Imago Hominis

Band IV/Nr. 4 • 1997 • Preis ATS 120

EDITORIAL 233

AUS AKTUELLEM ANLASS

A. Salesny
Schutz biotechnologischer Erfindungen 235

J. De Dios Vial Correa, E. Sgreccia
Reflexionen über Klonierung 238

FOCUS

F. Seitelberger
Das Hirntod-Konzept 243

SCHWERPUNKT *Transplantationsmedizin*

N. Auner
Ethische Überlegungen zur Organspende 251

W. Feiel
Europa auf dem Weg zu einem einheitlichen Transplantationsrecht? 257

T. Schuster, M. Willinger
Das Transplantationswesen in Österreich 267

C. Wight, B. Cohen
Bericht über eine Initiative zur Erhöhung der Organspendeaufkommen 275

FALLBERICHT

Der Arzt im Konflikt mit dem Willen des Patienten 283

W. Rella *Kommentar zum Fall* 285

NACHRICHTEN 289

Die Epidemie der Fettleibigkeit • Fertilisierungstechniken führen zu einer Häufung der Mehrfachgeburten • Das Einfrieren von Säugetierembryonen schädigt deren Entwicklung • Studie über aktive und passive Euthanasie bei Neugeborenen in den Niederlanden • Neue Methode der Down Syndrom Früherkennung • Ethische Probleme bei Studien in Entwicklungsländern • Schwedische Wissenschaftler schweigen zu eugenischen Praktiken • US-Studie: Nur zehn Prozent der Tod kranken für Euthanasie • Zwangstest zur Dopingkontrolle bei Sportlern? • UNESCO-Deklaration über Genetik und Menschenrechte

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 293

BUCHBESPRECHUNGEN 296

IMPRESSUM 303

DVR: 002987(017)

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)
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

ISSN 1021-9803

Gedruckt mit Förderung des Bundesministeriums für Wissenschaft, Verkehr und Kunst in Wien

Vor einem halben Jahrhundert galten Organtransplantationen noch als Zukunftsvision, heute sind sie medizinischer Alltag geworden. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur weiterhin steigenden Lebenserwartung und zur Verbesserung der Lebensqualität. Die Gesamtzahl der Menschen, die heute dank eines Fremdorgans noch leben, ist im Vergleich zur Weltbevölkerung gering. Betrachtet man aber Person für Person, denn jedem einzelnen kommt ein unermeßlicher Wert und personale Würde zu, so ist deren Zahl dennoch beachtlich. Es ist erstaunlich, daß aber gerade in den Ländern, die sich eines größeren Wohlstandes erfreuen, kritische Stimmen laut werden, die der Organtransplantation ablehnend gegenüberstehen. Die Nutznießer selber also zweifeln am „Segen" jenes medizinischen Fortschrittes. Die Diskussion hat erst begonnen und es scheint absehbar, daß sie noch eine Weile andauern wird. Wir greifen daher in diesem Heft die Frage auf und wollen dadurch einen Beitrag leisten.

Für die Naturwissenschaft ist Fortschritt jeweils das, was zur Beherrschung der Natur führt und eine Erleichterung für das Dasein des Menschen darstellt. Die Realisierung der Machbarkeit wird zum Bestandteil der Kultur. ODO MARQUARD, der bekannte Kulturphilosoph, beschrieb ein interessantes Phänomen. Fortschritte scheinen jeweils drei Stadien zu durchlaufen: erst werden sie begrüßt; dann werden sie selbstverständlich; schließlich ernennt man sie zum Feind. „Die Entlastung vom Negativen – gerade sie – disponiert zur Negativierung des Entlastenden. Was ich mit dieser abstrakten Formel meine, erläutere ich zunächst durch drei Beispiele: 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, um so 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: die Entlastung vom Negativen – gerade sie – disponiert zur Negativierung des Entlastenden; die Befreiung von Bedrohlichem – gerade sie – läßt das Befreiende bedrohlich erscheinen"[1].

Diese Dynamik beobachten wir auch bei der Organtransplantation. Vor mehr als 30 Jahren wurden die Versuche des Herzchirurgen BARNARD jubelnd begrüßt. Durch seine Arbeiten wurde ein Stein ins Rollen gebracht, die große Karriere der Transplantationsmedizin hat begonnen. Der Jubel ist verebbt. Das Außergewöhnliche ist vielerorts zur Routine geworden und darüber hinaus haben sich Zweifler und Skeptiker lautstark zu Wort gemeldet. Manche lehnen die Organtransplantation strikte ab. Was ist passiert? Ein Motiv für die Ablehnung der Transplantationsmedizin muß im radikalen Naturalismus gesucht werden. Ein rasch sich ausbreitender Ökologismus beurteilt das, was „natürlich" im Sinne von naturbelassen ist, als gut und das Künstliche hingegen als schlecht. Dieses Bewertungsschema läßt sich allerdings nur schwer nachvollziehen: was bleibt noch an Natürlichem in dieser Welt, in der über Jahrtausende hinweg die Menschen in die Natur eingegriffen haben?

Auch die Debatte rund um die Hirntoddefinition leistet ihren Beitrag, um die Transplantationsmedizin in ein schiefes Licht zu stellen. Die oben zitierten marquard'schen Stadien können auch in diesem Bereich beschrieben werden. Der anfänglichen Begrüßung ist Selbstverständlichkeit gewichen, zur Zeit wird versucht, die Hirntoddefinition zum Feind zu erheben. Auch diese Diskussion ist längst nicht

abgeschlossen, wie am Beispiel Deutschland beobachtet werden kann. Zu diesem Thema hat unser Institut viel gearbeitet. Vor zwei Jahren wurde das Buch „Der Status des Hirntoten" im Springer Verlag herausgegeben. In der vorliegenden Ausgabe von IMAGO HOMINIS bringen wir einen Aufsatz des renommierten Wiener emeritierten Neuropathologen F. SEITELBERGER.

Bei genauer Beobachtung der Diskussion, ständig bedroht in eine Polemik abzugleiten, scheint sich aber langsam doch ein Konsens abzuzeichnen. Befürworter und Gegner des Hirntodes sind sich darüber einig, daß in jedem Fall gegen eine Organentnahme ethisch nichts einzuwenden ist. Viele weitere wichtige Fragen im Zusammenhang mit Organtransplantation bleiben aber in diesem Heft und auch im nächsten noch unberührt. Wir haben vor, diese Fragen nach und nach zu behandeln, und würden uns freuen, wenn Interessenten uns Beiträge, die diese Thematik von verschiedenen Seiten her beleuchten, zusenden würden.

Andere Beiträge dieser Ausgabe behandeln die Transplantationsgesetze im internationalen Vergleich (W. FEIEL), das Transplantationswesen in Österreich (Th. SCHUSTER, M. WILLINGER), Initiativen zur Erhöhung des Spendeaufkommens (C. WIGHT, B. COHEN) und eine allgemeine ethische Überlegungen zur Transplantationsmedizin (N. AUNER).

Das Jahr neigt sich dem Ende zu. Allen Lesern wünschen wir ein frohes und gesegnetes Weihnachtsfest und ein gutes Neues Jahr '98!

Die Herausgeber

[1]ODO MARQUARD, "Zeitalter der Weltfremdheit. Beitrag zur Analyse der Gegenwart", in "Apologie des Zufälligen", Reclam, Stuttgart, 1986, 76-97

AUS AKTUELLEM ANLASS

Überlegungen zur Richtlinie* des Europäischen Parlaments und des EU-Rates über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen

Anton SALESNY

Vorbemerkungen:

1. Die vorliegende Materie ist bereits Gegenstand von Diskussionen seit über 10 Jahren im Europäischen Parlament (EP), dem Zusammenschluß von 15 europäischen Staaten.
2. Am 1. März 1995 lehnte das EP den 1. Entwurf für eine Richtlinie über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen ab.
3. Der am 15.7.1997 in der 1. Lesung des EP diskutierte und korrigierte **neue Richtlinienvorschlag** wurde bei der Abstimmung am 16.7.1997 mit einer qualifizierten Mehrheit angenommen.
   Abstimmungsergebnis: **378 dafür**
   113 dagegen
   19 Enthaltungen
4. Für diese Richtlinie sind 3 Lesungen im EP vorgesehen, wobei das EP das Mitentscheidungsrecht besitzt. Da nach der 1. Lesung der korrigierte Richtlinien-Entwurf mit 378 Stimmen angenommen wurde und die EU-Kommission die Übernahme des korrigierten Entwurfes zusagte, darf man annehmen, daß dieser **angenommene Text der endgültigen Richtlinie** entsprechen wird.
5. Die vorliegende Thematik sei jedoch nicht zu verwechseln mit der **„Menschenrechtskonvention zur Biomedizin"** (ursprünglich: „Bioethik-Konvention") des EUROPARATES in Strasbourg (Zusammenschluß von 40 europäischen Staaten!), welche am 19.11.1996 von den Botschaften der 40 Mitgliedsstaaten des Europarates verabschiedet wurde.

Deutschland, Belgien und Polen enthielten sich der Stimme. **Österreich** stimmte zu. Diese Konvention tritt in Kraft, wenn sie von mindestens 5 Mitgliedsstaaten ratifiziert wurde. Am 4.4.1997 haben bei einer Sitzung des Europarates in Spanien 21 der 40 Mitgliedsstaaten die äußerst **umstrittene** Konvention unterzeichnet.

Kurzdokumentation und inhaltliche Analyse nach der 1. Lesung im EP

Als die EU-Kommission ihren 1. Richtlinienvorschlag zu diesem Thema vorlegte, überwogen im EP (Europäischen Parlament) die Bedenken. Es lehnte am 1. März 1995 den Kompromiß ab, den der Vermittlungsausschuß von EU-Rat und EP erarbeitet hatte.

Der alte Entwurf enthielt eine Reihe strittiger Fragen. Die *Keimbahntherapie* war eine davon. Unter bestimmten Voraussetzungen wäre es möglich gewesen, Therapien zu patentieren, die das Erbgut so verändern, daß die nachfolgenden Generationen eine veränderte genetische Identität hätten. Mit solchen Verfahren könnten Erbkrankheiten ausgemerzt, aber auch genetische Merkmale verändert werden.

Weitere Streitpunkte waren die genaue Abgrenzung zwischen Entdeckung und Erfindung, die Patentierbarkeit von Pflanzen und Tieren und das sogenannte Landwirteprivileg. Dieses Privileg erlaubt Landwirten, ihre Ernte selbst zu verwenden, z. B. zur Aussaat im nächsten Jahr, sowie Tiere aus patentierter Abstam-

*Dokument der Kommission der Europäischen Gemeinschaften: KOM (95) 661 endg. , 95/0350 (COD), Brüssel, 13.12.1995

mung für eigene landwirtschaftliche Zwecke einzusetzen.

Nachdem das EP diesen 1. Entwurf abgelehnt hatte, brachte die EU-Kommission am 13. Dezember 1995 einen neuen Vorschlag (KOM/95/661 endg. / 95/0350/COD) ein.

Dieser *Richtlinienentwurf* hat soviel Interesse ausgelöst wie selten ein zweiter. Die Medien haben viel darüber berichtet. Bürgerinitiativen, Kirchen und Betroffenengruppen haben Stellungnahmen abgegeben, unzählige Bürgerinnen und Bürger haben sich an ihre Abgeordneten gewandt und auch Industrieverbände und Forschungseinrichtungen haben ihre Bedürfnisse zum Ausdruck gebracht.

Das EP hat am Vorschlag der EU-Kommission viele Änderungen vorgenommen und hat nun in erster Lesung (15. und 16.7.1997) über diesen Vorschlag abgestimmt (siehe obiges Abstimmungsergebnis!). Da es sich um die erste Lesung handelte, wird nun die EU-Kommission Stellung zu den Änderungen des EP nehmen und der EU-Rat dann einen „Gemeinsamen Standpunkt" festlegen.

Auf Grund einer Zusage von EU-Kommissionsmitglied Mario Monti darf jedoch angenommen werden, daß sämtliche Änderungswünsche des EP von der EU-Kommission angenommen werden. Dies bedeutet, daß letztlich der in der 1. Lesung des EP angenommene Text der endgültigen Richtlinie entsprechen wird.

Die Grundzüge des verabschiedeten Textes:

- **Patentiert werden können** Erfindungen, keine Entdeckungen, eine bestimmte Gensequenz kann nicht einfach patentiert werden, Erfindungen können dann patentiert werden, wenn sie sich mit einem Erzeugnis befassen, das aus biologischem Material besteht.
- **Patentiert werden können** Erfindungen, deren Ausführbarkeit nicht auf eine bestimmte Pflanzensorte oder Tierrasse beschränkt ist.
- **Nicht patentiert werden können** Pflanzensorten und Tierrassen sowie die herkömmliche Züchtung von Pflanzen und Tieren.
- **Nicht patentiert werden können** Erfindungen, die gegen die öffentliche Ordnung oder die guten Sitten verstoßen, dazu gehören das Klonen von Menschen, Verfahren zur Veränderung der menschlichen Keimbahn und Methoden, bei denen Embryonen verwendet werden.
- **Nicht patentiert werden kann** der menschliche Körper in den einzelnen Phasen seiner Entwicklung, also auch Embryonen sowie die bloße Entdeckung eines menschlichen Gens.
- Ein isolierter Bestandteil des menschlichen Körpers, einschließlich einer Gensequenz, kann als **patentierbare Erfindung gelten,** wenn eine gewerbliche Anwendbarkeit vorliegt.
- Falls eine Erfindung biologisches Material, z. B. Gensequenzen eines bestimmten Menschen, verwendet, muß der Name dieses Menschen im Patentantrag genannt werden und die Person muß ihre Zustimmung zur Nutzung erteilen. Der Name wird aber von der Patentbehörde nicht veröffentlicht.
- Es wird ein **Ethikausschuß** zur Bewertung aller ethischen Aspekte zur Nutzung der Biotechnologie eingesetzt.
- **Landwirte** dürfen ihre eigene Ernte, die patentrechtlich geschützte Teile enthält, zum landwirtschaftlichen Anbau nutzen und auch zur landwirtschaftlichen Nutzung weiterverkaufen, nicht aber für Zuchtzwecke. Gleiches gilt für Vieh, das patentrechtlich geschützt ist. Es darf zu landwirtschaftlichen Zwecken genutzt und verkauft werden, nicht aber für die gewerbliche Viehzucht.

Der neue Entwurf hat einige der Kritikpunkte am ersten Text beherzigt. Verfahren zur Keimbahntherapie werden nicht patentierbar sein. Allerdings ist das noch kein Schutz davor, daß sie nicht eines Tages doch angewendet werden. Es bedeutet lediglich, daß sie nicht patentrechtlich geschützt werden können. Übrigens bedeutet die Tatsache, daß ein Patent existiert, nicht, daß der Halter auch Anspruch auf die

Anwendung hat. Die Nutzung könnte aus verschiedenen Gründen, z. B. wenn sie gegen die guten Sitten verstieße, verboten werden.

Auch das **Landwirteprivileg** ist nun geregelt. Hat ein Landwirt Vieh, das patentierte Gene trägt, dann kann er es für die eigene Verwendung vermehren und darf es sogar an andere Landwirte zur landwirtschaftlichen Nutzung weiterverkaufen, nicht aber zu Zuchtzwecken, d. h. er kann seinem Nachbarn ein Schwein verkaufen, das dieser selber mästet und schlachtet. Für Pflanzen gilt das gleiche. Ein Bauer kann die Ernte vom letzten Jahr zur Aussaat einsetzen und auch seinem Nachbarn als Saatgut verkaufen. Wenn die Pflanzen aber patentierte Gensequenzen enthalten, dann darf er keine Pflanzenzucht damit betreiben.

Die immer wieder vorgebrachte **Forderung „Kein Patent auf Leben!" ist somit nicht vollständig erfüllt** worden. Wenn die Richtlinie so beschlossen werden sollte, dann wird es in Zukunft Pflanzen und Tiere geben, die patentiertes Erbgut in sich tragen. Es wird sogar möglich sein, auf **menschliche Gensequenzen** Patente anzumelden, allerdings nur unter festgelegten Bedingungen. Menschliche Genome prophylaktisch zu patentieren ist nicht erlaubt, für jedes Teilstück muß eine Nutzung vorliegen. Falls die Gensequenz von einem bestimmten Menschen stammt, dann muß dieser einverstanden sein.

Der **Rechtsausschuß des EP** hat immer wieder betont, daß die Richtlinie nicht den Anspruch haben kann, alle ethischen Konflikte zu klären. Das können und wollen patentrechtliche Bestimmungen nicht. Sie regeln nur das Verhältnis zwischen Erfindern und Dritten. Auch die eigentliche Forschung bleibt vom Patentrecht unberührt.

Wenn die jetzige Fassung verabschiedet wird, und daran kann eigentlich nicht mehr gezweifelt werden, dann können bald biotechnologische Erfindungen unter genau festgelegten Bedingungen patentiert werden.

Quellen

1. Richtlinie des europäischen Parlaments und des EU-Rates über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen
2. Mittweillungen der "Direktion für Presse und Audiovisuelle Medien des EP" europäisches Parlament, L – 2929 Luxemburg (PE 256.914, 256.915, 256.916, 260.947, 260.932)
3. Bericht ROTHLEY (SPE/D) über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen, Dok: A4 – 222/97
4. Gespräche mit div. Mitgliedern des EP im Rahmen der Juli Session 1997 (14. – 18.7.97) in Strasbourg/Frankreich
5. Europaforum des EP, EP-Presseabteilung, L – 2929 Luxemburg
6. Pressemitteilungen der einzelnen politischen Parteien im EP
7. Kathpress

SR Anton SALESNY, Vizepräsident der Arbeitsgemeinschaft Kath. Verbände Österreichs, A-1010 Wien, Spiegelgasse 3

Reflexionen über Klonierung*

Juan De Dios Vial Correa und Elio Sgreccia

1. Historische Anmerkungen

Die Erkenntnis im Bereich der Molekularbiologie, der Genetik und der künstlichen Befruchtung sowie die entsprechenden technischen Entwicklungen haben seit einiger Zeit das Experimentieren und das Realisieren von Klonierung im Bereich von Pflanzen und Tieren ermöglicht.

Was das Tierreich angeht, so hat es seit den dreißiger Jahren Versuche gegeben, Individuen zu produzieren, die einander völlig gleich sind. Dies wurde erreicht durch künstliche Zwillingsbildung (künstliche Kernspaltung), eine Art und Weise, die unzutreffenderweise auch als Klonen bezeichnet wird.

Die Praxis der künstlichen Zwillingsbildung im Tierzuchtbereich findet in Versuchsstallungen zunehmend Verbreitung, um vorgegebene ausgewählte Musterexemplare zu vervielfältigen.

1993 haben Jerry Hall und Robert Stilmann von der George-Washington-Universität einschlägige Daten über Experimente künstlicher Zwillingsbildung bekanntgemacht, die sie bei menschlichen Embryonen von 2, 4 und 8 Embryoblasten durchgeführt hatten. Diese Experimente wurden ohne vorherige Zustimmung des zuständigen Ethik-Komitees vorgenommen und veröffentlicht, um – nach Aussage der Autoren – die ethische Diskussion anzuregen.

Die in der Zeitschrift „Nature" vom 27. Februar 1997 veröffentlichte Meldung über die Geburt des Schafes „Dolly", die mit Hilfe der schottischen Wissenschaftler Jan Wilmut und K. H. S. Campbell und ihrer Mitarbeiter im Roslin-Institut von Edinburgh zustandegekommen ist, hat jedoch die öffentliche Meinung in ganz besonderer Weise aufgerüttelt und Stellungnahmen von seiten nationaler und internationaler Kommissionen und Autoritäten hervorgerufen, da es sich um ein neues, als umwälzend betrachtetes Faktum handelte.

Diese Tatsache ist in zweifacher Hinsicht neu. Erstens handelt es sich hier nicht um eine Zwillingsbildung, sondern um etwas radikal Neues, eine Klonierung, d. h. eine ungeschlechtliche und agamische (d. h. nicht durch Geschlechtszellen, Gameten, bewirkte; Anm. d. Red.) Vermehrung, die darauf abzielt, Individuen zu produzieren, die dem erwachsenen Individuum, das mit dem Zellkern das genetische Erbgut geliefert hat, biologisch identisch sind. Zweitens wurde diese Art tatsächlicher Klonierung bisher für unmöglich gehalten. Es galt die Meinung, daß die DNS (Desoxyribonucleinsäure) der bereits von einer bestimmten Differenzierung geprägten Körperzellen der höheren Lebewesen nicht mehr die ursprüngliche allgemeine „Totipotenz" wiedererlangen könnte und folglich auch nicht die Fähigkeit, die Entwicklung eines neuen Individuums zu steuern. Da nun die vermutete Unmöglichkeit überwunden war, schien es, als sei jetzt der Weg frei zur Klonierung des Menschen, verstanden als Replikation eines oder mehrerer Individuen, die dem Ursprungsindividuum somatisch völlig gleich wären.

Diese Tatsache hat mit Recht Unruhe und Schrecken hervorgerufen. Doch nach einer ersten Phase einmütiger Opposition meldeten sich einzelne Stimmen mit der Forderung zu Wort, daß die Freiheit der Forschung gewahrt bleiben müsse und der Fortschritt nicht verteufelt werden dürfe. Es kam sogar die Vermutung auf, selbst im Bereich der katholischen Kirche könnte die Klonierung in Zukunft Aufnahme finden. (. . .)

2. Das biologische Faktum

Aus biologischer Sicht wird bei der Klonierung eine künstliche Verfielfachung ohne die Mitwirkung der Gameten (männl. und weibl. Keimzellen; Anm. d. Red.) erzielt; es handelt sich also

um eine ungeschlechtliche und agamische Fortpflanzung. An die Stelle der eigentlichen Befruchtung tritt die „Fusion" eines aus einer Körperzelle entnommenen Zellkerns des Individuums, das man klonen will, oder der Körperzelle selbst mit einer entkernten, das heißt des Genoms (Gesamtheit der Gene; Anm. d. Red.) mütterlicher Herkunft beraubten Oozyte (Eizelle). Da der Kern der Körperzelle das gesamte genetische Erbgut in sich trägt, besitzt das daraus entstandene Individuum – außer möglichen Mutationen – die genetische Identität des kernspendenden Individuums. Diese wesentliche genetische Übereinstimmung mit dem Spender ist es, was das neue Individuum zu einer körperlichen „Replik" oder einer Kopie des Spenders macht.

Das Ereignis von Edinburgh ist nach 277 Fusionen von Oozyten mit Spenderkernen erfolgt: nur acht hatten Erfolg, d. h. nur acht von 277 haben die Embryonalentwicklung begonnen, und nur einer dieser acht Embryonen ist zur Geburt gekommen: das Lamm, das Dolly genannt wurde.

Es bleiben noch viele Zweifel und Unklarheiten über zahlreiche Aspekte der Experimente: z. B. die Möglichkeit, daß unter den 277 verwendeten Spenderzellen einige „Stammzellen" waren, die daher mit einem nicht vollständig differenzierten Genom ausgestattet waren; ferner die Rolle, welche die möglicherweise in der mütterlichen Eizelle zurückgebliebene mitochondrische DNS gespielt haben könnte; und vieles andere mehr, das die Forscher leider gar nicht anzudeuten versucht haben. Dennoch bleibt es ein Ereignis, das die bisher bekannten Formen der künstlichen Befruchtung, die immer unter Gebrauch der beiden Keimzellen vorgenommen werden, übersteigt. (. . .)

