahr, die von der Empfängnis herührt, zuvorzukommen?

Antwort: Nein.

3. Ist es in der gleichen wie unter Nr. 2 dargestellten Situation erlaubt, die Hysterektomie durch die Tubenligation (ein auch „Gebärmutterisolierung“ genanntes Verfahren) zu ersetzen, unter Beachtung der Tatsache, daß man das gleiche vorbeugende Ziel, die Risiken einer eventuellen Schwangerschaft zu vermeiden, mit einem für den Arzt viel einfacheren und für die Frau weniger beschwerlichen Verfahren erreicht, und daß darüber hinaus die auf diese Weise vorgenommene Unfruchtbarmachung in einigen Fällen umkehrbar sein kann?

Antwort: Nein.

Erklärung

Im ersten Fall ist der Eingriff der Hysterektomie erlaubt, insofern er einen direkt therapeutischen Charakter hat, obwohl vorauszusehen ist, daß er eine bleibende Unfruchtbarkeit zur Folge hat. Die krankhafte Befindlichkeit der Gebärmutter (zum Beispiel eine Blutung, der mit anderen Mitteln nicht abgeholfen werden kann) ist es nämlich, die medizinischerseits deren Entfernung angezeigt erscheinen läßt. Letztere hat deshalb als eigentliches Ziel, eine ernsthafte Gefahr für die Frau, unabhängig von einer eventuellen zukünftigen Schwangerschaft, abzuwehren.

Anders stellt sich aus moralischer Sicht der Fall der Verfahren der Hysterektomie und der „Gebärmutterisolierung“ bezüglich der in den Nummern 2 und 3 beschriebenen Umstände dar; diese erfüllen den moralischen Tatbestand

der direkten Sterilisation, die in dem Dokument *Quaecumque sterilizatio* (AAS LXVIII 1976, 738-740, Nr. 1) als eine Handlung umschrieben wird, die „nur die eine unmittelbare Wirkung hat, die generative Fähigkeit zur Zeugung unwirksam zu machen“. Deshalb – so fährt das gleiche Dokument fort – „bleibt gemäß der Lehre der Kirche eine derartige Sterilisation absolut untersagt. Das gilt auch dann, wenn diejenigen, die den Eingriff vornehmen, sich subjektiv von der guten Absicht leiten lassen, zur Heilung oder Vorbeugung einer leiblichen oder geistigen Krankheit beizutragen, die als Folge einer Schwangerschaft vorhergesehen oder befürchtet wird“.

Die Gebärmutter, wie sie unter Nr. 2 beschrieben wurde, bildet tatsächlich in sich und für sich keine aktuelle Gefahr für die Frau. Der Vorschlag, die Hysterektomie unter den gleichen Bedingungen durch die „Gebärmutterisolierung“ zu ersetzen, zeigt genau, daß die Gebärmutter in sich kein pathologisches Problem für die Frau ist. Daher haben die oben beschriebenen Verfahren keinen eigentlich therapeutischen Charakter, sondern werden durchgeführt, um die frei vollzogenen zukünftigen fruchtbaren sexuellen Handlungen unfruchtbar zu machen. Das Ziel, die Risiken für die

Mutter zu vermeiden, die sich aus einer eventuellen Schwangerschaft herleiten, wird in der Tat mit dem Mittel einer direkten Sterilisation, die in sich selbst immer moralisch unerlaubt ist, verfolgt, demgegenüber andere moralisch erlaubte Wege zur freien Wahl offen bleiben.

Die eigentliche Auffassung, welche die oben genannten Praktiken bezüglich der Nummern 2 und 3 als indirekte Sterilisation unter bestimmten Bedingungen als erlaubt betrachtet, kann daher nicht als gültig angesehen und in der Praxis katholischer Krankenhäuser nicht durchgeführt werden.

Papst JOHANNES PAUL II hat in der dem unterzeichneten Präfekten der Kongregation für die Glaubenslehre gewährten Audienz die obengenannten Antworten gutgeheißen und sie zu veröffentlichen angeordnet.

Rom, am Sitz der Kongregation für die Glaubenslehre, 31. Juli 1993.

Josef Kardinal RATZINGER

Präfekt Alberto BOVONE

*Titularerzbischof von Cäsarea in Numidien
Sekretär*

Erläuterungen zu den „Antworten auf vorgelegte Zweifel zur Gebärmutterisolierung“

Johannes BONELLI

DIE Antworten, wie sie in der Erklärung vorliegen, orientieren sich vor allem an der Würde des Menschen als eines mit Vernunft und Freiheit begabten Wesens. Deshalb sind diese Antworten nicht nur für Katholiken bedeutsam, sondern für jedermann, dem an der Würde des Menschen gelegen ist.

Ohne Zweifel handelt es sich um eine ernste und schwierige Situation, wenn eine Frau wegen einer Grunderkrankung oder einer geschädigten Gebärmutter voraussichtlich nicht in der Lage sein wird, ein weiteres Kind auszutragen. Die katholische Kirche hat sich immer dafür eingesetzt, daß im Krankheitsfall alles getan wird, um den Schaden zu beheben, und ist daher für jede Art von echter Heilbehandlung eingetreten. Deshalb ist auch die Entfernung des kranken Uterus, der eine aktuelle Gefahr für das Leben der Mutter darstellt – darum geht es in der ersten Anfrage – durchaus erlaubt, ja sogar geboten. Hier muß das Totalitätsprinzip der traditionellen Morallehre angewendet werden, das besagt, daß ein Organ geopfert werden darf, sofern es das Leben des Menschen als ganzes gefährdet oder erheblich behindert. Dann handelt es sich um einen direkten *therapeutischen* Eingriff im Sinne einer klassischen Heilbehandlung, das heißt, der ärztliche Eingriff ist auf die Heilung einer Krankheit und konkret auf die Rettung eines menschlichen Lebens ausgerichtet, bei dem die Ursache der Lebensbedrohung ausgeschaltet wird. Die damit verbundene Sterilisation wird nicht direkt angestrebt, sondern lediglich in Kauf genommen (Handlung mit Doppellefekt).

Ganz anders ist die Sachlage, wenn die Gebärmutter entfernt oder eine Tubenligatur

vorgenommen wird mit dem Ziel, eine riskante Schwangerschaft zu verhindern. In diesem Fall bedroht nicht die Gebärmutter als solche das Leben der Frau, sondern eine zukünftige Schwangerschaft. Die Entfernung der Gebärmutter, bzw. die Tubenligatur ist in einem solchen Fall eine direkte Selbstverstümmelung zum Zwecke der Empfängnisverhütung, ohne daß dies im Sinne einer Heilbehandlung notwendig wäre. Dies hat die ärztliche Tradition aber seit jeher als unmoralisch verworfen. Denn der Leib ist dem Menschen und im besonderen dem Arzt als ein zu erhaltendes Gut anvertraut, über das er nicht willkürlich, sondern nur bedingt und mit Verantwortung verfügen darf.

Der Arzt muß bei seinen Handlungen nicht nur darauf achten, daß das technisch Machbare einwandfrei und fachgerecht durchgeführt wird, sondern auch darüber, daß medizinische Eingriffe wirklich dem Wohl des Patienten als Person dienen. Ohne Zweifel ist die Ärzteschaft bei ihren Handlungen ausschließlich vom guten Willen getragen, den Patienten zu helfen. Diese Hilfe darf sich aber nicht auf einen bloß sektoriellen Teilaspekt beschränken, sondern muß dem Menschen als ganzen im Auge haben. Anders gesagt: was medizinisch möglich ist, muß auch sittlich gut sein, damit es dem Menschen in Wahrheit zum Wohle ge- reicht.

Eine direkte Sterilisation ist aber nicht nur ein verstümmelnder Eingriff, sondern auch deshalb unsittlich, weil die Sexualität dabei willentlich von ihrem verantwortlichen Gebrauch in bezug auf die Fortpflanzung getrennt wird, was der Würde des Menschen als vernunftbegabtes sittliches Wesen wider-

spricht. Man könnte zur Verdeutlichung einen Vergleich mit dem Eßtrieb anstellen: Die Entfernung eines Dünndarmabschnittes nur mit dem Ziel, gefahrlos (d.h. ohne Gesundheitsschäden) alles, was schmeckt, hemmungslos genießen zu können (angenommen, daß dies funktioniert) wäre unmoralisch und menschenunwürdig, weil dadurch der vernünftige Genuß von Speisen im Dienst der Ernährung verhindert wird. Analog dazu kann man nicht eine Tubenligatur vornehmen, nur mit dem Ziel, den Sexualverkehr in bezug auf eine mögliche Schwangerschaft „ungefährlich“ zu machen.

Was den Menschen vom Tier unterscheidet, ist bekanntlich seine Freiheit und seine Vernunft. Deshalb besteht seine Würde gerade darin, daß er seine Triebe nicht blind, sondern unter der Leitung von Vernunft und freiem Willen auf ihr Ziel hinordnen kann. Eingriffe, die die Freiheit oder die Vernunft des Menschen beim Gebrauch seiner Triebe – auch des Sexualtriebes – einschränken, sind daher menschenunwürdig.

Mit anderen Worten: Nicht jedes Mittel ist moralisch geeignet, ein bestimmtes sektorielles Ziel zu erreichen und zwar vor allem dann nicht, wenn das Mittel gegen den Gebrauch von Freiheit oder Vernunft gerichtet ist. Bei der Freiheit sehen wir dies sehr schnell ein. Jeder wird anerkennen, daß es nicht erlaubt sein kann, eine Frau hinter Gitter zu setzen, um auf diese Weise die Möglichkeit einer Schwangerschaft sicher auszuschalten. Hier stellt die Freiheit das höhere Gut dar. In analoger Weise gilt

dies aber auch für die Einschränkung des Vernunftgebrauches. Bei einer Sterilisation (bzw. auch bei der oben angeführten Dünndarmresektion) geschieht aber nun genau dies: denn nach dem Eingriff bedarf es keiner vernünftigen Überlegung mehr, ob der Sexualverkehr (bzw. Eßtrieb) in bezug auf sein natürliches Ziel (Schwangerschaft, Ernährung) verantwortet werden kann oder nicht. Durch die Sterilisation verliert der Mensch die Möglichkeit, seine Sexualakte gemäß seiner Würde als vernunftbegabtes Wesen zu vollziehen.

Beim Verbot der direkten Sterilisation (und übrigens beim ganzen Problem der Antikonzeption) geht es nicht um einen primitiven Biologismus. Die biologischen Fakten sind hier nur insofern von Bedeutung, als durch den Eingriff in die Biologie der Patient gleichzeitig auch in seinem spezifischen Menschsein getroffen wird. Er wird daran gehindert, seine Triebe gemäß seiner *geistigen* Natur, d.h. vernunftgeleitet und frei, auf ihre Ziele hin (mögliche Schwangerschaft – ja oder nein) zu gebrauchen.

Bei jeder ärztlichen Tätigkeit stellt aber die Achtung der Menschenwürde – die Respektierung seiner Freiheit und seiner Verfaßtheit als vernunftbegabtes Wesen – eine unüberschreitbare Grenze dar. Deshalb muß der Arzt jede andere Zielsetzung, will er dem Wohl seiner Patienten als Menschen wirklich dienen, diesem Prinzip der Achtung der Menschenwürde unterordnen.

Prof. Dr. med. Johannes BONELLI ist Internist und Direktor des IMABE-Instituts.

TAGUNGSBERICHT: „Geklonte Embryonen – Medizinische Möglichkeiten, Ethische Probleme“

Markus SCHWARZ

„Geklonte Embryonen – medizinische Möglichkeiten, ethische Probleme“, so der Titel einer Veranstaltung im BILLROTH-Haus der Gesellschaft der Ärzte in Wien am 1. September dieses Jahres. Als Aufhänger zu dieser Veranstaltung diente die Einladung des amerikanischen Wissenschaftlers Univ. Prof. Dr. Robert STILLMAN von der George Washington Universität, der voriges Jahr als erster Klonierungsversuche an zwar mißgebildeten, aber menschlichen Embryonen unternommen hatte (siehe *Imago Hominis* 1/94).

Als Koreferenten waren Univ. Prof. DDr. Johannes HUBER (Abt. Endokrinologie der Univ. Frauenklinik, Wien) und Univ. Prof. Dr. Richard OLECHOWSKI (Leiter der Abteilung für empirische Pädagogik, Wien) geladen.

Prof. HUBER leitete die Veranstaltung mit seinem Referat über das „Problem der menschlichen Beseelung“ ein, das im Prinzip zur Rechtfertigung von *in vitro* Fertilisierung und Embryonenversuchen im Frühstadium diente. Man könne, nach HUBER, den Beginn des menschlichen Lebens nicht genau festlegen, da es ja schon alleine vom Eindringen der Samen in die Eizelle bis zur eigentlichen Verschmelzung der Genome Stunden dauert, so Huber. Weiters zeige auch die Zwillingsbildung, daß die menschliche Person noch nicht mit der Verschmelzung von Samen- und Eizelle konstituiert sein könne!

Prof. OLECHOWSKI ging in seinem Referat mit dem Titel „Abschied vom Begriff des 'Natürlichen' in der Werterziehung“ auf das Verständnis des Natürlichen und der Natur ein. Die Zielsetzung des Vortrags schien darin zu bestehen, den Dokumenten des Heiligen

Stuhls, die sich mit Fragen der Bioethik und Sexualmoral beschäftigen, einen primitiven Naturalismus zu unterstellen, so als ob sich die Katholische Kirche generell gegen jeglichen Eingriff in die „Natur“ stellen würde. Ausgehend von dieser Fehldeutung brachte er Gründe vor, warum sowohl Empfängnisverhütung, *in vitro* Fertilisierung als auch das Klonieren von Embryonen moralisch dennoch vertretbar seien. Sein Hauptargument blieb aber eine pauschale Ablehnung der Position des Heiligen Stuhls, ohne dabei aber den Naturbegriff, der den angesprochenen Dokumenten zugrunde liegt, analysiert zu haben.

Schließlich vertrat Prof. Stillman seine ethischen Thesen zu Fragen der *in vitro* Fertilisierung und zu den Klonierungsversuchen. In seinem selbstgebauten ethischen Weltbild ist alles erlaubt, solange es einen absehbaren therapeutischen Nutzen nach sich zieht. Diese utilitaristische Ethik erläuterte er anhand von konkreten Beispielen aus seiner ärztlichen Praxis. So sei er z.B. gegen eine *in vitro* Fertilisierung bei Frauen nach der Menopause, aber für eine *in vitro* Fertilisierung bei erbbelasteten Paaren, da in diesem Fall mit einer Pränataldiagnose Krankheiten „verhindert“ werden könnten – wohlgemerkt durch Eliminierung der kranken, künstlich befruchteten Embryonen.

Die Referenten dieser Veranstaltung fallen – indem sie der katholischen Lehre einen primitiven Naturalismus vorwerfen – dem Irrtum eines naiven Biologismus anheim. Sie übersehen nämlich, daß in dem vom katholischen Lehramt verwendeten Begriff Natur biologische Faktoren nur eine akzidentelle Rolle spielen. Der Mensch läßt sich nicht auf Biologie,

und sein Geist nicht auf Chemie reduzieren, d.h. die Natur des Menschen ist nicht seine Biologie.

Als Naturwissenschaftler sollte Huber freilich auch nicht über die biologischen Fakten hinweggehen, daß die Verschmelzung von Samen- und Eizelle den einzigen Einschnitt in der ab diesem Moment kontinuierlichen Entwicklung des menschlichen Embryos darstellt. Obwohl tatsächlich der Zeitpunkt dieser Verschmelzung und damit der „Beseelung“ nicht auf die Sekunde genau bestimmt werden kann (wie im übrigen auch der genaue Zeitpunkt des Todes nicht), ist es heute unbestritten, daß alle Fähigkeiten und Eigenschaften des Menschen zumindest vor der ersten Zellteilung grundgelegt sind, und daß es sich also bereits bei der Zygote um einen Menschen handelt. Auch die Zwillingsbildung spricht nicht gegen diese Tatsache, denn warum sollte nicht bei der Abspaltung einer omnipotenten Zelle vom ursprünglichen Embryo neuerlich eine Beseelung stattfinden können?

Die von Olechowski beteuerte Gleichsetzung der moralischen Beurteilung von Kontrazeption, in vitro Fertilisierung und Klonierung, entbehrt jeder Grundlage in kirchlichen Dokumenten. In Wirklichkeit unterscheidet die katholische Morallehre sehr genau zwischen der Kontrazeption, die nach Meinung des Heiligen Stuhls gegen die Natur des Menschen als geistiges Wesen und nicht gegen seine biologische Natur gerichtet ist, und biomedizinischen Techniken (wie in vitro Fertilisierung und Klonierung), die vor allem die Würde des Kindes verletzen. Denn abgesehen davon, daß bei jedem Versuch einer in vitro Fertilisierung bekanntermaßen zu viele Embryonen erzeugt und danach vernichtet werden, wird bei dieser Technik, wie auch bei den Klonierungsexperimenten, der Mensch – wenn auch in seiner kleinsten Form – als Spielball der Medizin benutzt und manipuliert. Diese beiden Techniken werden also deshalb von der Katholischen

Kirche abgelehnt, weil es der Würde des Menschen widerspricht, wenn er nicht als Frucht eines Aktes der Liebe entsteht, sondern das Ergebnis einer technischen Manipulation ist. Darüber hinaus werden, wie gesagt, diese Techniken auch noch durch das schwerwiegende Argument des Lebensschutzes überschattet.

Bei der Veranstaltung fiel auf, daß Prof. Stillman mit beinahe missionarischem Eifer durch die ganze Welt zieht, um sein ethisches Gebäude – von dem er selbst behauptet, daß es sein ganz persönliches ist, und welches noch eines langen Reifeprozesses bedarf – zu verkünden. Sein gesamtes Referat enthielt kein einziges wissenschaftliches Ergebnis, sondern beschränkte sich ausschließlich auf einen Versuch ethischer Rechtfertigung von in vitro Fertilisierung und Klonierung beim Menschen.

Im Grunde zielte die Veranstaltung darauf ab, das Klonieren von Embryonen in Österreich gesellschaftsfähig zu machen. Als erste Adresse des Widerstandes mußte daher auf die Katholische Kirche abgezielt werden, da sie sicherlich am stärksten gegen diese Entwicklungen der modernen Medizin auftritt. Von seriösen Wissenschaftlern wäre jedenfalls zu erwarten gewesen, daß sie sich auch seriös mit den Argumenten der Katholischen Kirche beschäftigen, anstatt ihr unhaltbare Aussagen zu unterstellen. Von einer wissenschaftlich fundierten Auseinandersetzung mit der ethischen Problematik dieser Techniken war diese Veranstaltung jedenfalls weit entfernt. Ernstzunehmende Argumente für jene Methoden wurden kaum vorgebracht. Es mußte daher eine selbstgezimmerter, oberflächliche Moral propagiert werden, um diese Techniken zu rechtfertigen, da sie offensichtlich einer tiefgehenden ethischen Analyse nicht standhalten.

Dr. Markus SCHWARZ ist Molekularbiologe und als Mitarbeiter am IMABE-Institut tätig.

Der Erlanger Fall

DER Unfall ereignete sich am 5.10.1992 um 15.00 Uhr. Dabei wurde die 18-jährige Marion PLOCH schwer verletzt. Beim Eintreffen des Notarztes atmete sie zwar spontan, war jedoch tief bewußtlos. Sie wurde daraufhin intubiert und mit dem Hubschrauber notfallsmäßig in die Chirurgische Universitätsklinik Erlangen eingeliefert. Wegen einer Brustkorbverletzung mit Rippenbrüchen wurden in beiden Brusthöhlen Drainagen eingelegt. Als Volumenersatz erhielt sie Einweißlösungen und sechs Blutkonserven. Bei einer sofort durchgeführten Ultraschalluntersuchung fand sich kein Hinweis für Blut in der Bauchhöhle oder Verletzungen von Leber, Milz und Nieren. Da eine schwere Schädel-Hirnverletzung vorlag, wurde ein CT des Schädels durchgeführt. Dieses zeigte eine massive Hirnverletzung mit sehr schlechter Prognose. Eine Operation war nicht angezeigt. Die Patientin wurde daraufhin auf der Intensivstation der Chirurgischen Universitätsklinik behandelt. Die Eltern der Verletzten hatten im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung mitgeteilt, daß ihre Tochter zu Beginn des vierten Monats schwanger sei. Eine Ultraschalluntersuchung durch den hinzugerufenen Gynäkologen ergab eine intakte Schwangerschaft. Es gab keine Hinweise einer Verletzung von Uterus oder Fötus. Daraufhin wurde eine für die Behandlung schwer schädelhirnverletzter Patienten typische Therapie mit maschineller Beatmung, leichter Hyperventilation und Gabe eines Barbiturates eingeleitet. Regelmäßige klinische Kontrollen während der folgenden zwei Tage ergaben konstant klare Hinweise auf eine fortbestehende Funktion des Gehirns. Die Schmerzreaktionen und der Würgerflex wa-

ren auslösbar, in der Dopplersonographie der Arteria cerebri media ließ sich ein normaler Blutfluß nachweisen. Am 8.10.1992 waren trotz stabiler Kreislaufverhältnisse diese Reaktionen nicht mehr nachzuweisen, eine erneute Dopplersonographie ließ jetzt keinen Blutfluß mehr in der Arteria cerebri media nachweisen.

Auf Beschluß eines eigens dafür einberufenen Konsiliums wurde nun die intensivmedizinische Therapie fortgesetzt. Während der insgesamt etwa fünf nachfolgenden Behandlungswochen bestand zu allen Zeiten völlige Kreislaufstabilität. Eine nennenswerte medikamentöse Therapie war nicht erforderlich. Die Beatmung wurde gelegentlich geringgradig modifiziert, um den Sauerstoffgehalt des Blutes optimal zu halten. Zur Vermeidung von lagebedingten Hautschäden wurde Marion Ploch in ein Luftkissenbett gelegt. Die medikamentöse Therapie bestand während der gesamten Behandlungsdauer aus einer Basissubstitution von Schilddrüsenhormon und Nebennierenhormon. Einige kleine operative Eingriffe wurden vorgenommen: am 13.10.1992 Anlage eines Luftröhrenschnittes, am 15.10.1992 Entfernung des bei dem Unfall schwer verletzten und durch eine Infektion bedrohten linken Auges, am 22.10.1992 Fixierung des Oberarmbruches links in einen Gipsverband, am 24.10.1992 Einlage eines Hickmankatheters, der für eine langfristige intravenöse Ernährung vorteilhaft ist, und am 13.11.1992 Korrektur des Luftröhrenschnittes.

Ultraschalluntersuchungen des Fötus wurden in wöchentlichen Abständen durchgeführt, dabei zeigte sich ein normales Wachstum und regelrechtes Verhalten des Fötus.

In der Nacht vom 15. zum 16.11.1992 traten Temperaturen auf, deren Ursache nicht eindeutig zu klären war. Am ehesten kamen entzündliche Lungenveränderungen in Frage. Eine daraufhin durchgeführte Ultraschalluntersuchung zeigte den Fötus weiterhin unauffällig. Wenige Stunden später kam es in der gleichen Nacht zu einem Spontanabort. Darauf wurden im Einvernehmen mit den Eltern

von Marion BLOCH, die zwischenzeitlich gerichtlich zur Betreuung ihrer verstorbenen Tochter bestellt waren, die Beatmung und die anderen Therapiemaßnahmen eingestellt.

*Univ. Prof. Dr. med. Johannes SCHEELE
Chirurgische Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg,
Maximiliansplatz, 91054 Erlangen*

Fallbericht aus Wien

AM 23. April dieses Jahres wurde eine 36-jährige Patientin, gravid in der 16. SSW, auf der neurochirurgischen Abteilung der KA Rudolf-Stiftung mit der Diagnose Subarachnoidalblutung aufgenommen. Die Patientin war bei der Aufnahme ansprechbar bei zeitweiser Unruhe und Desorientiertheit. Die sofortige Angiographie, bei der bereits der Intensivbeidiensnt anwesend war, zeigte ein Aneurysma der A. comm. post. Im Angiographieraum mußte die Patientin nicht sediert werden, sondern konnte durch ein Gespräch abgelenkt werden, in dem sie über ihre familiäre Situation sprach und mehrmals ihre Sorge um das Baby ausdrückte, auf das sich die Patientin und ihr Lebensgefährte sehr freuten. Nach der Angiographie wurde die Patientin aus Überwachungsgründen auf unserer Intensivstation aufgenommen und am darauffolgenden Vormittag operiert. Ein Ultraschall nach Aufnahme bestätigte die intakte Gravidität, der 16. SSW entsprechend. Die Operation (Klippping des Aneurysmas und Ventrikeldrainage) verlief problemlos, und die Patientin konnte einige Stunden postoperativ extubiert werden. Zu diesem Zeitpunkt zeigte sie keine neurologischen Ausfälle, sie war voll ansprechbar und orientiert.

Der dramatische Verlauf begann am zweiten postoperativen Tag, an dem die Patientin in kurzer Zeit ein massives Hirnödem entwickelte, welches trotz massiver Hirndrucktherapie bei der mittlerweile reintubierten und tief sedierten Patientin nicht gebessert werden konnte. Am dritten postoperativen Tag waren die Pupillen der Patientin bei Hirndruckwerten über 60 mm Hg maximal weit bei negativer Lichtreaktion und negativem Cornealreflex bds. Eine Ultraschallkontrolle zeigte normale kindliche Herzöne und Spontanbewegungen.

Zu diesem Zeitpunkt war anzunehmen, daß die Patientin in Richtung Hirntod gehen würde, und Prof. Sporn, der sich für die Fortführung der Schwangerschaft einsetzte, führte zusammen mit seinem Team lange Gespräche mit dem Kindesvater. Im weiteren Verlauf zeigte sich jedoch über den gesamten Aufenthalt sowohl im EEG als auch im TCD kein Perfusionsstopp.

In der zweiten Aufenthaltswoche wurde ein bekannter Neonatologe von der Wiener Universitätsklinik zugezogen: Hormonstatus, Plazentadurchblutungsmessungen und regelmäßige gynäkologische Kontrollen zeigten weiterhin eine intakte Gravidität. Die Patientin war über den gesamten Verlauf hämodynamisch stabil, die Blutgase optimal unter konventionellem Beatmungsmuster. In der dritten Aufenthaltswoche erhielt die Patientin antibiotische Therapie mit Pipril bei Fieber und Wachstum von *Pseudomonas aeruginosa* im Trachealabstrich und Blutkultur.

Am 22. Aufenthaltstag der Patientin und mittlerweile 19. SSW kam es ohne erklärbare Ursache zu einem plötzlichen Spontanabort. Zu tiefst betroffen waren nicht nur die Familie selbst, sondern das gesamte Ärzte- und Pflegeteam, das sich für das Leben des kleinen Patienten einsetzte und das Wachstum des mittlerweile vertrauten Kindes mit Freude beobachtete.

Die Patientin selbst verstarb vier Tage später unter dem Beisein ihrer Angehörigen im Multiorganversagen.

E. REDL, Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin; Krankenanstalt Rudolfstiftung, 1030 Wien

Vorstand: Univ.-Prof. Dr. P. SPORN;

SCHWERPUNKT MACHBARKEIT UND MENSCHENWÜRDE

Gebärmaschine oder Lebensschutz

Dr. Alexandra SCHWARZ

ZUSAMMENFASSUNG

Wenn bei einer Schwangeren ein Hirntod eintritt, ergeben sich drei große Fragestellungen: einerseits steht der Behandlungsabbruch zur Diskussion, andererseits aber auch das Lebensrecht des Ungeborenen. Zusätzlich fragt man sich aber auch, ob es gerechtfertigt ist und der Würde der Frau und auch des Kindes entspricht, wenn man diese Mutter, die bereits hirntot ist, über längere Zeit künstlich am Leben erhält, um so das Leben des Kindes zu retten. Die Problematik wird aus der Sicht des Kindes und aus der Sicht der Mutter behandelt.

Eine intensivmedizinische Behandlung, die ausschließlich in der künstlichen Beatmung besteht, solange der Zustand von Mutter und Kind stabil ist, läßt die Würde der Frau als auch des Ungeborenen gewahrt bleiben.

Schlüsselwörter: Schwangerschaft, Hirntod, Lebensrecht des Embryos, Aufrechterhaltung der Kreislauffunktion, Würde von Mutter und Kind.

ABSTRACT

Three questions arise when a pregnant woman suffers brain death: first of all the possibility of ceasing further vivification, secondly the right of life of the unborn child must be taken into consideration, The third results from the first two. The unborn child is sufficiently respected when the mother who is brain dead is kept artificially vivificated for a long period of time in order to save the life of the child. This problem must be considered from both points of view: mother and child.

As long as the condition of the brain dead mother and the unborn child is stable, an intensive treatment of the mother consisting of artificial respiration only, is in keeping with the dignity of both persons.

Keywords: Pregnancy, brain death, right of life of the embryo, maintainance of blood circulation, the human dignity of the mother and unborn child

DER Fall einer hirntoten Schwangeren, bei der versucht wird, die Herz-Kreislauf-Funktion durch künstliche Beatmung aufrecht zu erhalten, um das Leben des Kindes zu retten, schneidet im wesentlichen drei Problembereiche an.

Zunächst stellt sich die Frage des Behandlungsabbruchs bei schwerem Hirntrauma. Bei einer hirntoten Schwangeren tritt außerdem die Frage nach dem Lebensrecht des Ungeborenen hinzu. Die besondere Schwierigkeit des Falles liegt zuerst darin, daß, solange die Mutter noch lebt, zwei Personen, die sich in Lebensgefahr befinden, körperlich miteinander verbunden sind, was bei einer normalen Schwangerschaft ja meist nicht gegeben ist und daher auch keine Probleme schafft. Dann stellt sich aber auch die Frage, ob es gerechtfertigt ist, eine Frau, die bereits hirntot ist, über längere Zeit quasi „künstlich“ am Leben zu erhalten, um das Leben ihres Kindes zu retten – also die Frage, durch welche Vorgangsweise sowohl die Würde der Frau als auch die des Kindes gewahrt wird.

Vielleicht ist es für die Diskussion von Nutzen, Mutter und Kind vorerst gedanklich getrennt voneinander zu betrachten und für beide jeweils drei Fragen zu beantworten:

- 1) darf man es (aber muß es nicht) tun?
- 2) muß man es tun?
- 3) darf man es keinesfalls tun?

Aus der Sicht des Kindes

Beginnen wir mit dem Kind. Da es sich bei einem Embryo um einen vollwertigen – wenn auch nicht vollständig entwickelten – Menschen handelt, müssen ihm prinzipiell die gleichen Lebensrechte zugestanden werden wie einem Neugeborenen bzw. einem Erwachsenen. Danach hat auch ein Embryo ein Recht auf Lebensrettung. Muß sein Leben aber um jeden Preis gerettet werden? Ist es nicht vielmehr so, daß die konkrete medizinische Behandlung –

also Aufrechterhaltung des Kreislaufs der hirntoten Mutter durch künstliche Beatmung über Wochen – keine etablierte Methode ist, deren Ausgang im Gegenteil sehr ungewiß ist? Leitet sich daraus nicht eher ein „Darf, aber muß nicht“ oder sogar ein „Darf nicht“ ab, da man nicht einfach am Menschen experimentieren darf?

Ein Experiment läuft allerdings definitionsgemäß unter kontrollierten, vorher festgesetzten Bedingungen ab. Hier handelt es sich um eine zufällig gegebene Situation: die Mutter ist tot, das Kind in ihrem Leib lebt. Der Arzt wird unfreiwillig mit diesen Tatsachen konfrontiert und muß entscheiden. Für den Embryo besteht die einzige Überlebenschance in eben diesem Experiment – d.h. besser gesagt – in diesem Behandlungsversuch.

Ich setze bei diesen und folgenden Überlegungen natürlich voraus, daß eine echte Überlebenschance besteht und daß die medizinische Neugier und der wissenschaftliche Ehrgeiz nicht die einzige Motivation des Arztes sind.

Allerdings gilt auch bei einem Embryo, wie bei jedem anderen Patienten, daß ein Behandlungs-Muß nur solange besteht, als zur Abwendung des Todes nicht dauerhaft außergewöhnliche Mittel angewendet werden müssen. Da es sich in diesem Fall nicht um eine etablierte Methode mit hoher Erfolgsquote handelt, besteht aus dieser Sicht kein Muß von seiten des behandelnden Arztes.

Wie ändert sich die Situation, wenn feststeht, daß das Kind behindert ist? Hier kommt der nicht behandelnde Arzt sehr schnell in den Verdacht der Eugenik. Zu unterscheiden sind vorerst zwei verschiedene Gegebenheiten: Erstens, der Embryo ist von vornherein schwer behindert, zweitens, ich als behandelnder Arzt verursache erst die Schädigung. Da es sich – wie eben erwähnt – um einen Behandlungsversuch mit ungewissem Ausgang handelt, ist es gerechtfertigt, die Behandlung auch bei einem primär geschädigten Kind nicht zu beginnen. Allerdings sind hier die Art der

Behinderung und die Motivation des Arztes entscheidend. Hat die Behinderung einen wesentlichen negativen Einfluß auf die Überlebenschance des Embryos, so muß sie in den oben erwähnten Überlegungen Berücksichtigung finden. Dasselbe gilt, wenn die Schädigung des Kindes durch den Unfall oder die Krankheit der Mutter (etwa durch zu langen Sauerstoffmangel) bedingt ist. Man würde ja auch einem erwachsenen Unfallopfer nicht unbedingt eine außergewöhnliche Behandlung zukommen lassen, wenn es bereits schwer hirngeschädigt oder ähnliches ist.

Verwerflich wäre – im Gegensatz dazu – die Einstellung, daß sich der Aufwand und der Einsatz für „so“ einen Menschen nicht lohne, obwohl die Überlebenschancen genauso groß wie bei einem völlig gesunden Embryo wären. Dadurch würde der behinderte Mensch zu einem Menschen zweiter Klasse entwürdigt.

Stellt man hingegen fest, daß erst durch die Behandlung selbst sekundäre Schädigungen am kleinen Patienten gesetzt werden, deren weiteres Ausmaß womöglich nicht absehbar ist, kann die Behandlung abgebrochen werden – wie etwa auch bei unerwarteten schweren Nebenwirkungen bei einem Therapieversuch eines terminal Krebskranken mit einem noch nicht zugelassenen Pharmakon.

Kann die Einstellung der Mutter zum Kind in der Entscheidungsfindung weiterhelfen? Ob das Kind von der Mutter gewollt war oder nicht, darf die Vorgangsweise nicht beeinflussen, da das Lebensrecht eines Menschen auch in diesem Fall nicht von der Erwünscht- oder Unerwünschtheit von anderen abhängt. Allein von der Einstellung der Mutter zum Kind kann also weder ein „Muß“ noch ein „Darf nicht“ abgeleitet werden. Auch die Ungewißheit seiner späteren Zukunft, wie z.B. die Vermutung, daß es unter Umständen unglücklich sein könnte, kann kein Grund für ein „Darf nicht“ sein. Natürlich muß unabhängig davon rechtzeitig dafür gesorgt werden, daß das Kind nach der Geburt gut aufgehoben ist.

Was für eine Rolle soll die Meinung der Anverwandten spielen? Nehmen wir an, die Großeltern bzw. der Vater wären absolut gegen einen Versuch, das Leben des Kindes zu retten. Solange die dazu notwendige intensivmedizinische Behandlung z.B. ausschließlich in der Beatmung der hirntoten Mutter besteht – also relativ „einfach“ ist – kann die negative Einstellung der Großeltern oder auch des Vaters nicht ausschlaggebend für das Unterlassen des Behandlungsversuchs sein. Sind die Erfolgchancen gering, der Aufwand sehr hoch, oder der Ausgang der Behandlung sehr ungewiß, so hat das Urteil der Verwandten mehr Gewicht. Je komplizierter, aufwendiger und sozusagen „experimenteller“ die Maßnahmen sind, die zur Rettung des Lebens des Kindes als notwendig erachtet werden, desto mehr Faktoren dürfen und sollen im Entscheidungsfindungsprozeß berücksichtigt werden. So eben auch die Meinung der engsten Angehörigen. Je „einfacher“ jedoch die notwendigen lebensrettenden Maßnahmen sind, desto mehr rückt das Lebensrecht des Embryos an die Spitze der „Prioritätenliste“. Das „Darf“ wird immer mehr zum „Muß“.

Aus der Sicht der Mutter

Betrachten wir den Fall nun aus der Sicht der Mutter. Zunächst drängt sich die Frage auf, ob der Hirntod tatsächlich den Tod des Individuums bedeutet. Die Erörterung dieses Problems würde jetzt allerdings zu weit führen, insbesondere deshalb, weil die Beantwortung dieser Frage für die Beurteilung dieses Falles gar nicht so grundlegend ist, wie es vordergründig erscheint.

Eines ist sicher – solange die Frau noch lebt, müssen alle menschenmöglichen medizinischen Maßnahmen getroffen werden, sie am Leben zu erhalten – auch wenn dadurch möglicherweise ungünstige Einflüsse auf die Überlebenschancen des Kindes in Kauf genommen werden müssen. Keinesfalls dürfen der Mutter

notwendige Behandlungsmethoden vorenthalten werden, um das Kind zu retten, denn die Mutter hat ein Recht auf Behandlung, während das Kind kein Recht darauf hat, daß das Leben der Mutter gefährdet wird. Natürlich gilt auch hier – ebenso wie vorher beim Embryo – daß nicht dauerhaft außergewöhnliche Mittel eingesetzt werden müssen. Ist die Mutter jedoch tot und funktionieren mit technischer Hilfe noch ihr Kreislauf und einige ihrer Organe, so richtet sich die Aufmerksamkeit und Priorität der Behandlung auf die Rettung des Embryos. Insofern spielt also die Hirntodfrage eine Rolle.

Die zweite Frage betrifft die Würde der Frau. Wird die tote Frau durch Aufrechterhaltung ihrer Kreislauffunktion, die die Lebenserhaltung ihres Kindes zum Ziel hat, zur Gebärmaschine degradiert?

Nun, da das Heranwachsen und später die Geburt eines Kindes schon für eine gesunde, lebende Frau keineswegs eine Entwürdigung darstellt – im Gegenteil –, kann das bei einer toten Frau ebenso wenig der Fall sein. Das Leben der Frau endet mit dem Tod – nicht aber ihr Muttersein. Man könnte sich vorstellen, daß eine tote Schwangere vielleicht glücklich darüber wäre, wenn sie wüßte, daß sie, obwohl ihr eigenes Leben bereits erloschen ist, ihrem Kind wenigstens noch mit ihrem Körper quasi „ins Leben“ helfen kann.

Auch verstehen wir unter „Leichenschändung“ und „Störung der Totenruhe“ gewöhnlich etwas anderes als die sorgsame und liebevolle Pflege eines toten Körpers zur Rettung des Lebens eines ungeborenen Kindes.

Konklusion

Verbinden wir nun die beiden Blickwinkel und betrachten wir wieder die gegebene körperliche Einheit – hirntote Frau und noch lebender Embryo! Festzuhalten ist folgendes: Es gibt nicht sehr viele Erfahrungen mit hirntoten Schwangeren. Wenn die Schwangerschaft noch nicht sehr weit fortgeschritten ist, müßten bis zur Lebensfähigkeit noch einige Wochen durchgestanden werden, wobei normalerweise Hirntote nur über wenige Tage stabil gehalten werden können. Da es sich also insgesamt um eine außergewöhnliche, nicht etablierte Behandlung handelt, durch die aber zugleich die Würde und die Rechte der Mutter nicht verletzt werden, darf die Behandlung – muß jedoch nicht – begonnen werden.

Es würde durch solch eine Vorgangsweise sowohl die Würde der Frau als auch das Lebensrecht des Ungeborenen gewahrt bleiben.

Gesetzt den Fall, daß der Zustand von Mutter und Kind sehr stabil ist und die intensivmedizinische Behandlung ausschließlich in der künstlichen Beatmung besteht, würde ich darin für mich als behandelnde Ärztin ein „Muß“ für den Versuch, das Leben des Kindes zu retten, sehen.

Dr. Alexandra SCHWARZ ist Ärztin, Mutter von zwei Kindern und als Mitarbeiterin am IMABE-Institut tätig.

Ein Spezialfall: Der Gehirntod bei Schwangeren

von Gonzalo HERRANZ

ZUSAMMENFASSUNG

Die Aufrechterhaltung der Lebensfunktionen von Schwangeren, bei denen der Gehirntod eingetreten ist, ist Gegenstand heftiger Diskussionen. 7 Fallbeschreibungen aus der Literatur sind bekannt: Eine schwangere Gehirntote ist in gewisser Weise ein Paradoxon, weil hier ein offiziell totes menschliches Wesen einem anderen Leben schenkt. Mögliche Sichtweisen dieser Situation werden aufgezeigt. Der ärztliche Entscheidungskonflikt: zwischen der Pflicht, den Fetus zu retten, und der Ablehnung jeder Intervention, um die Schwangere nicht auf einen bloßen Brutkasten zu degradieren, werden diskutiert, ebenso Entscheidungsrechte des Kindesvaters und der Eltern der Schwangeren. Physiologische Erkenntnisse zeigen, daß eine Gehirntote, die schwanger ist, einen Spezialfall darstellt. Die biologische Autonomie und bestimmende Rolle des Fetus für die Schwangerschaft verknüpfen Mutter und Kind, wie in keinem anderen Fall von Symbiose, und versetzen die hirntote Mutter in eine passive Mittler-Rolle.

Stichwörter: Schwangerschaft, Hirntod, Plazentafunktion, Biologische Autonomie des Fetus

ABSTRACT

Maintaining vital functions on brain dead pregnant women is a subject which arouses vehement discussions. Seven case studies have been published to date. A brain dead pregnant woman whose vital functions are maintained is, in certain way, a paradox because in said case an officially dead human being is keeping another on alive. The various possible views concerning this situation will be brought up. The medical doctor's conflict in making a decision between the duty to save the fetus and the danger of degrading the dead pregnant women to a mere incubator will be discussed as well as the rights of the child's father and the pregnant woman's parents to decide the matter. Physiological findings show that a brain dead pregnant woman represents a very special case. The biological autonomy and the determining roll of the fetus for the pregnancy tie the mother and the child together in a manner unknown in any other case of symbiose and places the brain dead mother in a passive mediator roll.

key words: pregnancy, brain death, function of the placenta, biological autonomie of the fetus

Einleitung

Wenn ein Arzt in einer Intensivstation den Gehirntod eines Patienten feststellt, stellt er die lebensverlängernden Apparate ab, weil eine weitere Behandlung sicherlich zwecklos wäre. Es gibt aber Fälle, in denen der Arzt das körperliche Leben des Patienten für einige Zeit künstlich zu erhalten sucht, obwohl der Gehirntod feststeht. Ein solches Handeln ist für gewöhnlich ethisch vertretbar, wenn es – unter Berücksichtigung der von der ärztlichen Deontologie und vom Gesetz vorgegebenen Kriterien – dazu dient, ein Organ für eine Transplantation zu retten oder aber dazu, der Familie des Patienten den letzten Besuch zu erleichtern.¹ In anderen Fällen ist eine solche Vorgangsweise allerdings zu recht umstritten, wenn sie etwa dazu dient, den Körper eines eben Verstorbenen für Versuchs- oder Lehrzwecke zu bewahren oder ihn für die Herstellung irgendwelcher Substanzen zu gebrauchen.²

Die Aufrechterhaltung der Lebensfunktionen von Schwangeren, bei denen der Gehirntod eingetreten ist (in der Folge kurz HTSG genannt), ist ebenfalls Gegenstand lebhafter Diskussionen geworden. Die Existenz des Kindes im Leib der HTSG macht ihren Fall zu einem speziellen unter den der Gehirntoten, und diese Existenz des Kindes wirft ethische Fragen auf, bei denen praktische wie theoretische Aspekte eine wichtige Rolle spielen. Eine solche Situation verlangt von Ärzten (Obstetrikern, Neurologen und Intensivmedizinern) und Krankenschwestern die klare Entscheidung, wann und unter welchen klinischen und technischen Umständen es ethisch vertretbar ist, lebenserhaltende Maßnahmen fortzusetzen oder überhaupt erst zu beginnen, um das Ungeborene zu retten. Nach Meinung vieler hat der Körper, der so behandelt wird, aufgehört, als Person zu existieren und ist nur mehr ein Leichnam. Über die ethischen Implikationen der Aufrechterhaltung der Lebensfunktionen in solchen Fällen sind die Meinungen unter

den Ärzten und in der Gesellschaft allgemein sehr unterschiedlich: für viele Ärzte ist dieses Aufrechterhalten ein Gebot *prima facie*, da sie sich auf den hippokratischen Eid berufen; für andere ist ein solches Vorgehen unwürdig und niemals gerechtfertigt. Es liegt also nahe, diese Einstellungen genauer zu betrachten und die technischen wie die ethischen Aspekte dieses speziellen Problems abzuwägen.