Im Falle einer möglichen Ausweitung der Klonierung auf den Menschen muß man allerdings beachten, daß sich aus dieser Vervielfältigung der körperlichen Struktur nicht notwendigerweise auch eine vollkommene Identität der Person in ihrer ontologischen und psychologischen Realität ergäbe. Die Geist-Seele, die ein wesentliches, konstitutives Element eines jeden zur menschlichen Spezies gehörenden Subjekts bildet und unmittelbar von Gott erschaffen ist, kann weder von den Eltern gezeugt noch durch künstliche Befruchtung produziert oder kloniert werden. Im übrigen führen psychologische Entwicklung, Kultur und Umwelt immer zu verschiedenartigen Persönlichkeiten. Das ist eine auch in bezug auf Zwillinge wohl bekannte Tatsache. Deren Ähnlichkeit bedeutet nicht Identität. Die landläufige Vorstellung von Klonierung und der Nimbus der Allmacht, der sie umgibt, müssen zumindest auf eine angemessene Dimension zurückgeschraubt werden.

Trotz dieser Unmöglichkeit, den Geist als Quelle der Persönlichkeit einzubeziehen, hat die Vorstellung von einer Klonierung des Menschen bereits Hypothesen entstehen lassen, die vom Wunsch nach Allmacht inspiriert sind: das Replizieren von Individuen, die mit außerordentlicher Genialität und Schönheit ausgestattet sind, die Reproduktion des Abbildes eines „lieben Verstorbenen", die Selektion von gesunden, gegen Erbkrankheiten immunen Individuen, die Möglichkeit, das Geschlecht zu bestimmen, die Produktion von ausgewählten Embryonen und deren Konservierung durch Einfrieren, um in die Gebärmutter übertragen zu werden und später als Organreserve zu dienen usw.

Selbst wenn man diese Hypothesen als Utopie betrachten mag, so können doch bald Vorschläge für die Klonierung aufkommen, die für „vernünftig" und „ehrbar" gehalten werden: die Erzeugung eines Kindes in einer Familie, in welcher der Vater an Aspermatismus leidet, oder das Ersetzen des sterbenden Sohnes einer Witwe. Man wird sagen können, daß diese Fälle nichts mit utopischen Phantasien gemeinsam haben.

Doch welche anthropologische Bedeutung hätte dieses Unternehmen in der verwerflichen Perspektive einer Anwendung auf den Menschen?

3. Ethische Probleme der Klonierung von Menschen

Die Klonierung von Menschen gehört zum Vorhaben der Eugenik und unterliegt daher allen ethischen und juridischen Einwänden, die schon diese ausführlich verurteilt haben. Wie bereits Hans JONAS schrieb, ist die Klonierung „ihrer Methode nach die tyrannischste und ihrem Zweck nach zugleich die sklavischste Form von Gen-Manipulation. Ihre Zielsetzung ist nicht eine willkürliche Modifikation der Erbsubstanz, sondern gerade ihre ebenso willkürliche Fixierung, im Gegensatz zu der in der Natur vorherrschenden Strategie".

Die Klonierung stellt eine radikale Manipulation des relationalen und komplementären Charakters dar, der konstitutiv der menschlichen Zeugung sowohl in ihrem biologischen als auch im ausgesprochen personalen Aspekt zugrundeliegt. Sie will die Zweigeschlechtlichkeit zu einem rein funktionellen Rest machen, der an die Tatsache gebunden ist, daß man eine Eizelle braucht, deren Kern entnommen wurde, um dem Klon-Embryo Platz zu schaffen, und die – zumindest bis jetzt – eine weibliche Gebärmutter benötigt, in der sich ihre gesamte Entwicklung vollzieht. Auf diese Weise werden alle Techniken angewandt, die man in der Tierzucht ausprobiert hat. Die spezifische Bedeutung der menschlichen Fortpflanzung wird so gemindert. In diese Perspektive fügt sich die Denkweise der industriellen Produktion ein: Man wird Marktforschung betreiben und fördern, das Experimentieren verfeinern und immer neue Modelle herstellen müssen.

Es kommt zur radikalen Instrumentalisierung der Frau, die auf wenige rein biologische Funktionen (Eizellen- und Gebärmutterverleih) reduziert wird, und es eröffnet sich die Perspektive, Möglichkeiten zur Entwicklung einer künstlichen Gebärmutter zu erforschen: der letzte Schritt zur Herstellung des Menschen „im Labor".

Im Prozeß der Klonierung entarten die grundlegenden Beziehungen der menschlichen Person: Kindschaft, Blutsverwandtschaft, Familie und Elternschaft. Eine Frau kann Zwillingsschwester ihrer Mutter sein, sie braucht keinen biologischen Vater zu haben und kann Tochter ihres Großvaters sein. Schon durch die FIVET (Fertilisation in Vitro, Embryo Transfer [Extrakorporale Befruchtung und Embryoübertragung], Anm. d. Red.) entstanden Störungen in den Verwandtschaftsbeziehungen, aber in der Klonierung werden diese Bande radikal zerstört.

Wie bei jedem künstlichen Vorgehen „mimt" man das, was in der Natur geschieht, und „imitiert" es, aber nur um den Preis, dabei den höheren Wert des Menschen, der seine biologische Komponente übersteigt, zu verkennen, um so mehr, wenn diese auf jene Fortpflanzungsarten reduziert wird, die vom biologischen Gesichtspunkt aus nur die einfachsten und weniger entwickelten Organismen kennzeichnen.

Man leistet dem Gedanken Vorschub, daß einige Menschen das Dasein anderer total beherrschen könnten. Das geht so weit, deren biologische Identität zu programmieren, die aufgrund willkürlicher oder rein zweckdienlicher Kriterien ausgewählt ist. Diese biologische Identität stellt zwar nicht die volle und ganze persönliche Identität des Menschen dar, die ja durch den Geist gekennzeichnet ist, aber sie ist doch ein konstitutiver Teil derselben. Eine solche selektive Auffassung vom Menschen wird unter anderem einen schwerwiegenden kulturellen Rückfall auch außerhalb der – zahlenmäßig geringen – Praxis der Klonierung mit sich bringen. Denn sie wird die Überzeugung fördern, daß der Wert des Mannes und der Frau nicht von der persönlichen Identität, sondern nur von den biologischen Qualitäten abhängt, die taxiert und daher selektiert werden können.

Die menschliche Klonierung ist auch im Hinblick auf die Würde der klonierten Person negativ zu beurteilen, kommt sie doch zur Welt aufgrund ihres „Kopie"-Seins (wenn auch nur als biologische Kopie) eines anderen Wesens. Diese Praxis liefert Voraussetzungen für ein tief wurzelndes Leiden des klonierten Menschen, dessen psychische Identität Gefahr läuft, durch die

wirkliche oder nur mögliche Gegenwart seines „anderen Ich" in Frage gestellt zu werden.

Man kann auch nicht davon ausgehen, daß ein vereinbartes Stillschweigen Wert haben könnte. Es wäre, wie schon JONAS bemerkte, ebenso unmöglich wie auch unmoralisch. Denn der „Geklonte" ist erzeugt worden, weil er jemandem gleicht, der es „der Mühe wert war", kloniert zu werden; auf ihn werden sich nicht weniger unselige Hoffnungen und Erwartungen richten, die einen wirklichen und eigentlichen Angriff auf seine persönliche Subjektivität bedeuten.

Selbst wenn das Projekt der menschlichen Klonierung „vor" der Einpflanzung in die Gebärmutter haltmachen möchte, um wenigstens einige der bisher aufgezeigten Konsequenzen zu vermeiden, so erweist das Vorhaben sich auch vom moralischen Standpunkt her als Unrecht.

Das Verbot der Klonierung, nur auf die Geburt eines klonierten Kindes bezogen, würde nämlich die Klonierung des Embryo-Föten erlauben. Damit wäre dann das Experimentieren mit Embryonen und Föten eingeschlossen. Ihre Beseitigung vor der Geburt wäre notwendig, was ein zweckdienliches und grausames Vorgehen gegen das menschliche Leben offenbart.

In jedem Fall sind solche Experimente unmoralisch wegen der willkürlichen Zweckbestimmung des menschlichen Körpers (nunmehr eindeutig als ein aus Teilen zusammengesetzter Apparat gedacht), der lediglich als Mittel zur Forschung dient. Der menschliche Körper ist ein wesentliches Element der Würde und der persönlichen Identität eines jeden, und es ist unzulässig, die Frau als Lieferantin von Eizellen zu benutzen, um mit ihnen Klonierungsexperimente durchzuführen.

Es ist unmoralisch, weil wir es auch im Fall des Kloniertseins mit einem „Menschen" – wenn auch im Embryonalstadium – zu tun haben.

Gegen die Klonierung von Menschen sind im übrigen alle moralischen Gründe vorzubringen, die schon zur Verurteilung der extrakorporalen Befruchtung als solcher und zur radikalen Mißbilligung der nur zum Experimentieren bestimmten extrakorporalen Befruchtung geführt haben.

Das Projekt zur „Klonierung von Menschen" vergegenwärtigt das schreckliche Abdriften, dem eine Wissenschaft ohne Wertvorstellungen zutreibt. Es ist ein Zeichen für die tiefe Krankheit unserer Zivilisation, die in Wissenschaft, Technik und „Lebensqualität" die Ersatzmittel für den Sinn des Lebens und das Heil ihres Daseins sucht. (. . .)

Dieser Mensch findet die Grenzen seines Handelns nicht nur darin, was ihm die Unmöglichkeit der Machbarkeit diktiert: Er muß imstande sein, sich selbst Grenzen zu setzen in der Unterscheidung zwischen Gut und Böse. Der Mensch steht wieder einmal vor der Wahl: Bei ihm liegt die Entscheidung, ob er die Technologie zu einem Werkzeug der Befreiung macht oder ob er selbst ihr Sklave wird, indem er neue Formen von Gewalt und Leiden einführt.

Nochmals muß man auf den Unterschied hinweisen zwischen der Auffassung vom Leben als Geschenk der Liebe und dem Bild vom Menschen, das ihn als industrielles Produkt sieht.

Das Projekt zur Klonierung von Menschen zu stoppen ist eine moralische Verpflichtung, die sich auch im kulturellen, sozialen und gesetzlichen Rahmen niederschlagen muß. Denn der Fortschritt der wissenschaftlichen Forschung ist etwas anderes als das Aufkommen der szientistischen Tyrannei, die heute an die Stelle der früheren Ideologien zu treten scheint. Wo Demokratie und Pluralismus regieren, wird die Freiheit eines jeden dann zuallererst garantiert, wenn die Menschenwürde bedingungslos respektiert wird. Dies gilt für alle Lebensphasen und unbeschadet der intellektuellen oder physischen Gaben, die jemand besitzt oder die ihm fehlen. In der menschlichen Klonierung wird die Voraussetzung zum Einsturz gebracht, die für jedes menschliche Zusammenleben nötig ist: die Grundbedingung, den Menschen immer und überall als Ziel und als Wert und niemals nur als reines Mittel oder bloß als Objekt zu behandeln.

4. Der Blick auf die Menschenrechte und die Freiheit der Forschung

Auf der Ebene der Menschenrechte würde eine mögliche Klonierung von Menschen eine Verletzung der beiden Grundprinzipien darstellen, auf denen alle Menschenrechte gründen: das Prinzip der Gleichheit aller Menschen und das Prinzip der Nicht-Diskriminierung.

Im Gegensatz zum ersten Anschein wird das Prinzip der Gleichheit und der Gleichberechtigung der Menschen durch diese mögliche Form der Herrschaft des Menschen über den Menschen umgestoßen. Durch das ganze eugenetisch-selektive Profil, das der Logik der Klonierung eigen ist, wird Diskriminierung ausgeübt. Auch der Beschluß des Europaparlaments vom 12. März 1997 spricht ausdrücklich und mit Nachdruck von der Verletzung dieser beiden Prinzipien und schärft das Verbot menschlicher Klonierung sowie Wert und Würde der menschlichen Person ein. Wie das Europaparlament seit 1983, so haben auch alle, selbst die permissivsten Gesetze, die zur Legalisierung der künstlichen Fortpflanzung erlassen wurden, immer die Klonierung verboten. Man muß daran erinnern, daß das kirchliche Lehramt die Hypothese der menschlichen Klonierung, der künstlichen Zwillingsbildung und der Parthenogenese in der Instruktion *Donum vitae* von 1987 verurteilt hat. Die Begründungen dafür, um einer möglicherweise auf den Menschen angewandten Klonierung einen unmenschlichen Charakter zuzuschreiben, liegen nicht in der Tatsache, daß es im Vergleich mit anderen, gesetzlich erlaubten Formen künstlicher Fortpflanzung, wie FIVET und anderen, eine exzessive Form künstlicher Fortpflanzung ist. Die Begründung für die Ablehnung der Klonierung liegt – wie schon gesagt – in der Mißachtung der Würde der klonierten Person und in der Mißachtung der Würde der menschlichen Fortpflanzung selbst.

Das dringendste Erfordernis, das sich heute stellt, scheint darin zu bestehen, den Einklang zwischen den Notwendigkeiten der wissenschaftlichen Forschung und den unverzichtbaren menschlichen Werten wiederherzustellen. Der Wissenschaftler darf die moralische Ablehnung der menschlichen Klonierung nicht als Einschränkung betrachten. Im Gegenteil: Dieses Verbot schließt die demiurgische Erwartung der Forschung aus und gibt ihr ihre Würde zurück. Die Würde der wissenschaftlichen Forschung besteht in der Tatsache, daß sie eine der reichsten Quellen ist, die dem Wohl der Menschheit zugedacht sind.

Im übrigen findet die Forschung im Pflanzen- und Tierreich ein Gebiet, das auch für Klonierung zugänglich ist, wo sie notwendig oder wirklich nützlich für den Menschen oder für die anderen Lebewesen sein könnte. Dabei müssen die Vorschriften des Tierschutzes und die Verpflichtung, die biologische Verschiedenheit gelten zu lassen, geachtet werden. (. . .)

Damit die biomedizinische Wissenschaft ihre Bindung an das wahre Wohl des Menschen und der Gesellschaft bewahre und verstärke, muß man, wie der Heilige Vater in der Enzyklika *Evangelium vitae* sagt, für eine „kontemplative Sicht" des Menschen und der Welt Sorge tragen. Dies geschieht durch eine Sicht der Wirklichkeit als Schöpfung und im Zusammenhang der Solidarität zwischen Wissenschaft, Wohl der Person und Wohl der Gesellschaft.

„Es ist die Sicht dessen, der das Leben dadurch in seiner Tiefe sieht, daß er dessen Dimensionen der Unentgeltlichkeit, der Schönheit, der Herausforderung zu Freiheit und Verantwortlichkeit erfaßt. Es ist die Sicht dessen, der sich nicht anmaßt, der Wirklichkeit habhaft zu werden, sondern sie als ein Geschenk annimmt und dabei in jedem Ding den Widerschein des Schöpfers und in jedem Menschen sein lebendiges Abbild entdeckt" (EV, 83).

*Auszug eines Artikels vom *Osservatore Romano*, deutsche Ausgabe 5. Sept 97, Nr. 36, S9 –11

Prof. Juan De Dios Vial Correa, Präsident
Bischof Elio Sgreccia, Vizepräsident
Päpstliche Akademie für das Leben

Imago Hominis, Band IV/Nr. 4, S. 243 – 250
ISSN 1021-9803

© 1997 by IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien

FOCUS

Das Hirntod-Konzept
Neurobiologische Grundlagen

Franz SEITELBERGER

ZUSAMMENFASSUNG

Seit etwa 40 Jahren ermöglicht die Intensiv- und Reanimationsmedizin die natürlichen Überlebensfristen zu verlängern. Dadurch ist die Problematik des Hirntodes entstanden. Es ist der Zustand schwerer, ausgedehnter Hirnschädigung, der die Bewußtseinsfähigkeit und integrative physiologische Leistung des Gehirns irreversibel vernichtet. Als Zeichen des juristischen Todes des Individuums, ist er dem Herztod gleichzusetzen. Der Hauptgrund seiner Akzeptanz ist seine Relevanz für das Programm des Organersatzes durch Transplantation. Reversible Zustände der Gehirnschädigung oder ein Teilhirntod entsprechen den oben genannten Kriterien nicht und dürfen auf keinen Fall mit dem Inndividualtod gleichgestellt werden.

Schlüsselwörter: Hirntod, Kriterien, Teilhirntod, Erlanger Fall, Anencephalie

ABSTRACT

Since approximately 40 years Intensive and Reanimation Medicine have been able to lenghten the human survival potential. This is the main reason for the rise of the brain death problematic. Brain death is a situation where severe extensive brain damage destroys irreversibly the capacity for retaining consciousness and integrative physiological performances. This is held to be the legal sign for the death of an individual, along with and equal to irreversible heart failure. The main reason for its becoming acceptable is its importance in the programme of vital organ replacementby means of transplantation. Reversible brain damage or a partial brain death do not meet the above mentioned criterion and in no case can be considered as the death of the individual.

keywords: brain death, criterion, partial brain death, Erlangen case, anencephaly

Anschrift des Autors: *Univ. Prof. Dr. Franz* SEITELBERGER, *Weimarerstraße 97, A-1190 Wien*

Die bekannte lateinische Spruchweisheit: **Mors certa – hora incerta**, zu deutsch: Der Tod ist gewiß – die Stunde ungewiß, hat von ihrer Gültigkeit nichts eingebüßt; es wurde jedoch die Unsicherheit der Todesstunde durch den medizintechnischen Fortschritt unseres Jahrhunderts um eine neue Facette erweitert. Die Frage: **Wann ist ein Mensch tot?** erhielt durch das **Phänomen des Hirntodes** genauere faktische Grundlagen, die aber in der Öffentlichkeit Verunsicherung auslösten; die Diskussion darüber ist nach längerer Beruhigung unerwartet neu aufgeflammt.

Zunächst soll versucht werden, die objektive Problematik und die heterogenen Elemente der Diskussion offenzulegen, wobei ich als Arzt und Neurobiologe von der eigenen Erfahrung und von **wissenschaftlichen Tatsachen** ausgehen werde. Da die **Medizin** aber in ihrem Wesen nicht nur ein **Wissen**, sondern unmittelbar auch ein Tun, u. zw. helfendes **Handeln** am kranken Mitmenschen ist, werde ich bei der Erörterung konkreter Situationen und Umstände auch auf den Erfahrungs- und Gedankenbestand der **ärztlichen Ethik** Bezug nehmen können.

Der Erkenntniszuwachs der modernen Medizin hat vor allem in den **Grenzbereichen des Lebens** Umwälzungen herbeigeführt, die das Gesamtverhalten der gegenwärtigen Generation tiefgreifend verändern. Geschehnisse am Lebensbeginn zwischen Zeugung und Geburt, sowie am Lebensausgang zwischen Sterben und Tod wurden aus dem Bannkreis unbefragten Naturwaltens in das Licht rationaler Kenntnis gerückt und damit auch dem medizinisch-technischen Zugriff ausgesetzt. Die Zeugung und das Sterben sind manipulierbar geworden. Das nicht in die Schranken zu rufende Schicksal hat hier dem absichtsvollen, daher verantwortlichen Handeln des Menschen Platz gemacht.

Wie stellt sich nun die Situation des menschlichen Individuums im Vorfeld des unabdingbaren Lebensendes dar? Der **Tod** erfolgt meistens nicht als ein momentanes Ereignis mit totaler Aufhebung des Lebens, sondern im Verlauf eines mehr oder minder langen Prozesses, nämlich als Ausgang des **Sterbens**.

Im vortechnischen Zeitalter der Medizin war die Bestimmung des **Todeszeitpunktes** kein Problem: Ein Mensch war tot, wenn sein Herz zu schlagen aufhörte und die Atmung aussetzte; denn damit mußten alle anderen Lebensvorgänge erliegen, insb. die Gehirntätigkeit und das Bewußtsein, die schon wenige Minuten nach dem Herzstillstand unwiederbringlich erlöschen. Die übrigen Organe besitzen gemäß ihren jeweiligen Stoffwechselbedingungen verschieden lange, von Stunden bis zu wenigen Tagen dauernde **Überlebensfristen** (die sog. **Absterbeordnung**) bis zum endgültigen Verlust der Vitalität und bis zur körperlichen Auflösung und Verwesung. So beträgt die Überlebenszeit des Gehirns 4-6 min. , die des Herzens 10-40 min. und die der Niere 1-2 h. Die **Zone des Sterbens** umfaßt daher außer der Zeit des herannahenden Todes nur eine relativ kurze physische Sterbensspanne. Die physischen Zeichen des Herz- und Atemstillstandes konnten daher auch als Kriterien der **Definition des eingetretenen Todes** eines Menschen, d. h. des erfolgten Überganges des lebenden Körpers in den Zustand der Leiche, dienen.

Soweit das traditionelle **Konzept des Herztodes**.

Seit etwa 1950 ermöglichen nun **Intensiv- und Reanimationsmedizin**, einen Patienten in bestimmten Fällen aus der Zone des Sterbens wieder in normales Leben zurückzuholen, insb. durch rasche Stützung von Blutkreislauf und Atmung; auch die einst so schmale Zone des Sterbens kann beträchtlich verbreitert, bzw. der Sterbeablauf verzögert werden. Mit anderen Worten: der Einsatz der Intensivmedizin innerhalb der natürlichen Überlebensfristen und ihre Fortführung verlängert die Vitalitätsspannen der Körperorgane. Dadurch treten einzelne Organvorgänge als solche und ihr stufenweiser Schwund gemäß der **Absterbeordnung** bis zum Erlöschen aller Lebenszeichen,

dem ‚absoluten Tod', deutlich hervor. Die Komplexität des Sterbens wird analytisch durchschaubar, sodaß bereits erlöschende Überlebensvorgänge einer selektiven Manipulation im Sinn ihrer artefiziellen Aufrechterhaltung zugänglich werden, wodurch die natürliche Absterbeordnung der einzelnen Organe auch verzerrt werden kann. Die moderne Medizin erweist, daß auch das individuelle Sterben kein einfaches, sondern ein vielteiliges Geschehen ist, ein Prozeßgefüge aus etlichen verschiedenen asynchronen und heterodynamischen Partialprozessen. Der Tod des Individuums und der Tod des Körpers verloren damit ihre scheinbare Einheit, sie wurden begrifflich und praktisch voneinander trennbar. Dieses Faktum und seine Problematik kommen am schärfsten im **Phänomen des Hirntodes** (HT) zum Ausdruck.

Unter **HT** versteht man den Zustand von besonders schwerer und ausgedehnter Hirnschädigung, der die Bewußtseinsfähigkeit und alle integrativen physiologischen Leistungen des Gehirnes ohne Aussicht auf ihre Wiederherstellung vernichtet. Dieser Zustand trat als unerwarteter Befund des medizintechnischen Fortschrittes bei der Wiederbelebung von Patienten in Erscheinung, deren Gehirn keine Lebenszeichen mehr bot, auch nicht bei künstlicher Aufrechterhaltung des Blutkreislaufes im Gesamtkörper und bei der Lungenatmung. Der HT wurde erstmals 1959 als eine **klinische Einheit** erkannt. Ungemein rasch fand die Annahme allgemeine Zustimmung, daß er **als Zeichen des** juristischen **Todes** des Individuums **dem Herztod gleichzusetzen** sei.