Als Resultat der Analysen ergeben sich Fragen von großer ethischer Bedeutung, wie etwa, ob der Einsatz von lebenserhaltenden Maschinen die Würde der HTSG respektiert und ihr das Privileg verschafft, einem Kind das Leben zu schenken; oder aber, ob ein solcher Maschineneinsatz ganz im Gegenteil die Würde der Frau zerstört, weil er ihr Sein auf einen bloßen Behälter für das Kind reduziert. Eine derartige Untersuchung bringt auch einige bislang nur wenig behandelte Probleme zur Sprache, z.B. ob die spezielle biologische Beziehung von Mutter und Fetus eine ethische Bedeutung birgt; oder ob es vertretbar ist, die unmöglich gewordene psychoaffektive Beziehung zwischen Mutter und Fetus künstlich zu ersetzen.

Bevor ich mich diesen Fragen zuwende, möchte ich kurz die Fälle, die zum Thema von HTSG, deren Lebensfunktionen künstlich erhalten wurden, publiziert worden sind, darstellen und die wichtigsten Fakten hervorheben.

Fälle in der Literatur

1982 berichteten DILLON et al.³ von den ersten beiden Fällen von HTSG und der Aufrechterhaltung ihrer Lebensfunktionen. In einem der Fälle, in dem der Gehirntod auf eine Enzephalitis zurückzuführen war, wurden die Maßnahmen am vierten Tag eingestellt, als die Ärzte und die Familie der Meinung waren, daß die Lebensfähigkeit des Kindes äußerst unwahrscheinlich sei. Im zweiten Fall trat bei der Frau

ein schwerer epileptischer Anfall auf, und sie wurde nach dem Eintreten des Gehirntodes fünf Tage am Leben erhalten, bevor man wegen der instabilen Lebensfunktionen den 26 Wochen alten Fetus mittels Kaiserschnitt entband. Der Junge überlebte.

1985 berichteten HEIKKINEN et al.⁴ vom Fall einer Frau, die in der 21. Schwangerschaftswoche eine schwere Gehirnblutung erlitten hatte. Vier Tage später stellte man den Gehirntod fest, dann wurden die Lebensfunktionen der HTSG zehn Wochen lang künstlich aufrechterhalten. Als ihre arterielle Hypotonie auf die Behandlung nicht mehr reagierte, wurde der Fetus, der jetzt 31 Wochen und einen Tag alt war, mittels Kaiserschnitt entbunden. Es kam ein gesunder Junge zur Welt. Derselbe Fall wurde 1989 noch einmal in der Literatur behandelt; diesmal besprach der Artikel ein technisches Detail des Einsatzes lebenserhaltender Maßnahmen, nämlich die Kombination von enteraler und parenteraler Ernährung⁵.

1986 schrieb SHRADER über den Fall einer Frau, die an einer nicht näher erläuterten Krankheit gelitten hatte und nach dem Eintreten des Gehirntodes an zwei verschiedenen Kliniken neun Wochen lang künstlich am Leben erhalten wurde. Das Kind wurde etwas zu früh, aber vollkommen gesund mittels Kaiserschnitt zur Welt gebracht. Die Krankenschwestern kümmerten sich nicht nur um die biologischen Bedürfnisse der Patientin, sondern versuchten auch, das Fehlen der mütterlichen Reize auszugleichen, indem sie mit dem Ungeborenen redeten, ihm Musik vorspielten, den Bauch der Mutter streichelten und ihm kleine Stöße versetzten.⁶ Dieser Fall war drei Jahre davor durch einen in Newsweek erschienenen Artikel⁷ berühmt geworden.

Im selben Jahr (1986) schrieb LEVINE⁸ kurz über zwei weitere Fälle: Im ersten Fall waren die Lebensfunktionen der HTSG über 53 Tage hinweg aufrechterhalten worden, bevor man mittels Kaiserschnitt ein gesundes Mädchen in

die Welt holte. Der Gehirntod der Mutter war auf einen intrakraniellen Tumor zurückzuführen gewesen. Im anderen Fall trat der Gehirntod aufgrund einer Überdosis von Drogen ein. Nach einem nicht näher erläuterten Versuch, die Lebensfunktionen der Mutter künstlich aufrechtzuerhalten, kam es zu einer Frühgeburt; das Kind starb kurz darauf. Der Bericht von Levine enthält einige interessante rechtliche Details, vor allem in Hinblick auf die Rechte des biologischen Vaters des Fetus, der über einen Einsatz lebensfunktionserhaltender Maßnahmen für die HTSG entscheiden darf: dieses Recht des biologischen Vaters ist stärker als das der nächsten Verwandten, also stärker als das der Eltern der Mutter oder ihres Ehemannes.

1988 veröffentlichten FIELD et al.⁹ eine umfassende klinische Studie und eine detaillierte Abhandlung über die medizinischen und ethischen Aspekte des Einsatzes von lebensfunktionserhaltenden Maßnahmen bei HTSG; dabei bezogen sie sich auf denselben Fall, den Shrader zwei Jahre zuvor beschrieben hatte.⁶

1989 berichteten BERSTEIN et al.¹⁰ über den Fall, in dem die umstrittenen Maßnahmen am längsten angewendet wurden. In der 15. Schwangerschaftswoche hatte die Frau einen Verkehrsunfall, zehn Tage später trat der Gehirntod ein. Während der folgenden 107 Tage wurden ihre Lebensfunktionen bis zum Kaiserschnitt künstlich aufrecht erhalten. Das Kind wog 1555 Gramm und entwickelte sich normal.

In Deutschland erlangte 1992 der Fall des sogenannten Erlanger Babies¹¹ Berühmtheit. Die Mutter hatte in der 14. Schwangerschaftswoche einen Verkehrsunfall; fünf Wochen lang setzte man lebensfunktionserhaltende Mittel ein, bis es zu einer Fehlgeburt kam. Kein anderer Fall hatte in den Medien mehr Aufmerksamkeit erregt oder war Gegenstand einer größeren Diskussion gewesen.

Aus den angeführten Daten lassen sich einige Schlußfolgerungen ziehen:

- ** Wir haben es mit einem quantitativ gesehen, eher unwichtigen Problem zu tun. Sicherlich sind manche Fälle nicht öffentlich bekannt geworden; es besteht eine Verzerrung bei den Veröffentlichungen, da die Ärzte eher daran Interesse haben, jene Fälle bekanntzumachen, in denen ihre Versuche zum Erfolg geführt haben, in denen also der Fetus gerettet wurde. Auf jeden Fall ist die Zahl der Fälle sehr klein.¹²
- ** Es gibt immer bessere Methoden der Fetalprognose und eine Erweiterung der Kriterien für die Indikation lebensfunktionserhaltender Maßnahmen bei HTSG. 1982 meinten Dillon et al., daß eine solche Behandlung nur geeignet wäre, die Überlebenschancen des Ungeborenen zu verbessern, wenn der Fetus zum Zeitpunkt des Gehirntodes der Mutter zwischen 24 und 27 Wochen alt ist. Als der Gehirntod der Mutter eintrat, war der Fetus in dem von Bernstein et al. zitierten Fall, der überlebte, nur 16½ Wochen alt; im Erlanger Fall war der Fetus 14 Wochen alt.
- ** Die Dauer des effektiven Einsatzes lebensfunktionserhaltender Maßnahmen hat sich verlängert: von nur fünf Tagen im Fall von Dillon zu 107 Tagen bei Bernstein.
- ** In der Zeit, in der die Kinder von HTSG nach ihrer Geburt beobachtet wurden, wiesen sie in ihrer körperlichen und psychischen Entwicklung keine Auffälligkeiten auf, die auf die Behandlung ihrer Mütter mit lebensfunktionserhaltenden Mitteln zurückzuführen gewesen wären.

Zwei Möglichkeiten des Verständnisses einer schwangeren Gehirntoten (HTSG):

Eine HTSG, die lebensfunktionsverlängernde Behandlung erfährt, ist in gewisser Weise ein Paradoxon, da ein offiziell totes menschliches Wesen einem anderen Leben schenkt. Eine HTSG kann mit den unterstützenden Maßnahmen einer Behandlung einige Wochen lang atmen, einen Blutkreislauf haben, Nahrung verwerten und ausscheiden, ihre Körpertemperatur halten, Gewebe neu bilden, und sogar ein Kind austragen – alles Dinge, die man eigentlich nicht mit einem Leichnam in Verbindung bringt.

Die erste einschlägige Veröffentlichung von Dillon et al. wurde von einem Leitartikel von VEATCH¹³ begleitet, in dem er im Lichte der Ethik und des Rechts zwei Grundweisen anführt, eine HTSG zu interpretieren. Die erste beinhaltet, daß wir zwei Patienten vor uns haben, Mutter und Fetus, die sich beide in einer kritischen Situation befinden und vom Tod bedroht sind. Mit Hilfe lebensfunktionserhaltender Mittel können beide Organismen (mit Ausnahme des Gehirns der Mutter) ihre unabhängigen Aktivitäten und ihre aneinander gekoppelten Funktionen fortsetzen. Wir haben es also im Fall der Mutter mit einer Patientin zu tun, von der wir trotz des Eintritts des Gehirntods annehmen, daß sie lebt, und deren Behandlung den körperlichen Tod für eine gewisse Zeit hinauszögern kann, was es dem Fetus ermöglicht, zur Lebensfähigkeit heranzureifen. Da also eine lebende Patientin behandelt wird, in deren Bauch ein Fetus lebt, ergeben sich für den Arzt keine Probleme bezüglich des körperlichen Weiterlebens, das dem Ungeborenen zugute kommt – natürlich unter der Voraussetzung, daß eine begründete Aussicht auf Erfolg besteht und die Mutter keine anderslautende Entscheidung getroffen hat.

Die zweite Art, eine HTSG zu verstehen, ist, sie als noch warmen Leichnam zu sehen, als gerade Verstorbene, die als Brutkasten ge-

braucht werden kann, als Behälter für den Fetus. Die Frage, die hier die Ethik aufwirft, ist, ob es vertretbar ist, eine Verstorbene zugunsten eines anderen Lebewesens zu gebrauchen, indem man ihre Körperfunktionen aufrecht erhält und so das Auftreten der Autolyse hinausschiebt. Der Leichnam der HTSG wird also wie eine Hilfsmaschine höchster Wirksamkeit verwendet, wie ein hochentwickelter Metabolismus, der einem anderen Lebewesen hilft. In gewisser Weise ist der Körper der Schwangeren vorübergehend an den Körper des Fetus gebunden – gleichsam wie ein außerkörperliches Transplantat vieler Organe gleichzeitig, um die Entwicklung des Fetus bis zu dem Zeitpunkt zu sichern, zu dem er die nötige Reife erreicht hat.

Die Perspektiven, die Veatch in Zusammenhang mit dem Problem der HTSG entwickelt, sind heute auch allgemein in der Obstetrik zu finden. Die medizinische Technik hat, was das Verständnis der Beziehungen von Mutter und Fetus betrifft, zu Veränderungen geführt. Einhergehend mit den technischen Neuerungen wird die Schwangere heute vom biologischen und vom medizinischen Standpunkt aus auf zwei sehr unterschiedliche Weisen verstanden: Einerseits gibt es das „Ein-Patienten-Modell,“ das die Tradition der Zeit vor all den technischen Neuerungen fortsetzt, und in dem nur die Schwangere wirklich zählt. Der Fetus ist ein nur wenig zugängliches Wesen, das im Körper der Mutter unseren Augen verborgen bleibt. Bis zur Geburt kennt man seine Entwicklung und seine Krankheiten nur auf indirektem Weg; Mutter und Fetus bilden eine untrennbare Einheit. Heute ist der Uterus aber dank moderner Technik transparent geworden, und der Fetus kann untersucht werden: man sieht ihn auf dem Bildschirm der Echographen, man kann genetische und biochemische Analysen an ihm vornehmen, Untersuchungen seiner Körperfunktionen, um zu sehen, ob er gesund oder krank ist, und man kann ihn letztlich auch medizinisch behandeln. Das

„Ein-Patienten-Modell“ ist zu einem „Zwei-Patienten-Modell“ geworden, die Einheit zur Zweifalt. Und manchmal, wenn der Arzt zwei Patienten gleichzeitig behandeln muß, geschieht es, daß die Interessen der Mutter und die des Fetus divergieren und den Arzt dazu zwingen, sich auf eine Seite zu stellen.¹⁴

Eine ärztliche Tradition: die Rettung des Fetus

Die meisten Ärzte meinen, daß es am ehesten dem Ethos der Obstetrik entspricht, die Körperfunktionen der HTSG solange aufrechtzuerhalten, bis der Fetus lebensfähig ist. Eine solche Entscheidung wird zum Teil auch von einigen biologischen und gesundheitstechnischen Bedingungen bestimmt werden. Zu den biologischen Voraussetzungen gehört einerseits, was die Mutter betrifft, daß der Gehirntod mit einer weitgehenden Unverletztheit des Körpers einhergeht; was den Fetus betrifft, daß er ein Mindestalter erreicht hat und gesund ist. Unter gesundheitstechnischen Bedingungen sind ausreichendes Personal und technische Möglichkeiten zu verstehen. Wenn sich interne oder externe Schwierigkeiten ergeben – der Fetus z.B. zu jung und seine Überlebenschance sehr gering ist, oder wenn die finanziellen Mittel nicht ausreichen – sollte eine Erhaltung der Lebensfunktionen der HTSG nicht versucht werden. Die Entscheidung über den Einsatz lebensfunktionserhaltender Maßnahmen ist also dem freien Ermessen überlassen: er ist weder vorgeschrieben noch verboten.¹⁵

Am Rande von all dem, was die Gesetzgebung sagen möge über die Existenz und das Ausmaß der Rechte des Fetus, über den juristischen Wert pränatalen Lebens oder über das Recht der Schwangeren, sich für oder gegen ihre Schwangerschaft zu entscheiden, hat in der Praxis die Medizin, vor allem die Obstetrik, immer dazu tendiert, den pränatalen Patienten zu versorgen und zu retten. Der

Fetus ist – auch im Falle einer normalen Schwangerschaft – für den Arzt ein Patient, den es zu versorgen gilt und dem man den medizinischen Fortschritt zugute kommen lassen muß. Trotz der Bemühungen der letzten Zeit, Schwangerschaft und Entbindung zu „entmedizinisieren“, was sicherlich auch positive Aspekte aufweist, beschränkt sich die ärztliche Versorgung der Schwangeren und des Fetus auf periodisch wiederkehrende pränatale Untersuchungen und auf vorbeugende Eingriffe für die Zeit rund um Empfängnis und Schwangerschaft. Zum Wohl des Fetus werden schwerkranke und todgeweihte Schwangere mit speziellen Methoden behandelt, bzw. werden auch Kaiserschnitte *post mortem* durchgeführt.¹⁶

Wenn der Fetus erkrankt, wird ihm sofort ärztliche Aufmerksamkeit zuteil. Sogar im gesellschaftlichen Kontext der Entkriminalisierung der Abtreibung gilt es als gegeben, daß die Schwangere, wenn sie sich für das Kind entscheidet, Handlungen unterlassen muß, die den Fetus schädigen könnten, und daß sie sich zum Wohl des Fetus vorbeugenden oder therapeutischen Behandlungen unterziehen muß, auch wenn ihr diese nicht behagen oder eventuell große Risiken mit sich bringen. So ist die Pränatalmedizin entstanden, ein neues und vielversprechendes Fach.¹⁷

Dazu kommt, daß der deontologische Schutz des Lebens des Fetus von juristischer Seite immer mehr verstärkt wird. Dies zeigt auch ein Zitat aus einer der bekanntesten Abhandlungen über Obstetrik: „Wir leben in einer Zeit, in der der Fetus, unser zweiter Patient, viele Rechte und Privilegien gewonnen hat, die früher erst nach seiner Geburt zugestanden wurden“.¹⁸ Diese Rechte sind in gewisser Weise von einigen Gerichtsentscheiden in den USA und Europa bestätigt worden, wo die Erfahrung mit ärztlichen, von einem Gericht verfügen Interventionen bereits recht beachtlich ist.¹⁹

Die Ablehnung ärztlicher Intervention: die HTSG als Brutkasten

Viele Autoren sind der Meinung, daß solche gerichtlichen Verfügungen dem Fetus unverhältnismäßig viele Rechte auf Kosten der Schwangeren einräumen, vor allem, wenn diese Verfügungen die Freiheit und Rechte der Schwangeren beeinträchtigen. Es gibt eine Menge Literatur, die aus einer feministischen und liberalen Gesinnung stammt, und die, indem sie die Autonomie der Frau und ihr Recht auf Entscheidung bedingungslos fordert, letztlich in Mutter und Fetus Rivalen sieht. Da eine Behandlung des kranken Fetus nur über den Umweg des Körpers der Mutter geschehen kann, ist es möglich, jeden Eingriff, der der Behandlung des Fetus dient, als Angriff auf die Rechte der Frau zu interpretieren. Wenn man die Beziehung zwischen Mutter und Fetus derart antagonistisch sieht, erscheint die Medizin, die sich dem Fetus widmet, eine Bedrohung der Freiheit der Schwangeren.²⁰

Die Kritik am Handeln der Ärzte ist vor allem in Deutschland im Fall von Erlangen sehr stark gewesen, und zwar besonders von Seiten der Feministinnen und Psychologen. Alte Klischees wurden neu belebt, wie z.B. das vom Zusammenschluß von Staat und Ärzten, der nur dazu diene, Schwangere ihrer Rechte zu berauben und sie dazu zu zwingen, Eingriffe zum Wohl des Fetus geschehen zu lassen. Wiederauferstanden sind auch manche abgedroschenen Thesen des extremen Feminismus, wie etwa: die Frau als zweibeiniger Uterus oder als vorübergehender Aufbewahrungsbehälter für den Fetus.²¹

Die Aufrechterhaltung der Lebensfunktionen einer HTSG hat schwere Verurteilungen erfahren, sie ist als Erniedrigung und Mißbrauch bezeichnet worden:²² Die HTSG wird auf ein bloßes Instrument reduziert, sie wird nicht als Person behandelt, nicht als wertvoll um ihrer selbst willen, sondern als ein Mittel, das einem anderen Wesen dient. Sie ist nicht

schwangere Mutter, sondern effizienter Behälter für den Fetus oder hochentwickelte Brutmaschine. Die Erhaltung der Lebensfunktionen, der man sie unterwirft, bedeutet für sie keinerlei Besserung und gibt auch nicht vor, ihr Leben retten zu wollen. Ohne ihre Seele und ihren Geist ist der Körper der toten Frau erniedrigt zu nichts weiter als einer Funktionsmaschine. In krassem Widerspruch zur deontologischen Tradition der Medizin meint man nun, daß die Erhaltung der Lebensfunktionen einer HTSG nicht nur nicht dadurch gerechtfertigt wird, daß sie das Leben des Kindes rettet, sondern daß es eben diese Rettungsabsicht ist, die den Tod der Mutter unwürdig macht. Petersen führt diesen Gedankengang an seine Grenzen, wenn er dem Fetus, der im Uterus der HTSG heranwächst, jede ethische Bedeutung und ontologische Existenz abspricht und ihn in einen negativen und perversen ethischen Wert umdeutet, der die Frau befleckt. Die Umgebung, in der der Fetus in seinem Mutter-Brutkasten heranwächst, ist als dunkel, düster bezeichnet worden. Für die Gegner der Erhaltung der Lebensfunktionen einer HTSG ist der Uterus einer Frau ein kaltes und unwirtliches Grab, eine derart triste und leere Wohnung, daß der Tod des Lebewesens einem solch schaurigen Grabesleben vorzuziehen sei.²³ SCHWALM und Schelten haben die Erhaltung der Lebensfunktionen einer HTSG als „erneutes Beispiel dafür, in welchem Umfang Frauenkörper in der Medizin und durch Mediziner als wissenschaftliche Versuchsobjekte mißbraucht werden“, beurteilt: „Den Körper dieser Frau als Brutkasten zu benutzen, verletzt in höchstem Maße die Menschenwürde nicht nur dieser einen, sondern aller Frauen“²⁴.

Diese negativen Meinungen vergessen aber allesamt, was deutlich sichtbar ist, nämlich, daß die HTSG, deren Lebensfunktionen aufrechterhalten werden, uns wie eine noch lebende Person erscheint, die sich äußerlich von den anderen Patienten einer Intensivstation nicht unterscheidet. Die durch Kabel und Schläuche

mit Apparaten, Beuteln und Monitoren verbundene HTSG zeigt keine der Anzeichen, die nach dem Tod an einem Leichnam zu beobachten sind.

Wenn man die HTSG als Brutkasten für den Fetus bezeichnet, muß man zugeben, daß sie ein Brutkasten von einer unglaublichen Genauigkeit und Leistungsfähigkeit ist, die eine künstliche Plazenta niemals liefern könnte, wie hochentwickelt und mit welchen Servomechanismen und Errungenschaften der Informatik ausgestattet sie auch sein möge.

Die affektive Ersatzmutterchaft

Manche meinen, daß das Fehlen mechanischer oder akustischer Reize, die bei einer normalen Schwangerschaft gegeben sind, und zwar genauer das Fehlen affektiver Botschaften der Mutter, schwere psychische Beeinträchtigungen bei dem Kind einer HTSG hervorrufen könnten.²⁵ Diesen pessimistischen Vorhersagen zum Trotz gibt es bis jetzt keinen Beweis, daß diese Kinder in ihrer körperlichen oder psychischen Entwicklung Abnormitäten aufweisen, die sich auf die Behandlung ihrer HTSG zurückführen ließen.

Trotzdem haben die Gegner der Erhaltung der Lebensfunktionen bei HTSG unaufhörlich die Anstrengungen kritisiert, auf irgendeine Art die Reize, die bei einer normalen Schwangerschaft den Fetus erreichen, zu ersetzen; sie verurteilten es als „unnatürlich“, daß die Krankenschwestern taktile und akustische Reize einsetzten, um so dem Fetus quasi die Stimme und die Liebkosungen der toten Mutter darzubieten. Die Berührungen und Laute, mit denen die Schwestern versuchten, den fehlenden Dialog zwischen Mutter und Fetus zu simulieren, wurden gleich dem Versuch, dem Fetus mittels Lautsprecher die Lieblingsmusik der Mutter vorzuspielen, als nicht authentisch und nicht rechtschaffen abgetan. Es ist klar, daß solche mitleidigen Handlungen die authentische, jetzt

unmögliche Beziehung zwischen Mutter und Fetus nicht ersetzen können. Übertrieben aber ist es, solche Bemühungen als unmenschlich zu verdammen und die omnipräsenten Geräusche der Intensivstation, wie etwa das des Beatmungsgerätes und der Monitore oder immer neue Stimmen, als für den Fetus unerträglich zu beurteilen.