Gründe dafür waren: In jedem Fall von HT war auch bei intensivster Reanimation kein Zeichen von Erholung der vitalen Hirnfunktionen zu beobachten, **die spontane Herztätigkeit** kam zum **Stillstand** und der Verfall der Körperorgane gemäß ihrer Absterbeordnung trat ein. Daher erschien es sinnlos, die Herztätigkeit – für Stunden oder bestenfalls wenige Tage – artefiziell aufrechtzuerhalten, um mit hohem Kosten- und Arbeitsaufwand die traditionelle kardiozentrische Lebensdefinition zu demonstrieren. Der **Hauptgrund der Akzeptanz** des HT-Konzeptes war jedoch **humaner Natur**, nämlich seine Relevanz für das Programm des Organersatzes durch Transplantation: Der Erfolg der Transplantation von Körperorganen hängt wesentlich von ihrem Vitalitätsgrad ab, mittels dem sie im lebenden Organismus des Empfängers ihre spezielle Organfunktion wieder voll entfalten können. Gemäß der neuen Erfahrung, daß das Gehirn tot sein kann, bevor alle Leibesorgane dem unvermeidlichen Verfall anheimfallen, entstand die Möglichkeit, durch Reanimation die basalen Vitalfunktionen aufrechtzuerhalten. Damit war es möglich geworden das Schicksal des Körpers von dem des Gehirnes abzukoppeln und das Absterben der Körperorgane zu verzögern – d. h. durch den sog. **dissoziierten Hirntod** kann die Leiche des an HT Verstorbenen ihren überlebenden Bestand zur Verfügung stellen und damit einem schwer kranken Lebenden einen gewissen Beitrag zur Gesundung leisten. Aufgrund dieser Voraussetzungen erfüllt das HT-Konzept seit ca. 25 Jahren eine wichtige Funktion. Das **HT-Konzept** ist also **nicht Resultat** eines rein theoretischen Forschungsprogrammes, sondern das Nebenprodukt des **medizinischen Vorhabens**, kranken Mitmenschen mittels einer Transplantation das Leben zu erhalten. Dieser Absicht kam zuhilfe, daß zum erwähnten Zeitpunkt, Ende der 50er Jahre, das immunologische Problem der Transplantation, die sog. Abstoßungsreaktion, etwa zur gleichen Zeit unter Kontrolle gebracht werden konnte, als der Anästhesiologie und Reanimationstechnik die entscheidenden Fortschritte gelangen, die übrigens nicht nur Transplantationen ermöglichen, sondern heute z. B. bei der Behandlung des Herzinfarktes als selbstverständlich gefordert werden. Diese hiemit nur angedeutete, wissenschaftsgeschichtlich bemerkenswerte **interdisziplinäre Konvergenz** von Teilfaktoren spiegelte sich auch im breiten all-

gemeinen **Konsens über Begriff und Pragmatik des Hirntodes** nicht nur der medizinbiologischen Forschung und der ärztlichen Institutionen wider, sondern auch in den beteiligten Humanwissenschaften, Philosophie und Ethik, der Theologie und Soziologie sowie der Rechtswissenschaften und der politischen Instanzen. Unsachlich und unberechtigt ist die Behauptung, z. B. von H. JONAS und J. SEIFERT, das **Hirntodkonzept** sei bloß eine pragmatisch geleitete **Umdefinition** der herkömmlichen **Todesdefinition**: Vielmehr stammt es, wie zahlreiche andere faktische Erkenntnisse und Handlungskonzepte aus Unternehmungen, die zwar **durch den Handlungsbedarf** der Medizin **motiviert** waren, deren Ertrag aber als echtes Novum überhaupt **nicht pragmatisch begründet** werden konnte.

Nunmehr wenden wir uns einigen **Aspekten** des HT-Phänomens zu. Für die gegenwärtige Argumentation ist zu betonen, daß der HT kein einfaches Symptomenbild, sondern entsprechend der hierarchischen Struktur und Funktion des Organes sowie der verschiedenen möglichen Läsionsformen ein Syndrom darstellt.

1. Bisher war von HT schlechthin, auch ‚biologischer HT' genannt, die Rede, worunter man den durch die Zerstörung des gesamten Gehirns (Großhirn und Hirnstamm) bedingten Verlust aller seiner integrativen Funktionen sowie des Bewußtseins versteht. Das Wort ‚Hirnstamm' dient hier als Sammelname für Zwischen-, Mittel- und Endhirn, in denen die zentrale Steuerung aller Lebensvorgänge getätigt wird. Die totale Desintegration des Organismus im HT bringt die führende Rolle des Gehirns für die psychische wie physische Komponente des Lebens des Organismus zum drastischen Ausdruck. Im lebenden Gehirn ist die Integration der ungemein komplexen Elemente des Organismus zur Gesamtfunktion des Megasystems, die Durchführung aller Verrichtungen, die Regulation und interdependente Harmonisierung der unzähligen Regelkreise zentralisiert. Die beschränkte Autonomie einzelner vital erhaltener Organe, die für die Pragmatik des HT-Konzeptes wichtig ist, ändert nichts an der objektiv belegten Tatsache des Zerfalls der einheitsstiftenden, für das Leben konstitutiven Systemfunktion infolge des HT. Ein Aggregat leidlich funktionierender Einzelorgane ist kein lebender Organismus. Daher gibt es auch keinen Beleg noch ein Indiz dafür, daß sich im Körper eines Hirntoten die funktionale Ganzheit wiederherstellen könnte. Hier ist zu bemerken, daß auch im anfangs erwähnten traditionellen **Herztodkonzept** die **irreversible Gehirnläsion**, die in diesem Fall wenige Minuten nach dem definierenden Ereignis, dem Herzstillstand, eintritt, trotz der inversen Ereignisfolge das eigentlich entscheidende Ereignis darstellt: Ein Herzstillstand kann temporär reversibel sein; ein physischer Gehirnstillstand ist **immer** irreversibel!
2. Der sog. **Teilhirntod** kann entsprechend den betroffenen hierarchischen Ebenen des Gehirns verschiedene klinische Bilder bedingen:

2.1 Die Zerstörung des **Großhirns** bzw. der **Großhirnrinde** führt zum Verlust des Bewußtseins und der bewußten Hirnleistungen. Früher **‚apallisches Syndrom'** genannt, spricht man jetzt von **‚permanent vegetative state'**, da das verschonte Stammhirn die Vitalfunktionen von Herz und Kreislauf, Atmung und Stoffwechsel spontan aufrecht erhält. Ein solcher Patient ist also im Sinn der ganzheitlichen Lebensdefinition trotz des Verlustes der einen Wesenskomponente nicht tot.

2.2 Patienten mit isolierten Zerstörungen im **Stammhirn** bei **Erhaltung** gewisser **Großhirnfunktionen** (EEG) – ein seltener und nur kurzfristiger Zustand – wären als Lebende zu behandeln.

2.3 Vom HT zu unterscheiden ist der sog. **‚locked in'-Zustand**: Bei diesem sind die Verbindungen zu den tieferen Anteilen des Zentralnervensystems durch Läsionen in der Höhe des Mittelhirns blockiert, sodaß zwar Hirnstammreflexe und Bewußtsein vorhanden, jedoch willkürliche Bewegungen und Sprechen, also Kommunikation unmöglich sind. Ähnliche, therapeutisch beherrschbare Zustände können beim **Guillain-Barré-Syndrom**, einer Autoimmunkrankheit des Nervensystems, beobachtet werden.

2.4 Schließlich bezeichnet der Terminus **Coma** einen Zustand von **unerweckbarer Bewußtlosigkeit**, wie er als **permanentes Coma** bei Gehirnerkrankungen und –verletzungen oder auch durch Drogen oder Vergiftungen hervorgerufen werden kann. Da die Stammhirnfunktionen dabei erhalten sind, besteht Leben.

Gegen das HT-Konzept wird vor allem mit dem Konzept des **Herz-Kreislauf-Todes** argumentiert, zu dem ich daher Stellung nehmen möchte. In diesem Konzept wird der Tod durch den vollständigen und endgültigen Verlust aller faßbaren Organfunktionen definiert, gleichgültig, ob diese spontan oder maschinell instrumentiert werden. Der Körper eines reanimierten Hirntoten sei daher nicht tot, sondern lebendig; **ein Hirntoter** sei **keine Leiche**, sonder ein **Sterbender**. Es wird auch der Augenschein vorgebracht, daß Hirntote wie Schlafende aussähen und auf äußere Reize reagierten, was aber nur für die Frist der noch erhaltenen Reflexautomatik des Rückenmarks zutrifft. Das Argument, daß der Organismus erst tot ist, wenn die Einzelorgane und Teilsysteme nicht mehr in lebendiger Einheit verbunden sind und gelenkt werden, ist richtig; es werden aber die nachweisbare Tatsache, daß die **Integration der Systemfunktion des Organismus** allein dem Gehirn obliegt, und der unwiderlegbare Umstand völlig ignoriert, daß dies weder vom Rückenmark noch von irgendeinem anderen Organ oder Subsystem des Körpers geleistet werden kann. Die zitierte **Absterbeordnung** der Organe, die bald nach dem Herztod, u. zw. mit dem Hirnkreislaufstop, und unmittelbar mit dem HT einsetzt, ist eigentlich jene **Unordnung**, die durch den Verlust des die Organe überformenden Ordnungsprinzips der Gehirnleistung bedingt ist; sie ist daher das Zeichen des **Todeseintritts**. Die Behauptung, daß ein Mensch nach Verlust des Bewußtseins und der Hirnstammzeichen lebe, bedürfte daher des Nachweises, daß sein Körper die Vitalfunktionen eigenmächtig und selbsttätig wieder aufnehmen könnte. Dem widersprechen aber jede Erfahrung und alle konkreten Befunde. Soviel zu den rationalen Elementen der Diskussion um das Herz-Kreislauf-Todes-Konzept!

Die skizzierten Inhalte und Kontexte der Todes-Konzepte und Teil-HT-Syndrome sind für die **Diagnose** und Bewertung der **Kriterien des HT** wichtig; sie werden in der nachstehenden Tabelle angeführt.

Diagnostische Kriterien des Hirntodes

1. **Art und Dauer des Comas** sind festzustellen; auszuschließen sind:
   a. Strukturelle oder irreversible metabolische Erkrankungen
   b. Medikamentenvergiftung oder Unterkühlung, lähmende oder sedative Therapien
   c. 6 h Beobachtung genügt; bei Drogen und Alkohol 12-24 h, sowie Drogentest
2. **Fehlen der Großhirn- und Hirnstamm-Funktion**
   a. Keine Verhaltens- oder Reflexantwort oberhalb der Höhe des Hinterhauptloches des Schädels
   b. Starre Pupillen
   c. Kein Oculo-Vestibular-Reflex auf 50 ml Eiswasserspülung des Ohres
   d. Keine Spontanatmung während 10 min. Sauerstoff-Beatmung
   e. Blutkreislauf kann noch intakt sein

f. Reine Rückenmarksreflexe können erhalten sein

3. **Zusätzliche** (wünschenswerte) **Kriterien**
   a. EEG isoelektrisch für 30 min. bei Maximalverstärkung
   b. Evozierte Hirnstamm-Potentiale zeigen Funktionsverlust der vitalen Hirnstammstrukturen
   c. Keine Großhirndurchblutung in der Angiographie

Das **HT-Konzept** besitzt als **Element der medizinischen Ethik** somit unumgehbare Bedeutung für die betroffene ärztliche Tätigkeit, insb. in der Transplantations- und Reanimationsmedizin. Für ihre Handelnsmaximen ist der Begriff der menschlichen Person grundlegend, in dem die beiden Seinsbereiche des Physischen und des Psychischen als existentiale Einheit erkannt und verstanden werden. In der gegenständlichen Darlegung sollen aber nicht die ethischen Aspekte, sondern die medizinbiologischen Bedingungen der ärztlichen Pragmatik erörtert werden.

Zunächst noch eine ergänzende Bemerkung zur Beziehung zwischen **Transplantation** und den Konzepten des HT wie des Herz-Kreislauf-Todes: sie wird von Transplantationsgegner auch als ‚Eingriff ins Sterben' oder als ‚tödlicher Eingriff zur Folgeverwendung' bezeichnet und mit dem Hinweis auf den gestuften Prozeß des Organzerfalls nach dem klinischen Tod – ein übrigens von Ch. W. Hufeland, dem Vater der Alternativmedizin formuliertes Argument – bekämpft; der Hirntote wird als **Sterbender**, also noch **lebender Mensch** angesehen. Wie schon dargelegt, ist aber sein in Teilen noch überlebender Körper eine Leiche und verfällt, auch wenn er unter Intensivbehandlung wie lebend aussehen sollte, zwar verlangsamt aber unaufhaltsam der Verwesung. Überlebende Organe sind zwar unter bestimmten Bedingungen wieder belebbar, jedoch nur im Organismus eines gesunden Transplantatempfängers.

Leben ist nämlich kein Alles-oder-Nichts-Geschehen, sondern hat eine komplexe, jeweils zu definierende Beziehungsdimension. Die im konservativen Prozeß der Evolution entstandenen lebenden Strukturen, vom vermehrungsfähigen Molekül über Zelle und Organ zum Organismus, repräsentieren im Menschen eine gestufte gestaltliche Komplexität mit inhärenter funktionaler Rangordnung, in der das Gehirn die Führung des Lebensgeschehens innehat. Das sog. Leben einer einzelnen Zelle ist daher in den Lebensprozeß der Bio-Umwelt anders eingebettet als das sog. Leben eines Organs in den Prozeß des Organismus oder das sog. Leben eines Individuums in das Gesamtleben des Organischen. Aus dem postmortalen und artefiziellen Überleben eines teilautonomen Organes, etwa einer Niere, darf daher nicht die Lebensdefintion des Organismus verallgemeinernd abgeleitet werden. Mit anderen Worten: das faktische Leben eines Individuums kann nicht aus dem Überleben eines abhängigen Organs oder gar nur einzelner Körperzellen gefolgert werden.

Eine besonders gelagerte Variante des Überlebens der Organe einer Hirntoten wurde durch den **Fall von Erlangen** in breiter Öffentlichkeit bekannt und als Sensation diskutiert. Konkret handelte es sich darum, daß in der Leiche einer nach einem Unfall hirntoten Mutter eine vitale Schwangerschaft in der 15. Tragewoche bestand, die unter fortgesetzter Reanimation prinzipiell und nach vorliegender Erfahrung bis zum erwarteten Geburtstermin fortgesetzt und zu normaler Austragung der Frucht hätte geführt werden können. Es lag also der seltene Fall von **Schicksalsgemeinschaft einer toten Mutter und ihrer lebenden Frucht** vor. Den Ärzten stellte sich die Frage, die Beatmung der toten Frau abzubrechen und damit den lebenden Fet zu töten oder die Beatmung fortzusetzen, um das Leben des Fet womöglich zu retten. In strafrechtlicher Hinsicht war beides möglich: der behandelnde Arzt kann weder gehindert noch dazu gezwungen werden, die Beatmung der toten Frau fortzusetzen. Damit der Arzt

aber in der komplexen Situation eines solchen Falles verantwortlich entscheiden kann, müssen eine Reihe von Voraussetzungen geklärt sein, die als Grundlagen für die **ärztliche Entscheidung und Handelnsstruktur** dargelegt werden sollen:

1. Was die Mutter betrifft: Der Nachweis des Todes der Mutter steht angesichts der Konstatierung des Gesamthirntodes außer Zweifel. Ihr Körper ist der integrierenden Steuerung aller Funktionen durch das Gehirn, die das Leben des Individuums bedeutet, verlustig gegangen. Die Beatmung kann nur Teilfunktionen einzelner Organe aufrechterhalten, darunter auch jener der Gebärmutter, welche die Austragung der Frucht ermöglicht. Nur wenn die Mutter leben würde, müßte man ihren Interessen Rechnung tragen. Die Forderung nach einer ‚Garantie der Würde der Toten' hat somit keinen Rechtsgrund.
2. Hingegen besitzt das im mütterlichen Körper lebende Kind das Lebensrecht und den Anspruch auf seinen den Umständen entsprechenden Schutz. Diese Umstände umfassen in ärztlicher Sicht:

   a. Die festgestellte Gesundheit des Kindes, z. B. das Fehlen von Mißbildungen, Stoffwechselfehlern etc.

   b. Die größtmögliche und abschätzbare Wahrscheinlichkeit, daß der körperliche Zustand der toten Mutter bis zum Geburtstermin in dem Zustand erhalten werden kann, der eine normale Entwicklung der Frucht gewährleistet. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen hätte ein unabhängiges Ärztegremium zu begutachten.

   c. Hinsichtlich der Gesamtentwicklung einer Frucht auch in psychischen Belangen – unter den gegebenen Umständen – gibt es noch keine ausreichenden Erfahrungen. Die Kommunikation des Feten mit der Umwelt des mütterlichen Körpers und seinen Lebenstätigkeiten ist für die Gehirnentwicklung von Bedeutung und dürfte auch im Körper einer Hirntoten in beschränktem Umfang stattfinden können; sie ist aber nicht als neurales Informationsgeschehen zu denken, weil dessen Strukturen noch nicht gebildet oder unausgereift sind: ob sie optimal gelingen kann, ist wegen der geringen Zahl der bisherigen objektiven Beobachtungen nicht entscheidbar.

Was das Geschehen der Schwangerschaft und des Gebärens anlangt, ist zunächst zur Bezeichnung des Körpers der hirntoten Mutter als ‚Gebärmaschine' zu sagen, daß jeder Mensch dieses natürliche quasi-mechanische Geschehen in Anspruch nahm, ohne dadurch die Würde seiner Mutter zu beflecken. Die Benutzung der körperlichen Vorgänge des Geburtsaktes ist daher auch und gerade im gegenständlichen Fall legitim und zumutbar.

Da alle genannten Voraussetzungen erhoben und als gegeben erachtet worden waren, handelte es sich bei dem Entschluß der Erlanger Ärzte zur Fortsetzung der Beatmung und seiner Durchführungen **keineswegs** um **ein Experiment**, sondern vielmehr um einen **Lebensrettungsversuch** mit kalkulierbarem Risiko.

Für den ärztlichen Standpunkt in der gefragten Entscheidung ist der fundamentale **Auftrag der ärztlichen Ethik** maßgebend, menschliches Leben zu erhalten und zu seiner Rettung das überhaupt Mögliche zu tun. Daher wäre die Beendigung der Intensivtherapie, etwa aus dem vorgeschützten Grund, die Würde der Toten zu wahren, unbedingt abzulehnen und ein Verstoß gegen das Lebensrecht des Kindes. In der dargelegten Schicksalsgemeinschaft hätte sich die tote Mutter, wenn sie sich der bezeichneten Entscheidung hätte stellen können, zweifellos ebenso verhalten wie wohl die meisten Mütter überhaupt, nämlich sie hätte das Vorrecht des werdenden schutzbedürftigen Lebens des eigenen Kindes gegenüber einer abstrakten Würde ihres künstlich überlebenden Körperrestes anerkannt.

Im **Erlanger Fall** beendete die Fehlgeburt des Kindes das ärztliche Bemühen: offenbar hatte das überlebende Gebärorgan der toten Mutter trotz der Intensivtherapie das Vermögen der Erhaltung des Lebens der Frucht eingebüßt.

Zuletzt sei das Problem der Organentnahme im Fall des Bestehens einer **Anenzephalie** (A) angeführt. Der Name bezeichnet eine schwere und unbehebbare Mißbildung des Vorderhirns mit völligem Fehlen des Großhirns, aber Erhaltung des Stammhirns und seiner Funktionen der Spontanatumung und des Blutkreislaufes. Diese Kinder sind daher nicht hirntot, haben aber nur eine kurze Lebensdauer und ermangeln der Substrate der bewußten höheren Hirnleistungen. Sie sind in diesem Zustand lebende Menschen mit vollem Lebensrecht. Ihre kalkulierte soziale Funktionsfähigkeit und Wertschätzung sind für den gesetzlichen Lebensschutz irrelevant. Organe dürfen ihnen nicht entnommen werden; es sei denn, es würde spontan ein intensivtherapeutisch nicht behebbarer Herzstillstand eintreten.

Unter Mißachtung dieser Bedingungen wurden unter Berufung auf die **Teil-HT-Variante ‚Kortikaltod'**, d. h. Verlust der Großhirnrinde als Ort des Bewußtseins, was im Betroffenen das personale Sein auslösche, mancherorts widerrechtlich bei A. Organentnahmen vorgenommen, um sie zu Transplantationen an Kindern zu verwenden; auch der kriminelle Organhandel versuchte hier einen Einstieg. Die Verwendung der Organe dient zwar letztlich einem an sich löblichen Zweck; er ist aber als Vorwand für die Tötung eines anderen lebenden Kindes bedingungslos abzulehnen und rechtlich zu ahnden.

Die obigen Ausführungen betrafen die neurobiologischen und intensiv-medizinischen Grundlagen des Hirntod-Konzeptes; die Rahmenbedingungen seiner Anwendung wurden in einigen Topoi der Transplantationsmedizin dargelegt. An einem Fallbeispiel wurde die Pragmatik der medizinischen Situationskritik und Handlungsplanung aufgezeigt; auf das entscheidende ethische Moment der mehrdimensionalen ärztlichen Entscheidung wurde ebenfalls hingewiesen.

Literatur:

1. Angstwurm H. : „Das Absterben des gesamten Gehirns während der Instensivbehandlung." Zschr. f. med. Ethik 39: 186-190 (1993)
2. Barber J. et al. : „Guidelines for the determination of death." Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the Presidents Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and in Biomedical an Behavioral Research. Neurology 32: 395-399 (1982).
3. Bonelli J. : „Leben und Tod aus der Perspektive des Arztes." Imago Hominis 1: 55-66 (1994)
4. Birnbacher D. : „Definitionen, Kriterien, Desiderate." Universitas 50: 343-356 (1995)
5. Kriterien des Hirntodes.
   Dtsch. Ärzteblatt 79: 35-41 (1982)
   Dtsch. Ärzteblatt 88: 2855-2860 (1991)
6. Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (1984; 1989)
7. Krösl W. , Scherzer E. : „Die Bestimmung des Todeszeitpunktes" Verlag Maudrich Wien, 1973
8. Roth, G. : „Zum Kriterium Hirntod." Persönliche Mitteilung.
9. Schwarz M. , Bonelli J. : „Der Status des Hirntoten." Springer-Verlag, Wien – New York (1995)
10. Seitelberger F. : „Ethische Dimension der Medizin. Werden, Sterben, Tod." An den Grenzen der Machbarkeit. Franz H. , Fritsch G. , Kozdon B. (Hrsg.) Franz Deuticke Verlag, S. 138-156 (1988)
11. Spittler J. F. : „Der Hirntod ist der Tod des Menschen." Universitas 50: 313-327 (1995)

Imago Hominis, Band IV/Nr. 4, S. 251 – 256
ISSN 1021-9803

© 1997 by IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien

Ethische Überlegungen zur Organspende

Notburga AUNER

ZUSAMMENFASSUNG

Zieht man einige Grundprinzipien der Bioethik zur Beurteilung der Zulässigkeit der Organtransplantation bei Lebenden heran, so kann gesagt werden, daß diese dann vertretbar ist, wenn sie freiwillig und ohne dem Körper einen ernsthaften Schaden zuzufügen, erfolgt. Die Organentnahme von Toten kann ebenfalls nur unter Beachtung des Willens des eben Verstorbenen geschehen. Wer sich unter den obengenannten Bedingungen für eine Organspende entscheidet, tut Gutes und setzt ein Zeichen der Solidarität. Die Transplantation von Embryonalzellen hingegen wirft größere ethische Problemkreise auf.