Man hat in dramatischen Tönen die Konsequenzen beschrieben, die sich für einen Fetus ergeben, der sich in einem Mutter-Brutkasten ohne die normale psychoaffektive Beziehung zur Mutter entwickelt. „Im Fall der Erlanger Toten hat das Kind einen Leichnam zum Dialogpartner. Abgesehen von dem makabren Aspekt dieser Tatsache: Hier wird der pränatale Dialog ins Destruktive pervertiert – es ist ein Rufen des Kindes ohne personales Echo. Welche späteren seelischen Schäden können dem Kind allein aus der Tödlichkeit dieses Mutter-Kind-Dialoges erwachsen?“²³

Zweifellos ist es interessant, die Konsequenzen, die sich aus dem angeblichen psychischen Trauma ergeben, das durch die Entwicklung im Leib einer HTSG entsteht, genau zu untersuchen, aber man muß dabei streng unterscheiden zwischen einem vernünftigen Abwägen der Risiken und einer bloß willkürlichen, wenn nicht sogar voreingenommenen Vorhersage bezüglich einer schlechten zukünftigen Entwicklung des Kindes. In der heutigen, jeden Paternalismus ablehnenden Zeit scheint es abwegig und brutal, für den Fetus, der nicht mitsprechen kann, stellvertretend zu entscheiden, daß ein Leben unter solchen Bedingungen schlechter ist als der Tod.

Eine derart pessimistische Vermutung darüber, wie das Leben im Körper eines Mutter-Brutkastens ist, sieht über einige Dinge hinweg, die von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind. Es ist klar, daß das Leben des Fetus und das reduzierte Leben, aber immer noch menschliche Leben der HTSG bei weitem jenes Maß an Menschenwürde übertreffen, das zwei Leichname (der der Mutter und der des

Kindes) darstellen könnten. Ohne jeden Zweifel ist den sterblichen Überresten eines menschlichen Wesens Pietät entgegenzubringen, doch kann es nicht unsere Pietät gegenüber einem Leichnam sein, die unsere Beziehung zu einem noch lebendigen Wesen, dem Fetus, charakterisiert, wenn diesem Fetus in einer Krise, wie sie der Gehirntod seiner Mutter bedeutet, erfolgreich geholfen werden kann.

Solange der Körper der HTSG technische Hilfe bekommt, bleibt er – zumindestens für den Fetus – der Körper einer Mutter und nicht ein bloßer mechanischer Brutkasten oder eine Maschine. Im vegetativen Leben der HTSG existiert etwas äußerst Wichtiges und Unersetzbares: ihr Dienst am Fetus, der lebendig in ihrem Inneren heranwächst. Der Körper der Schwangeren erfüllt, obwohl das Gehirn tot ist, eine Funktion, die an biologischer und menschlicher Würde jene Prozesse der Autolyse unendlich übertrifft, die die toten Körper von Mutter und Kind bloßer Asche gleichsetzen.

Fragen der Autonomie und des Paternalismus

Eine HTSG bedeutet für die mit ihr befaßten Ärzte eine sehr spezielle und komplexe Aufgabe. Mit dem Eintreten des Gehirntodes ergibt sich, wenn die Frau, wie es gewöhnlich geschieht, keinen Wunsch bezüglich ihrer Ablehnung oder ihrem Wunsch nach weiterer medizinischer Behandlung geäußert hat, ein Entscheidungsvakuum, das andere (die nächsten Familienmitglieder, der Vater des Kindes, der Arzt, der Richter) zu füllen haben.²⁵

Die geringe Erfahrung, die man mit solchen Fällen bislang hat, zeigt eine Palette von Möglichkeiten, wie man die Erhaltung der Lebensfunktionen der HTSG abgebrochen bzw. fortgesetzt hat, um das Leben des Fetus zu retten: in einigen Fällen, wie z.B. bei einer HTSG, die von DILLON² beschrieben wird, entschieden

sich die Ärzte nach langen Diskussionen auch mit der Familie der HTSG, die Behandlung einzustellen, da man die damals gängige Meinung vertrat, man könne den Körper nicht länger als zwei bis vier Wochen am Leben erhalten. In anderen Fällen, wie z.B. dem zweiten von DILLON³ zitierten, entschieden die Ärzte einstimmig, die Behandlung abzubrechen, weil die Frau nicht verheiratet war und anscheinend keinen Kontakt zu ihrer Familie hatte. In wieder anderen Fällen, wie etwa in den von SHRADER⁶ bzw. HEIKKINEN⁴ beschriebenen, entschied der Ehemann der Frau, daß die Behandlung fortgesetzt werden sollte, wobei man bewußt das Risiko einging, daß das Kind geschädigt zur Welt kommen könnte. Bei beiden Fällen, von denen Levine berichtet, ergaben sich bei den beteiligten Interessensgruppen Meinungsverschiedenheiten.⁸ In einem Fall war die Frau ledig, und der Wunsch des Vaters des Kindes, ihre Lebensfunktionen zu erhalten, um das Kind zu retten, wog stärker als der der Eltern der HTSG, die sich dagegen aussprachen. Im anderen Fall war die Frau wohl verheiratet, ihr Ehemann war aber nicht der Vater des Ungeborenen. Ein Gerichtshof gab dem Wunsch des biologischen Vater des Kindes statt, der eine Aufrechterhaltung der Lebensfunktionen der HTSG forderte, während ihr Ehemann dagegen war. Und schließlich kann auch die Ethikkommission des Krankenhauses eine wichtige Rolle bei der Entscheidung spielen, wie der Fall von Erlangen gezeigt hat, wo deren Entscheidung sogar einen Meinungswandel der Verwandten der HTSG bewirkte.²⁶

Das Problem wurde also auf verschiedenen Wegen jeweils von jenen gelöst, die direkt damit befaßt waren. Die öffentliche Meinung ist äußerst widersprüchlich, wie die starken Polemiken in den Massenmedien gezeigt haben. Von feministischer Seite wurde den Ärzten machistischer Paternalismus vorgeworfen; man meinte, sie benutzen den Körper der Frau als Brutkasten. Die Befürworter der Erhaltung der Lebensfunktionen einer HTSG wiederum

warfen den Feministinnen vor, gegen den Fetus eingestellt zu sein und darauf zu vergessen, daß es die Aufgabe der Mutter ist, das Leben und die Gesundheit des Kindes zu schützen. Der Hausverstand sagt, daß eine Schwangere bedeutende Anstrengungen auf sich nehmen muß, um die Gesundheit des Fetus zu sichern, selbst wenn dies so manches Opfer für sie darstellt.²⁷ Aber manche feministische Kreise halten dem entgegen, daß eine zu große Zahl an ärztlichen und richterlichen Interventionen zu einer Verstärkung der Auffassung führen könnten, daß der Staat das Recht hat, Schwangere in perfekte Kinderproduktionsmaschinen zu verwandeln.²⁸

Oft hat sich die Diskussion, ob man die Behandlung einer HTSG fortsetzen soll, als Konflikt der Rechte zweier Parteien, als Streit von Mutter und Fetus dargestellt, und zwar unter dem allgegenwärtigen Einfluß der amerikanischen Bioethik. Die zwischenmenschliche Beziehung, die die intimste ist und voll von Zärtlichkeit, nämlich die Beziehung zwischen Mutter und Fetus, ist auf diese Weise antagonistisch geworden und wurde auf eine rechtliche, ausgesprochen feindliche Ebene verrückt.

Auf einer Seite dieser rechtlichen Ebene herrscht die Auffassung, daß die Autonomie mit dem Tod endet, und daß ein Leichnam keine Wünsche äußern könne. Betrachtet man die Dinge unter diesem Aspekt, so können sich wohl keine größeren Konflikte zwischen den Rechten der toten Mutter (die ja nicht existieren) und denen des lebenden Fetus ergeben. Hier bestehen demnach nur Rechte auf Seiten des Fetus.²⁹

Die andere Gruppe auf rechtlicher Ebene hält an der Meinung fest, daß die vermeintliche Freiheit der Schwangeren verteidigt werden muß und daß die Erhaltung der Lebensfunktionen der HTSG einer Versklavung des Körpers der Mutter gleichkommt, die dazu zwingt, den Tod als endgültige Befreiung zu sehen. Das Weiterleben des verwaisten Fetus

erscheint also als ein psychologisches Unglück, und die Erhaltung der Lebensfunktionen als nicht erlaubtes Eingreifen, das einem Toten das grundsätzliche Recht verwehrt, Interventionen der Ärzte zu verweigern. Erst, wenn er vom Körper der Mutter unabhängig sei, könne der Fetus den Status eines Patienten haben.³⁰

Im Zusammenhang mit der Entscheidungsfähigkeit ergibt sich auf jeden Fall eine ethisch-rechtliche Frage, die es zu erläutern gilt: Angenommen, der Gehirntod tritt ein, ohne daß die Frau vorher einen Wunsch bezüglich einer Verlängerung ihrer Lebensfunktionen geäußert hat; Hier ist es nützlich, den Umstand zu unterstreichen, daß ihr Wunsch nach einer Erhaltung der Lebensfunktionen vorhanden ist, da sie ja die Schwangerschaft akzeptiert und fortgesetzt hat. Eine solche Einstellung stellt ein ungeschriebenes Testament dar, das sich für den Schutz und die Rettung des Lebens ausspricht, das die Frau in ihrem Leib trägt. Die Verwandten können also nicht mehr als Ausführende dieser Entscheidung sein, die die Frau zugunsten ihres Kindes getroffen hat.

Die Frage ist nicht irrelevant, muß man sie doch in Zusammenhang mit der Idee sehen, die den straffreien Schwangerschaftsabbruch in der Gesellschaft hat Fuß fassen lassen, daß nämlich die Frau absolut über ihr Kind bestimmen, es wie ein Ding besitzen und willkürlich über sein Schicksal entscheiden kann. In der Praxis ist es häufig so, daß das Recht des Fetus zu leben und damit sein Recht auf eine Verlängerung der Lebensfunktionen der Mutter darauf zurückgeführt wird, daß die Mutter, obwohl sie die Möglichkeit zur Abtreibung hatte, die Schwangerschaft nicht abbrechen ließ. Dieses Verhalten der Mutter wird über ihren Gehirntod hinaus als gültige Manifestation davon gewertet, daß sie die Schwangerschaft so nah wie möglich an ihr natürliches Ende fortsetzen wollte. Die HTSG hat Monate in die Schwangerschaft investiert, damit ihr Kind zur Welt kommen kann. Niemand ist ihr näher als ihr Kind, und niemand ist ihr normalerweise

wichtiger. Vom ethischen Standpunkt aus ist es der Fetus, der das größte Interesse an einer Entscheidung der Mutter hat: an ihrer Entscheidung hängt sein Leben. Auf symbolischer Ebene ist er das Familienmitglied, das es zu befragen gelte, wenn es um das Schicksal der HTSG geht. Wenn diese Idee eigenartig scheint, so ist das darauf zurückzuführen, daß der Respekt vor ungeborenem Leben durch die Banalisierung des straffreien Schwangerschaftsabbruches gesunken ist.

Field stützt sich auf die deontologische Praxis des Kaiserschnittes, der post mortem durchgeführt wird, um das Leben des Fetus zu retten, und meint, daß sogar dann, wenn sich die Mutter vor ihrem Gehirntod gegen die Rettung des Fetus ausgesprochen hat, kein Grund besteht, dem Fetus medizinische Behandlung zu versagen, da die Mutter dadurch keinen Schaden erleide und ihre Rechte dadurch nicht verletzt würden, während solche Behandlungen, die über ihren Körper stattfinden, für ein anderes Lebewesen ein Gut von außergewöhnlichem Wert bedeuteten.⁹

Die schwangere Gehirntote – ein Spezialfall einer Gehirntoten

Aus den bisherigen Ausführungen wird klar, daß die HTSG, während ihr Körper mit dem lebendigen Fetus künstlich am Leben erhalten wird, bedeutsame ethische Unterschiede zu gewöhnlichen Gehirntoten aufweist. Sind diese Unterschiede aber nur ethischer Natur, oder gibt es auch biologische? Anders gesagt: stellt die Schwangerschaft eine Situation *sui generis* dar? Verhält es sich mit einer HTSG, wenn alle anderen Umstände gleich sind, biologisch gesehen anders, als wenn diese Frau nicht schwanger wäre?

Der Grund für diese Frage ist die bislang nicht bestätigte Vermutung, daß die Aufrechterhaltung der Lebensfunktionen bei HTSG ein auffällig längeres körperliches Überleben ermöglicht als bei anderen Patienten, die eine

ähnliche Art und Intensität der Behandlung erfahren. Normalerweise wird ein Gehirntoter heute maximal einen oder zwei Tage künstlich am Leben erhalten, um seine Organe für eine Transplantation zu retten oder um kurze klinische Untersuchungen durchzuführen. Die Zahl der bekannten Fälle, in denen man nach dem Gehirntod des Patienten die Behandlung auf unbestimmte Zeit fortgesetzt hat, ist sehr klein, da ein solches Vorgehen einen therapeutischen Unsinn darstellt, der nur schwer zu rechtfertigen ist.

Vor Jahren wurden Fälle vorgestellt, die Ausnahmen von dieser Regel bedeuteten und auf zwei Tatsachen zurückgingen: daß die Familie des Gehirntoten darauf bestand, das Leben des Patienten solange wie möglich zu verlängern; oder aber, daß die Ärzte, als es noch keine rechtlichen Kriterien für den Begriff des Gehirntodes gab, die Entscheidung der Richter abwarten mußten. In diesen Fällen wendete man mit Ausdauer alle damals zur Verfügung stehenden Mittel an. Bis auf einige wenige Einzelfälle anekdotischen Charakters erreichte man ein körperliches Überleben nie länger als für zwei bis vier Wochen.³⁰ Wir wissen nicht, ob das Überleben heute dank der in den letzten Jahren erzielten medizinischen Fortschritte, dank der Erfahrung und der Qualität der Intensivmedizin länger möglich wäre. Manche Leute haben aber die mehr oder weniger futuristische Möglichkeit zur Diskussion gestellt, Gehirntote zu verschiedenen Zwecken über Jahre hinweg am Leben zu halten.²

Beim normalen Gehirntoten tritt der irreversible Herzstillstand für gewöhnlich innerhalb einer Woche nach der Feststellung des Gehirntods ein.³¹ Bei HTSG hat man aber nichtsdestotrotz Überlebenszeiten erreicht, die auffällig länger sind: 8 Wochen im ersten Fall von LEVINE³, 9 Wochen in den Fällen von SHRADER⁶ und FIELD⁹, 10 Wochen bei HEIKKINEN⁴ und 15 Wochen bei BERNSTEIN¹⁰. Die Überlebenszeit in jenen Fällen, die mit einer Fehlgeburt oder dem Scheitern der medizini-

schen Behandlung endeten, waren 5 Wochen im Fall von Erlangen¹⁵ bzw. 7 Wochen im Fall von ANTONINI et al.³²

Man kann hier keinen eindeutigen Schluß ziehen, sondern vorläufig bloß die Vermutung äußern, daß HTSG, deren Lebensfunktionen erhalten werden, längere Überlebenszeiten aufweisen als andere Gehirntote unter ähnlichen Umständen. Die Anzahl der Fälle ist sehr gering und außerdem sehr heterogen, was die Ätiologie des Gehirntodes betrifft (kraneozebrales Trauma, Gehirntumore, epileptischer Zustand, durch Viren hervorgerufene Enzephalitis, Störungen im Gefäßsystem). Dazu kommt, daß die Anstrengungen, die Lebensfunktionen aufrechtzuerhalten, nicht immer bis zum Äußersten getrieben wurden, sondern nur bis zu dem Zeitpunkt, da der Fetus ein akzeptables Maß an Lebensfähigkeit erreicht hatte, oder aber, bis die klinische Situation sehr instabil geworden war. Nach der Geburt, die normalerweise mittels Kaiserschnitt stattfand, stellte man logischerweise die Anstrengungen, das körperliche Leben der HTSG zu verlängern, ein.

Kann diese oben angeführte Tendenz nun auf die andersartige Physiologie der Schwangeren zurückgeführt werden, die an eine zusätzliche funktionelle Leistung mancher Organe gewöhnt ist (Herz, Nieren, Leber, endokrines System)? Könnte sie andererseits davon kommen, daß der Organismus der Mutter auf integrierende Reize des Organismus des Fetus reagiert, die ihn über die Plazenta erreichen? Die Wechselbeziehungen von Mutter und Fetus gehen in beide Richtungen und verändern sich beim Heranreifen des Fetus im Lauf der Schwangerschaft. Es ist nicht abwegig zu vermuten, daß die Reize, die vom Fetus ausgehen, eine gewisse unterstützende Wirkung auf die HTSG haben. Kurz und gut kann man annehmen, daß der Komplex aus Fetus und Plazenta auf die ein oder andere Art die überdurchschnittlich lange körperliche Überlebensdauer von HTSG ermöglicht.

Die Suche nach einer ethischen Bedeutung der Biologie der Diade von Schwangerer und Fetus

Ein Aspekt des Problems der HTSG bliebe unberücksichtigt, wenn man Überlegungen zur biologischen Grundlage der Beziehungen von Mutter und Fetus und ihrer möglichen Bedeutung für die medizinische Ethik außer acht ließe.

Die Tatsache, daß auch gesunde Kinder geboren werden, wenn die Mutter gehirntot ist, zeigt deutlich, daß die integrative Funktion des Gehirns für einen guten Verlauf der Schwangerschaft nicht unerläßlich ist, vorausgesetzt, die Lebensfunktionen der Mutter werden künstlich aufrecht erhalten. Anders gesagt: die Beziehungen zwischen Mutter und Fetus sind nicht-neuronal. Der komplexe Bewegungsablauf der Substanzen zwischen Mutter und Fetus sowie die Blutzirkulation der Plazenta werden von extraneuronal wirksamen Mechanismen gelenkt, die auch unter äußerst widrigen Umständen sehr effizient sind.

Bis zu einem gewissen Grad darf uns das nicht verwundern, wenn wir bedenken, daß Mutter und Fetus zwei Lebewesen sind, deren Nervensysteme unabhängig funktionieren: es gibt keine Nervenverbindungen zwischen der Mutter und der empfangenen Frucht; kein Teil, der Fetus und Mutter verbindet (Nabelschnur, Anteil des Fetus an der Plazenta, Amnion) enthält Nervenfasern des Fetus oder der Mutter.

Die komplexe physiologische Regelung der Schwangerschaft und die Abstimmung der Beziehungen zwischen Mutter und Fetus geschehen über Mechanismen, die nicht dem Nervensystem zuzurechnen sind: über intrinsische myogene Mechanismen, die Rheologie des Blutes und, vor allem, über „autacoide“ unterschiedlicher Art und Herkunft (hormonale Boten, Gefäßregulatoren, Proteine der Plazenta). Obwohl verbreitet die Meinung herrscht, daß die Nabelschnur die paradigmatische

Struktur der Beziehung von Mutter und Fetus ist, ist die Plazenta das Organ, das diese regulierenden Substanzen hauptsächlich herstellt, verteilt und ihre Abläufe integriert.³³

Hier ist nicht der Ort, die Struktur und die Funktionen der Plazenta genau zu beschreiben. Es sollen jedoch einige interessante Details hervorgehoben werden. Die menschliche Plazenta ist eine hämochoriale Plazenta. Dies bedeutet, daß der Fetus über sie eine direkte Verbindung mit dem Blut der Mutter hat; der Trophoblast, ein Gewebe embryofetalen Ursprungs, schwimmt im Blut der Mutter, und dies ist einzigartig: physiologisch gesehen tritt, mit der Ausnahme des offenen Kreislaufes der Milz, das Blut nie in direkten Kontakt mit einem Zellgewebe. Es ist immer durch die mehr oder weniger durchlässige Hülle des Endotheliums der Gefäße, durch die das Blut fließt, vom Zellgewebe getrennt. In der Plazenta aber kommt es nicht nur zum direkten Kontakt eines Gewebes mit Blut (ohne Zwischenschaltung eines Endotheliums nämlich), sondern es ist sogar so, daß das Gewebe von einem Lebewesen (dem Fetus) stammt, das Blut aber von einem anderen (der Mutter). Allein deshalb ist der Trophoblast ein einzigartiges Gewebe: er hat mit dem Blut der Mutter eine viel engere Beziehung als alle anderen ihrer Gewebe.

Genauso überraschend ist es, daß der fetale Teil der Plazenta, der biologisch gesehen ein fremdgenetisches Transplantat ist, leben kann und bei der Mutter keine Immunabwehrreaktion auslöst, obwohl er ihrem Blut direkt ausgesetzt ist. Dies ist durch die spezielle antigenische Struktur des Trophoblasts möglich.³⁴

Der Trophoblast ist nicht nur das erste Gewebe, das sich bei der ontogenen Entwicklung herausbildet; er macht auch beim Embryo im Anfangsstadium und während eines Gutteils der pränatalen Entwicklung die größte Gewebekomponente aus. Sein biologisches Verhalten ist ebenso überraschend: er dringt wie ein bösartiger Tumor in das Endometrium ein,

zerstört es und setzt sich in ihm mithilfe starker Ankerungssysteme fest.

Der Synzytiotrophoblast bildet eine durchgehende, synzytische Lamelle ohne jegliche Risse oder interzelluläre Grenzen, die sich zwischen Mutter und Fetus schiebt, die beiden aber gleichzeitig auch auf die engste Weise verbindet. In einigen Bereichen ist der Trophoblast in engem Kontakt mit den Kapillaren der chorionischen Härchen. Er bildet also eine unglaublich dünne Lamelle, die auf wunderbare Weise dazu beiträgt, den Nahrungsfluß und den Stoffwechsel zwischen dem Blut der Mutter und dem des Fetus zu ermöglichen. In anderen Bereichen ist der Trophoblast eine eher dicke Lamelle, die reich an kleinen zytoplasmatischen Organellen und enorm effizient bei der Synthese äußerst unterschiedlicher Substanzen ist – er synthetisiert Hormone (Gestagene, Östrogene, menschliches gonadotropes Chorionhormon, menschliches plazentares Laktationshormon, menschliches Wachstumshormon), Enzyme (zur Synthese von Steroiden, alkalischen Phosphaten), und plazentare Proteine. Und all diese Stoffe werden nicht etwa aufs Geratewohl produziert, sondern genau aufeinander abgestimmt. Man hat vermutet, daß direkt in der Plazenta Kontrollsysteme vorhanden sein könnten, die der Achse von Hypothalamus, Hypophyse und Gonade ähnlich sind, da in der Plazenta alle notwendigen Elemente (freie, gonadotrope und steroide Hormone) vorhanden wären.³⁵

Und hier noch ein Detail, das unsere Verwunderung hervorruft: Alle diese Stoffe, die das Trophoblast produziert, werden in das Blut der Mutter transportiert und sind nur im Körper der Mutter wirksam. Der Fetus bleibt von all diesen Substanzen unberührt. Wäre dem nicht so, würden das Wachstum des Fetus und die Ausbildung seiner Organe, besonders seiner Geschlechtsorgane, schwer gestört werden.

Kurz gesagt: Das Plazentagewebe dringt nicht nur in den Uterus ein und nimmt von

dessen Wand Besitz, es unterwirft auch viele Aspekte der Biologie der Mutter seiner Kontrolle. Die Mutter läßt sich also, um es einmal so auszudrücken, vom Fetus einnehmen und bestimmen. Eine so ungewöhnliche biologische Beziehung, wie sie Mutter und Kind verknüpft, gibt es in keinem anderen Fall von Symbiose.

Folgerungen

Es ist immer gefährlich, aus biologischen Daten und Phänomenen teleologische Bedeutungen oder ein ethisches Symbolsystem abzuleiten. Trotzdem kann man ein paar verschiedene Schlußfolgerungen ziehen, die sich zusätzlich zu der fundamentalen Feststellung, daß die HTSG ein einzigartiger Typus der Gehirntode ist, ergeben:

Eine Schlußfolgerung ist, daß die Technik der Verlängerung der Lebensfunktionen einer HTSG in ihrer Wurzel und ihren Zielen eine unauflösbare Mischung von Wissenschaft und Mitleid ist, von Effizienz und Seelengröße. In der angespannten Atmosphäre der Intensivstation bedeutet der Kampf um das Überleben eines Kindes Erleichterung und Motivation.

Eine weitere Folgerung ist, daß die biotechnische Struktur der Plazenta eher Assoziationen mit Begriffen wie Schutz, Intimität und Selbstlosigkeit hervorruft als mit deren Gegenteil: Ablehnung, Fremdheit und Egoismus. Dies kann dazu beitragen, die feministischen Ansprüche in diesem Zusammenhang abzuschwächen, die in der Negierung des Fetus die Bestätigung der Frau suchen.

Eine dritte Folgerung besteht im anregenden Gedanken, daß die Schwangerschaft ein biologisch anderes Verhalten der HTSG zu bewirken scheint. Wir besitzen keine Daten, die es uns erlauben würden, die Existenz und etwaige Bedeutung einer hypothetischen integrierenden Tätigkeit der Plazenta in der Physiologie der HTSG zu beurteilen, die irgendwie die ko-

ordinierende Funktion des toten Gehirns ersetzt. Darüber mehr zu wissen, wäre im Rahmen des Möglichen wünschenswert. Diese Überlegung soll aber hier als Denkanstoß erwähnt sein.

Eine weitere Folgerung ist, daß die technischen Anstrengungen, die man unternimmt, damit eine HTSG ihr Kind austragen kann, ein Beispiel für die medizinische Tradition sind, dem Tod Leben zu entreißen. In ihr verbinden sich die Lehre der Anatomie und der Autopsie mit der kardiorespirativen Wiederbelebung und der Erhaltung der Lebensfunktionen des Gehirntoten zum Zweck der Aufrechterhaltung der Funktion der Organe.

Die letzte Folgerung endlich ist, daß die Erhaltung der Lebensfunktionen der HTSG ein starkes Argument für einige Annahmen ist: für die biologische Autonomie und die bestimmende Rolle des Fetus für die Schwangerschaft sowie für die wunderbar passive Mittler-Rolle der Mutter, der unsterblichen Frau. Schon vor vielen Jahren drückte es jemand mit tiefem psychologischen Einfühlungsvermögen für die Lage einer Schwangeren folgendermaßen aus: „Wenn ich für einen Monat lang das Bewußtsein verlöre, könnte ich nachher sagen, daß eine geraume Zeit vergangen ist, weil der Fetus in mir gewachsen ist. Es herrscht ein ständiges Gefühl von Wachstum, von Fortschritt, von Werden, sodaß diese Zeit genutzt wird, obwohl sie für dich persönlich vielleicht verloren scheint. Auch wenn du während dieser neun Monate absolut nichts tust, nehmen die Dinge in dir ihren Lauf, bis der Höhepunkt erreicht ist“.³⁶

Anmerkungen

1. Interessant ist auch die Diskussion über die Weiterbehandlung von Gehirntoten, welche nicht einer Organspende dient, sondern dazu, den Wunsch der Familie zu befriedigen, alles zu tun, um den bereits Verstorbenen ins Leben zurückzuholen. Dabei werden u.a. kardiorespirative Maßnahmen und sogar Bluttransfusionen eingesetzt.

- Miedema F. Medical treatment after brain death: A case report and ethical analysis. *J CLIN Ethics* 1991;2:50-52; and Hardwig J. TREATING the dead for the benefit of the family. *J CLIN Ethics* 1991;2:53-56.
2. Einige Autoren haben das Problem der Ethik der Verwendung von Verstorbenen als „lebende“ Versuchspersonen behandelt. In den Versuchen ging es etwa um die Herstellung biologischer Materialien (Blut für Transfusionen, Gewebe und Organe für Transplantationen, Antikörper, usw.), um Experimente (kurzfristige klinische Experimente, Trauma nach Verkehrsunfällen bei hoher Geschwindigkeit und die Möglichkeit, ein solches zu verhindern), oder aber um das Üben von chirurgischen und diagnostischen Praktiken. Einerseits hat man Möglichkeiten erwähnt, die der einem menschlichen Wesen zustehenden Würde zuwiderlaufen; andererseits gibt es auch Behandlungen und Zwecke, die den gebührenden Respekt nicht vernachlässigen. Wie so oft in der Medizin begegnen uns auch im Fall des eben Verstorbenen unterschiedliche Auffassungen: die des Utilitaristen, der den Leichnam aus ökonomischen, sozialen oder wissenschaftlichen Überlegungen benutzt; die des Sentimentalen, der dazu neigt, dem gerade Verstorbenen einen unantastbaren Wert zuzusprechen, der ihn zu einem Tabubereich macht; die der akademischen Tradition, die den religiösen Respekt vor dem Leichnam mit einem Kompromiß für die Wissenschaft in Einklang bringen möchte. Siehe: Feinberg J. The mistreatment of dead bodies. *Hastings Cent Rep* 1985(1):31-37; Gaylin W. Harvesting the dead. In: SHANNON TA, ed. *Bioethics*, 3rd ed. Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1987:553-563; LaPuma J. Discovery and disquiet: Research on the brain-dead. *Ann Intern Med* 1988;109:606-608. MAY WF. Attitudes towards the newly dead. *Hastings Cent Stud* 1972;1:3-13; ROBERTSON JA. Research on the brain-dead. *IRB* 1980;2(4):4-6.
 3. DILLON WP, LEE RV, TRONOLONE MJ, BUCKWALD S, FOOTE RJ. Life support and maternal brain death during pregnancy. *JAMA* 1982;248:1089-1091.
 4. HEIKKINEN JE, RINNE RI, ALAHUHTA SM, LUMME JAJ, KOIVISTO ME, KIRKINEN PP et al. Life support for 10 weeks with successful fetal outcome after fatal maternal brain damage. *Br Med J* 1985;290:1237-1238.
 5. NUUTINEN LS, ALAHUHTA SM, HEIKKINEN JE. Nutrition during tenweek life support with successful fetal outcome in a case with fatal maternal brain damage. *J Parenter Enteral Nutr* 1989;13:432-435.
 6. SHRADER D. On dying more than one death. *Hastings Cent Rep* 1986;16(1):12-17.
 7. Das Wochenmagazin *Newsweek* beschrieb diesen Fall in der Ausgabe vom 11. April 1983 und ging auch genau auf die Bemühungen der Krankenschwestern ein, dem Fetus die pränatalen Reize zu bieten, die ihm die HTSG nicht mehr geben konnte.
 8. LEVINE C. Of fathers, fetuses, and fairy tales. *Hastings Cent Rep* 1986;16(5):2.

9. FIELD DR, GATES EA, CREASY RK, JONSEN AR, LAROS RK. Maternal brain death during pregnancy. Medical and ethical issues. *JAMA* 1988;260:816-822.
10. BERNSTEIN IM, WATSON M, SIMMONS GM, CATALANO PM, DAVIS G, COLLINS R. Maternal brain death and prolonged fetal survival. *Obstet Gynecol* 1989;72:434-437.
11. KLINKHAMMER G. Zwischen Recht auf Leben und Verletzung der Menschlichkeit: Kontroverse Positionen zum Erlanger „Fall.“ *Dtsch Ärztbl* 1992;89:2161-2162; und Saling E. Der „Erlanger Fall“ und die Logik medizinischer Konsequenzen. *Dtsch Ärztbl* 1993;90:812-814.
12. Geschichten über HTSG ziehen zweifellos das Interesse der Öffentlichkeit auf sich. Die Presse hat über Fälle berichtet, die aber wissenschaftlich nicht ausgewertet werden können, weil sie nicht in Fachzeitschriften beschrieben worden sind: In einigen dieser Fälle handelt es sich wahrscheinlich um Patienten, die sich in einem vegetativen Dauerzustand befinden oder aber im Tiefschlaf. (Vgl. z.B. die von Dillon (3), Shrader (6) oder Levine (8) zitierten Fälle.) Recherchen über Medline ergeben noch ein paar Fälle, die aber hier nicht behandelt werden, da sie in schwer zugänglichen Zeitschriften publiziert wurden.
Manche Fälle von HTSG sind eigenartigerweise mehr als einmal beschrieben worden, was vielleicht das große Interesse an ihnen zeigt wie auch die Tatsache, daß die Probleme, die sie aufwerfen, immer größer werden. Die wiederholte Veröffentlichung geschieht entweder durch die jeweils selben Autoren (im Fall von Heikkinen et al. (4) und NUUTINEN et al. (5)), oder aber durch andere Autoren, wie etwa im Fall von SHRADER (6) oder FIELD ET AL. (9). Die Letztgenannten führen in ihren bibliographischen Hinweisen den Aufsatz von Shrader an, erwähnen aber nicht, daß es sich um ein und denselben klinischen Fall handelt. Dies widerspricht den ethischen Anforderungen der Zeitschrift, in der der Artikel erschienen ist.
13. VEATCH RM. Maternal brain death: an ethicist's thoughts. *JAMA* 1982;248:1102-1103. In diesem Zusammenhang sei auch auf eine der besten Analysen des Problems der HTSG hingewiesen: Loewy EH. The pregnant brain dead and the fetus: Must we always try to wrest life from death? *Am J Obstet Gynecol* 1987;157:1097-1101.
14. Im Zusammenhang mit der Entwicklung vom „Ein-Patienten-Modell“ zum „Zwei-Patienten-Modell“ vgl. Mattingly SS. The maternal-fetal dyad. Exploring the two-patient obstetric model. *Hastings Cent Rep* 1992;22(1):13-18; TAUER CA. Lives at stake. How to respond to a woman's refusal of cesarean surgery when she risks losing her child or her life. *Health Progr* 1992;73(7):18-27; YOUNG IM. Pregnancy embodiment: subjectivity and alienation. *J Med PHILOS* 1984;9:45-62.
15. KLINKHAMMER G. Rettung des Erlanger Babys weder geboten noch verboten. *Dtsch Ärztbl* 1993; 90:65-66.
16. Vgl. ARTHUR RK. Postmortem cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1978;132:175-179.
17. Neben den traditionellen pränatalen Untersuchungen, die die Säuglingssterblichkeit stark reduziert haben, gehören zur embryo-fetalen Medizin auch ärztliche und chirurgische Eingriffe, mit denen man Krankheiten des Fetus verhindern oder heilen will, wie etwa hochentwickelte Techniken der Pränataldiagnostik, viele nicht-chirurgische medizinische Behandlungen, eine steigende Zahl an chirurgischen Eingriffen, sowie die noch neuen und risikoreichen Eingriffe der klinischen Embryologie. Dazu werden in nicht allzu ferner Zukunft die Präimplantats-Diagnose und die Gentechnik kommen. Vgl. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Fetal therapy: Ethical considerations. *Pediatrics* 1988;81:898-899; EVANS MI, DRUGAN A, MANNING FA, HARRISON MR. Fetal surgery in the 1990s. *Am J Dis Child* 1989;143:1431-1433; Murray TH. Ethical issues in fetal surgery, *Am Coll Surg Bull* 1985;70(6):6-10; Chervenak FA, McCullough LB. Nonaggressive obstetric management. An option for some fetal anomalies during the third trimester. *JAMA* 1989;261:3439-3440.
18. PRITCHARD JA, MACDONALD PC, GANT NF. Williams' Obstetrics. East Norwalk, Appleton-Century-Crofts, 1985:867-871.
19. Wenn die Abtreibungsfrage das Problem des ethischen und juristischen Wertes des Fetus auch bis heute verschleiert hat, so wachsen nun doch das soziale Bewußtsein und die richterliche Übereinkunft, dem Fetus das Recht zuzugestehen, nicht verletzt zu werden, mit Respekt und im Falle einer Erkrankung auch medizinisch behandelt zu werden. Der „Kodex über die ärztliche Ethik und Deontologie“ (1989) der spanischen Ärzte besagt: „Der embryo-fetale Mensch muß mit denselben ethischen Maximen behandelt werden wie alle anderen Patienten, und zwar, was die Diagnostik, die Prävention, die Therapie und alle anderen Untersuchungen betrifft; dazu gehört auch das Einverständnis der informierten Eltern.“ (Punkt 25.2)
Eine Vielzahl von Gerichtsentscheiden bestätigt das Recht des Fetus, nicht absichtlich geschädigt zu werden und eine medizinische Behandlung erfahren zu dürfen, selbst wenn ein solcher Eingriff der Mutter Opfer abverlangt. Vgl. Dougherty CJ. The right to begin life with sound body and mind: Fetal patients and conflicts with their mothers. *Univ Detroit Law Rev* 1985;63(1&2):87-117; Morgan D. Fetal rights. *Br J Obst Gynecol* 1988;95:641-643; Strong C. Court-ordered treatment in obstetrics: The ethical views and legal framework. *Obstet Gynecol* 1991;78:861-868.
20. Die Kritik an der Fetalmedizin rührt manchmal daher, daß ihr noch recht bescheidenes Können pessimistisch und zu streng beurteilt wird. Meistens entsteht sie allerdings aus dem Vorurteil, daß die Begeisterung über die Fetalmedizin und der Schutz des ungeborenen Pati-

- enten die Freiheit der Mutter einschränken könnten, und zwar besonders ihr Recht auf eine Abtreibung. Auch ökonomische Argumente hat man angeführt und diese neue Art der Medizin als von niedrigem oder zweifelhaftem finanziellen Wert bezeichnet. Vgl. Annas GJ. Pregnant women as fetal containers. *Hastings Cent Rep* 1986;16 (6):13-14; Annas GJ. Protecting the liberty of pregnant patients. *New Engl J Med* 1987;316:1213-1214.
21. ATWOOD M. *The handmaid's tale*. Boston: Houghton Mifflin, 1986.
 22. PETERSEN P. Kein Freiraum mehr für die ärztliche Gewissensentscheidung? *Fortschr Med* 1993;111(5):20-24.
 23. PETERSEN P. Der Zweck entwürdigt das Mittel. *Dtsch Ärztebl* 1992;89:2437-2438.
 24. SCHWALM L, SCHNELTEN L. Menschenunwürdigen Versuch beenden. *Dtsch Ärztebl* 1992;89:2159-2160.
 25. Es gibt den Vorschlag, daß Frauen auf ihrem Mutter-Kind-Paß angeben sollen, ob sie im Falle ihres Gehirntods während der Schwangerschaft einer lebensverlängernden Behandlung zum Wohl des Fetus zustimmen oder nicht: Will M. Mutterpaß ergänzen. *Dtsch Ärztebl* 1992;89:2440.
 26. KARCHER HL. German doctors struggle to keep 15 week fetus viable. *Br Med J* 1992;305:1047-1048.
 27. American Medical Association. Law and Medicine/ Board of Trustees Report. Legal interventions during pregnancy. Court ordered medical treatments and legal penalties for potentially harmful behaviour for pregnant women. *JAMA* 1990;264:2663-2670.
 28. JOHNSEN D. A new threat to pregnant women's autonomy. *Hastings Cent Rep* 1987;17(4):33-40.
 29. FLETCHER JC. The fetus as patient: ethical issues. *JAMA* 1981;246:772-773.
 30. Es sind einige Fälle veröffentlicht worden, in denen ein gehirntoter Patient mit medizinischer Hilfe außergewöhnlich lange am Leben erhalten wurde: 60 Tage (FABRO F. Brain death with prolonged somatic survival. *N Engl J Med* 1982;306:1361); 68 Tage (PARISI JE, KIM RC, COLLINS GH, HILFINGER MF. Brain death with prolonged somatic survival. *N Engl J Med* 1982;306:14-16); oder gar 112 Tage (KLEIN RC. Brain death with prolonged somatic survival. *N ENGL J Med* ...)
 31. BLACK PMcL. Brain death. *N Engl J Med* 1978;299:338-344;393-401.
 32. ANTONINI C, ALLEVA S, CAMPAILLA MT, PELOSI G, VELLE E, VERRUA M et al. Morte cerebrale e sopravvivenza fetale prolungata. *Minerva Anestesiol* 1992;58:1247-1252
 33. PANIGEL M. Anatomy and morphology. In: *The human placenta*, Clinics Obstet Gynecol 1986; 13(3):425-449
 34. NELSON JL, HUGHES KA, SMITH AG, NISPEROS BB, BRANCHAUD AM, HANSEN JA. Maternal-fetal disparity in HLA class II alloantigens and the pregnancy-induced amelioration of rheumatoid arthritis. *N ENGL J Med* 1993;329:466-471
 35. SILER-KHODR TM. Function of the human placenta. In: Polin RA, Fox WW. *Neonatal and Fetal Medicine*. Philadelphia, 1990. WB Saunders: 162-181
 36. LEWIS A. An interesting condition. Garden City, NY, 1950:78

Prof. Dr. med. Gonzalo HERRANZ ist Arzt, Professor für medizinische Ethik und Präsident der Ethikkommission der spanischen Ärztekammer.

Heiltechnik in der Mediengesellschaft

Reflexionen am Rande zweier Fälle in Erlangen und in Wien

Enrique H. PRAT

ZUSAMMENFASSUNG

Ein fachspezifischer Fortschritt der medizinischen Technik bedeutet noch nicht einen Fortschritt für den Menschen, d.h. es ist noch kein Fortschritt für die Medizin als Heilkunst. Der Fortschritt in der Medizin kann manchmal darin bestehen, auf die Anwendung neuer Techniken und auf die Fortführung mancher Forschungsanstrengungen verzichten zu lernen. Die Schwäche einer sich an der technischen Effizienz orientierenden Medizin zeigt sich u.a. darin, daß sie sich kaum der Manipulation der Medien entziehen kann. Diese Phänomene werden an Hand der Fälle von Erlangen und Wien gezeigt.

Stichwörter: Fortschritt, Heiltechnik, Mediengesellschaft, IvF

ABSTRACT

Advances in a specialised field of medical technology does not necessarily mean progress for mankind nor for the science of medicine. For medical progress it is sometimes necessary to renounce a new medical technique or research efforts. A weakness of medicine, which seeks primarily its technical efficiency, can be demonstrated in the fact that it is not able to escape from the manipulating influence of mass media. This statement will be explained in the analysis which focuses on the cases of „Erlangen“ and „Vienna“.

Key words: Progress, Medical Technique, Mass Media, Artificial Fertilisation

Die Fälle des Erlanger-Babys und des Wiener Koma-Babys haben viele Fragen aufgeworfen, die bereits in der Öffentlichkeit breitgetreten wurden. Die Diskussionen wurden auf zwei Ebenen geführt. Die zentrale Frage der ersten Ebene war von Anfang an, ob die Verantwortlichen, d.h. an erster Stelle das Ärzteteam, aber auch die Eltern von Marion Ploch in Erlangen bzw. die Verwandten im Wiener Fall, das ad-hoc in der Erlanger Universitätsklinik einberufene Konsilium und der Herbrucker Amtsrichter fachlich und ethisch richtig gehandelt haben oder nicht, u.a.m. Die einzigen Beteiligten, meines Erachtens gleichfalls auch Mitverantwortlichen für den Fall, die nicht zur Rechenschaft gezogen wurden, sind die Medien.

18 Monate nach Abschluß des Erlanger Falles kann man sagen, daß heute ein ziemlich breiter Konsens darüber herrscht, daß die Hauptverantwortlichen für den Fall ethisch richtig gehandelt haben. Das heißt, unter Berücksichtigung der politischen, rechtlichen und soziologischen Rahmenbedingungen, die weder für sie, noch für die Institutionen, in denen sie arbeiten, veränderbar sind, haben sie sittlich richtige Entscheidungen getroffen. Man kann allerdings erwägen, ob andere Alternativen auch richtig gewesen wären.

Der wirkliche und wichtigste Effekt vor allem des Erlanger-Babys und auch des Koma-Babys in Wien war aber, daß sie auf einer sozialetischen Ebene eine Reflexion, die anthropologische, soziologische, juristische und praktisch-politische Überlegungen miteinschließt, ausgelöst hat. Die Reflexion sollte nicht abgebrochen werden. Es geht eigentlich um ganz komplexe Fragen in einer immer komplexer werdenden Gesellschaft.

Diese Diskussion auf der sozialetischen Ebene ist Bestandteil der für den sozialen Wandel maßgeblichen, immerwährenden kulturell-ideologischen Debatte, die jede Gesellschaft führen muß.

Ich möchte hier einige Fragen dieser zweiten Ebene besprechen, die meines Erachtens entscheidend für die Zukunft der Medizin und des Gesundheitswesens sind, und die vor allem mit dem Selbstverständnis der Heilkunst in einer von der Technik und Kommunikation dominierten Zivilisation zu tun haben.

1. Sind alle neuen medizinischen Techniken ein Fortschritt?

Meine These dazu ist: *Wir brauchen nicht alle neuen Techniken. Es wäre viel besser, d.h. ein wahrer Fortschritt, daß man manche Techniken nicht hätte oder zumindest, daß sie sich nicht etablieren würden. Anders gesagt: Manchmal kann der Fortschritt darin bestehen, auf die Anwendung mancher neuer Techniken verzichten zu lernen.*

Um diese These richtig zu positionieren, muß aber auch festgehalten werden, daß der Fortschritt der Medizin in den letzten Jahrzehnten in keiner Weise in Frage gestellt werden soll. Es handelt sich um eine großartige und segensreiche technische Revolution, die einen unschätzbaren Wert für uns darstellt.

Trotzdem beschäftigen sich seit Jahrzehnten die Medizinhistoriker und -philosophen zu Recht mit der Frage, ob der Vormarsch der Technik in der Medizin diese nicht irgendwie denaturalisiert hat.