Schlüsselwörter: Organtransplantation, Lebendspende, Totspende, Transplantationsgesetze, Transplantation von Embryonalzellen

ABSTRACT

We must take the basic principles of Bioethics into consideration when having to decide on the Ethics of taking an organ from a living volunteer and this can only mean that the person donates in complete freedom and that no harm to their own body can be expected. When taking vital organs from the dead the will of the dead person must also be taken into consideration. A person who decides to donate an organ in the sense of the above mentioned will be doing a good deed and setting a sign of solidarity. On the other hand the transplantation of embryonic cells presents graver ethical problems.

keywords: organ transplantation, donation from the living, donation from the dead, transplantation laws, transplantation of embryonic cells

Anschrift der Autorin: *Dr. Notburga* AUNER, *IMABE Institut, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien*

1. Allgemeine Grundlagen: Prinzipien der Bioethik

Zur Klärung der Frage, wie Organverpflanzungen ethisch zu bewerten sind, ist es notwendig, auf einige Grundprinzipien der Bioethik zurückzugreifen.

Die anthropologische Prämisse aller bioethischen Überlegungen ist, daß jeder Mensch *Person* ist. Jeder menschlichen Existenz wird aufgrund ihrer Zugehörigkeit zum Menschengeschlecht Würde zugesprochen. Unabhängig von Alter, Krankheit, Gesundheit, Eigenschaften o. ä. ist jeder Mensch einzigartig, inkommensurabel. Sein Wert gründet nicht auf bestimmten Eigenschaften oder Qualitäten, er beruht nicht auf dem „Haben", sondern auf seinem „Sein". Er besitzt Subjektwürde und muß um seiner selbst willen geachtet, ja im eigentlichen Sinne des Wortes geliebt werden. Sein Leben besteht in einer geistig-körperlichen Einheit, die in ihrer Ganzheit Achtung und Ehrfurcht verdient. Der Körper – der menschliche Leib – nimmt teil an der *Würde der Person*, weil er durch die geistige Seele beseelt wird[1]. Das Leben stellt aber dennoch keinen absolut höchsten Wert dar. Es kann noch andere, höhere Werte geben, um deren willen das menschliche Leben aufs Spiel gesetzt oder sogar geopfert werden kann. Beispielsweise um der Nächstenliebe willen kann einer sich zur Rettung eines andern in Lebensgefahr bringen, oder um seiner Überzeugung willen, wie der Märtyrer, den Tod vorziehen. Prinzipiell darf der Leib keinesfalls geringgeschätzt oder vernachlässigt werden. Auch „der Leib ist Subjekt und nicht Objekt und als solcher nicht verfügbar und unantastbar"[2]. Dies geht soweit, daß sogar dem toten menschlichen Körper, dem Leichnam, auch noch Ehrfurcht zu zollen ist. Man darf ihn nicht verdinglichen oder als Sache behandeln[3]. Obzwar nur mehr vergängliche Materie, so besitzt er doch im Hinblick auf seinen früheren Zustand noch Würde. Die einem Leichnam gegenüber gebührende, authentische Haltung ist die *Pietät*, die in allen Völkern, Religionen und Kulturen gelebt wird.

- Das *Autonomieprinzip*, das in der neuzeitlichen Ethik gelegentlich zur höchsten Forderung erhoben wird, ist auch in der Bioethik von eminenter Bedeutung. Es besagt, daß jede Person grundsätzlich Selbstbestimmungsrecht über sich besitzt, und allen fremden Eingriffen in ihre Körperlichkeit immer eine Billigung und freie Zustimmung des Betroffenen vorausgehen soll. Die Willensfreiheit des Menschen findet in dieser Selbstbestimmung ihren Ausdruck. Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist das intellektuelle Erfassen und die Einsicht über die Folgen des geplanten Eingriffes. Will ein Patient trotz guten Zuredens und Aufklärung einer bestimmten Behandlung nicht zustimmen, so sind dem Arzt die Hände gebunden. Er darf nicht über den freien Willen des Patienten hinweg eine Behandlung durchführen.

- Die *Prinzipien der Totalität und der Integrität* sind komplementär und bedingen einander. Die einzelnen Glieder des Leibes sind um des ganzen Leibes willen da und auf das Totum hingeordnet (Totalitätsprinzip)[4]. Das Ganze hat also Vorrang vor dem Teil. Solange ein Teil der Gesamtordnung dient, gibt es keinen Grund, diesen Teil zu entfernen. Im Gegenteil, es muß die Integrität des Ganzen gewahrt bleiben (Integritätsprinzip). Im menschlichen Organismus wirken zahlreiche Funktionen unterschiedlichster Art zusammen. Wird nur eine der Funktionen, wie gering ihre Bedeutung auch sein mag, gestört, so ist das physiologische Zusammenspiel und damit der gesamte Mensch betroffen. Aus diesem Grund kann es Situationen geben, in denen ein Glied zugunsten des Ganzen geopfert werden muß, um den Fortbestand des Organismus zu sichern. Ist beispielsweise die Appendix entzündet, muß diese entfernt werden, um das Leben der Person zu retten.

Aus den beiden Prinzipien leitet sich daher die inhaltliche Begrenzung des Verfügungs-

rechtes des einzelnen über seinen Körper ab. Dasselbe trifft natürlich auch für den Arzt zu, der nicht nach Belieben Eingriffe durchführen kann, ohne sie durch ein Motiv zu rechtfertigen, das seinem Berufsethos entstammt. Er ist demnach nur dann zum Eingriff berechtigt, wenn er, seinem Auftrag gemäß, zu heilen oder zu lindern in der Lage ist. Die oftmals zitierte Handlungsmaxime „Primum nihil nocere" ist nur eine andere Formulierung des Integritätsprinzipes. Es entspräche dem ärztlichen Selbstverständnis nicht, Operationen oder andere Eingriffe an Personen durchzuführen, die die Veränderung eines ohnehin nicht-krankhaften Zustandes (Schönheitschirurgie) bewirken würden, selbst dann nicht, wenn es sich dabei um die ausdrückliche Bitte eines Patienten handelte. Dem Wunsch nach einer mutwilligen Verstümmelung z. B. der Amputation eines gesunden Beines kann der Arzt niemals Folge leisten. Handelt es sich hingegen um ein krankhaft verändertes Organ, und ist das Leben des gesamten Körpers gefährdet, so muß, wie oben schon angeführt, dieses Organ im Interesse des Ganzen entfernt werden.

- *Prinzip der Unantastbarkeit des Lebens.* Das Leben ist ein großes Gut, dessen Geschenkcharakter ein wesentliches Merkmal ist . Niemand lebt gleichsam aus sich selbst heraus, niemand schuldet sich sein Leben selbst. Obwohl durch die ständig wachsende Machbarkeit die Illusion vermittelt wird, alles läge bereits in Menschhand, so kommt man doch nicht an der Tatsache vorbei, daß das menschliche Leben der Zeitlichkeit und damit der Endlichkeit unterworfen ist. Gehen wir aber von der Tatsache aus, daß das Leben in jedem Fall ein Geschenk ist, dann ist die ihm gebührende Haltung die der Achtung und Ehrfurcht.

- Zur richtigen Entscheidung ist neben diesen Grundsätzen auch die *Tugend der Klugheit* von großer Bedeutung. Sie ist eine Fähigkeit der praktischen Vernunft, die die allgemeinen Grundsätze in der konkreten Gegebenheit zur richtigen Anwendung bringt. Ihr formales Handlungsprinzip ist unter andern die *Güterabwägung.* Sollten in einem bestimmten Fall zwei oder mehrere Werte, ohne daß eines davon ein absolutes Gut darstellen würde, gegeneinander stehen, dann können diese abgewogen werden. Das gewichtigere Gut, der höhere Wert wird für die Entscheidung ausschlaggebend sein. Strenggenommen kann erst nach Inbetrachtziehen aller Begleitfaktoren, nach Abwägen aller Umstände, nach Beachtung aller Grundprinzipien, also mittels einer realistischen Einschätzung der Situation, entschieden werden. Der Einsatz der Klugheit wird für jeden Entschluß gefordert, weil immer eine ganz konkrete Situation beurteilt werden muß und vorgefertigte Handlungsanweisungen nur allzu leicht das Ziel verfehlen.

Unter Beachtung dieser Grundprinzipien, die aus Gründen der Kürze nur angerissen wurden, soll die Organtransplantation beleuchtet werden. Die ethischen Fragen, die in diesem Zusammenhang immer wieder erörtert werden, sind zahlreich. Wenn der Körperlichkeit, wie oben erläutert, ein solch erhabener Wert zugesprochen werden soll, fragt man sich, ob man überhaupt menschliche Organe oder Körperteile entnehmen und verpflanzen darf. Wenn ja muß überlegt werden, ob eine Organentnahme nur bei Toten oder auch beim Lebenden zulässig sein kann. Welche rechtlichen Vorkehrungen müssen getroffen werden, damit das Autonomieprinzip effektiv gewahrt bleibt und durch welche Maßnahmen könnte man das Organaufkommen erhöhen, das bekanntlich das größte Hindernis in der Transplantationsmedizin darstellt? In der Praxis unterscheiden wir die Organentnahme bei Lebenden und die Explantation bei eben Verstorbenen.

2. Lebendspender: Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen

Die erste Voraussetzung, damit eine Organspende unter Lebenden eine ethisch vertretbare

Handlung sein kann, ist gegeben, wenn sie allem voran auf freiwilliger Basis geschieht (Autonomieprinzip). Der Spender muß frei und bewußt, aufgeklärt über allfällige Risiken zum Entschluß gekommen sein, ein Organ zur Verfügung zu stellen. Das Autonomieprinzip alleine rechtfertigt eine Organspende aber noch nicht. Zieht man die Prinzipien der Totalität und Integrität zur weiteren Beurteilung heran, so scheint es – auf den ersten Blick zumindest – als würde die Organspende bei Lebenden nicht zulässig sein. Die Eigenverantwortung für den Körper verlangt zwar nicht, das eigene Leben als einziges und allerhöchstes Gut zu betrachten, aber wie bereits gesagt, kann man ohne diagnostische oder therapeutische Zielsetzung nicht in die physische Integrität eingreifen und ein Organ oder Gewebe entfernen. Im Fall der Organspende verhält es sich nun so, daß nicht eine eigene, sondern die Bedürftigkeit eines anderen vorliegt. So kann man beispielsweise an eine Organspende denken, wenn das Leben eines Nahestehenden gefährdet ist und eine Transplantation ihm das Leben retten, oder seine Lebensqualität in beträchtlichem Maße verbessern würde. Wenn dem Körper durch die Organ- oder Gewebsentnahme kein ernsthafter Schaden zugefügt wird, kann eine Entfernung erwogen werden. Von der medizinischen Erfahrung ausgehend wissen wir, daß innerhalb eines bestimmten Maßes rasch regenerierfähige Organe ohne ernsthafte Beeinträchtigung der Vitalfunktionen entnommen werden können. Weiters kann auch eines von paarig angelegten Organen oder Organteile entfernt werden, ohne dem Körper ernsthaften Schaden zuzufügen. Man geht meistens davon aus, daß die *funktionelle Integrität* gewahrt bleibt und daß dies ausreicht, um eine Organentfernung ethisch vertretbar zu machen. Beispielsweise eine Knochenmarksentnahme wird vom Organismus in kurzer Zeit kompensiert, auch das Leben mit nur einer gesunden Niere ist ohne größere Belastungen möglich. Es sei aber betont, daß es durch die Spende zu keiner ernsten Beeinträchtigung der Vitalfunktionen kommen darf.

Dem eigenen Leib darf kein ernsthafter Schaden zugefügt werden. In diesem Zusammenhang ist die Risikoabschätzung von großer Bedeutung. Eine Blutspende ist mit nur geringen Risiken verbunden. Bei einer Nierenspende ist die Situation wesentlich kritischer. Gegebenenfalls muß Rat eingeholt und die oben erwähnte Güterabwägung vorgenommen werden. Je größer das Risiko, um so gewichtiger muß der Grund dafür sein, es einzugehen. Die Risikobewertung kann je nach persönlichen Begleitumständen unterschiedlich sein. Alle Begleitumstände müßten miteinbezogen werden und erst nach eingehendem Abwägen kann eine Entscheidung getroffen werden. Ein Familienvater beispielsweise, Alleinverdiener, der noch einige jüngere Kinder versorgen muß, wird sich wahrscheinlich nicht so leicht für eine Organspende bei seinem Bruder entscheiden, wie ein Onkel, der für keine eigene Familie sorgen muß. Führt die reifliche Überlegung zum Entschluß, ein Organ zu spenden, dann enthält jene Organspende eine heroische Geste des Teilens, die eine echte Kultur des Lebens fördert. „. . . die in ethisch annehmbaren Formen durchgeführte Organspende verdient besondere Wertschätzung, um Kranken, die bisweilen jeder Hoffnung beraubt sind, die Möglichkeit der Gesundheit oder sogar des Lebens anzubieten“[5].

3. Organentnahme bei Toten: Kriterien

Viel häufiger werden Organe von Verstorbenen transplantiert. Diese Vorgangsweise wirft andere ethische Fragestellungen auf. Bei der Transplantation von Herz, Lunge, Darm oder Leber, also allesamt Organe, die lebensnotwendig sind, ist man praktisch gezwungen, auf den Leichnam zurückzugreifen. Bei dieser

Vorgangsweise ist auf besondere Sorgfalt bei der Bestimmung des Todeszeitpunktes zu achten. Anthropologisch gesehen spricht man vom Tod, wenn das Prinzip, das die Einheit des Individuums sichert und seine integrativen Vitalfunktionen aufrecht erhält, seine Aufgabe nicht mehr erfüllt. Es folgt eine Desintegration der sich selbst überlassenen Organe. Die Feststellung, ob dieser Desintegrationsprozeß bereits eingetreten ist, ist Aufgabe der Medizin und Naturwissenschaft. Diese Frage ist von großer Bedeutung, weil die Organe möglichst rasch verpflanzt werden müssen. Die Medizin sucht nach möglichst frühen Kriterien, die den eingetretenen Tod bestätigen. Heute wird allgemein das irreversible Verlöschen der gesamten Gehirnfunktionen (Hirntod) mit dem Eintritt des Todes gleichgesetzt. In der jüngeren Vergangenheit ist weltweit neuerlich die Diskussion über die Hirntoddefinition entflammt. Ohne jetzt in dieser Arbeit auf die einzelnen Sichtweisen einzugehen, soll aber unterstrichen werden, daß vom ethischen Gesichtspunkt aus einem noch lebenden Menschen kein Organ entnommen werden darf, wenn dadurch der Tod herbeigeführt wird.

Die Organentnahme muß auch bei einem Leichnam unter respekt- und pietätvollen Bedingungen geschehen. Man darf auch hier den menschlichen Körper nicht wie eine gewöhnliche Sache behandeln, also ihn nicht instrumentalisieren. Wie bei der Organspende unter Lebenden ist der Wille des eben Verstorbenen ausschlaggebend. Die verschiedenen nationalen Gesetzgebungen haben unterschiedliche Modelle dafür erarbeitet. Die *Zustimmungslösung* sieht vor, daß der eben Verstorbene ausdrücklich seinen Willen für eine Organentnahme geäußert hat. Liegt eine derartige Erklärung vor, so darf die Explantation vorgenommen werden. Die *Widerspruchslösung* geht davon aus, daß es eine allgemeine prinzipielle Zustimmung zur Organspende gibt. Ist diese gesetzliche Regelung in kraft, dann können von jedem Verstorbenen Organe entnommen werden, es sei denn, er hat sie noch zu Lebzeiten schriftlich abgelehnt. Jede ausdrückliche Ablehnung muß respektiert werden. Eine dritte Variante, die *Informationslösung,* sieht vor, daß das Ärzteteam immer die nächsten Angehörigen befragt und deren Zustimmung in Stellvertretung des Verstorbenen einholen muß.

Von ethischer Seite her gesehen wäre jener Rechtsform der Vorzug zu geben, die die Beachtung des Willens des Verstorbenen am besten verwirklicht. Eine Widerspruchslösung kann annehmbar sein, wenn ein tatsächlicher Organmangel besteht und zudem sichergestellt ist, daß alle Bürger eines Landes über die Möglichkeit der Organentnahme nach dem Tod informiert sind. Steht jemand einer derartigen Vorgangsweise ablehnend gegenüber, so müßte für alle leicht zugänglich und schnell abrufbar ein sogenanntes Widerspruchsregister erstellt werden, wie dies z. B. in Österreich der Fall ist. Die Zustimmungslösung hält das Organaufkommen sehr niedrig. In manchen Ländern hat das zu großen Problemen geführt, da die Wartelisten für bestimmte Organe im Wachsen begriffen sind und viele Menschen während der Wartezeit auf ein Organ versterben.

In der letzten Zeit werden in diesem Zusammenhang auch neue Initiativen in Erwägung gezogen, um das Organaufkommen zu steigern[6]. Beispielsweise könnte man an eine festgesetzte Entschädigung für eine Organspende denken[7], oder an einen Zusammenschluß von Organspendern, die für einen Nahestehenden bereit wären, ein Organ zu spenden, aus Gründen der Gewebsverträglichkeit aber eine „direkte" Spende an den betreffenden Angehörigen unmöglich ist. So könnte man einen „Ring" von Organspendern und -empfängern gründen[8], die untereinander am Organaustausch beteiligt sind. Auf ähnliche Fragen angesprochen, gab Pius XII im Jahr 1960 folgende Anwort: „ . . . es ist verdienstvoll vom Spender, eine Vergütung abzulehnen, aber sie anzunehmen, stellt nicht notwendigerweise eine Schuld dar. "[9]

4. Transplantation von Embryonalgewebe

Eine neue, erfolgversprechende Technik ist derzeit noch im Versuchsstadium. Sie verdient aber besondere Beachtung. Die Transplantation von Embryonalzellen oder –gewebe hat neue Therapiemöglichkeiten erschlossen. Zur ethischen Beurteilung muß aber vor allem beachtet werden, wie dieses „biologische Material" gewonnen wurde. Auch menschliche Embryonen sind Personen, über die man nicht willkürlich verfügen kann. Schon gar nicht ist es erlaubt, sie zum Zweck einer Heilbehandlung für einen anderen Menschen zu töten[10]. Um Embryonalzellen transplantieren zu können, müßten daher folgende Bedingungen erfüllt sein. Es müßte sich um einen spontan abgegangenen Embryo oder Feten handeln, dessen Tod mit Sicherheit festgestellt wurde. Mit dem Einverständnis der Mutter könnten dann Zellen zu Transplantationszwecken entnommen werden[11]. Eine Vorgangsweise, bei der in engster Zusammenarbeit zwischen abtreibenden und transplantierenden Ärzten nach einer vorsätzlichen Interruptio der noch frische Embryo gleich für Transplantationszwecke verwendet wird, kann unter Beachtung der obengenannten Prinzipien nur schwer eine Rechtfertigung finden. „Die bei jenen Praktiken geforderte Zustimmung der Mutter ist ein Widerspruch, da sie durch ihr Einverständnis zur Kindestötung jede Form mütterlichen Rechts für ihr Kind verloren hat. (. . .) Es liegt auf der Hand, daß dabei die Rechte des Kindes, das hier getötet wird, von niemandem glaubhaft respektiert werden. "[12] Menschen dürfen nie und unter keinen Umständen bloß instrumentalisiert werden.

5. Zusammenfassung

Gegen die Praxis der Organtransplantation ist, vorausgesetzt, daß die oben genannten Bedingungen gewährleistet sind, ethisch nichts einzuwenden. Wer sich unter gegebenen Bedingungen für die Spende eines Organs zu Lebzeiten oder aber für die Organspende nach dem Tod entscheidet, tut Gutes und setzt darüber hinaus ein Zeichen christlicher Nächstenliebe und Hingabe. Die Zustimmung zur Organspende nach dem Tod ist ebenfalls als Nächstenliebe zu sehen. So kann man möglicherweise nach dem Tod einem anderen Menschen noch mit einem seiner Organe dienen. Dieser Gedanke ist keinesfalls neu. Der heilige Franz von Sales erkrankte als 23-Jähriger, damals noch Jusstudent, an einer schweren Infektion. Sein Mentor fragte ihn, wo und wie er gegebenenfalls bestattet werden möchte. Franz bat, man möge seinen Körper den Ärzten und Chirurgen übergeben: „Es wird mir bei meinem Tode eine Erleichterung sein zu wissen, daß ich als Toter noch der Allgemeinheit etwas nützen werde. . . . "[13].

Referenzen

1 BONELLI Johannes, "Der Patient als Person" in "Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin" Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag 1992
2 „Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen", Nr. 42
3 Katechismus der Katholischen Kirche, Punkt 2300
4 THOMAS VON AQUIN S. Th. II-II q 65, a1 „. . . ein Glied des Körpers ... ist um des Ganzen willen da, gerade wie das Unvollkommene wegen des Vollkommenen. "
5 *Evangelium vitae,* Punkt 86
6 WIGHT Cornelia, COHEN Bernard, „Bericht über eine Initiative zur Erhöhung des Organspendeaufkommens", in IMAGO HOMINIS IV/97, S275
7 SCHRÖDER Gerhard, „Gegen die Spendelösung bei der Organgabe", Zeitschrift für Rechtspolitik, Juli 1997
8 FRIEDMAN ROSS Lainie et al, „Ethics of a paired-Kidney Exchange Program", NEJM, Vol 336, N24, p1752-1755
9 Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen, Ref 189 zur Nr. 90
10 *Evangelium vitae,* Punkt 63
11 BOCKAMP Christoph, „Transplantationen von Embryonalgewebe"
12 SCHÖNBORN Christoph, „Organspenden und –transplantationen im Licht des katholischen Glaubens", in Klinik, 5/95, s7
13 ebenda

Imago Hominis, Band IV/Nr. 4, S. 257 – 265
ISSN 1021-9803

© 1997 by IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien

Europa auf dem Weg zu einem einheitlichen Transplantationsrecht?

Wolfgang FEIEL

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor geht der Frage nach, ob auf Grund der zunehmenden Verflechtungen und Rechtsvereinheitlichung in Europa auch das Transplantationsrecht eine Regelung erfährt. Insbesondere wird geprüft, ob bei Transplantationen von Organen Verstorbener die Notstands-, Widerspruchs- oder Zustimmungslösung als Grundlage für gesetzliche Bestimmungen dient. Als Ergebnis ist festzuhalten, daß diesbezügliche internationale Vertragswerke selten und unvollständig sind. Es läßt sich jedoch konstatieren, daß in den meisten europäischen Staaten das Widerspruchsmodell praktiziert wird. Inwieweit dies mit dem postmortalen Persönlichkeitsrecht vereinbar ist, wäre noch zu untersuchen.