Die Technik hat sich zur großen Verführung unserer Zeit entwickelt. SCHIPPERGES bezeichnet die technische Machbarkeit sogar als eine übermenschliche Versuchung.¹ Es ist eine alte Weisheit: Geld, Technik und Sex sind wesentliche Mittel für die Verwirklichung des Menschen. Sobald sie aber zum Ziel und Selbstzweck werden, zersetzen sie das Menschliche im Menschen. Alle drei aber versetzen den Menschen in eine ständige Spannung, von welcher zuweilen eine unwiderstehliche, verführerische Kraft auszugehen scheint, die diese Mittel in Ziele verwandelt.

Es ist heute keine neue kulturkritische Studie notwendig, um festzustellen, daß diese drei großen Verführer die kulturelle Identität der Gesellschaft an der Schwelle des dritten Jahrtausends besonders stark prägen, und daß die Technik eine Entfremdung der Menschen auf vielen Gebieten verursacht. Die medizinische Revolution konnte sich diesem Trend nicht entziehen. POSTMAN, der den Begriff Technopol – „Das Technopol ist die totalitär gewordene Technokratie“² – als Bezeichnung für unsere Gesellschaft geprägt hat, hat sich die Mühe genommen aufzuzeigen, wie stark dieser Zug unserer Kultur in die medizinische Praxis Eingang gefunden und zur Übertechnisierung der Medizin geführt hat.³

Der technische Fortschritt in der Medizin ist heute wirklich rasant. Die verfügbaren Techniken und Mittel in der Gesundheitsvorsorge sind großartig und wären sicherlich vor zwanzig Jahren undenkbar gewesen. Das zu leugnen ist ebenso ein Zeichen von Realitätsverlust wie die Behauptung, daß jede Technik eine Bedrohung ist. Beide Arten von Realitätsverlust sind aber in unserem Alltag feststellbar: Der technische Fortschritt und die kulturellen Errungenschaften scheinen in unserer Gesellschaft sehr leicht in Ungnade zu fallen, nachdem sie zunächst als große Erleichterung gefeiert worden sind.⁴

Jede Technik ist im Grunde eine Spezifikation einer Mittel-Zweck-Beziehung, d.h. eine konkrete Art und Weise, mit realen Mitteln etwas zu tun oder zu bewirken. Demnach kann die Technik, sittlich gesehen, weder schlecht noch gut sein, weil sie erst dann wirkt, wenn ein Mensch sie anwendet. Nur der Mensch kann mit ihr etwas Gutes oder Schlechtes tun. Dann stellt sich die Frage, wieso Technik von manchen verherrlicht und von anderen zum Feind erklärt werden kann? Das Problem liegt in der erkenntnistheoretischen Labilität der Mittel-Zweck-Beziehung. Dies läßt sich daran zeigen, 1) daß Technik zum

Selbstzweck werden kann; 2) daß eine Technik, die für einen bestimmten Zweck entwickelt wurde und auch dafür legitimerweise angewandt wird, später für andere Zwecke mißbraucht wird – das ist das Problem der Nebenfolgen und Folgesfolgen; und 3) daß die Sinnhaftigkeit mancher Techniken mit der Zeit Abnutzungserscheinungen zeigt.

Zum ersten: Technik kann zum Selbstzweck werden, wenn man davon ausgeht, daß alles machbar ist und jede technische Machbarkeit als Fortschritt verherrlicht wird. Die Machbarkeit wird zum Maß und die Technik zum Zweck.

Zum zweiten: Die Mittel-Zweck-Beziehung einer bestimmten Technik kann von den Menschen verändert werden, indem sie diese Technik für etwas anderes anwenden als wofür sie geschaffen wurde. So kann z.B. die Verteidigungstechnik, eigentlich zur Verteidigung der Nationen entwickelt, auch als grenzenloses Machtinstrument verwendet werden oder die Intensivmedizin, die zur Lebensverlängerung dienen soll, als Brutstätte für befruchtete Eizellen eingesetzt werden. Hier könnte man viele Beispiele innerhalb und außerhalb der Medizin anführen.

Zum dritten: Die Technik kann fälschlicherweise in Frage gestellt werden, wenn eine bestimmte technische Errungenschaft so alltäglich, so selbstverständlich geworden ist, daß man sich des Zweckes, wofür sie geschaffen worden ist, nicht mehr bewußt ist. Deshalb wird sie auch oft zum Feind erklärt. Wenn man nirgends mehr Kranke sieht, versteht man den großen Aufwand in der Vorsorgemedizin ebenso wenig wie den in der Verteidigung nach 50 Jahren Frieden. Die Einsicht in die tatsächliche Mittel-Zweck-Beziehung kann also deshalb verlorengegangen sein, weil das Ziel scheinbar so gut erreicht wurde, daß es aus dem Bewußtsein verschwunden ist.

Man soll die dialektische Falle – die Technik gleichzeitig bzw. konsekutiv zu verherrlichen

und zu verteufeln – vermeiden und differenziert versuchen, die guten Wirkungen der Technik als Mittel zum Zweck von der Verführung, sie zum Selbstzweck werden zu lassen, unterscheiden. Im Prinzip ist jede Technik zu bejahen, solange sie dem Menschen dient. Jeder technische Fortschritt muß am Menschen gemessen werden. Es darf nicht mehr gelten, daß alles, was möglich geworden ist, d.h. jeder technische Fortschritt, für den Menschen gut ist und auch als menschlicher Fortschritt betrachtet werden kann.⁵ Die Schlußfolgerung daraus ist: *Eine Technik, die den Menschen nicht wirklich dient oder dienen kann, soll samt dem gesamten Forschungsaufwand aufgegeben werden.*

Eben dies ist mit dem Ausdruck „verzichten lernen“ in der oben aufgestellten These gemeint. Man muß wirklich lernen zu verzichten, weil der Verzicht eine Handlung ist, die der Dynamik des Fortschritts fremd ist. CHARGAFF hat es einmal auf den Punkt gebracht: „Es ist der Fluch des Fortschritts, daß er nichts anderes tun kann als fortzuschreiten. Er kann nicht stehenbleiben, er kann nicht einen Schritt zurücktun. Auch seine Richtung kann er nur verändern, wenn sich eine Auswahl von Wegen anbietet, was selten geschieht.“⁶ Dies macht es nicht gerade leicht, zu erkennen, ob eine Technik keinen menschlichen Fortschritt mehr darstellt, denn dies hängt vor allem vom Menschenbild ab. Und sich über das Menschenbild zu einigen, ist manchmal so schwer, wie ein bereits begonnenes, rein fachlich vielversprechendes Forschungsprojekt aufzugeben.

Den Einfluß des Technopols auf die Medizin hat Schipperges so formuliert: „Unter dem Impetus des technischen Fortschritts ist es in erster Linie zu einer völligen Umprogrammierung von einer ehemals patientenorientierten Heilkunde zu einer immer ausschließlicher apparatezentrierten Heiltechnik gekommen.“⁷ Aber Schipperges plädiert trotzdem nicht dafür, daß die Medizin diesen eingeschlagenen

Weg verlassen soll, sondern für eine Medizin, die wieder den Menschen zu ihrem Maß und zu ihrer Mitte erklärt.

Wenn man von der Übertechnisierung der Medizin spricht, denkt man meistens an die Intensivmedizin als typische Apparatemedizin. Man muß aber von Anfang an klarstellen, daß es in Wirklichkeit nicht um die rein quantitative Frage geht, wieviele Apparate verwendet werden, sondern es geht nur um die Frage des Zwecks und vor allem der Sinnhaftigkeit dieser Apparate. Dienen sie dem Patienten als Menschen, für den die Gesundheit ein wichtiger Wert, aber nicht das Höchste sein sollte, dann ist nichts dagegen einzuwenden. Deshalb kann durchaus menschenunwürdige Medizin in manchen apparatefreien Ordinationen oder in einigen Krankenhäusern gefunden werden, in welchen der Patient zur Nummer wird, während in den volltechnisierten Intensivstationen, wo mit einer schicksalhaften Situation eines Menschen und seiner Familie – siehe den Fall des Wiener-Babys – gerungen wird, die Menschenwürde hoch beachtet wird.

Eine Technik, die zur Zeit ihrer Erfindung als Fortschritt betrachtet wurde, verliert ihren Sinn und wird unter anderem zum Rückschritt für den Menschen, wenn sie in absurde, ausweglose Situationen führt. Ein typisches Beispiel ist die Anwendung der In-vitro-Fertilisierung am Menschen. Es wurde in der Literatur oft darauf hingewiesen, daß die Technik der IvF, wie sie heute praktiziert wird, zu der ausweglosen Situation führt, daß im Labor befruchtete Eizellen, d.h. biologisch gesehen lebensfähige Individuen der menschlichen Spezies, anthropologisch betrachtet Personen, getötet werden bzw., euphemistisch gesagt, ihrem Schicksal überlassen werden (wohlgemerkt, nachdem dieses Schicksal herbeigeführt wurde), weil – aus welchem Grund auch immer – es keine Mütter mehr gibt, in welche sie implantiert werden können. Absurd dabei ist, daß man sie künstlich „erzeugt“, um sie später „natürlich“ sterben zu lassen. Eine weitere ab-

surde Situation ist das Tötungsgebot, das erstmalig in mancher Gesetzgebung eingeführt wurde: Embryonen, mit denen man Experimente durchgeführt hat, müssen getötet werden. Das heißt, diese IvF-Technik ist, abgesehen von anderen m.E. noch gewichtigeren Argumenten in Frage zu stellen, weil sie zu Aporien führt, also zu ausweglosen Situationen. Die „Lösung“, die bisher die zuständigen Ärzte und Techniker fanden, ist das Abgehen von wichtigen Menschlichkeitsprinzipien, etwa von jenen Prinzipien, auf welche Jahrtausende hindurch die Ärzte weltweit beim Hippokratischen Eid eingeschworen wurden: in diesem Fall wird das Lebensrecht des Ungeborenen mißachtet.

In diesem Zusammenhang zeigt der Erlanger Fall, wie die an sich schon absurde Situation, zu der man durch IvF kommt, in eine noch absurdere und ausweglosere Situation schlitzen kann. Im Zuge der Diskussion um den Erlanger Fall wurde klar, daß das Eindringen der intensivmedizinischen Technik in die pränatale Medizin neue Möglichkeiten des Schutzes des Lebensrechts der Ungeborenen auf tut. Bereits 1988 empörte der australische Bioethiker Paul Gerber weltweit die feministischen Organisationen mit seinem Vorschlag, Hirntote als Leihmütter zu verwenden.⁸ Dies scheint heute, Gott sei Dank, nicht möglich zu sein. Der Erlanger Gerichtsmediziner Prof. WURMELING, der in das Konsilium des Ärzteteams einberufen wurde, rechtfertigte die Entscheidung des Ärzteteams mit dem Vorrang des Lebensrechtes des Ungeborenen vor der Pietät gegenüber einer toten Frau.⁹ Nun könnten aber jene, die das Recht auf Leben des Ungeborenen sehr ernst nehmen, und z.B. eine Abtreibung ebensowenig rechtfertigen können wie das Sterbenlassen von „überschüssigen Embryonen“, diesen Vorrang auch für jene Situation geltend machen, in der die Hirntote nicht die leibliche Mutter ist und die Möglichkeit bestünde, den Embryo in eine künstlich am Leben erhaltene Hirntote zu implantieren.

Lohnt es sich, diese Horrorvision weiter zu spinnen, Hirntote nicht nur für Organtransplantationen zu verwenden, sondern auch als Brutkasten für die sogenannten „überschüssigen Embryonen“? Die juristischen Probleme, die dabei entstehen würden, sind kaum vorausehbar, aber immerhin wahrscheinlich lösbar. Ich meine, daß dies wirklich eine weitere Horrorvision ist, die uns dazu bewegen sollte, für die Ressourcenallokation in der Forschung und medizinischen Praxis Kriterien zu suchen, die zumindest solche aporetische Situationen ausschließen. Diese Horrorvision könnten wir nämlich vergessen, wenn wir bereit wären, auf die Anwendung einer eigentlich für die Tierwelt geschaffenen Technik, wie die der IvF, auf den Menschen zu verzichten. Wir sollten ebenfalls bereit sein, darauf zu verzichten, die legitimen, jedoch vorerst eher chancenlosen Versuche, wie die von Erlangen dafür zu verwenden, um eine Technik zu entwickeln und zu etablieren, die das Ausbrüten von Embryonen in hirntoten Frauen erlaubt. Abgesehen vom Erfinder, wer könnte sich wirklich über eine solche technische Errungenschaft freuen?

2. Medizin in der Informationsgesellschaft

Die zwei Fälle, die Ausgangspunkt dieser Überlegungen sind, haben auch gezeigt, wie schwer sich die medizinische Praxis in der Mediengesellschaft tut.

Die sogenannte technologische Zivilisation hat aber auch zu einer Revolution auf dem Gebiet der Kommunikation geführt. Die Entstehung und Entwicklung der Massenmedien, die alle Bereiche des menschlichen Lebens prägen, haben die Dynamik des sozialen Wandels in hohem Maße potenziert. Zweifellos hat diese Revolution viele Fortschritte für das Zusammenleben und den Wohlstand der Menschheit mit sich gebracht. Sie hat aber auch neue große Probleme aufgeworfen.

Diese Entwicklung bringt z.B. die Medizin und das gesamte Gesundheitswesen in große Anpassungsschwierigkeiten, weil sie sich in einer gesellschaftlichen Umwelt bewähren muß, die sich in ständigem Umbruch befindet.

Ganz besonders im Fall Erlangen und etwas weniger im Wiener Fall haben die Medien, vor allem jeweils in Deutschland und Österreich, aber auch weltweit, die öffentliche Meinung in eine Richtung getrieben, welche die behandelnden Ärzte und das Personal unter schweren Druck gesetzt hat. Prof. Scheele hat dazu einmal gesagt: „Die Pressekampagne hatte für unseren Entscheidungsprozeß einen gewissen Nachteil. Während man davor sagen konnte, wir warten einfach mal ab und entscheiden uns dann, wenn wirklich eine Entscheidungsnotwendigkeit besteht, waren wir jetzt gezwungen, ein definitives Statement konkret abzugeben“.¹⁰

Dennoch sind die Medien die einzigen Beteiligten und Mitverantwortlichen im Erlanger Fall, die in dieser Diskussion ungeschoren geblieben sind. Man muß nicht viel von Mediensoziologie wissen, um festzustellen, daß die Medien in unserer Gesellschaft keine neutralen passiven Zeitzeugen sind. Anstatt die Wirklichkeit einfach wiederzugeben, gestalten und inszenieren sie diese. Sie selektieren und verarbeiten Informationsinputs, indem sie diese einem medienspezifischen dynamischen Prozeß unterziehen, der bereits eine Deutung der „Wirklichkeit“ miteinschließt. Sie erstellen somit die „Kopien“ einer fiktiven Wirklichkeit.

Die Medien sind ein erstrangiger Machtfaktor in unserer Gesellschaft, weil es ihnen gelingt, völlig unauffällig im Bewußtsein der Menschen zu agieren. Eine kurzfristige Überprüfung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Information und der Adäquatheit der Deutung ist kaum möglich. Dies hat eine sehr starke Abhängigkeit der öffentlichen Meinung von den unkontrollierbaren Medien zur

Folge. Man wird einwenden, daß die kontrollierenden Medien sich doch auch gegenseitig kontrollieren. Dem ist entgegenzuhalten, daß eine Information, wenn sie einmal „losgelassen“ ist, eine Eigendynamik entfaltet, deren Wirkung nicht mehr zurückgenommen werden kann, auch wenn sich herausstellt, daß die Information unrichtig oder unvollständig war. Meistens erreichen Richtigstellungen nur einen Bruchteil jener Menschen, welche die ursprüngliche Information erhalten haben.

Diese Wirkungsweise der Medien kann leicht zu einer öffentlichen Meinung führen, die deswegen als manipuliert zu bezeichnen ist, weil sie sich an einer medial inszenierten und fiktiven Wirklichkeit gebildet hat, die mit der tatsächlichen Wirklichkeit gar nicht übereinstimmt. Eine solche öffentliche Meinung kann – wie in Erlangen – einen beachtlichen Druck auf die Experten ausüben. Dieser Druck ist dreifach. Einmal der durch die aufgetretene Öffentlichkeit, zum zweiten der des neuen Pseudoexpertentums, und zum dritten der durch die Medien direkt erzeugte, der die Experten in eine defensive Rechtfertigungsposition drängt.

2.1. Die Manipulation der Patienten

2.1.1 Die Medienhetze gegen die Medizin

Der Erlanger Fall hat einmal mehr gezeigt, daß es in der Informations- oder Mediengesellschaft bei der Bildung der öffentlichen Meinung oft nicht so sehr darauf ankommt, was tatsächlich passiert ist, als auf das, was durch die Medien verbreitet wird. Das ist natürlich ein allgemeines Problem der Gesellschaft, das auch die Medizin ins Herz trifft, weil es sie daran hindert, ihrer Aufgabe gerecht zu werden.

In der sogenannten Informationsgesellschaft sind die Einzelpersonen nicht besonders gut informiert. Sie verfügen aber über eine derartige Fülle an Zweithand-Informationen, wie es

in der Geschichte der Menschheit noch nie der Fall war. Dies geht aber leider nicht Hand in Hand mit einem Realitätsgewinn, sondern eher mit einem krassen Realitätsverlust, da heute nahezu die ganze Information vom „Hörensagen“ bezogen wird, und zu 99% beziehen wir sie samt ihrer Deutung aus den Medien. Das ist, was MARQUARD „die Karriere des Hörensagens“ genannt hat: „Niemals zugleich – das liegt am modernen Siegeszug der Erfahrungswissenschaften – gab es so viele neue Erfahrungen wie heute. Aber wir machen sie nicht mehr selbst, sondern andere machen sie für uns“.¹¹

Sätze wie „Ihr wollt sie ja gar nicht behandeln, ihr wollt ja nur an ihre Innereien“ oder „an dem Experiment mit meiner Marion verdienen sich die Doktoren eine Goldene Nase“, die in Erlangen aus dem Munde von Marion PLOCHS Vater stammen, spiegeln gängige Klischees über die Medizin im Technopol wider. Ob sie stimmen oder nicht, ist irrelevant. Sie sind Bestandteil der öffentlichen Meinung, weil es nicht an Medien mangelt, die eine solche Position mit konkreten Daten untermauern. In der Mediengesellschaft tut sich die Medizin mit Ausnahmefällen bzw. unvorhersehbaren Situationen sehr schwer. Die Mediensoziodynamik macht sie regelmäßig zum Normalfall, d.h. der außergewöhnliche Einzelfall wird so oft kolportiert, kommentiert, analysiert, interpretiert, dementiert, wiederbestätigt, bis er im Bewußtsein das Gewöhnliche wird. Das Versagen eines einzelnen Arztes oder eines Krankenhauses unter tausenden wird so breitgetreten, daß jeder glauben muß, dieses Versagen sei der Normalfall. Im Ergebnis wird von den Medien eine „Scheinwirklichkeit“ verbreitet, die deswegen glaubwürdig ist, weil sie auch manche überprüfbare Fakten enthält. Die Frage, ob die Medien sich dieses soziodynamischen Vermögens bewußt sind und es absichtlich einsetzen, um die „Wirklichkeit“ zu inszenieren, wäre auch sehr

interessant, sie sprengt aber den Rahmen dieser Überlegungen.

Die durch die Medien kolportierten „Enthüllungen“ über das Gesundheitswesen, die, wie gesagt, in keinem Verhältnis zu der Wirklichkeit eines gut und effizient funktionierenden Gesundheitssystems stehen, haben vor allem eine doppelte Wirkung: den Schwund des Vertrauens in die Gesundheitsverwaltung im allgemeinen und die Störung der Patient-Arzt-Beziehung im einzelnen.

2.1.2 Der Laie zum Pseudoexperten manipuliert

Es gibt eine zweite Art der Manipulation. Es ist dies die Berichterstattung über den Stand der Medizin, über die laufende Forschung, über neue Krankheiten und neue Krankheitserreger, über neue Diagnosemethoden und bessere Medikamente usw. Hier sind nicht in erster Linie nur die bewußt irreführenden oder die naiv vereinfachenden und ungenauen Informationen, sondern auch die fachlich richtigen Darstellungen der medizinischen Fakten gemeint. Jedoch, so korrekt sie auch immer sein mögen, sie können meistens von den medizinischen Laien nicht richtig gedeutet werden und wirken deshalb oft irreführend.¹² Trotzdem sind die Gesundheitsspalten der Boulevardblätter sehr beliebt und deshalb vor allem für die Zeitungsunternehmer unverzichtbar.

Der mediengeschädigte, mißtrauische, aber zum Pseudoexperten avancierte medizinische Laie ist jener realitätsentfremdete Patient, der, wenn er sich krank fühlt, nicht sofort zum Arzt geht. Es ist aber auch jener, der, wenn er zum Arzt geht, bereits beim Betreten der Ordination über seine Diagnose Bescheid weiß, und auch darüber, welche Therapien notwendig und welche andere auszuschließen sind usw., oder der zumindest weiß, welche Diagnosemethoden anzuwenden sind. Und er ist auch jener, der wenig Compliance aufweist.

2.2. Die Manipulation des Arztes oder die entmündigte Medizin

Die kolportierten Enthüllungen über das Gesundheitswesen, welche die Medien zur informellen, aber doch wirksamen gesellschaftlichen Appellationsinstanz – Medienjustiz – konstituieren, haben gemeinsam mit dem von den Medien geschaffenen Pseudoexpertentum eine doppelte Wirkung gezeitigt: den Schwund des Vertrauens in die Gesundheitsverwaltung im allgemeinen und die Störung der Patient-Arzt-Beziehung im einzelnen.

In dieser Atmosphäre des Mißtrauens führen der Druck der Medien und der realitätsentfremdete Patient zu einer Belastung und Konditionierung der medizinischen Praxis, die auf eine zumindest teilweise und sehr gefährliche Entmündigung des Arztes hinausläuft, wenn er diesem Druck nicht widersteht. Die oben erwähnte Aussage von Prof. SCHEELE¹³ zeigt, wie die Medien in den Entscheidungsprozeß der Ärzte eingreifen können, d.h. der Arzt wird unter dem Druck der Medien, auf welchen oft ein weiterer Druck von den politischen Gesundheitsbehörden, Pharmafirmen, Krankenhausträgern, Krankenversicherungen und ökonomischen Interessensvertretungen folgt, zu Entscheidungen gedrängt, die er aus rein medizinisch-sachlichen Erwägungen anders fällen würde.

Der realitätsentfremdete Patient wird vor allem den gefälligen Arzt honorieren, der bereit ist, die Durchführung einer Computertomographie für den an normalen Kopfschmerzen leidenden Patienten anzuordnen. Ein rein auf Leistungshandlungen ausgerichtetes Gesundheitssystem, das keine Prüfmechanismen der echten Effizienz der ärztlichen Handlungen vorsieht, benachteiligt den verantwortungsbewußten Arzt, der solche Gefälligkeiten ablehnt.

3. Zusammenfassung und Auswege

Aus dem Gesagten sollen hier nur einige Schlußfolgerungen gezogen werden, die andeutungsweise Ansätze für Auswege aus der erörterten Problematik aufzeigen.

3.1. *Zwischen der Technisierung der Medizin und dem manipulativen Einfluß der Medien auf das Gesundheitswesen gibt es einen klaren Konnex.* Insofern die Heilkunst zur Heiltechnik geworden ist, übernimmt sie die der Technik eigene Zweckrationalität und daher auch ihren Effizienzgrundsatz.¹⁴ Dieser fordert den Einsatz von immer mehr zweckdienlichen Mitteln im Rahmen einer fachspezifischen Mittel-Zweck-Relation. Die Technik selbst befaßt sich aber nicht mit der Findung und Abwägung der Sinnhaftigkeit von alternativen Zielsetzungen. Sie liefert dazu keine Kriterien und gibt nicht an, ob dieser Zweck und nicht etwa ein anderer, weil er z.B. menschlicher als der erste ist, verfolgt werden soll. Die Schwäche einer sich an der technischen Effizienz orientierenden Medizin zeigt sich unter anderem darin, daß sie sich kaum der Manipulation der Medien entziehen kann.

3.2. Gibt es einen Ausweg aus dieser Situation? Die Grenzen des Machbaren in der Medizin müssen nicht nur rein individual-ethisch (die Natur des Menschen und seine Würde), sondern auch sozialetisch (z.B. die Frage der verteilenden Gerechtigkeit) und ökonomisch (die Knappheit der Ressourcen) bestimmt werden. In der medizinischen Praxis werden eher die individual-ethischen, aber kaum die sozialetischen und ökonomischen Fragen behandelt. *In der Gesundheitspolitik, ganz besonders aber bei manchen Extremfällen der medizinischen Praxis wird es notwendig sein, zunächst eine sozialetische und ökonomische Theorie des Gesundheitswesens zu entfalten, zur oben erwähnten Findung und Abwägung der Sinnhaftigkeit alternativer*

Zielsetzungen zu gelangen und damit der Logik der Technik zu entkommen. Diese Theorie wird auch zeigen, wo man in der medizinischen Praxis und Forschung Zurückhaltung bis zum Verzicht (vgl. These im Abschnitt 1) üben muß, d.h. sie wird erlauben, die Prinzipien und Kriterien dafür auszuarbeiten und die damit verbundenen ethischen Haltungen zu postulieren.

3.3. Wie soll man im Gesundheitsbereich mit den Medien umgehen? Die schlimmste Wirkung der Medien im Zusammenhang mit dem Gesundheitsbereich ist der erwähnte Schwund des Vertrauens in die Arzt-Patient-Beziehung. Es wäre unrichtig, die Schuld für diese Entwicklung allein den Medien zuzuweisen. Die oben festgestellten patientenunfreundlichen Organisationsmodelle in Ordinationen und Spitalern haben das Ihrige dazu beigetragen. Die Lösung liegt sicherlich nicht darin, die Patienten in Kunden umzubenennen, wie es in der letzten Zeit oft vorgeschlagen wird. *Der medial verursachte Vertrauensschwund kann sicherlich vor allem durch vertrauensstärkende Maßnahmen im Ordinations- und Spitalbetrieb am wirksamsten wettgemacht werden. Vom Arzt wird heute neben der medizinischen eine kommunikative Kompetenz erwartet, was sich in den Wünschen nach einfühlsamer Beratung äußert.*¹⁵

3.4 Was den direkten Umgang der Ärzte mit den Medien anbelangt, muß man vor allem an die im Hippokratischen Eid¹⁶ postulierte Schweigepflicht des Arztes erinnern. *Die Einhaltung dieser Schweigepflicht wird in Fällen wie in Erlangen und in Wien die ärztliche Tätigkeit vor der Manipulation durch die Medien schützen. Weder die Vielseitigkeit noch die Intensität des Druckes der Medien, welche die Einhaltung dieses Postulates sehr schwierig machen können, werden die Aufgabe dieses Postulates jemals ethisch rechtfertigen.*

Anmerkungen:

1. H. SCHIPPERGES „Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes“, Verlag Josef Knecht, Frankfurt a.M. 1988, 141.
2. N. POSTMANN „Das Technopol. Die Macht der Technologien und die Entmündigung der Gesellschaft“ Fischer Verlag, 1991, 56.
3. N. POSTMANN „Das Technopol...“, 102 ff. Siehe auch H. SCHIPPERGES „Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes“, 11 – 46.
4. Dies erläutert Odo MARQUARD mit ein paar bestechenden Beispielen: „Je mehr Krankheiten die Medizin besiegt, desto größer wird die Neigung, die Medizin selber zur Krankheit zu erklären; je mehr Lebensvorteile die Chemie der Menschheit bringt, umso mehr gerät sie in den Verdacht, ausschließlich zur Vergiftung der Menschheit erfunden zu sein; und: je länger Kriege vermieden werden, desto gedankenloser gilt die vorhandene Friedensvorsorge als pure Kriegstreiberei. Kurzum – faßt Marquard zusammen – (...) je erfolgreicher die Technik als Lebenserleichterung wirkt, desto ungehemmter wird sie zur Lebenserschwerung umerfahren; und je mehr Umweltschonung sie faktisch ermöglicht, desto mehr wird sie zur Umweltbelastung erklärt.“ vgl. O. MARQUARD „Zeitalter der Weltfremdheit. Beitrag zur Analyse der Gegenwart“ in „Apologie des Zufälligen“, Reclam, Stuttgart, 1986, 89 u. 91.
5. H. JONAS, „Das Prinzip Verantwortung“, Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1984 (1979) und „Technik, Medizin und Ethik“, Insel Verlag, Frankfurt a.M., 1985.
6. E. CHARGAFF, „Voraussichtliche Rücknahme eines Fluches“ in H.M. Gardner, (Hrsg.) „Eingriffe in das Leben“, Solaris Verlag, Innsbruck, 1986, 41.
7. H. SCHIPPERGES „Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes“, Verlag Josef Knecht, Frankfurt a.M. 1988, 18
8. Renate D. KLEIN (Hrsg.) „Das Geschäft mit der Hoffnung. Erfahrungen mit der Fortpflanzungsmedizin“ Orlanda Frauenverlag, Berlin, 266.
9. Diskussionsbeitrag von H.B. WURMELING in G. BOCKENHEIMER-LUCIUS und Eduard SEIDLER (Hrsg.) „Hirntod und Schwangerschaft. Dokumentation einer Diskussionsveranstaltung der Akademie für Ethik in der Medizin zum „Erlanger Fall“, F.Enke-Verlag, Stuttgart, 1993, 24.
10. Diskussionsbeitrag von Prof. SCHEELE in G. BOCKENHEIMER-LUCIUS und Eduard SEIDLER (Hrsg.) „Hirntod und Schwangerschaft. Dokumentation einer Diskussionsveranstaltung der Akademie für Ethik in der Medizin zum „Erlanger Fall“, F.Enke-Verlag, Stuttgart, 1993, 16.
11. O. MARQUARD „Zeitalter der Weltfremdheit. Beitrag zur Analyse der Gegenwart“ in „Apologie des Zufälligen“ Reclam, Stuttgart, 1986, 89.

12. Ch. STAHER „Der Einfluß der Medien auf die Erwartungshaltung der Patienten in der Medizin“ und in O. Marquard u.a. (Hrsg.) „Medizinische Ethik und soziale Verantwortung“, Fink/Schöning-Verlag, München 1989, 29-47 und auch Ch. VON FERBER „Medizinkultur und Laienkultur nebeneinander-miteinander-gegeneinander“ im gleichen Band 9-28.
13. „Die Pressekampagne hatte für unseren Entscheidungsprozeß einen gewissen Nachteil. Während man davor sagen konnte, wir warten einfach mal ab und entscheiden uns dann, wenn wirklich eine Entscheidungsnotwendigkeit besteht, waren wir jetzt gezwungen, ein definitives Statement konkret abzugeben“, siehe Fußnote 10.
14. H. SCHIPPERGES „Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes“, Verlag Josef Knecht, Frankfurt a.M. 1988, 16 ff., 120 und 141.
15. R. FRANKE, D. HART „Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation“, Enke, Stuttgart, 1987, 11 u. 12.
16. Punkt 8 des Eides des HIPPOKRATES: „Was immer ich bei der Behandlung (der Patienten) sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, soweit man es nicht ausschwatzen darf, werde ich darüber schweigen, solches als heiliges Geheimnis achtend“.

Dr. Enrique H. PRAT ist Nationalökonom, Soziologe und Geschäftsführer des IMABE-Instituts.

Placebostudien sind ethisch problematisch

In zahlreichen medizinischen Studien werden, um das Endergebnis nach allen Seiten hin abzusichern, Placebokontrollen eingebaut. Es erhebt sich aber die Frage, ob diese Vorgangsweise nicht der 1964 beschlossenen Deklaration von Helsinki widerspricht, in der ja festgelegt wurde, daß jedem Patienten die am besten überprüfte Behandlung, von der Diagnose bis zur Therapie, zusteht. Forschungsstudien, die diesem Prinzip nicht Rechnung tragen, sollten nicht veröffentlicht werden dürfen.

Bei diesen Studien werden die Patienten darüber informiert, daß ihnen im Laufe ihrer Behandlung Placebos verabreicht werden. In den vergangenen Jahren erschienen die Ergebnisse mehrerer Studien zur Behandlung von Rheumatoider Arthritis. In diesen Studien bekamen die Patienten nonsteroidale antiinflammatorische Agentien als Primärtherapie. Zudem erhielten sie entweder eine neue Sekundärbehandlung oder Placebos. Diese Versuche dauern oft Jahre und werden fortgesetzt, obwohl bereits Ergebnisse darüber vorliegen, daß verschiedenste Sekundärtherapien eine weit bessere Wirkung zeigen als Placebos.

Ähnliches zeigt sich bei der Testung von Antidepressiva. Auch hier werden Placebos verabreicht, obwohl erprobte Mittel zur Verfügung stehen. Ein anderes Beispiel: In den vergangenen Jahren konnten beachtliche Fortschritte in der Behandlung des durch Chemotherapie hervorgerufenen Erbrechens gemacht werden. Präparate wie Phenothiazine, Corticosteroide, oder Benzodiazepine zeigen gute

Wirkungen. Trotzdem wurde ein neues Präparat - Ondansetron - wiederum in mehreren Versuchen mit Placebos verglichen.

Die diesbezügliche Liste ließe sich noch verlängern. Um ein Präparat in den USA vermarkten zu können, muß es bestimmten Anforderungen, die die „Food and Drug Administration (FDA)“ festlegt, erfüllen. Für die FDA gehören Placebokontrollen zum „goldenen Standard“: Placebos sind dort anzuwenden, wo es sich um Störungen geringeren Schweregrades handelt, auch wenn andere Therapiemöglichkeiten vorhanden sind. Die FDA weigerte sich - zumindest in der erstens Instanz - ein neues Medikament, einen Beta-blocker zur Behandlung von Angina Pectoris freizugeben, nur weil kein Kontrolltest mit Placebos durchgeführt worden war, und obwohl das neue Präparat nachweislich ähnliche Wirkung wie die des sich bereits am Markt befindlichen Propranolol aufwies. Überhaupt scheint es, daß den Placebostudien ein viel zu gewichtiger Stellenwert eingeräumt wird. In der Praxis werden sie auf eine Stufe mit den wohl anerkanntesten Methoden, nämlich der randomisierten Kontrollstudie bzw. der Doppelblindstudie, gesetzt.

DR. KENNETH J. ROTHMAN und KARIN B. MOCHELS von der Boston und Harvard University School of Public Health betonen: „Auch wenn ein neues Präparat schlechter als das alte ist, so ist es besser als gar keines“! Es geht also nicht an, aufgrund eines sich perfektionisierenden Forschungsgeistes Menschen um die Behandlung zu bringen, die ihnen eigentlich zusteht.

Ein Argument, das häufig zugunsten der Placeboversuche angeführt wird, will dem Patienten die

Verantwortung für das Vorgehen übertragen. Wenn der Patient zur Gänze informiert wurde, und er sich trotz der Risiken weiterhin bereiterklärt, eine Placebo-Studie mitzumachen, wieso soll man ihn dann von etwas abbringen, das er selbst will? Dagegen spricht, daß auch der informierteste Patient immer uninformierter sein wird als seine Ärzte und er wird kaum je in der Lage sein, tatsächlich entscheiden zu können, ob die Unterlassung einer Behandlung zu tolerieren ist oder nicht.

New England Journal of Medicine, Aug. 11, 1994.

Septische Abtreibung

Unter einer septischen Abtreibung versteht man eine, die mit Komplikationen wie Fieber, Endometritis und Parametritis einhergeht.

Wird die Diagnose zu spät gestellt, können Bakteriämie, Beckenabzesse, septische Thrombophlebitis, disseminierte Koagulopathie, septischer Schock und Nierenversagen zum Tod führen. Ursache dafür ist die unvollständige „Ausräumung“ des Uterus durch Vakuumcurettag oder Uterusperforation. Auch Spülungen mit Seifenlösungen, die Cresol oder Phenol enthalten, haben fatale Wirkungen - Uterusnekrose, Nierenversagen, Schädigung des ZNS und Atemstillstand können die Folge sein.

In den Ländern der sogenannten „Ersten Welt“ ist dies nunmehr kein Problem mehr. Laut den letzten diesbezüglich komplett zur Verfügung stehenden Statistiken aus dem Jahr 1987 starben in den USA nach 1.353.671 legal durchge-

fürten Abtreibungen sechs Frauen an den Folgen von Komplikationen. In den 40er Jahren dieses Jahrhunderts starben noch 1000 Frauen jährlich an Sepsis nach Abtreibungen. Als Hauptgründe für den Rückgang der Todesfälle werden einerseits der Einsatz wirksamer Antibiotika, andererseits die Legalisierung der Abtreibung genannt. In Europa stirbt eine von 100.000 Frauen nach einer Abtreibung.

In den Entwicklungsländern hingegen bleibt Abtreibung nach wie vor Todesursache Nr.1 von Frauen in der Schwangerschaft. Die WGO schätzt die Anzahl auf bis zu 250.000 pro Jahr. Das sind 50% aller Todesfälle in der Schwangerschaft.

Länder, in denen Abtreibung illegal ist – Rußland beispielsweise – weisen ein signifikant erhöhtes Todesrisiko auf. Was kann dagegen getan werden? An erster Stelle steht sicherlich die Prävention. Die Gleichstellung der Frauen in aller Welt, Bildungsprogramme und Vermittlung verantwortlicher Familienplanung könnten einen Rückgang der Abtreibungsprobleme und damit auch der Todesfälle bewirken.

New England Journal of Medicine, Aug. 4, 1994 (NEJM).

Kommentar zum Artikel:

Die Legalisierung der Abtreibung schwächt wohl nur das Problem ihrer gefährlichen Konsequenzen ab, nicht jedoch das Problem Abtreibung selbst. In dem Artikel aus dem NEJM wird nicht auf die seelischen Konflikte eingegangen, die durch Abtreibungen entstehen. Das „Post-Abortion-Syndrom“ – ein Sammelbegriff für eine Reihe von Symptomen wie Angstträume, Depressionen etc. nach dem Eingriff, sollte in seiner Gefährlichkeit ebenso wahrgenommen werden wie eventuelle Infektionen. Prä-

vention sollte in erster Linie der Abtreibung und nicht ihren Konsequenzen gelten.

B.K.

Tolerante Normen für die Embryo-Forschung in den USA

Das Nationale Institut für Gesundheit (NIH) setzte im Jänner 94 unter der Leitung von Harold Varmus einen wissenschaftlichen Beraterstab ein, der die Ansuchen von Forschern auf dem Gebiet der Embryologie prüfen soll. Ermutigt durch den „toleranteren“ Kurs der CLINTON-Regierung wollen die Mitglieder der Kommission einen Rahmen vorgeben, innerhalb dessen staatlich unterstützte Forschung agieren soll und darf.

Einige der Bedingungen sind bekannt geworden und werden noch für heftige Diskussionen sorgen.

So sollen für die Forschung „Überschuß-Embryos“ bis zum 14. Tag verwendet werden. Diese Embryos fallen in IvF-Kliniken an. Ab dem 14. Tag bildet sich das Nervensystem aus.

Es sollen aber auch Embryos ausschließlich zu Forschungszwecken aus Spendersamen und Eizellen im Labor entstehen „dürfen“. Weiters soll die Bildung von Parthenoten zu Forschungszwecken erlaubt werden: das sind Eizellen, die zum Wachsen und zur Teilung angeregt werden und nur kurz lebensfähig sind. Solche Gebilde sollen wichtige Informationen über die Befruchtung liefern können.

In der Kommission herrscht noch Uneinigkeit über die Entwicklung von Stammzelllinien für die Transplantationsforschung. Embryonalzellen scheinen keine Abwehrmechanismen auszulösen, wenn man sie Geborenen einpflanzt.

Erlaubt werden sollen Biopsien von Blastomeren (frühe Entwick-

lungsstufen der Embryogenese) zur DNA-Analyse, um Krankheiten feststellen zu können (z.B. Cyst. Fibrose).

Science Vol.265 19 August 1994

Von Alkohol und anderen Drogen ...

Seit Jahrtausenden nehmen wir Menschen Drogen in der einen oder anderen Form zu uns, und die Gesellschaften dieser Erde haben in verschiedener Weise versucht, mit den Substanzen, die unseren Blick auf die Wirklichkeit beeinflussen, umzugehen.

Koffein und Zigaretten sind quasi omnipräsent, in Film und Fernsehen wie auch im alltäglichen Leben. Kaffee oder Zigaretten sind bereits zu Synonymen für die Befristung einer Arbeitspause geworden.

Sowie Kaffee und Nikotin ist auch Alkohol zum Bestandteil unserer Lebensgewohnheiten und damit zum Bestandteil unserer Kultur geworden. Lenken wir unseren Blick in die USA: Etwa 100 Millionen Amerikaner – das ist etwa die Hälfte der Bevölkerung über 12 Jahre, trinken regelmäßig Alkohol. Der Großteil sind sogenannte „soziale Trinker“, aber 10% jener, die trinken, müssen als Alkoholiker betrachtet werden.

Der Schaden, den Menschen sich und anderen unter Alkoholeinfluß zuzufügen, ist enorm.

Die Hälfte aller tödlichen Unfälle sind auf Alkoholeinfluß der Lenker zurückzuführen. In Zahlen heißt das 17.000 Unfälle pro Jahr. Brände, Ertrinken, Mord, Selbstmord, Gewalt in der Familie, Obdachlosigkeit – all diese Katastrophen des öffentlichen oder privaten Raumes – stehen in engem Zusammenhang mit dem Mißbrauch der Droge Alkohol. Chronische Lebererkrankungen rangie-

ren bereits an 11. Stelle der Todesursachen in den Vereinigten Staaten. Andere Folgewirkungen des Alkoholmißbrauchs, wie Pankreatitis, Kardiomyopathie, periphere Neuropathie, Demenz und andere neurologische Störungen, sowie Krebs und das fetale Alkoholsyndrom sind Ursachen für etwa 100.000 Todesfälle pro Jahr, die durch Alkohol verursacht werden.

Andere bewußtseinsverändernde Drogen, wie Marihuana, Kokain und Heroin werden viel seltener konsumiert. 9 Millionen Amerikaner nehmen regelmäßig Marihuana zu sich, 1,6 Millionen Kokain oder „Crack“-Kokain. Nahezu eine Million benutzen Heroin und etwa 1 Million nimmt LSD oder andere halluzinogene Drogen und psychoaktive Inhalantien zu sich.

Marihuana und Heroin können in ihrer biologischen Effektivität hinter Alkohol gereiht werden. Dafür disponieren die labilen psychosozialen Bedingungen und erhöhen die medizinischen Risiken. „Needle sharing“ – das mehrmalige Verwenden einer Nadel beim Heroinspritzen – verursacht in den USA ein Drittel aller AIDS-Tode.

Die Gesellschaft betrachtet Alkohol aber anders als alle anderen phychoaktiven Drogen. Preis und Besteuerung wird vom Staat gelenkt und bringt ihm jährlich 14 Milliarden Dollar ein. Gesellschaftlich wird Alkohol gefördert und akzeptiert. Alle anderen Drogen sind illegal, werden daher in erster Linie von Kriminellen in Umlauf gebracht und umgesetzt.

Die Gesellschaft muß aber jährlich mit bis zu 10 Milliarden Schilling für den illegalen Drogenkonsum aufkommen. Diese Kosten enthalten das Drogenkontroll-Budget, Einkerkierung Straffälliger, Eigentum, das durch Verbrechen zur Drogenbeschaffung verloren geht und die enormen Einnahmen der Dealer.

Diskussionen sind nun im Gange, wie dem Problem begegnet werden soll. Die einen treten für einen verschärften Kurs in der Bekämpfung des Drogenhandels ein, die anderen wollen öffentliches Geld vor allem in innerstädtische Bildungsprogramme investieren. In einem Punkt jedoch sind sich alle Beteiligten einig: der Drogenkonsum ist primär eine Privatangelegenheit, auch wenn er negative Konsequenzen für die Beteiligten hat. Sobald jedoch andere Menschen durch Drogenkonsumenten zu Schaden kommen, sollte dies mit allen Mitteln eingedämmt werden. Konkret könnte das bedeuten, daß Autofahrern, die unter Drogeneinfluß am Steuer erwischt werden, gleich beim ersten Mal der Führerschein auf 1 Jahr entzogen werden wird, bzw. daß die Lenker in Entzugsprogramme integriert werden.

Da 5% aller betrunkenen Autofahrer, die bei Unfällen ums Leben kamen, bereits einen Führerscheinentzug hinter sich hatten, bestünde auch die Möglichkeit, den Wiederholungstätern die Autos zu entziehen.

The New England Journal of Medicine, Aug. 25/ 1994

Studie zur Sterblichkeit von Obdachlosen in Philadelphia.

Sterben Obdachlose früher als andere Menschen? Was intuitiv mit „Ja“ beantwortet werden könnte, wurde nun durch eine breit angelegte Studie belegt. Obdachlose haben tatsächlich eine geringere Lebenserwartung. In Philadelphia identifizierte eine Gruppe von Forschern unter der Leitung von Jonathan R. HIBBS der Universität von Minnesota 6308 Obdachlose im Alter zwischen 15 und 74 Jahren, die in der Zeit vom Jänner 1985 bis Dezember 1988 Hilfsdienste frequentierten.