Schlüsselwörter: Organtransplantation, Konvention über Menschenrechte und Biomedizin, EG-Vertrag, postmortales Persönlichkeitsrecht, Widerspruchslösung, Zustimmungslösung/Informationslösung

ABSTRACT

The author investigates the question whether due to the increasing interconnection and harmonizing of the European Legal Systems the rules dealing with the transplantation of vital organs have also been regulated. Especially the question of when transplanting organs from the dead if the emergency, contradictory or consent solutions are taken into account when laws are legislated. It can go on record that international agreements in this sense are few and far between or if so then incomplete. However, one notices that in the most European countries the contradictory model is practiced. How far this practice can be reconcoled with postmortum personal rights will have to be investigated.

keywords: transplantation of vital organs, convention on human rights and biomedicine, EU-contracts, postmortum personal rights, contradictory solution, consent solution/informative solution

Anschrift des Autors: *Mag. Dr. iur. Wolfgang* FEIEL, *Bundeskanzleramt, Ballhausplatz 2, A-1014 Wien*

I. Einleitung[1]

Sowohl die jüngst vom Europarat verabschiedete „Konvention über Menschenrechte und Biomedizin" als auch die in der Europäischen Union stetig voranschreitende Integration lassen die Frage gerechtfertigt erscheinen, ob bereits von der Existenz eines einheitlichen europäischen Transplantationsrechts auszugehen ist. Die folgenden Überlegungen beleuchten auch, unter welchen Voraussetzungen in internationalen und nationalen Regelungswerken die Organentnahme bei Verstorbenen für zulässig erklärt wird. Dabei steht der Gesetzgeber grundsätzlich in einem Spannungsverhältnis: Einerseits hat er das über den Zeitpunkt des Todes hinausreichende sog. „postmortale Persönlichkeitsrecht"[2] zu achten, andererseits scheint er verhindern zu wollen, daß die – unter anderem durch den weltweiten Mangel an Spenderorganen[3] verursachte – unbefriedigende Situation verschärft wird. Je nach dem, ob dem Gesetzgeber die Interessenslage der Spender oder der Empfänger berücksichtigungswürdiger erscheint, wird er bei Organentnahmen ex mortuo entweder das Notstands-, das Widerspruchs- oder das Zustimmungsmodell seinen Regelungen zu Grunde legen.

Beim *Notstandsmodell* fällt die Interessensabwägung zu Gunsten des Organempfängers aus: Falls sein Leben oder seine Gesundheit gerettet bzw. verbessert werden, ist eine Organentnahme sogar gegen den früher geäußerten Willen des Verstorbenen zulässig.

Dem *Widerspruchsmodell* zufolge ist eine Organentnahme grundsätzlich zulässig, es sei denn, der Spender hat schon zu Lebzeiten widersprochen. Im Rahmen dieses Modells werden an die Formerfordernisse des rechtsgültig erklärten Widerspruchs unterschiedliche Anforderungen gestellt: So kennt etwa das französische Transplantationsrecht eine Eintragung in das „registre de refus"[4].

Das *Zustimmungsmodell* (Einwilligungsmodell) verlangt, daß für eine Organentnahme ex mortuo die ausdrückliche Zustimmung seitens des Organspenders vorliegen muß. Ist eine solche nicht vorhanden, muß eine Organtransplantation unterbleiben. In Deutschland, wo die Diskussion über ein Transplantationsgesetz schon beinahe seit zwei Jahrzehnten im Gang ist, wird zur Zeit die sog. *Informationslösung* diskutiert. Demnach ist die Organentnahme dann erlaubt, wenn entweder der Verstorbene zugestimmt hat oder die Angehörigen nach erfolgter Information nicht widersprechen. Gegen die zuletzt genannte Form der Fremdbestimmung bestehen jedoch Bedenken[5].

II. Die Konvention über Menschenrechte und Biomedizin

Am 19. November 1996 hat das Ministerkomitee des Europarates die Konvention über Menschenrechte und Biomedizin mit 35 Stimmen – darunter diejenige Österreichs – angenommen[6]. Gegenstimme wurde keine abgegeben; Belgien, Deutschland und Polen zogen es vor, sich der Stimme zu enthalten.

Ziel und Zweck des Vertrages über Menschenrechte und Biomedizin ist es, daß jede Vertragspartei die Würde und Identität aller menschlichen Lebewesen gewährleisten soll (Art. 1 der genannten Konvention[7]). Die weiteren allgemeinen Bestimmungen der Konvention sehen vor, daß den Interessen und dem Wohlergehen des Menschen der Vorrang gegenüber den Interessen der Gesellschaft und der Wissenschaft einzuräumen ist (Art. 2). Darüber hinaus postuliert Art. 4, daß jede „Intervention" auf dem Gebiet der Gesundheit, einschließlich der Forschung, mit den entsprechenden Berufsbestimmungen und Standards übereinstimmen muß. Folgt man den Erläuterungen zur Konvention über Menschenrechte und Biomedizin[8], so ist der Begriff „Intervention" weit auszulegen: Er umfaßt alle medizinischen Handlungen, einerlei ob zu präventiven Zwecken, ob im Rahmen der Diagnose, der

Behandlung, der Rehabilitation oder der Forschung[9].

Der internationale Vertrag behandelt in Kapitel VI die Organ- und Gewebsentnahme von lebenden Spendern zu Zwecken der Transplantation. Im Vordergrund steht dabei die Überlegung, daß rechtliche Rahmenbedingungen zum Schutz lebender Spender zu schaffen seien. Als allgemeine Regel legt Art. 19 Abs. 1 fest:

„Removal of organs or tissue from a living person for transplantation purposes may be carried out solely for the therapeutic benefit of the recipient and where there is no suitable organ or tissue available from a deceased person and no alternative therapeutic method of comparable effectiveness. "[10]

Dämit wird die Zulässigkeit von Organ- oder Gewebsentnahmen (mit Ausnahme der Spende von Keimzellen und der Bluttransfusion[11]) kumulativ an eine positive und zwei negative Voraussetzungen geknüpft. Erstens darf die Entnahme bei Lebenden nur dann vorgenommen werden, wenn sie ausschließlich dem therapeutischen Nutzen des Organ- bzw. Gewebsempfängers dient; zweitens darf kein entsprechendes Organ von einer verstorbenen Person zur Verfügung stehen[12]; drittens darf keine andere therapeutische Methode ebenso erfolgversprechend sein wie eine Transplantation[13].

In Art. 19 Abs. 2 wird statuiert, daß eine Organ- bzw. Gewebsentnahme nur dann gestattet ist, wenn der Spender ihr ausdrücklich zugestimmt hat und diese Zustimmung entweder in schriftlicher Form vorliegt oder vor einer amtlichen Stelle (zB einem Gericht oder Notar[14]) abgegeben wurde. Durch diese Norm wird das in Art. 5 für sämtliche Interventionen auf dem Gebiet der Gesundheit verlangte Einverständnis[15] besonderen Formvorschriften unterworfen. Besonders geschützt werden Personen, die nicht fähig sind, ihr Einverständnis zu geben: Ihnen dürfen grundsätzlich keine Organe entnommen werden (Art. 20 Abs. 1); Ausnahmen bestehen nur in engen Grenzen und lediglich für die Entnahme von regenerativem Gewebe[16].

Die Konvention über Menschenrechte und Biomedizin enthält des weiteren eine Bestimmung, wonach der menschliche Körper und seine Teile als solche nicht Quelle finanziellen Gewinns sein dürfen (Art. 21). Außerdem ist es unzulässig, einen entnommenen Teil eines Körpers für einen anderen Zweck zu verwenden als für den vorgesehenen, es sei denn, der Spender willigt nach entsprechender Information ein (Art. 22).

Will man die Konvention über Menschenrechte und Biomedizin aus österreichischer Sicht würdigen, so ist nicht zu übersehen, daß „das österreichische Recht in manchen Punkten weit über die Konvention hinausgehenden Schutz vorsieht" und es „aus Gründen der Menschlichkeit" zu bedauern ist, „daß der in der Konvention vorgesehene Schutz nicht nur hinter den Erwartungen Österreichs, sondern auch vieler Menschen in Europa zurückbleibt"[17]. Nimmt man ferner zur Kenntnis, daß die Konvention über Menschenrechte und Biomedizin über die Zulässigkeit von Organentnahmen bei Verstorbenen überhaupt keine Aussagen trifft, so erscheint es im Hinblick auf die genannte Konvention vorerst nicht gerechtfertigt, von einem einheitlichen europäischen Transplantationsrecht auszugehen.

III. Der EG-Vertrag

Die Europäische Gemeinschaft (EG) hat es sich zur Aufgabe gemacht, durch die Errichtung eines Gemeinsamen Marktes und einer Wirtschafts- und Währungsunion unter anderem die Hebung der Lebenshaltung und der Lebensqualität zu fördern[18]. Daher will die EG auch „einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus" leisten[19]. Bedeutet das nun, daß die EG im Rahmen ihrer Kompetenz ermächtigt ist, Regelungen über ein europäisches Transplantationsrecht zu er-

lassen? Der EGV äußerst sich dazu nicht unmittelbar:

„Die Tätigkeit der Gemeinschaft ist auf die Verhütung von Krankheiten, insbesondere der weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten einschließlich der Drogenabhängigkeit, gerichtet; dabei werden die Erforschung der Ursachen und der Übertragung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und –erziehung gefördert. "[20]

Schon der Wortlaut der angeführten Bestimmung erscheint nicht dazu geeignet, der EG eine Zuständigkeit im Hinblick auf Regelungen zur Organtransplantation einzuräumen: eine Subsumption von transplantativen Maßnahmen unter „Verhütung von Krankheiten" strapaziert den letztgenannten Begriff über Gebühr. Auch legt die (demonstrative) Erwähnung von „weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten" die Auslegung nahe, daß sich die Tätigkeit der EG auf die Verhütung infektiöser Krankheiten (unter Einschluß der Drogenabhängigkeit) beschränken solle.

Selbst wenn dem eben dargelegten Ergebnis der Interpretation von Art. 129 Abs. 1 EGV nicht gefolgt und eine Organtransplantation als „Verhütung von Krankheiten" aufgefaßt wird, so ist Art. 129 Abs. 4 EGV zu beachten. Dort wird normiert, daß der Rat zur Verwirklichung der Ziele im Bereich des Gesundheitswesens sowohl Fördermaßnahmen „unter Ausschluß jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten"[21] (nach Anhörung von Ausschüssen) als auch (auf Vorschlag der Kommission) Empfehlungen[22] erlassen kann. Daraus wird deutlich, daß die EG nicht ermächtigt ist, auf dem Gebiet des Transplantationswesens rechtsverbindliche Maßnahmen anzuordnen[23,24].

Soweit ersichtlich, hat der Rat bisher noch keine Fördermaßnahmen oder Empfehlungen im Hinblick auf Organtransplantationen erlassen. Derzeit sind auch keine entsprechenden Vorhaben bekannt.

IV. Die Rechtslage in Österreich[25]

Das Krankenanstaltengesetz (KAG)[26] enthielt bis Anfang der 80er Jahre keine ausdrücklichen Bestimmungen in bezug auf Organtransplantationen[27]. Erst mit Bundesgesetz vom 1.Juni 1982[28] wurde die „Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zu Zwecken der Transplantation"[29] einer gesetzlichen Regelung unterworfen. Dabei legt § 62a Abs. 1 KAG fest:

„Es ist zulässig, Verstorbenen einzelne Organe oder Organteile zu entnehmen, um durch deren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wiederherzustellen. Die Entnahme ist unzulässig, wenn den Ärzten eine Erklärung vorliegt, mit der der Verstorbene oder, vor dessen Tod, sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende ausdrücklich abgelehnt hat. Die Entnahme darf nicht zu einer die Pietät verletzenden Verunstaltung der Leiche führen. "

In § 62a Abs. 1 Satz 2 KAG hat sich der österreichische Gesetzgeber somit für die sogenannte Widerspruchslösung entschieden: Die Organentnahme ist zulässig, wenn keine ausdrückliche Ablehnung vorliegt[30]. So prägnant die Formulierung der Widerspruchslösung in § 62a Abs. 1 Satz 2 KAG auch sein mag, sie wirft, worauf KOPETZKI eindrucksvoll hingewiesen hat, einige Fragen auf[31].

Mit BGBl. Nr. 801/1993 wurde das KAG dahingehend novelliert, daß nun allfällige Widersprüche zu einer Organtransplantation im Rahmen der Krankengeschichte zu dokumentieren sind (§ 10 Abs. 1 Z 8 KAG)[32]. Diese Bestimmung soll § 62a Abs. 1 KAG „unterstützen"[33].

V. Die Rechtslage in anderen europäischen Staaten

In **Frankreich** wurde im Juli 1994 ein Gesetz verabschiedet, das im Hinblick auf seinen Regelungsinhalt durchaus als „Bioethikgesetz"

bezeichnet werden kann[34]. Im Rahmen dieses Gesetzes ist die Organentnahme von Verstorbenen grundsätzlich nur dann zulässig, wenn sie unentgeltlich, anonym und ohne Werbung für eine bestimmte (natürliche oder juristische) Person durchgeführt wird. Im übrigen wird – wie schon im Gesetz zur Zulässigkeit der Transplantationsmedizin aus dem Jahr 1976 festgelegt wurde[35] – die Widerspruchslösung anerkannt, die als „Prinzip der vermuteten Einwilligung"[36] bezeichnet wird.

Die äußere Form des Widerspruches wird durch das Gesetz nicht vorgeschrieben. Allerdings ist es dem Widersprechenden möglich, seinen Willen im sog. „registre de refus" dokumentieren zu lassen, wobei die nähere organisatorische Ausgestaltung und die Registerführung in einem (vom Conseil d'Etat) zu erlassenden Dekret zu bestimmen ist.

Jung weist darauf hin, daß während des parlamentarischen Verfahrens die Einführung des Registers auf heftige Kritik stieß[37]: Die geringe Zahl derer, die sich in das „registre de refus" eintragen lassen wollen, stehe in Mißverhältnis zum erforderlichen Aufwand der Registerführung. Außerdem könne die Existenz eines solchen Registers als Werbung für die Ablehnung einer Organtransplantation ex mortuo gewertet werden. Daher sei vielmehr ein Zustimmungsregister einzurichten. Dagegen wurde hauptsächlich eingewandt, daß das Register sowohl für Personen, die ihren Widerspruch äußern, als auch für Ärzte, die eine Transplantation durchführen wollen, die größtmögliche Form der Sicherheit biete. Letztendlich hat sich das französische Parlament jedoch dafür entschieden, die „Unannehmlichkeit der Eintragung" in ein Register dem Widersprechenden aufzubürden.

Für den Fall, daß der Arzt keine Kenntnis vom Willen des Verstorbenen erlangt hat, ist er verpflichtet, das Zeungis der Familie einzuholen. Damit wird dem Arzt eine Nachforschungspflicht auferlegt, wobei klargestellt ist, daß die Angehörigen kein Entscheidungsrecht innehaben, sondern bloß als Auskunftspersonen zur Erforschung des wahren Willens des Verstorbenen heranzuziehen sind. Ungeregelt bleibt im französischen Bioethikgesetz, mit welcher Intensität der Arzt bemüht sein muß, das Zeugnis der Familie einzuholen. Auch über den Begriff „Familie" gibt es im Hinblick auf den außerehelichen Lebenspartner Unklarheiten[38].

Im Oktober 1995 hat das **polnische** Parlament ein Gesetz über die Transplantation von Zellen, Geweben und Organen beschlossen. Dieses Gesetz regelt – mit Ausnahme der Entnahme und Übertragung von Fortpflanzungszellen sowie der Entnahme, Aufbewahrung und Verteilung von Blutspenden – Ex- und Implantationen sowohl ex vivo als auch ex mortuo[39].

Das derzeitige polnische Gesetz hält bei der Organtransplantation von Verstorbenen an dem bereits durch ein Gesetz aus dem Jahr 1991 eingeschlagenen rechtlichen Weg der Widerspruchslösung fest, wobei jedoch Rechtsunsicherheiten beseitigt wurden. Art. 5 Abs. 1 des nunmehrigen Regelungswerkes nennt drei unterschiedliche Möglichkeiten, mit denen ein Widerspruch rechtsgültig dokumentiert werden kann: Eintragung in ein Register für Widersprüche; schriftliche Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift; mündliche Erklärung in Gegenwart von mindestens zwei Zeugen zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus oder später. Der Widerspruch bei Minderjährigen durch den gesetzlichen Vertreter hat strengeren Anforderungen zu genügen[40]. Des weiteren ist der Erlaß von Durchführungsverordnungen bezüglich der Registrierung der Widersprüche vorgesehen. Ärzte sind verpflichtet, vor jeder Explantation Informationen über das mögliche Vorliegen eines Widerspruches einzuholen.

Bei den Bestimmungen über die Organentnahme von Toten fällt außerdem auf, daß eine solche nicht nur zu Heil- oder Diagnosezwekken, sondern auch zu wissenschaftlichen oder didaktischen Zwecken zulässig ist.

Für die Widerspruchslösung bei Organtransplantationen ex mortuo haben sich – einer Untersuchung von WOLFSLAST folgend[41] – auch die Gesetzgeber in **Belgien**[42], **Dänemark, Griechenland, Italien, Norwegen, Schweden** und **Spanien**[43] entschieden. Ebenso wird in **Finnland** dieser Weg beschritten[44].

In **Deutschland** wird bereits seit fast 20 Jahren an einer gesetzlichen Regelung des Transplantationswesens gearbeitet[45]. Dabei scheint der Konflikt zwischen den Anhängern der Zustimmungslösung einerseits und dem Widerspruchsmodell andererseits unüberbrückbar zu sein. Daher darf auch jenes Kuriosum nicht verwundern, dem zufolge das Transplantationsgesetz für das Land Rheinland-Pfalz im Juni 1994 verabschiedet, jedoch vier Monate später noch vor seinem Inkrafttreten einstimmig wieder aufgehoben wurde[46].

Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, daß sich als Kompromiß die sog. Informationslösung herauszubilden scheint. Ein entsprechender Vorschlag wurde unter anderem von der Deutschen Stiftung Organtransplantation und der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Transplantationszentren unterbreitet. Die einschlägige Bestimmung lautet:

§ 2 Entnahme bei Verstorbenen

„Die Entnahme von Organen, Organteilen oder Geweben bei einem Verstorbenen zur Übertragung auf einen anderen Menschen ist zulässig, wenn

1. der Tod zweifelsfrei festgestellt ist und

2.a) der Verstorbene zu Lebzeiten schriftlich oder in anderer Form eingewilligt hat oder

b) bei fehlender Erklärung des Verstorbenen, und wenn keine Umstände, z. B. religiöser oder weltanschaulicher Art, ersichtlich sind, die einen entgegenstehenden Willen des Verstorbenen erkennen lassen, die nächsten Angehörigen über die Absicht der Entnahme in geeigneter Form und mit angemessener Bedenkzeit unter Hinweis auf die Möglichkeit des Widerspruchs informiert sind und nicht widersprochen haben. Nächste Angehörige sind der Ehegatte oder die Person, mit der der Verstorbene in enger Lebensgemeinschaft gelebt hat, die volljährigen Kinder, die Eltern und die volljährigen Geschwister. In der Regel ist ein Angehöriger entsprechend der vorstehenden Reihenfolge zu informieren und zu einer Erklärung befugt". [47]

Während Z 2 lit. a von der Einwilligunglösung ausgeht, bedeutet lit. b, daß den Angehörigen ein Widerspruchsrecht eingeräumt wird. Treffen sie keine ausdrückliche Entscheidung, „so können sie doch gewiß sein, daß mit dem Verstorbenen etwas geschieht, das von der Rechtsordnung nicht nur gebilligt, sondern gutgeheißen wird, daß sie sich also auch in ihrem Schweigen in Übereinstimmung mit dem Recht befinden"[48].

Mittlerweile ist die Diskussion in Deutschland um eine Facette reicher: Im Rahmen der Transplantationsgesetzgebung wird die international anerkannte Hirntodkonzeption immer mehr angezweifelt[49], wobei behauptet wird, daß ein Hirntoter nicht einem Leichnam gleichzusetzen sei und daher noch lebe[50], sodaß eine Transplantation jedenfalls eine ausdrückliche Einwilligung erfordere.

In der **Türkei** und in **Großbritannien** hat man sich für das Zustimmungsmodell entschieden[51]. Das bedeutet, daß Aufklärungskampagnen erforderlich sind, um eine ausreichende Zahl an potentiellen Spendern davon zu überzeugen, ihre Zustimmung für eine postmortale Organtransplantation zu erteilen. Praktiker weisen auf die Problematik dieser Bestimmung hin[52].

VI. Conclusio

Aus dem oben Dargelegten ergibt sich, daß von einem einheitlichen europäischen Transplantationsrecht nicht die Rede sein kann. Internationale Vertragswerke – so vorhanden – bleiben lückenhaft und regeln bei weitem nicht alle

Aspekte auf dem Gebiet des Transplantationswesens. Aktuelle Probleme, wie etwa die Organverteilung[53] oder der sprunghaft ansteigende Organhandel[54], bleiben großteils sowohl international als auch national ungeregelt.

Auf der anderen Seite ist erwiesen, daß in den meisten europäischen Transplantations-Rechtsordnungen im Hinblick auf Organentnahmen ex mortuo das Widerspruchsmodell – in durchaus unterschiedlichen Erscheinungsformen – als vorherrschend bezeichnet werden kann. Dabei gehen die Gesetzgeber von der Überlegung aus, daß jeder Mensch grundsätzlich mit einer Organentnahme nach seinem Tod einverstanden ist. Der Mangel an Spenderorganen soll dadurch entschärft werden, indem sowohl der „Aufwand" für die Erhebung eines Widerspruches dem Spendeunwilligen aufgebürdet wird (und die Äußerung des Widerspruches womöglich deshalb unterbleibt) als auch die teilweise sicherlich bestehende Uninformiertheit der Bevölkerung „ausgenützt" wird, von einer Erhebung eines Widerspruches Abstand zu nehmen.

Inwieweit eine solche Regelung mit dem über den Zeitpunkt des Todes hinausreichenden Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen kollidiert, ist – so weit ersichtlich – zumindest für das österreichische Recht noch nicht hinreichend untersucht worden. Insoweit erscheinen weiterführende Überlegungen angezeigt.

Referenzen

1 Häufig verwendete Abkürzungen:
BlgNR Beilage zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates
EGV EG-Vertrag
GP Gesetzgebungsperiode
MedR (Zeitschrift für) Medizinrecht
NJW Neue Juristische Wochenschrift
ZRP Zeitschrift für Rechtspolitik
Das Manuskript wurde im Mai 1997 abgeschlossen

2 Zu seiner Existenz (nunmehr bejahend) *Aicher* in Rummel, Kommentar zum ABGB, § 16 Rz 28 f, 1. Band, Wien 1990, 2. Aufl.

3 Vgl. Salzburger Nachrichten vom 4.12.1996, 17, Bruno REICHERT zitierend, wonach jeder dritte Patient, der auf der Warteliste für eine Organtransplantation steht, mangels Spenderorgan sterbe. In Deutschland warten nach Angaben der deutschen Bundesärztekammer 13.000 kranke Menschen auf die Transplantation eines Organs, derzeit stehe jedoch nur etwa die Hälfte an Organen zur Verfügung. The Economist vom 25.1.1997, 17, vermeldet, daß im täglichen Durchschnitt 10 Amerikaner sterben, während sie auf ein Organtransplantat warten.

4 Dazu unten, V.

5 Bernd-Rüdiger KERN, Fremdbestimmung bei der Einwilligung in ärztliche Eingriffe, NJW 1994, 753 ff (758, 759); Adolf LAUFS, Arzt und Recht im Umbruch der Zeit, NJW 1995, 1590 ff (1593).