Anhand von Computerlisten verglich man die Sterberate der Bürger von Philadelphia mit der der Obdachlosen. Es zeigte sich, daß Obdachlose eine vier Mal so hohe Wahrscheinlichkeit zu sterben aufweisen. Die Studie brachte einige interessante Details zutage.

Die Mortalität unter weißen Obdachlosen war größer als unter schwarzen.

Zwei Gründe könnten dafür ausschlaggebend sein: Erstens ist die Wahrscheinlichkeit, daß der Tod eines Weißen registriert wird, größer als der anderer Obdachloser, und zweitens liegen die Gründe dafür, daß Nicht-Weiße oder Frauen obdachlos werden, eher in deren schlechter finanzieller Lage, während Weiße dann zu Obdachlosen werden, wenn sie bereits durch eine Erkrankung prädisponiert sind. Interessanterweise sind die häufigsten Sterbefälle im Sommer zu beobachten. Das hängt damit zusammen, daß der Kontakt der sozialen Einrichtungen zu den Obdachlosen im Winter enger ist als im Sommer.

Die häufigsten Todesursachen sind Verletzungen, Herzerkrankungen, Lebererkrankungen, damit im Zusammenhang Drogenmißbrauch (Alkohol etc.).

New England Journal of Medicine, Aug. 4, 1994

Indien verbietet Abtreibung weiblicher Feten

Indien. Eine selektive Abtreibung von weiblichen Feten ist von nun an ein schweres Vergehen. Ärzte, die Geschlechtsbestimmungen durchführen, werden aus dem Arzteregister entfernt und mit drei Jahren Gefängnis bzw. einer Geldstrafe von 10.000 Rupees (etwa 200 Pfund) bestraft. Schwangere Frauen, die das Geschlecht ihres Kindes bestimmen lassen, droht die gleiche Strafe.

Die Abtreibung aus gesundheitlichen Gründen ist in Indien seit 1971 legal. Man schätzt, daß jährlich bis zu 50.000 gesunde weibliche Feten nach Geschlechtsbestimmungstests abgetrieben werden.

Die Gründe für das Töten weiblicher Feten ist kulturell bedingt.

In einem armen Land wie Indien sind Mädchen eine „Belastung“ für die Familie. Eltern müssen der Frau bei ihrer Heirat eine Mitgift

geben. Das bedeutet eine finanzielle Belastung für die Brautfamilie. Zudem wird Frauen im allgemeinen die Fähigkeit abgesprochen, für die Familie sorgen zu können bzw. die Eltern im hohen Alter zu versorgen.

Pränatale diagnostische Methoden werden von nun an nur zur Bestimmung erblicher und congenitaler Abnormitäten eingesetzt werden dürfen. Trotzdem wird es

schwer sein, dieses Gesetz auch tatsächlich durchzuführen, da die Abtreibungen vorwiegend in Privatkliniken stattfinden, von denen es in New Delhi allein 2000 gibt. Diese könnten sich nicht sehr kooperativ zeigen.

Etwa 70% aller Abtreibungen in New Delhi werden aufgrund des Merkmals: „weiblich“ vorgenommen.

BMJ, Volume 309, Aug. 13/ 1994

Pränataldiagnose und Therapie

LS Levine, SY Pang

PRENATAL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA

Journal of Pediatric Endocrinology 7: 3 (JUL-SEP 1994)

Technische Fortschritte haben es ermöglicht das Adrenogenitale Syndrom bereits pränatal zu diagnostizieren und auch zu behandeln. Die parenterale Verabreichung von Dexamethason an die schwangere Mutter konnte in einem hohen Prozentsatz der Fälle das Hormonungleichgewicht im Fetus verhindern. Die Langzeitwirkung dieser Therapie auch auf die spätere Entwicklung läßt sich derzeit aber noch nicht abschätzen.

Gentherapie:

GT Sukhikh, EM Molnar, VV Malaitsev, IM Bogdanova

TRANSPLANTATION OF HUMAN FETAL TISSUE IN HEMATOLOGY

Bulletin of Experimental Biology and Medicine 117: 4 (APR 1994),

GT Sukhikh, Int Inst Biol Med, Moscow, Russia

Eine akute Leukämie oder eine aplastische Anämie kann mit Hilfe humaner Fetalzellen aus der Leber ober dem Thymus behandelt werden. Die Transplantation dieser Zellen stimuliert im Empfänger die Hämatopoese. Die Verwendung fetaler Zellen löst das Problem der HLA-Kompatibilität

und eröffnet neue Anwendungsbiete der Gentechnik.

Kontrazeption

SL Krueger, TR Dunson, RN Amatyia

NORPLANT® CONTRACEPTIVE ACCEPTABILITY AMONG WOMEN IN FIVE ASIAN COUNTRIES

Contraception 50: 4 (OCT 1994)
SL Krueger, Family Hlth Int, POB 13950, Res Triangle Pk, NC 27709 USA

In 5 asiatischen Ländern wurden insgesamt 1882 Frauen Norplant® zur Kontrazeption implantiert. Die Beobachtungszeit sollte über 5 Jahre laufen. 882 Frauen behielten das Implantat die gesamte Zeit hindurch, die restlichen 1000 Frauen waren, so die Autoren der Studie, jünger und hatten doch Kinderwünsche, weshalb sie sich vorzeitig das Implantat entfernen ließen. Obwohl die Frauen häufige und auch sehr belastende Zyklusstörungen beobachteten, will die Firma dieses Kontrazeptivum weiter entwickeln und verbreiten.

Sterbehilfe

SD Bloch, JA Billings

PATIENT REQUESTS TO HASTEN DEATH - EVALUATION AND MANAGEMENT IN TERMINAL CARE

Archives of Internal Medicine 154: 18 (SEP 26 1994)

SD Bloch, Harvard Community Hlth Plan, Teaching Program, 126 Brookline Ave, Boston, MA 02215 USA

Manche Patienten bitten im Endstadium ihrer Krankheit um Sterbehilfe. Meist steht aber hinter dieser Bitte kein wirklicher Todeswunsch, sondern die Hilflosigkeit und Überforderung diese Situation zu bewältigen. Auslösend dafür sind einerseits unzureichende Schmerztherapien, wie aber auch Probleme in der Beziehung zur eigenen Familie, Ängste und Depressionen, und die Einstellung zu Leben und Leiden. In jedem Fall benötigen diese Patienten die den Wunsch zu sterben geäußert haben eine besondere Zuwendung, wiederholte Gespräche und die effektive Bemühung, die physisch und psychisch schlechten Bedingungen zu verbessern.

Kontrazeption

JW Goldzieher

ARE LOW-DOSE ORAL CONTRACEPTIVES SAFER AND BETTER?

American Journal of Obstetrics and Gynecology 171: 3 (SEP 1994)
JW Goldzieher, 626 Metropolitan Profess Bldg, 1303 Mccullough Ave, San Antonio, TX 78212 USA

Der Autor dieser Arbeit vergleicht einige der jüngst erschienen Studien über die Nebenwirkungsrate der oralen Kontrazeptiva verschiedener hoher Dosierung. Die höher dosierten Pillen bringen das Thromboserisiko mit sich, während sie aber gleichzeitig einen scheinbaren „Schutzeffekt“ auf das Endometrium und die Ovarien ausüben. Die „Minipillen“ vermindern zwar das Thromboserisiko, senken aber das Risiko eines Karzinoms nicht. So stellt der Autor am

Ende die wohl etwas sarkastische Frage, ob denn wirklich jede Frau im reproduktiven Alter die Pille nehmen muß?

Pränataldiagnose

JM Martinez, A Fortuny, C Comas, B Puerto, A Borrell, M Palacio, O Coll

BODY STALK ANOMALY ASSOCIATED WITH MATERNAL COCAINE ABUSE
Prenatal Diagnosis 14: 8 (AUG 1994)

JM Martinez, C-Galileo 134 202A, E-08028 Barcelona, Spain

Ein schweres Mißbildungssyndrom wurde bei einer kokainabhängigen Mutter diagnostiziert. Die Ultraschalluntersuchung, die im Gestationsalter der 24. SSW durchgeführt wurde, zeigte ein hochgradiges Oligohydramnion, eine Omphalocele, Adhäsionen des Feten mit der Plazenta, sowie eine Kyphoskoliose. Ein möglicher Zusammenhang mit dem Kokain-Abusus wird diskutiert.

NJ Wald, A Kennard, HC Watt, D Smith

VALUE OF MATERNAL SERUM UNCONJUGATED OESTRIOL MEASUREMENT IN PRENATAL SCREENING FOR DOWN'S SYNDROME
Prenatal Diagnosis 14: 8 (AUG 1994)

Diese Arbeit untersucht den Kostenaufwand der pränatalen Untersuchungsmethoden zur Diagnose des Down-Syndroms.

Man schlägt vor den Serumspiegel des unkonjugierten Oestriols der Mutter zu bestimmen, und dies weltweit als Screening-Methode einzuführen, da dieser Meinung nach dies die beste Methode zur Entdeckung dieser Erkrankung sei.

Pflege von Sterbenden

M Mills, HTO Davies, WA Macrae

CARE OF DYING PATIENTS IN HOSPITAL
British Medical Journal 309: 6954 (SEP 3 1994)

Kürzlich wurde diese prospektive Studie veröffentlicht, die 1983 durchgeführt wurde. Unabhängige Beobachter wurden beauftragt in regelmäßigen Abständen die Betreuung und Krankenpflege von sterbenden Patienten zu verfolgen. Insgesamt waren dies 50 Sterbende, im Alter zwischen 40 und 89 Jahren, 29 Personen starben an Krebs, die restlichen an anderen Erkrankungen. Der Beobachtungszeitraum lag zwischen 6 Stunden und 24 Wochen. Mehr als die Hälfte der Patienten war bis knapp vor dem Tod bei vollem Bewußtsein. Die Ergebnisse sind alles andere als erfreulich: häufig wurden die einfachsten pflegerischen Maßnahmen vernachlässigt, wie z.B. mangelnde Durchführung der Mundhygiene, wenig Hilfe beim Essen oder Trinken, der Kontakt zwischen Krankenschwestern und Sterbenden wurde minimal gehalten, häufig wurden die Sterbenden isoliert und in andere Zimmer verlegt, wo sie alleine verstarben. Die Autoren ziehen den Schluß, daß wir wieder erlernen sollten den liebevollen Umgang mit Sterbenden zu pflegen.

Palliativmedizin

S Grond, D Zech, C Diefenbach, A Bischoff

PREVALENCE AND PATTERN OF SYMPTOMS IN PATIENTS WITH CANCER PAIN: A PROSPECTIVE EVALUATION

OF 1635 CANCER PATIENTS REFERRED TO A PAIN CLINIC
Journal of Pain and Symptom Management 9: 6 (AUG 1994)
S Grond, Univ Cologne,

Die Autoren dieser Studie haben in einer prospektiven Studie 1635 Krebspatienten nach ihren Beschwerden befragt. Neben Schmerzen sind es im Durchschnitt noch 3,3 andere Symptome, die den Kranken sehr zu schaffen machen: Schlaflosigkeit (59%), Magersucht (48%), Obstipation (33%), Schweißausbrüche (28%), Übelkeit (27%), Atemnot (24%), Schluckstörungen (20%), neuropsychiatrische Symptome (20%), Erbrechen (20%) u.a. Die Autoren fordern daher, daß in der Behandlung der Krebspatienten nicht nur die Analgesie im Vordergrund steht, sondern mehr Aufmerksamkeit auf die zahlreichen anderen Symptome und deren Behandlung gerichtet wird.

Amniosentese

BF Crandall, P Kulch, K Tabsh

RISK ASSESSMENT OF AMNIOCENTESIS BETWEEN 11 AND 15 WEEKS: COMPARISON TO LATER AMNIOCENTESIS CONTROLS
Prenatal Diagnosis 14: 10 (OCT 1994) Page(s) 913-919
BF Crandall, Univ Calif Los Angeles, Sch Med, Dept Psychiat, 300 Med Plaza Suite 3102, Los Angeles, CA 90024 USA

In England wurde die Risikorate der Frühamniosentese, d.h. der Fruchtwasserpunktion vor der 15. SSW, untersucht. Dabei kam es bei 1,5% der Schwangerschaften im Anschluß daran zu einem Spontanabortus. Im Vergleich dazu war

die Fehlgeburt rate bei der später durchgeführten Fruchtwasserpunktion (15.-20.SSW) niedriger und zwar 0,6%. Die Autoren sind aber dennoch der Meinung, daß diese Untersuchung vor der 15.SSW eine „sanfte“ Pränataldiagnostik ist.

giert wird deren Einsatz auch bei terminalen Krebspatienten.

Euthanasie

L Pijnenborg, JJM Vandelden, JWPF Kardaun, JJ Glerum, PJ Vandermaas

NATIONWIDE STUDY OF DECISIONS CONCERNING THE END OF LIFE IN GENERAL PRACTICE IN THE NETHERLANDS

British Medical Journal 309: 6963 (NOV 5 1994)

L Pijnenborg, Erasmus Univ Rotterdam, Dept Publ Hlth, POB 1738, 3000 Dr Rotterdam, Netherlands Tavistock

Die Arbeit bringt die Resultate einer Befragung von 405 holländischen Ärzten, sowie eine Analyse von 5197 Todesfällen. Die Ärzteschaft wird in 2 Gruppen unterteilt, in die Spitalsärzte und in die

frei praktizierenden. In 3,2% aller Todesfälle wurde Euthanasie oder Beihilfe zum Selbstmord durch die frei praktizierenden Ärzte geleistet, während in den Spitälern nur bei 1,4% der Sterbenden die Euthanasie praktiziert wurde.

Schmerztherapie

S Watanabe, E Bruera

CORTICOSTEROIDS AS ADJUVANT ANALGESICS

Journal of Pain and Symptom Management 9: 7 (OCT 1994)

S Watanabe, Edmonton Gen Hosp, Palliat Care Program, 11111 Jasper Ave, Edmonton T5K 0L4, Ab, Canada

Diese Studie vertritt die Ansicht, daß die Kortikosteroide wirksame Analgetika bei verschiedenen Schmerzsyndromen sind. Propa-

Spontanabortus und Alkohol

F Parazzini, L Tozzi, L Chatenoud, S Restelli, L Luchini, C Lavecchia

ALCOHOL AND RISK OF SPONTANEOUS ABORTION

Human Reproduction 9: 10 (OCT 1994)

F Parazzini, Ist Ric Farmacol Mario Negri, Via Eritrea 62, I-20157 Milan, Italy

Dieser Studie nach besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alkoholabusus und der Abortusrate in der Frühschwangerschaft.

BUCHANKÜNDIGUNG

AUS DER BUCHREIHE „MEDIZIN UND ETHIK“ DES IMABE-INSTITUTS ERSCHEINT DEMNÄCHST:

DIE GRENZEN DES LEBENS.

Eine interdisziplinäre Analyse zum Hirntod

Hsg.: Markus SCHWARZ,

Johannes BONELLI (1995)

SPRINGER VERLAG WIEN-NEW YORK

Die Diskussionen um die endgültige Festlegung des menschlichen Todes mit dem Eintritt des Hirntodes verstummen bis heute nicht. Einerseits wird den Medizinern von philosophischer Seite ein viel zu oberflächlicher Umgang mit diesem äußerst sensiblen Abschnitt des menschlichen Lebens nachgesagt. Andererseits versuchen verschiedene ethische Strömungen die menschliche Existenz in ein biologisches und ein personales Leben aufzuspalten, indem sie das Sterben des Menschen mit dem Verlust seiner personalen Ausdrucksweise gleichsetzen und zu dem Schluß gelangen, daß auch schon ein Teilhirtod, wie zum Beispiel das Absterben des Großhirns und damit der Verlust des Bewußtseins, mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen sei.

Diese Situation zeigt das Spannungsfeld auf, in dem sich heute die Naturwissenschaft auf der einen und die Philosophie auf der anderen Seite bewegen und unterstreicht die dringende Notwendigkeit eines Dialogs zwischen diesen beiden Disziplinen. Und genau dieser Intention ist das obige Buch gewidmet. Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, daß man zur Bestimmung von Leben und Tod eines Individuums primär von den Äußerungen des Lebens ausgehen wird müssen, denn den Tod als solchen können wir nicht positiv bestimmen, sondern nur indirekt von der Erfah-

rung des Lebens her als dessen Negation.

Das ist ein Ansatz, der unserer Meinung nach in der bisherigen Hirntoddiskussion zu wenig berücksichtigt wurde und dessen Vernachlässigung zu einer Reihe von Mißverständnissen geführt hat.

In diesem Sinne ist auch der Titel zu verstehen.

Im ersten Kapitel wird von M.Schwarz und J.Rosado das Phänomen des Lebens aus naturwissenschaftlicher bzw. philosophischer Sicht analysiert. Nach einer allgemeinen Beschreibung der spezifischen biologischen Merkmale und Eigenschaften von Lebewesen durch den Biologen Schwarz untersucht der Philosoph Rosado die ontologischen Kriterien des menschlichen Lebens. Diese beiden Beiträge ergeben ein grundlegendes Verständnis vom Leben und geben so eine Basis zu einem besseren Verständnis des Todes.

Im zweiten Kapitel untersuchen W.Marktl und L.Gonzalo die besondere Stellung des Gehirns beim Menschen. Zunächst geht der Physiologe Marktl auf die Bedeutung des Zentralnervensystems für die Aufrechterhaltung von Leben beim Menschen ein. Die Rolle des Gehirns im Rahmen der immateriellen Dimension wird danach von L.Gonzalo untersucht. Er hebt in seinem Artikel die entscheidende Funktion des Gehirns für die Manifestation der menschlichen Geist-Seele hervor und ergänzt damit den Beitrag von Marktl, der die Rolle des Gehirns für die materiellen Vorzüge des Menschen beschreibt.

Im dritten Kapitel wird der Befund des Hirntoten – wie ihn der Arzt beurteilt – erhoben. Der Anästhesist

K.Steinberethner beschreibt den Hirntoten und seinen Status mit den klassischen Arbeitsweisen der Intensivmedizin. Der Internist J.Bonelli analysiert sodann den Hirntoten, indem er die erhobenen Befunde auf ihre Aussagekraft in bezug auf die Entscheidung, ob der Hirntote nun schon tot oder noch lebendig ist, prüft. Dabei ergeben sich eine Reihe von Fakten, die zeigen, daß es sich beim Hirntoten nicht mehr um einen lebendigen Organismus als ganzen handelt, sondern nur mehr um vegetativ-biologisches Leben. Vor allem dieser Beitrag setzt sich auch eingehend mit den Argumenten der Hirntodgegner auseinander. H.Binder et.al. erläutern sodann die Grundlagen der modernen Hirntoddiagnostik und geben damit auch einen Einblick in die Arbeitsweise der modernen Neurodiagnostik.

Im vierten Kapitel, das der philosophischen Beurteilung der Hirntodproblematik gewidmet ist, gibt G.Pöltner zunächst eine Antwort auf die grundsätzliche philosophische Problematik der Hirntodthese. Der Mediziner und Theologe I.Carrasco de Paula geht vor allem auf die vielen Mißverständnisse und Mißdeutungen des Hirntodkonzeptes ein.

In einem ergänzenden Kapitel werden noch verschiedene Fragen behandelt, die sich eigentlich erst aus dem Hirntodkriterium ergeben haben. G.Herranz geht auf den vieldiskutierten Fall der hirntoten Schwangeren ein und untersucht viele neue Erkenntnisse, die sich aus der Arbeit mit diesem Spezialfall ergaben (s. auch Artikel in diesem Heft). R.Margreiter und Ch.Schwarz beschreiben die Praxis der Transplantationsmedizin in

der heutigen Medizin, die ja einer der wichtigsten Auslöser der Hirntoddiskussion war. Sowohl die Praxis der Organentnahme als auch die Möglichkeiten der Transplantationsmedizin werden in diesen Beiträgen behandelt. J.ROSADO schließlich beschäftigt sich mit der Frage des Lebensrechtes des Anencephalen, das von seiten eini-

ger Ethiker, die eine Teilhirntodthese vertreten, nicht mehr anerkannt wird. Rosado zeigt jedoch, daß dem Anencephalen das Lebensrecht nie abgesprochen werden kann.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß in diesem Buch von einer Reihe von Experten aus den verschiedensten Gebieten der Biologie, Philo-

sophie, Medizin und Theologie eine umfassende Analyse des Phänomens Hirntod gegeben wird, aus der der berechnete Schluß gezogen werden kann, daß mit dem Hirntod gleichzeitig auch der Tod des Menschen eingetreten ist.

Notburga AUNER

 HINWEISE

 PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS
 (können über das Institut bezogen werden)

BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hsg. J. Bonelli, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Die Grenzen des Lebens. Eine interdisziplinäre Analyse zum Hirntod. (in Druck) Hsg. M. Schwarz, J. Bonelli, Springer Verlag, Wien-New York.

STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: S. RIEDL / A. SCHWARZ (in Vorbereitung) *Pränatale Diagnose.*

Nr. 5: M. RHONHEIMER (in Vorbereitung) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster „Abtreibung im Säkularstaat“.*

 VORSCHAU

DAS NEUE ARZNEIMITTELGESETZ

SCHWERPUNKT

Ethikkommissionen

IMPRESSUM

Herausgeber: Prim. Univ. Prof.
Dr. Johannes BONELLI,
Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Medieninhaber und Verleger:
IMABE – Institut für medizinische
Anthropologie
und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13,
A-1030 Wien
Telephon: +43 1 715 35 92
Telefax: +43 1 715 35 93
DVR-Nr.: 0029874(017)
ISSN: 1021-9803
Schriftleitung:
Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Bernhard KUMMER
Anschrift der Redaktion:
zugleich Anschrift des Herausgebers.
Grundlegende Richtung:
Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche

Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.
Layout, Satz, Graphik und
Produktion:
Gerhard WAGNER
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Großebenersdorf
Anzeigenkontakt:
Anneliese STEINMETZ
Einzelpreis:
Inland ATS 120.–,
Ausland ATS 150.–
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.–,
Ausland ATS 500.–
Studentenabo ATS 250.–
Fördererabo ATS 1.000.–
Abo-Service:
Anneliese STEINMETZ

Bankverbindung:
CA-BV, Kto.Nr. 0955-39888/00
Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien
Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den
Herausgeber.
Einladung und Hinweise für Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung von
Artikeln, die Themen der medizini-
schen Anthropologie und Bioethik
behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre
Manuskripte an den Herausgeber. Die
einlangenden Beiträge werden dann
von den Mitgliedern des wissenschaft-
lichen Beirates referiert.
Kürzungen der Leserbriefe und
Manuskripte behalten wir uns vor.
Das IMABE gehört dem begünstigten
Empfängerkreis gem. §4 (4) Z 5 lit e
EStG 1988 an. Zuwendungen sind
daher steuerlich absetzbar.

IMABE