6 Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine. Zur Entstehungsgeschichte und einem ersten Vergleich mit dem deutschen Recht Richard GIESEN, Internationale Maßstäbe für die Zulässigkeit medizinischer Heil- und Forschungseingriffe, MedR 1995, 353 ff.

7 Artikelbezeichnungen ohne Angabe beziehen sich auf die Konvention über Menschenrechte und Biomedizin.

8 Explanatory report to the Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine. Dokument CM(96)175 final.

9 Abs. 29 des Explantatory Report (ExpRep).

10 Gemäß der Schlußklausel der Konvention sind nur der englische und der französische Text authentisch, sodaß der deutsche Text als völkerrechtlich unverbindliche Übersetzung anzusehen ist.

11 Abs. 117 ExpRep.

12 Abs. 119 ExpRep begründet dies damit, daß jede Organ- bzw. Gewebsentnahme für den Spender ein gewisses Risiko bedeute.

13 In einer früheren Fassung des ExpRep wird vorgeschlagen, daß – falls medizinisch möglich – tierisches Gewebe anstelle von menschlichem zu verweden sei.

14 Abs. 120 ExpRep.

15 Dabei handelt es sich freilich um informiertes Einverständnis: „This person shall beforehand be given appropriate information as to the purpose and nature of the intervention as well as on its consequences and risks" (Art. 5 zweiter Satz). Das Einverständnis gemäß Art. 5 kann – eben anders als nach Art. 19 Abs. 2 – auch stillschweigend gegeben sein (vgl. Abs. 37 ExpRep).

16 Vgl. im einzelnen Art. 20 Abs. 2. Eine Gewebespende ist nur für Geschwister zulässig und die Spende muß für den Empfänger lebensrettend sein können. Die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters ist erforderlich. Dem potentiellen Spender bleibt jedenfalls ein Wider-

spruchsrecht.

17 Aus der Erklärung, die der Vertreter Österreichs anläßlich der Annahme der Konvention im Ministerkomitee des Europarates abgegeben hat.

18 Art. 2 EGV.

19 Art. 3 lit. o EGV. Vgl. auch Art. 129 Abs. 1 EGV.

20 Art. 129 Abs. 1 zweiter Unterabs. EGV.

21 Art. 129 Abs. 4 erster Spiegelstrich EGV.

22 Art. 129 Abs. 4 zweiter Spiegelstrich EGV.

23 „Empfehlungen" sind gemäß Art. 189 fünfter Unterabs. EGV „nicht verbindlich".

24 Freilich darf nicht übersehen werden, daß die Organtransplantation als operativer Eingriff den Bestimmungen über die Dienstleistungsfreiheit (Art. 59 ff EGV) unterliegt.

25 Dazu einschlägig Christian KOPETZKI, Organgewinnung zu Zwecken der Transplantation, Wien/New York 1988.

26 BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch die KAG-Novelle 1996, BGBl. Nr. 751.

27 Zur Rechtslage vor der KAG-Novelle 1982 vgl. unter anderen KOPETZKI (FN 25), Organgewinnung, 13 ff, und (aus strafrechtlicher Sicht) Maria A. RIEDER, Die strafrechtliche Beurteilung von Organtransplantationen de lege lata et ferenda, Österreichische Juristenzeitung 1978, 113 ff.
Im Vorblatt zu den Erläuterungen zur KAG-Novelle 1982 (969 BlgNR XV. GP, S. 2) wird die Ansicht geäußert, daß schon „nach der bisherigen Rechtslage die Entnahme von Organen bzw. Organteilen zu Heilzwecken zulässig ist". Dies wird von KOPETZKI (FN 25), Organgewinnung, 19, unter anderem unter Berufung auf den OGH, als „völlig unverständlich" bezeichnet.

28 BGBl. Nr. 273/1982.

29 Überschrift zum Hauptstück F.

30 Anders noch 969 BlgNR XV. GP, 2: „Nach eingehender Prüfung . . . wurde jedoch davon Abstand genommen, eine Regelung im Sinne der sogenannten ‚Widerspruchslösung' bzw. ‚Zustimmungslösung' zu treffen. " Diese Feststellung bezieht sich auf die Regierungsvorlage zur KAG-Novelle 1982, die sich tatsächlich weder auf die Widerspruchs- noch auf die Zustimmungslösung festlegen wollte. Die Entscheidung für die Widerspruchslösung geht auf einen Änderungsantrag des Ausschusses für Gesundheit und Umweltschutz zurück (1089 BlgNR XV. GP, 1).

31 Ausführlich KOPETZKI (FN 25), Organgewinnung, 220 ff.

32 Dabei handlet es sich um eine Grundsatzbestimmung im Sinne des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, sodaß sie von den Landesgesetzgebern in die Landes-KAG aufzunehmen und gegebenenfalls zu konkretisieren ist.

33 1080 BlgNR XVIII. GP, 19.

34 Loi no 94-654 du 29 julliet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain; à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. J. O. vom 30. Juli 1994. Zur Übersetzung „Bioethikgesetz" und den folgenden Ausführungen Andrea JUNG, Die französische Rechtslage auf dem Gebiet der Transplantationsmedizin, MedR 1996, 355 ff.

35 Vgl. dazu JUNG (FN 34), MedR 1996, 356; Gabriele WOLFSLAST, Transplantationsrecht im europäischen Vergleich, Zeitschrift für Transplantationsmedizin 1/1989, 43 ff. (45).

36 JUNG (FN 34), MedR 1996, 356 mit Anmerkung 12.

37 JUNG (FN 34), MedR 1996, 360 f.

38 JUNG (FN 34), MedR 1996, 361 mit Anmerkung 90.

39 Dazu und im folgenden Ewa WEIGEND/Eleonora ZIELINSKA, Das neue polnische Transplantationsgesetz, MedR 1996, 445 ff.

40 Art. 5 Abs. 2 des polnischen Gesetzes 1995.

41 WOLFSLAST (FN 35), Zeitschrift für Transplantationsmedizin 1/1989, 43 ff.

42 Dazu näher WOLFSLAST (FN 35), Zeitschrift für Transplantationsmedizin 1/1989, 45.

43 Dazu näher WOLFSLAST (FN 35), Zeitschrift für Transplantationsmedizin 1/1989, 45.

44 WEIGEND/ZIELINSKA (FN 39), MedR 1996, 450 mit Anmerkung 40.

45 Zum Stand der Diskussion während der letzten Jahre: Michael LEMKE, Stand der Diskussion zum Entwurf eines Transplantationsgesetzes – Eine rechtspolitische Bestandsaufnahme, MedR 1991, 281 ff; Hans-Ludwig SCHREIBER/Gabriele WOLFSLAST, Ein Entwurf für ein Transplantationsgesetz, MedR 1992, 189 ff; Adolf LAUFS, Die Entwicklung des Arztrechts 1991/92, NJW 1992, 1529 ff (1537); Adolf LAUFS, Die Entwicklung des Arztrechts 1992/93, NJW 1993, 1497 ff (1500 f); *Bernd*-Rüdiger KERN, Zum Entwurf eines Transplantationsgesetzes (der Länder?), MedR 1994, 389 ff (vgl. dazu Friedrich-Wilhelm EIGLER, Kommentar, MedR 1994, 393 und Hans Wolfgang OPDERBECKE, Stellungnahme, MedR 1995, 152); Joachim WEBER/Stefanie LEJEUNE, Rechtliche Probleme des rheinland-pfälzischen Transplantationsgesetzes, NJW 1994, 2392 ff; LAUFS (FN 5), NJW 1995, 1593 f; Lars Christoph NICKEL, Verfassungsrechtliche Probleme der Transplantationsgesetzgebung am Beispiel des Gesetzesbeschlusses des rheinland-pfälzischen Landtags, MedR 1995, 139 ff; Adolf LAUFS, Medzinrecht im Wandel, NJW 1996, 1571 ff (1579).

46 NICKEL (FN 45), MedR 1995, 139. Das rheinland-pfälzische Gesetz sah in § 2 Abs. 1 Z 2 die Widerspruchslösung vor. Zu dieser kritisch WEBER/LEJEUNE (FN 45), NJW 1994, 2395 ff; NICKEL (FN 45), MedR 1995, 142 ff; befürwortend KERN (FN 45), MedR 1994, 392.

47 SCHREIBER/WOLFSLAST (FN 45), MedR 1992, 191. Im Kern ähnlich § 3 des Mustergesetzentwurfes, den die Gesundheitsministerkonferenz der (deutschen) Länder im November 1992 angenommen hat. Dazu *Laufs* (FN 45), NJW 1993, 1501.

48 SCHREIBER/WOLFSLAST (FN 45), MedR 1992, 191.

49 Laufs (FN 5), NJW 1995, 1594; Hans Grewel, Zwischen Lebensrettung und Euthanasie – das tödliche Dilemma der Transplantationsmedizin, ZRP 1995, 217 ff; Wolfram Höfling, Hirntodkonzeption und Transplantationsgesetzgebung, MedR 1996, 6 ff. Für den Hirntod als maßgebende Zäsur zwischen Leben und Tod: Kopetzki (FN 25), Organgewinnung, 183 ff; Dieter Birnbacher, Hirntodkriterium: Anthropologisch-ethische Aspekte, MedR 1994, 469 ff; Werner Heun, Der Hirntod als Kriterium des Todes des Menschen – Verfassungsrechtliche Grundlagen und Konsequenzen, (deutsche) Juristenzeitung 1996, 213 ff. Differenzierend Stephan Rixen, Todesbegriff, Lebensgrundrecht und Transplantationsgesetz, ZRP 1995, 461 ff.

50 Grewel (FN 49), ZRP 1995, 218: „Organentnahmen von hirntoten Menschen sind damit grundsätzlich als Tötungshandlungen zu betrachten. Diese Menschen sterben im Vollzug der Explantation".

51 Wolfslast (FN 35), Zeitschrift für Transplantationsmedizin 1/1989, 44.

52 So etwa *J. Pinto da Costa*, Organ Transplantations: The Rights of Donors, (US-Zeitschrift für) Medicine and Law (1989) 8, 11 ff. (13) für das portugiesische Recht. Da der tatsächliche Wortlaut des portugiesischen Gesetzes dem Verfasser nicht zugänglich war, kann nicht überprüft werden, ob in **Portugal**, wie Pinto de Costa behauptet, die „informierte Zustimmungslösung" gilt, oder, wie offenbar Wolfslast (FN 35), Zeitschrift für Transplantationsmedizin 1/1989, 44 anzudeuten scheint, das Widerspruchsmodell zur Anwendung gelangt.

53 Dazu einführend Christoph Conrads, Eurotransplant und UNOS – Modelle der Organallokation?, MedR 1996, 300 ff. Bemerkenswert auch Jack Kevorkian, A Controlled Auction Market is a Practical Solution to the Shortage of Transplantable Organs, Medicine and Law (1992) 11, 47 ff, der eine kontrollierte Versteigerung für verfügbare Organe vorschlägt.

54 Zur Diskussion in Deutschland Wolfgang Lührs, Überlegungen zur einheitlichen Kodifizierung des Transplantationswesens, ZRP 1992, 302 ff; Erwin Deutsch, Zum geplanten strafrechtlichen Verbot des Organhandels, ZRP 1994, 179 ff; Ralf Sasse, Zivil- und strafrechtliche Aspekte der Veräußerung von Organen Verstorbener und Lebender, Frankfurt/Main (u. a.) 1996.

Imago Hominis, Band IV/Nr. 4, S. 267 – 273
ISSN 1021-9803

© 1997 by IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien

Das Transplantationswesen in Österreich

Thomas SCHUSTER *und Manfred* WILLINGER

ZUSAMMENFASSUNG

Zur Effizienz der Transplantationsprogramme leistet die grenzüberschreitende Kooperation zwischen den Transplantationszentren einen wichtigen Beitrag. Die aus österreichischer Sicht wichtigsten Organisationen sind: Austrotransplant, ÖBIG-Transplant und Eurotransplant Foundation (ET). Im internationalen Vergleich der Transplantationsfrequenzen nimmt Österreich einen erstrangigen Platz ein. Dennoch sind die Wartelisten für ein Organ lang. Im Zeitraum 1985 – 1995 betrug die mittlere Wartedauer für eine Nierentransplantation in unserem Land 13,8 Monate. Besonders gravierend ist jedoch die Situation der Herzwarteliste.

Schlüsselworte: Transplantationsprogramme, Transplantationsfrequenzen, Spenderfrequenzen, Wartelisten, Internationaler Vergleich

ABSTRACT

The international co-operation between transplantation centers has contributed importantly to the efficiency of transplantation programmes. As far as Austria is concerned the most important are: Austrotransplant, ÖBIG-Transplant and de Eurotransplant Foundation (ET). Austria is among the first when comparing the frequency of transplantations internationally. However, the waiting lists in Austria are very long. Between 1985 and 1995 the average waiting time for a kidney transplantation in Austria was 13,8 months. At present the situation of the waiting list for heart transplants is especially grave.

keywords: transplantation programmes, transplantation frequencies, donation frequencies, waiting lists, international comparison

Anschrift der Autoren: *Dr. Thomas* SCHUSTER, *D. I. Manfred* WILLINGER
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Stubenring 6, A-1010 Wien

1. Einleitung

Die Organtransplantation ist heute ein etabliertes Therapieverfahren zur Behandlung eines terminalen Organversagens. Durch die Transplantation von Herz, Leber oder Lunge kann bislang tödlich verlaufenden Erkrankungen erfolgversprechend begegnet werden. Die Nierentransplantation und in ausgewählten Fällen die kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation eröffnen einer Vielzahl von Dialysepatienten die Chance, eine bessere Lebensqualität zu erreichen.

Die zeitgerechte Versorgung der auf eine Transplantation wartenden Patienten stellt für alle im Transplantationswesen Tätigen eine zentrale Aufgabe dar. Die rechtzeitige Versorgung der Patienten erfordert eine bedarfsdeckende Anzahl an Spenderorganen. Die im internationalen Vergleich zwar hohen jährlichen Transplantationsfrequenzen in Österreich werden jedoch nur partiell vom jeweiligen Bedarf für dieses Therapieverfahren bestimmt. Vielmehr wird die Anzahl der durchgeführten Transplantationen – trotz der Eingebundenheit in den internationalen Organaustausch – entscheidend von der Anzahl der in Österreich akquirierten Spenderorgane bestimmt. Diesen Umstand veranschaulicht beispielhaft der Vergleich der Entwicklung der jährlichen Nierentransplantationsfrequenzen mit der Anzahl verfügbarer Spenderorgane (siehe Abbildung 1). Datengrundlage aller folgenden Tabellen und Abbildungen ist die von Eurotransplant geführte Dokumentation des Transplantationsgeschehens (ET-Dokumentation).

Die Verpflanzung solider Organe (insbesondere Niere, Leber, Herz, Lunge, Pankreas/Niere) wird zur Zeit an den Universitätskliniken in Graz, Innsbruck und Wien sowie im AKH Linz und im Krankenhaus der Elisabe-

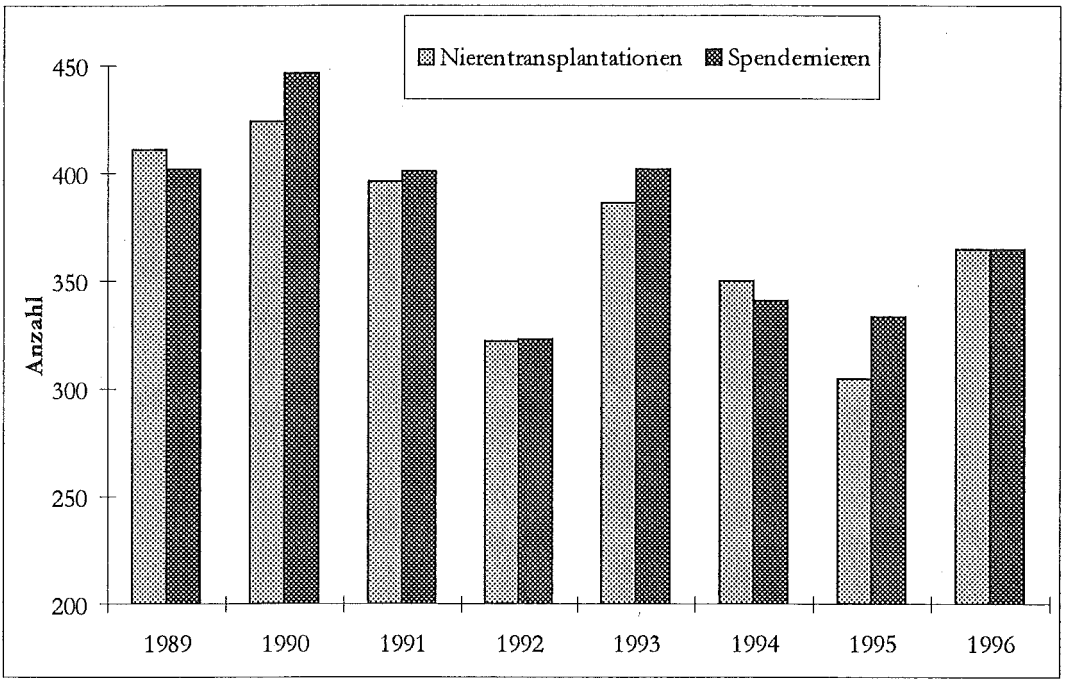

Abb. 1: Entwicklung der jährlichen Nierentransplantationsfrequenzen in Österreich in Abhängigkeit vom österreichischen Spenderorganaufkommen, 1989 – 1996

thinen in Linz durchgeführt. An den beiden letztgenannten Krankenanstalten existiert ausschließlich ein Nierentransplantationsprogramm. In den drei Universitätskliniken werden – allerdings mit stark unterschiedlicher Frequenz – alle in Frage kommenden Organe transplantiert (ausgenommen Pankreastransplantationen, die fast ausschließlich in Innsbruck und vereinzelt in Wien durchgeführt werden).

Nierentransplantationen werden in Österreich seit 1965durchgeführt. Lebertransplantationen werden seit 1977, kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation seit 1979 und Herztransplantationen seit 1983 vorgenommen. Die erste Lungentransplantation in Österreich erfolgte schließlich 1987.

2. Strukturen zur Organisation und Förderung des Transplantationswesens

Die Etablierung nationaler Organisationsformen und die zusätzliche Einbindung in internationale organisatorische Strukturen erwies sich für das österreichische Transplantationswesen als vorteilhaft. Zur Effizienz der Transplantationsprogramme leistet die häufig auch grenzüberschreitende Kooperation zwischen den Transplantationszentren einen wichtigen Beitrag. Nachstehend werden die aus österreichischer Sicht wichtigsten Organisationen vorgestellt.

Austrotransplant

Österreichische Gesellschaft für Transplantation, Transfusion und Genetik

Zweck der Gesellschaft

Der Verein AUSTROTRANSPLANT – Österreichische Gesellschaft für Transplantation, Transfusion und Genetik wurde 1970 auf Initiative des damaligen Vorstands des Klinischen Instituts für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin am AKH Wien, Univ. Prof. Dr. Paul SPEISER, gegründet. Der Verein mit Sitz in Wien erstreckt seine Tätigkeit auf das gesamte Bundesgebiet. Zweck dieser Gesellschaft ist es, in gemeinnütziger Weise wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Transplantation, Transfusion und Genetik durchzuführen, zu koordinieren und zu fördern. Erreicht werden sollen diese Ziele durch:

Planung und Durchführung wissenschaftlicher Forschung;

Veranstaltung einer wissenschaftlichen Jahrestagung;

Veranstaltung wissenschaftlicher Sitzungen;- Dokumentation und Publikation wissenschaftlicher Daten.

Weiters entsendet die Gesellschaft sechs Mitglieder in den Beirat des „Koordinationbüros für das Transplantationswesen" (siehe unten).

ÖBIG-Transplant

Koordinationsbüro für das Transplantationswesen

Aufgaben und Ziele des Koordinationsbüros

Gesundheitspolitische Leitlinie von ÖBIG-Transplant ist die österreichweite Förderung des Transplantationswesens. Angestrebt wird sowohl die bedarfsgerechte Verteilung von Ressourcen und deren regelmäßige Verfügbarkeit als auch das Erreichen zielführender ökonomischer bzw. organisatorischer Rahmenbedingungen.

Folgendes Funktions- bzw. Aufgabenspektrum soll von ÖBIG-Transplant abgedeckt werden:

- Förderung des Organ- und Gewebeaufkommens;
- Förderung des Informations- und Datenaustausches;

- Dokumentation des österreichischen Transplantationsgeschehens;
- Erstellung von Analysen und Durchführung von Planungsarbeiten;
- Erarbeitung von Grundlagen für die Verhandlungsführung von Entscheidungsträgern im Transplantationsgeschehen;
- Öffentlichkeitsarbeit.

Trägerschaft und Organisationsstruktur des Koordinationsbüros

Das Koordinationsbüro für das Transplantationswesen wurde am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Jahr 1991 als Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, nunmehr Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, eingerichtet.

Die Organisationsstruktur von ÖBIG-Transplant ist im Anhang dargestellt. Ein wesentliches Element dieser Organisationsstruktur ist der Transplantationsbeirat, in dem fachlich kompetente Vertreter der Ärzteschaft, der Patienten und der entscheidungsrelevanten Gebietskörperschaften sowie der Krankenversicherungsträger in beratender und mitbestimmender Funktion eingebunden sind.

Eurotransplant Foundation (ET)

Die Eurotransplant Foundation (ET) wurde im Jahre 1967 gegründet und hat ihren Sitz in der niederländischen Stadt Leiden. Die Ziele dieser gemeinnützigen, den internationalen Organaustausch fördernden Organisation sind:

- Für eine bestmögliche empfängerorientierte Verwendung von Spenderorganen und Spendergeweben Sorge zu tragen;
- sicherzustellen, daß ein auf medizinischen Kriterien beruhendes, objektives Auswahlprinzip für den geeigneten Organempfänger gewährleistet ist;
- anhand fortgeschriebener Daten und wissenschaftlicher Forschung, Einflußgrößen auf den Transplantationserfolg zu erarbeiten;
- den Gedanken der Organspende zu verbreiten und Maßnahmen zur Vermehrung verfügbarer Spenderorgane zu unterstützen.

Angeschlossen an die Eurotransplant Foundation sind die Transplantationszentren der Benelux-Staaten, der Bundesrepublik Deutschland und Österreichs. Darüber hinaus besteht eine enge Kooperation mit weiteren nationalen bzw. internationalen europäischen Transplantationsorganisationen (France Transplant, Scandia Transplant usw.)

Organisatorische und medizinische Fragestellungen werden in hierfür eingerichteten „Committees", denen Experten aus allen Mitgliedsstaaten angehören, diskutiert. Die in diesen Ausschüssen erarbeiteten Vorschläge werden dem „Board of Management", das als oberstes Leitungsgremium fungiert, zur Beschlußfassung vorgelegt. Dieses Gremium besteht aus neun gewählten Mitgliedern, wobei zwingend vorgeschrieben ist, daß in ihm alle Mitgliedsstaaten vertreten sind.

Die Mitgliedschaft bei Eurotransplant erschließt Österreich die Vorteile eines größeren Spenderpools. So kann bei Nierentransplantationen, bei denen das Transplantatüberleben insbesondere von der Gewebeverträglichkeit abhängt, durch einen größeren Spenderpool die Wahrscheinlichkeit wesentlich erhöht werden, eine jeweils möglichst optimal geeignete Spenderniere zu finden. Im Falle von Herz- oder Lebertransplantationen werden Spenderorgane nicht selten binnen weniger Tage gebraucht. Auch hier erhöht ein größerer Spenderpool die Wahrscheinlichkeit, rechtzeitig ein geeignetes Organ zu erhalten. Andererseits ermöglicht es die internationale Zusammenarbeit, für eine im Inland nicht nutzbare Organspende in einem der Partnerländer eine unter Umständen lebensrettende Verwendung zu finden.

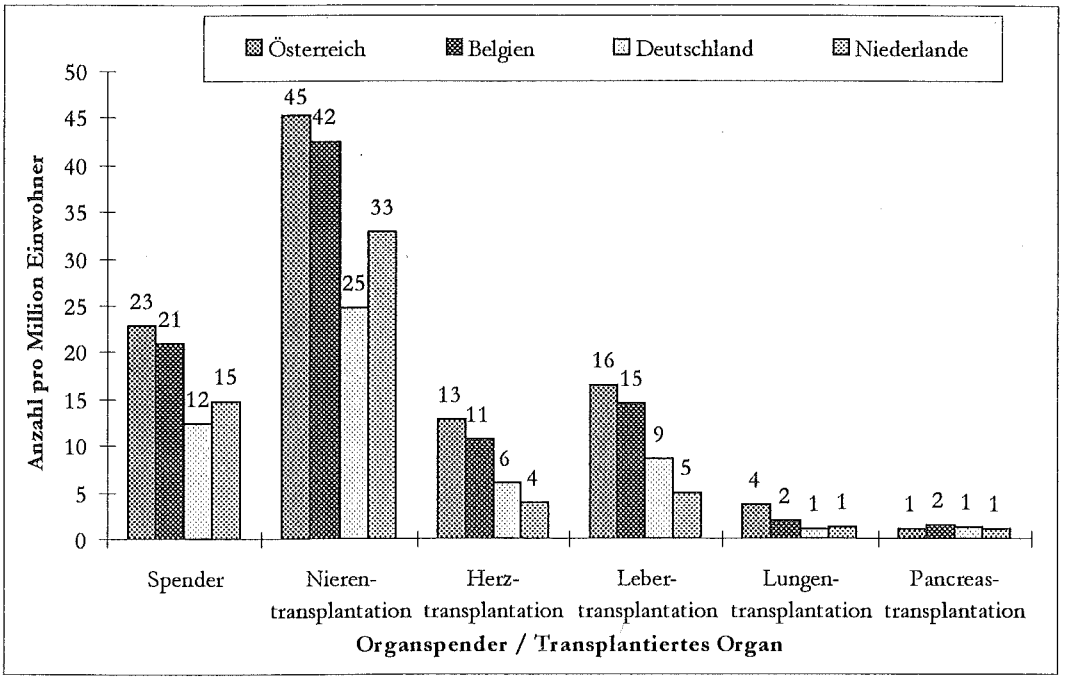

Abb. 2: Darstellung der Spender- und Transplantationsfrequenzen für das Jahr 1996 im internationalen Vergleich – pro Million Einwohner

3. Transplantationsfrequenzen und Spenderfrequenzen im internationalen Vergleich

Um einen internationalen Vergleich zu ermöglichen, werden die Transplantationsfrequenzen und gemeldeten Organspender pro Million Einwohner des Jahres 1996 den entsprechenden Zahlen der restlichen ET-Mitgliedsstaaten gegenübergestellt.

Abbildung 2 dokumentiert, daß Österreich, hinsichtlich der Spender- und Transplantationsfrequenzen pro Million Einwohner (mit Ausnahme der Pankreastransplantation) jeweils den ersten Rang einnimmt. Weiters ist zu erkennen, daß vor allem die nationalen Nierentransplantationsfrequenzen vom Spenderorganaufkommen im eigenen Land abhängen.

4. Informationen bezüglich der Wartelisten in Österreich

In der Folge wird gezeigt, welcher Anteil der seit 1990 auf eine Warteliste genommenen Patienten mit einem Transplantat versorgt werden konnte und wie viele Patienten aufgrund ihres vorzeitigen Todes von der Warteliste genommen werden mußten.

Für die Nierentransplantation wird ausgewiesen, welche wahrscheinliche mittlere Wartezeit Dialysepatienten, die im Zeitraum zwischen 1.1.1985 und 30.6.1995 auf eine Warteliste gesetzt worden sind, bis zur Nierentransplantation in Kauf nehmen mußten (unter mittlerer Wartezeit wird jener Zeitraum verstanden, innerhalb dessen 50 Prozent der für eine Transplantation vorgemerkten Patienten zu einer Ersatzniere gelangen). Herz-,

Leber- und Lungentransplantationen betreffen in der Regel Patienten mit anderenfalls sehr begrenzter Lebenserwartung, was eine möglichst rasche Durchführung der Organverpflanzung bedingt. Die Berechnung der Wartezeit für dieses Patientenkollektiv ist deshalb wenig aussagekräftig und wurde nicht durchgeführt.

Patientendynamik auf den Wartelisten

Nachfolgend werden die Bewegungen auf den Wartelisten für die quantitativ bedeutsamsten Organe (Niere, Leber und Herz) im Zeitraum zwischen 1.Jänner 1990 und 30. Juni 1995 dargestellt. Dabei wird die in diesem Zeitraum insgesamt auf die jeweilige Warteliste gesetzte Anzahl der Patienten in die Teilmengen der inzwischen mit einem Transplantat versorgten Patienten, der noch vor der in Aussicht gestellten Transplantation verstorbenen Patienten, der aus „anderen Gründen" von der Warteliste genommenen Patienten und der weiterhin auf der Warteliste befindlichen Patienten aufgegliedert.

Wartedauer auf eine Nierentransplantation

Die wahrscheinliche Wartedauer wurde mit der Kaplan-Meier-Methode berechnet (Clinical Transplants 1994). Grundsätzlich ist zwischen der mittleren und der durchschnittlichen Wartedauer zu unterscheiden. Die mittlere Wartedauer gibt – wie bereits weiter oben angeführt – die Zeitspannen an, innerhalb derer 50 Prozent der für eine Transplantation vorgemerkten Patienten zu einem Ersatzorgan gelangen. Die durchschnittliche Wartedauer wird aus den Wartezeiten aller vorgemerkten Patienten abgeleitet und liegt – vor allem bedingt durch sogenannte „Ausreißer" (Patienten, für die ungewöhnlich lang kein geeignetes Ersatzorgan aufzutreiben ist) – merklich höher als die mittlere Wartedauer.

Für Patienten, die im Zeitraum zwischen 1.1.1985 und 30.6.1995 auf die Warteliste für Nierentransplantationen gesetzt wurden, betrug die wahrscheinliche mittlere Wartedauer bis zum Transplantationstermin 13,8 Monate und die wahrscheinliche durchschnittliche Wartedauer 20,9 Monate.

Patientenkollektiv	Warteliste für Nierentransplantation	Warteliste für Lebertransplantation	Warteliste für Herztransplantation
Im Zeitraum von 1.1.1990 bis 30.6.1995 insgesamt auf Warteliste	100% n = 2612	100% n = 641	100% n = 842
mit Transplantat versorgt	53%	68%	54%
auf Warteliste verstorben	7%	18%	22%
aus "anderen Gründen"* von Warteliste genommen	5%	6%	9%
ohne Angabe	2%	-	-
derzeit auf Warteliste befindlich	33%	8%	15%

Tab. 1: Patientendynamik auf den Wartelisten für Nieren-, Leber- und Herztransplantationen im Zeitraum 1.1.1990 bis 30.6.1995

* Kein Wunsch mehr nach Transplantation, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, etc.

5. Wartelisten im internationalen Vergleich

Die Anzahl der auf eine Transplantation wartenden Patienten unterliegt im Laufe eines Jahres Schwankungen. Aus diesem Grund kann der Wartelistenstand nur zu einem bestimmten Stichtag erfaßt werden. Dieser Stichtag ist in der folgenden Abbildung der 31.Dezember.

Österreich verfügt im internationalen Vergleich pro Million Einwohner über die umfangreichste Nieren- und Herzwarteliste. Augenscheinlich ist, daß sich in den Niederlanden auf der Nierenwarteliste pro Million Einwohner deutlich weniger, in Österreich auf der Herzwarteliste deutlich mehr Patienten befinden.

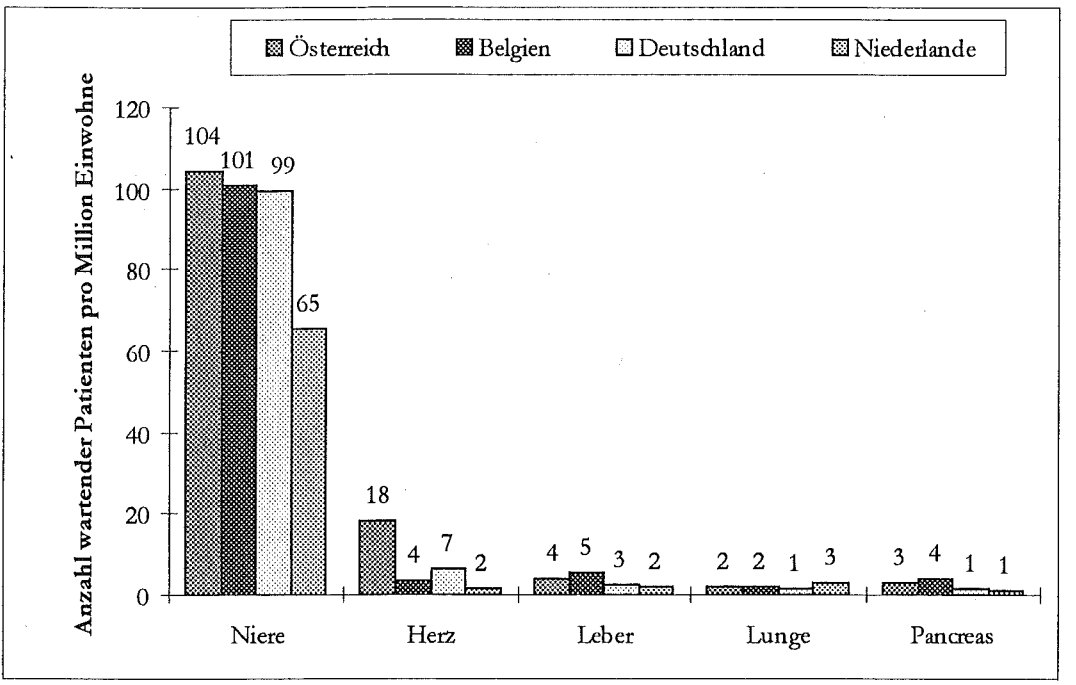

Abb. 3: Wartelisten im internationalen Vergleich 1996, pro Million Einwohner

Imago Hominis, Band IV/Nr. 4, S. 275 – 282
ISSN 1021-9803

© 1997 by IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien

Bericht über eine Initiative zur Erhöhung der Organspendeaufkommen

Celia WIGHT und Bernard COHEN

ZUSAMMENFASSUNG

Die immer größer werdenden Wartelisten für die Organtransplantation bei gleichzeitig stagnierender Zahl tatsächlich durchgeführter Transplantationen stellt ein internationales Problem dar. Die vorliegende Arbeit stellt zwei Bildungsprogramme für das Krankenhauspersonal vor. Beide Programme haben in den Niederlanden ihren Ausgang genommen, wurden in der Zwischenzeit aber auch schon von anderen Ländern übernommen. Es bestätigt sich die Annahme, daß dem Intensivpersonal durch eine bessere Bildung Unsicherheiten im Umgang mit den Hirntoten und den Familienangehörigen genommen werden konnten und auf diesem Weg auch das Organaufkommen vergrößert wurde.

Schlüsselwörter: Organmangel, Bildungsprogramm, Verbesserung der Organisationsstrukturen

ABSTRACT

An international problem is the increasing length of the waiting lists of persons requiring a vital organ transplantation and the stagnating number of transplantations which can be or are made. This paper introduces two educational programmes for hospital personnel. Both programmes were developed in the Netherlands and have, in the mean time, been taken over by other countries. The supposition that by better educating personnel engaged in intensive medicine their uncertainties regarding handling brain dead and their families can be lessened and thereby an increase in the number of organs available for transplantation has come about.

keywords: lack of organs, educational programmes, bettering organization structures

Anschrift der Autoren: *Celia WIGHT, Bernard COHEN, Eurotransplant International Foundation, P. O. Box 2304, NL-2301 CH Leiden, Holland*

DIESER Artikel möchte zwei Initiativen vorstellen, um das Organspendeaufkommen zu erhöhen. Die erste ist zur Zeit bereits weit verbreitet und die zweite steht am Ende ihrer Entwicklungsphase.

Seit 1990 versorgt die Eurotransplantstiftung (ET) fünf europäische Länder (Österreich, Belgien, Deutschland, Luxenburg, Niederlande) mit Patientenlisten und Austauschorganen: insgesamt ist damit eine Bevölkerung von 115 MIO Menschen erfaßt. Ernste Probleme entstanden in der ET wegen der immer größer werdenden Warteliste für Nierentransplantationen und der gleichbleibend stagnierenden Zahl der tatsächlich durchgeführten Transplantationen. Besonders kritisch war diese Situation in den Niederlanden, wo die Nierentransplantationen ständig zurückgegangen sind. So entschloß man sich, die Vorgangsweise für die Organspende in den verschiedenen Spitälern im Bereich der ET zu untersuchen, um zu sehen, ob ein besonderer Grund für deren Rückgang vorläge. Man hat herausgefunden, daß es in manchen Spitälern eine 40 – 50%ige Ablehnung der Organspende von seiten der Familienangehörigen gab.

Europäisches Bildungsprogramm für Spendespitäler

Die irrige Auffassung seitens der Familienangehörigen über das Thema Organspende ist bekannt. Trotzdem fanden die Prüfer, daß es in den Spitälern häufig keine Protokolle für die Organspende gab, oder, wenn vorhanden, verstand sie das Personal nicht zu gebrauchen. Vielsagend ist auch, daß viele jener Personen, die auf Intensivstationen tätig sind, behaupteten, sie fühlten sich unsicher und für den Umgang mit den Hinterbliebenen nicht geschult. Nach den zur Zeit verfügbaren Daten kann gesagt werden, daß durch eine entsprechende Hilfe für das Fachpersonal die Ablehnungshaltung für eine Organspende reduziert und die Spenderate gesteigert werden kann.

In den Niederlanden wurde ein professionelles Bildungsprogramm entwickelt, das als „European Donor Hospital Education Programme" (EDHEP, Europäisches Bildungsprogramm für Spendespitäler) bekannt wurde. EDHEP ist ein höchst interaktiver Bildungsworkshop, der hauptsächlich auf das Fachpersonal in den Bereichen der Intensivstationen, sowie auch auf das Personal, das den Kontakt mit den Angehörigen zu führen hat, ausgerichtet ist. Das Ziel des Programmes ist es, dem Fachpersonal zu helfen und es mit entsprechenden Kenntnissen und Erfahrungen auszustatten, damit es sich im Umgang mit den Familienangehörigen sicherer fühlt, sobald es sich um die Mitteilung der Todesnachricht, verbunden mit der Bitte um eine Organspende, handelt. Ein eintägiger Bildungsworkshop wurde in den Niederlanden entwickelt und durchgeführt. Ab 1991 wurde das EDHEP in diesem Land ein fester Bestandteil der Berufsbildung.

Bereits früh wurde erkannt, daß dieses Problem nicht ausschließlich die Niederlande betraf, sondern daß es auch für andere Länder nützlich sein könnte. Deswegen wurde es so entwickelt, daß es sich leicht den Gesetzen, der Praxis und den Kulturen anderer Länder anpassen kann. Nach den positiven Ergebnissen in den Niederlanden äußerten viele Länder bald darauf den Wunsch, das EDHEP ebenfalls anzuwenden. Die Durchführungsgruppe wurde beauftragt, sich über die Art und Weise, das Personal in den verschiedenen Ländern zu schulen, Gedanken zu machen, um das Programm den jeweiligen Bedürfnissen anzupassen.

Dafür wurde eine Methode entwickelt, die gut zu funktionieren scheint: Die Länder wurden gebeten, einen eigenen nationalen Ausschuß zu bilden, der aus geschultem Fachpersonal mit Erfahrungen in Organspende und Transplantation zusammengesetzt ist. Diese Gruppe bestimmt einzelne Personen in oder außerhalb des Auschusses, die an einer

Reihe von Kursen für Ausbildner teilnehmen sollen. Diese Kurse erlauben dem zukünftigen Ausbildner, sich mit Inhalt und Form des Workshops vertraut zu machen und betraut ihn mit der Leitung der nationalen Abstimmung und Durchführung von EDHEP. Dem nationalen Ausschuß wird empfohlen, ein Versuchsprojekt durchzuführen, bevor das Programm auf nationaler Ebene verbreitet wird.

Wo stehen wir derzeit? Die Unterlagen wurden in 17 Sprachen übersetzt und die Workshops werden regelmäßig in mehr als 30 Ländern veranstaltet: in Westeuropa, Mitteleuropa, Ost- und Südamerika. Das große Interesse an EDHEP beweist die Notwendigkeit, das Gesundheitspersonal mit genügenden Fachkenntnissen auszustatten, um diese schwierigen Fragen zu behandeln.

Worauf wollen wir überhaupt hinaus? EDHEP hat nicht nur die Aufgabe, das Spendeaufkommen zu vermehren, sondern es ist auch eine Berufsfortbildung, deren Wirksamkeit bereits mehrmals unter Beweis gestellt wurde. Spezifische Auswertungen von 163 Teilnehmern eines Versuchsprogrammes in Israel zeigen eine Zunahme an Kenntnissen über Hirntodkriterien, über das Gesetz, die vermeintlich ablehnende Postition seitens der jüdischen Religion zur Organspende und über die Spendekriterien. Diese Daten zeigen eine bedeutende Verbesserung der Fähigkeiten und die Bereitschaft der Schulungsteilnehmer, Familienangehörige des Verstorbenen auf eine Organspende anzusprechen. Ergebnisse in Japan zeigen außerdem, daß 95% der Ärzte und 92% der Krankenschwestern meinten, sie hätten einen besseren Umgang mit den Angehörigen gelernt, und 90% respektive 88% fanden, daß EDHEP ein nützliches Bildungsmittel war. Es wurde ein einjähriges Kontroll-Forschungsprojekt mit Fachpersonal aus den Niederlanden erprobt. Dabei wurden zwei Gruppen zwei Wochen vor der Teilnahme der Probegruppe am EDHEP Workshop getestet. Beide sind nochmals 2 Wochen und 6 Monate nach diesem Workshop befragt worden. Die Probegruppe zeigte in den Ergebnissen einen deutlichen Erfahrungszuwachs für die Behandlung schwieriger oder schmerzlicher Situationen, sowohl bei der Kommunikation mit den Angehörigen wie beim Spendeprozeß. Außerdem zeigten die Teilnehmer ein größeres Selbstvertrauen im Umgang mit den Angehörigen. Die Versuchsgruppe zeigte auch weniger Schwierigkeiten bei der Frage der Organspende und 6 Monate danach hatten sie mehr Organspenden erbeten als die Kontrollgruppe. Alle EDHEP-Teilnehmer beurteilten die Beiträge dieses Programms für ihre alltägliche Praxis als positiv. EDHEP scheint tatsächlich eine Wirkung in der alltäglichen Arbeitspraxis zu haben, nicht nur in bezug auf die Pflege und den Umgang mit den Angehörigen und die Spendeprozesse, sondern auch im Hinblick auf die Teamarbeit in der Gruppe. Alle diese Ergebnisse sind statistisch gesehen signifikant. Eine zweijährige Kontrollbewertung an den Universitäten von Liverpool und Maastricht wird soeben in Großbritannien erstellt. Darüber hinaus soll die Zufriedenheit der Angehörigen mit der erhaltenen Pflege analysiert werden.

Welchen Schluß kann man aus diesem Kommunikationsschulungs-programm ziehen? Es paßt sich allen Kulturen an. Es erzeugt eine bessere Einstellung zur Organspende, es lehrt mehr bezüglich der Kommunikation und des Vertrauens und kann dazu verhelfen, die Spendebereitschaft zu erhöhen.

Trotzdem ist in der zweiten Hälfte der 90er Jahre der Mangel an Organen das hauptsächliche Hindernis im Transplantationswesen gewesen: Das hat dazu geführt, daß die Wartelisten länger geworden sind, die Überlebensrate sank und die Lebensqualität vermindert wurde. Allgemein gesprochen stirbt aber noch immer einer von 5 Patienten während der Wartezeit auf eine Nichtnieren-Transplantation. Das ist tatsächlich ein weltweites Dilemma!

Aktionsspenderprogramm (Donor Action Programme)

Eine Spitalsuntersuchung neueren Datums zeigt, daß über 1/3 der potentiellen Spender verlorengeht, erstens weil viele Patienten nicht als potentielle Spender erkannt werden und weil vielen Familien nicht die Möglichkeit angeboten wird, ein Organ zur Spende freizugeben. Es gibt noch eine Lücke in den Verfahren und Vorgangsweisen für die Spenden und eine Lücke in der Bildung des Personals in den Schlüsselpositionen des Spendeprozesses. Trotzdem kann man ein merkliches Wachsstum an Organaufkommen in jenen Spitälern, die die Spendenpraxis fördern, feststellen. Drei internationale Gruppen haben es sich zur Aufgabe gemacht, sich um das Dilemma des Organengpasses zu kümmern. Die „Organización Nacional de Trasplantes" (ONT) in Spanien hat eine bedeutungsvolle Erhöhung der Spendeorgane erzielt, die sie der Bildung und Schulung der Transplantationskoordinatoren zuschreibt. Die Partnerschaft für Organspenden in den USA hat eine Methode entwickelt, um den Spendenprozeß zu analysieren. Zusammen mit Spitälern der ET ist man bereit, gegen eine Abnahme der Organspenden zusammenzuarbeiten. Diese internationale Initiative hat ein konkretes Programm entwickelt: die „Donor Action".

Was ist das? Es ist ein Programm, das die Spitäler mit Mitteln, Richtlinienentwürfen und Bildungsprogrammen ausstattet, um die Organspenden zu rationalisieren und dadurch deren Aufkommen zu erhöhen. Es ist in verschiedenen Formen geplant: als Phasenstudie und Einzelphasen, um auf diese Weise die Anpassung an die Bedürfnisse aller Spitäler der verschiedensten Nationen zu erleichtern. Die Phasenstudie erlaubt den Spitälern eine Diagnose 1. über die eigenen Fähigkeiten zu einem höheren Organaufkommen, 2. über die spezifischen Bereiche für die Erhöhung desselben und 3. welches Programm an dem betreffenden Spital durchgeführt werden soll. Das Einzelphasenprogramm erlaubt den Spitälern eines oder alle Programme, je nach den Bedürfnissen und Möglichkeiten der jeweiligen Klinik.

Es wurde außerdem ein spitalspezifisches, multifunktionales Donor Action Committee eingerichtet, um eine Überprüfung der existierenden Vorgangsweise im Spital zu ermöglichen, um Zonen für die Vergrößerung des Spendeaufkommens zu empfehlen und um das Donor Action Programm zu leiten und durchzuführen. Das Committee ernennt innerhalb des eigenen Spitals „Personal Donor Action Programmleiter", um die Spendenprozesse zu beaufsichtigen und um als Partner für die örtlichen Transplantationskoordinatoren zu agieren.

Es wird eine sorgfältige Diagnose über die existierende Spendepraxis durchgeführt, und spezifische Verbesserungsbereiche werden identifiziert. Diese Mittel für die Diagnose schließt eine Überprüfung des Medical Records Review mit ein, ebenso wie ein Hospital Attitude Survey. Es wurde ein Software-Programm entwickelt, um die Ergebnisse beider zu analysieren. Je nach den Ergebnissen kann das Donor Action Committee die Verbesserungszonen identifizieren und geeignete Bildungsprogramme durchführen.

Die 5 Kernbereiche des Programms sind die 5 spezifischen Zonen im Rahmen des Spendeprozesses:

-Donor detection (Spenderidentifizierung): frühzeitige Identifizierung aller Patienten, die potentielle Spender sein können.
-Donor Referral (Spendenreferent): ein Referent, der über alle potentiellen Spender Daten zu den Transplantkoordinatoren weiterleitet.
-Family Care and Communication (Familienbetreuung und Kontaktaufnahme): Unterstützung und Komunikationsaufnahme für die Angehörigen der potentiellen Spender.
-Donor Maintenance (Spendererhaltung): ärztliche Betreuung von potentiellen Spendern.
- Organ Retrieval (Organgewinnung): optimale Protokolle zur Organgewinnung.

Jede dieser Einheiten besitzt eigene Mittel, Richtlinien und Bildungsworkshops.

Was sind die Vorteile von Donor Action? Auch wenn das Donor Action Programm eine Investition von Zeit und Mitteln auf institutionaler wie auf individueller Ebene bedeutet, sind die Vorteile beträchtlich. Für tausende Patienten auf Wartelisten bedeuten mehr Organe für Transplantationen mehr Chancen zum Überleben und (oder) mehr Lebensqualität. Sichert man den Familien der möglichen Spender eine effektive Betreuung zu und stellt man sie vor die Möglichkeit der Wahl zur Spende, dann bietet man ihnen eine Gelegenheit Trost zu erfahren, den viele als hilfreich inmitten des Schmerzes des Verlustes einer geliebten Person empfunden haben.

Das ärztliche und das Krankenpflegepersonal können auch direkt durch die Erhöhung der Transplantationsrate profitieren, indem sie versuchen, Leben zu retten und Lebensqualität von Patienten zu verbessern. Beim klaren Definieren der Rollen im Spendenprozeß und dem Belassen der Verantwortung in einer kleinen Zahl von Händen, werden die Bemühungen konzentriert und die Unsicherheiten unter dem Spitalpersonal verringert.

Die Rolle der Transplantationskoordinatoren ist in den Bemühungen, die Spendepraxis zu steigern, ausschlaggebend. Wenn man gute berufliche Kontakte mit dem Spenderspital hergestellt hat, dann werden die Transplantationskoordinatoren in zahlreiche Einzelschritte des Spendenprozesses einbezogen. Die Transplantationskoordinatoren selbst ziehen ihrerseits wieder Nutzen aus der Zusammenarbeit zur Erhöhung des Organaufkommens mit einem Partner im Spital.

Wo stehen wir jetzt? Das Donor Action Versuchsprogramm ist in den Niederlanden, Spanien, Großbritannien und Kanada durchgeführt worden.

Der Hospital Attitude Survey, der zweite Teil des Diagnostic Review, wurde vom Fachpersonal an elf Intensivstationen durchgeführt, und zwar in den Spitälern A, B, C und E und mit

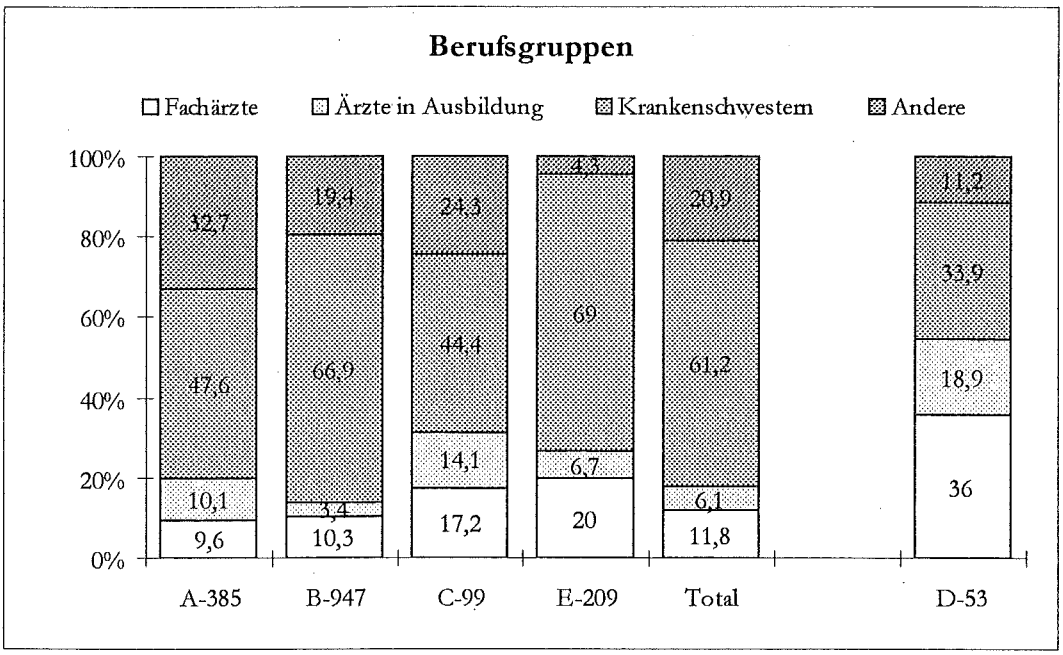

Bild 1: Hospital Attitude Survey-Preliminary Pilot Results

dem ärztlichen, Krankenpflege- und administrativen Personal in Spital D verglichen. Die Überprüfung achtete genau auf die Beteiligung des Personals im Spendenprozeß, auf die Einstellung, auf die Fachkenntnisse und Erfahrungen in der Organspende, auf die Zufriedenheit mit den Diensten der Transplantationskoordinatoren und die Ergebnisse durch eigene Bildungsprogramme.

Es wurden insgesamt 1693 Berichte mit den Ergebnissen des Medical Record Reviews analysiert und verglichen, um jeder Spitalseinheit zu helfen, eine individuell geschneiderte Strategie zu entwerfen, die die Spendepraxis verbessern sollte.

Bild 1: Aufschlüsselung nach Berufsgruppen
Die Ergebnisse von Spital D wurden nicht in die Endergebnisse einbezogen, nachdem diese Klinik sich entschlossen hat, Überprüfungspersonal auf Probe im ganzen Spital einzusetzen und diese Überwachung nicht auf die Intensivstationen allein zu beschränken. Wie dem auch sei, Spital D ist in allen folgenden Analysen inkludiert, da die Ergebnisse keine bedeutsamen Unterschiede zeigten. Mit „anderen" sind nicht-ärztliches Intensivpersonal, administrative Einheiten und – in manchen Fällen – auch Reinigungspersonal gemeint. Diese Gruppe wurde in späteren Analysen aus dem Bericht ausgeschlossen.

Bild 2: Einstellung zur Organspende
Eine der ersten Fragen war die Einstellung des Personals zur Organspende. Bild 2 ist eine Kurzzusammenfassung der Reaktionen. Diese Daten zeigen, daß fast das ganze Personal der Meinung ist, daß die Organspende Leben retten kann (97,3%) und daß es sie daher persönlich unterstützte (95,3%). Ein kleinerer Prozentsatz (83,1%) wäre bereit, eigene Organe zu spenden. Trotzdem zeigt die Überprüfung, daß weniger als die Hälfte des Personals (45,6%) glaubt, daß die Organspende bei ihrer Trauerarbeit helfe. Da gab es einen größeren Unterschied unter den einzelnen Berufsgruppen.

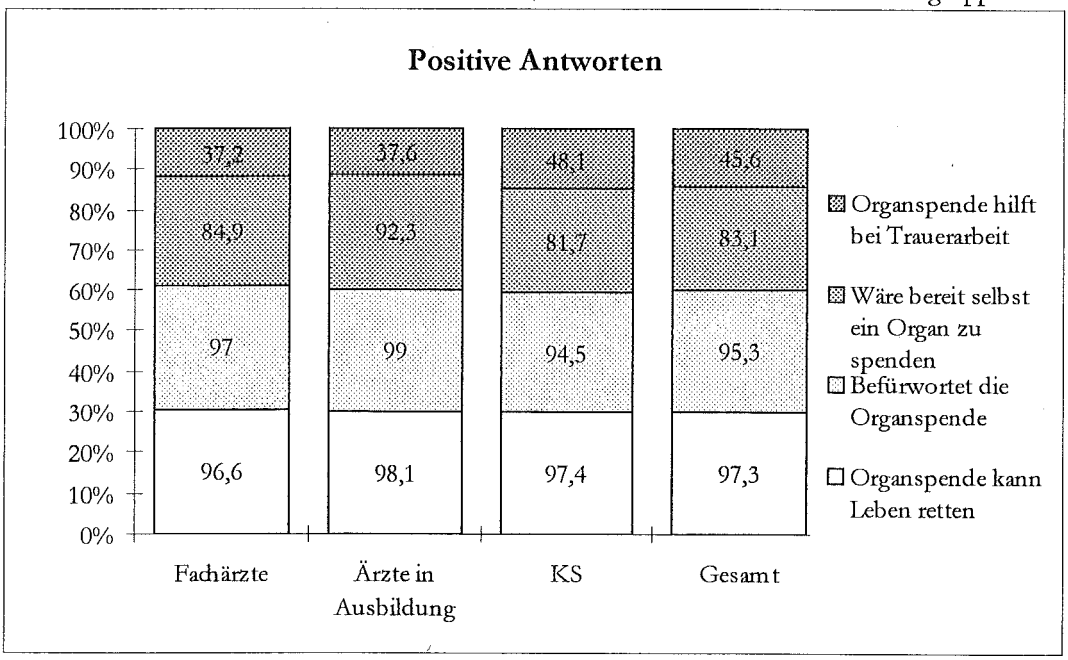

Bild 2: Einstellung zur Organspende

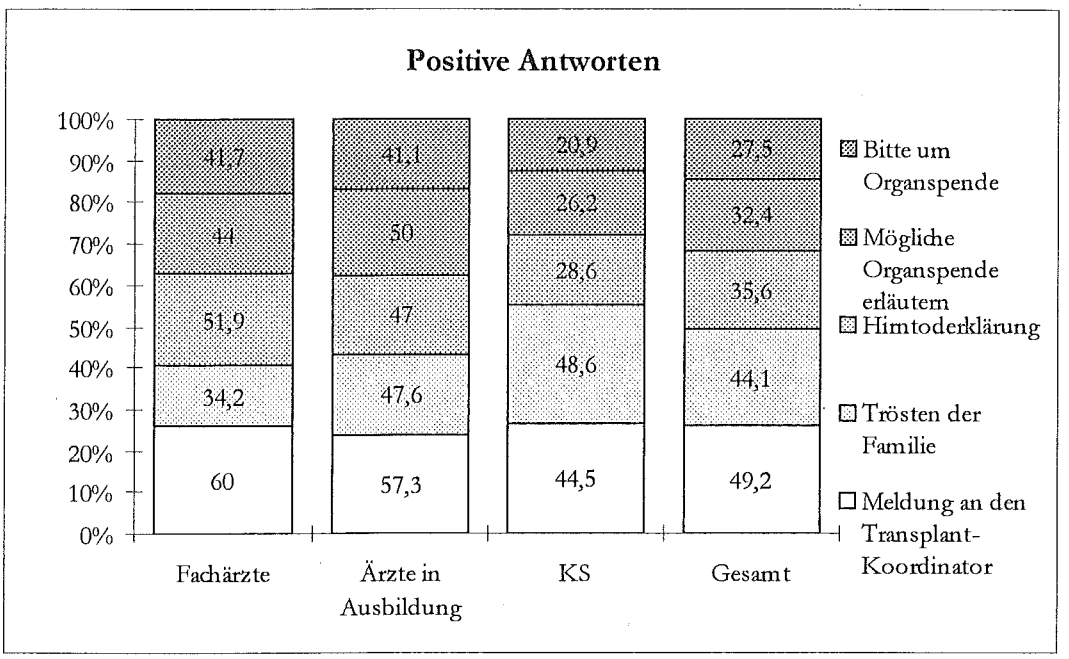

Bild 3: Bildung und Sicherheit im Spendenprozeß

Bild 3: Bildung im Umgang mit dem Spendeprozeß
Bild 3 faßt kurz die Analyse der Auffassung und Erfahrung des Personals im Umgang mit dem Spendenprozeß zusammen. Nur die Hälfte des Personals (49,2%) fühlt sich bei dem Gedanken wohl, einen Transplantationskoordinator zu kontaktieren, mit der Absicht, einen potentiellen Spender mitzuteilen. Noch geringer ist die Zahl derer, die sich sicher fühlen, wenn sie einer betroffenen Familie Trost zusprechen (44,1%), über den Gehirntod aufklären (35,6%), die Spendemöglichkeit ansprechen (32,4%) und die Bitte um die Spende aussprechen sollen (27,5%).

Bei diesen beiden Studien ist interessant, daß eine am Anfang positive Einstellung zur Organspende und selbstsichere Berufskompetenz unter dem Personal auf unterschiedlichen Ebenen schwächer wird, je näher die Konfrontation mit der Familie eines potentiellen Spenders rückt. Diese Ergebnisse werfen die Frage auf: ist es zumutbar und überhaupt vernünftig, daß ungeübtes Intensivpersonal mit solch schwierigen Angelegenheiten betraut wird, wenn es selbst ein unangenehmes Gefühl bei der Frage der Organspende hat?

Die Überprüfung ist jedoch weitergegangen, um das Einverständnis zur Teilnahme des Personals an einem Bildungsprogramm über Organspende zu erforschen.

Bild 4: Analyse der Bildungsfragen (aufgeteilt nach Spitälern):
Die Mehrheit der Reaktionen bestätigt das Bildungsbedürfnis bezüglich der Betreuung der Familien. Auf jeden Fall sind die Anforderungen unter den verschiedenen Spitälern und unterhalb der Einzeleinheiten im gleichen Spital sehr verschieden. Es war ermutigend zu sehen, wie viele Stunden das Intensivpersonal darauf verwendet hat, die Fragen der Organspende vorzubereiten. Außerdem sind die Arbeitszeiten sehr unterschiedlich. Das macht die Ent-

wicklung von Bildungsstrategien noch schwieriger.

Donor Action wurde entwickelt, um sich den spezifischen Bildungsprogrammen für Intensivpersonal zu widmen, wenn es die Familien bei der Organspende begleiten soll. Wenn die Bedürfnisse der verschiedenen Einheiten in den 5 europäischen Spitälern identifiziert sind, kann das Donor Action Programm individuell angewendet werden, um Strategien zu entwickeln, die die Bildungsherausforderung, die das Personal benötigt, besser bewältigen können.

Spital E	Informal	Einbeziehung der Familie in Entscheidungsprozeß
Spital D	Ärzte - Treffen	Bitte um Organspende
Spital C	Formal	Beratung zur Familienbetreuung
Spital B	Formal	Spenderbetreuung
Spital A	Formal	Koordination des Spendeprozesses
	Fortbildungsmodus	Bildungsschwerpunkt

Bild 4: Fortbildungsbedarf nach Spitälern erstellt

FALLBERICHT

„Der Arzt im Konflikt mit dem Willen des Patienten, den Forderungen der Anverwandten und dem Druck der Medien"

Die 79-jährige Patientin bemerkt seit ca. 1 Jahr einen Knoten in der linken Brust, der rasch an Größe zunimmt. Die Aufnahme in die chirurgische Abteilung erfolgt am 26.4.96 in vermindertem AZ und EZ (40 Kg, Größe 159 cm). Die linke Brust ist schmerzhaft und hart. Die präoperativen Untersuchungen zeigen einen Harnwegsinfekt, Verdacht auf Niereninsuffizienz (Kreatin 1,5 mb%, BUN 38 mg%, K 5,8 mg%, Schrumpfnieren bds.) chron. Cor pulmonale bei COPD, Rechtsinsuffizienz mit sonographisch erweiterten Lebervenen und eine Linksherzhypertrophie. Auf Grund der vorliegenden Befunde und des kachektischen Zustandes der Patientin wird von interner Seite ein erhöhtes OP-Risiko festgestellt, die OP-Freigabe aber trotzdem erteilt.

Die Ablatio mammae links mit Axilladissektion erfolgte am 13.5.96. Es bleibt ein 10 x 7 cm großer Defekt, der durch einen Drehlappen gedeckt wird. Histologisch handelt es sich um ein hormonrezeptornegatives infiltrierendes ductales CA Std. G2 T3 N2 Mx (30 Lymphknoten mit Metastasen). Von onkologischer Seite wird auf Grund des schlechten AZ's der Patientin von einer Chemotherapie abgeraten.

Die postoperative Phase gestaltet sich schwierig. Es kommt zu Nekrosebildungen am Drehlappen, rezid. nächtlichen Asthmaanfällen und nur zu einer langsamen Erholung. Am 8.6.96 stürzt die Patientin im Badezimmer und bricht sich den linken Oberschenkelhals. Sie wird in ein Unfallkrankenhaus transferiert. Auch hier wird von interner Seite auf Grund der Vorerkrankungen und der höhergradigen Kachexie ein ausgeprägtes erhöhtes OP- und Narkoserisiko festgestellt. Die Patientin fiebert auf über 38°C. Sie erhält Penicillin und Combactam. Am 10.6.96 wird die pertroch. Fraktur mit einer DHS stabilisiert. Die Patientin erhält postoperativ insgesamt 3 Erykonzentrate.

Am 18.6.96 wird sie ins Krankenhaus rücktransferiert. Es besteht weiterhin eine mäßige Anämie und Hypokaliämie. Sie erhält Antibiotika, weiters KCl-Infusionen und eine Eisensubstitution.

Eine Mobilisierung ist wegen des schlechten Zustandes der Patientin nicht möglich. Die Patientin verweigert die Nahrungsaufnahme, trinkt sehr wenig und ist auch die nächsten Tage auf Grund der weiter zunehmenden Schwäche nicht zu mobilisieren. Im Cor/Pulmo Röntgen zeigen sich Brochitiszeichen, Umverteilungszeichen und kleine Winkelergüsse. Die Patientin erhält Digimerck i. v. und wird am 20.6.96 auf die interne Abteilung transferiert. Trotz der pflegerischen Maßnahmen, der medikamentösen Therapie und obwohl die Patientin kleine Nahrungsmengen oral aufnehmen kann, verschlechtert sich ihr Zustand weiter. Sie äußert mehrmals gegenüber dem Pflegepersonal und den behandelnden Ärzten den Wunsch zu sterben und bittet, keine weitere Behandlung mehr durchzuführen. Ihr Gatte hingegen konfrontiert die Ärzte mit dem Vorwurf, nicht alles zu tun, was bei einem Brustkrebs möglich ist, und schuld am Oberschenkelbruch und am schlechten Zustand seiner Gattin zu sein. Er werde alles in die Zeitung bringen. Heutzutage könne man einen Brustkrebs ja heilen. Seine Frau sei den Ärzten wohl zu alt, die nötige Therapie dem Krankenhaus zu teuer! Ein ausführliches Gespräch mit dem Gatten kann ihn trotzdem wenig überzeugen.

Am 24.6.96 wird dem Wunsch der Patientin dennoch Rechnung getragen und alle Medikamente (Digitalis, Antibiotika, Bronchospasmolytika, Fe) abgesetzt, die konsequente Flüssigkeitssubstitution wird jedoch fortgeführt. Am 28.6.96 kommt es zum Auftreten einer massiven Melaena, der Hämatokritwert beträgt 19,8%, Ery 2,2 Mill, Hb 6,5 g%. Die Patientin beteuert ausdrücklich, sie möchte keine Blutkonserven erhalten und sterben. Dann verschlechtert sich ihr Bewußtseinszustand. Der Patientin werden aber trotzdem von den diensthabenden Ärzten insgesamt drei Blutkonserven transfundiert, weiters erhält sie Losec und Gumbix. Eine Nichtbehandlung würde ja den direkten Tod der Patientin zur Folge haben. Außerdem fürchtet man, ausgelöst durch die Verwandten, einen Skandal. Die Blutung kann zum Stillstand gebracht werden. Trotzdem verschlechtert sich der AZ weiter, sodaß sie am 8.7.96 verstirbt.

Kommentar zum Fall

„Der Arzt im Konflikt mit dem Willen des Patienten, den Forderungen der Anverwandten und dem Druck der Medien"

Walter RELLA

DER geschilderte Fall greift ein Problem auf, welches in einer Zeit, da die Öffentlichkeit und Medienwelt scheinbar die Norm des Menschlichen bestimmt, auch in zunehmendem Maße die Persönlichkeit des Arztes und das Verhältnis zu seinem Patienten in ihr Urteil hineinnimmt.

Um den Fall aufzuschlüsseln, halte ich es für zweckmäßig, die Geschichte in mehrere Aspekte zu gliedern. Zuerst wird die Haltung des Patienten und der Standpunkt der Angehörigen getrennt behandelt. Sodann möchte ich die Beziehungspaare Arzt-Patient, Patient-Ehepartner sowie Ehepartner-Arzt analysieren. Zuletzt soll eine Gesamtschau allfällige Konsequenzen und Lösungswege vorstellen.

Die Haltung des Patienten

Die 79-jährige Frau, welche offenbar schon eine längere Leidensgeschichte hinter sich hat und einen ausgezehrten Allgemeinzustand aufweist, wird mit einer zusätzlichen bedrohlichen Krankheit konfrontiert: Seit etwa 1 Jahr spürt sie in ihrer linken Brust einen größer werdenden Knoten. Möglicherweise hat sie vor dem neuen Leiden bewußt die Augen verschlossen. Denn der Tumor wies bei der Aufnahme ins Krankenhaus ein bereits fortgeschrittenes Stadium auf und hatte zu schmerzen begonnen.

Es läßt sich vermuten, daß die Patientin schon mit einem pessimistischen Gefühl das Krankenhaus aufsuchte. Dort mußte sie wegen ihrer Vorerkrankungen und wegen ihres schlechten AZ über 2 Wochen auf die Operation warten, was die Psyche der Frau zweifellos nochmals belastete und ihre Vorahnungen bestärkte. Nach dem Eingriff erholte sie sich nur langsam. Ihre schmerzende Wunde wollte nicht heilen und zudem wurde sie in der Nacht von Atemnot gequält. Es waren nahezu 4 Wochen seit der Brustamputation vergangen, als die noch immer geschwächte Frau im Badezimmer zu Sturz kommt und einen Oberschenkelbruch erleidet. Dieses Ereignis muß ihr erneut ihre Hilflosigkeit und ihr Ausgeliefertsein an die Mächte eines unbarmherzigen Geschicks vor Augen geführt haben. Sie wird in ein anderes Krankenhaus überführt und unter neuerlicher Narkose operiert. Trotz kräftigender Bluttransfusionen kann sie sich nun nicht mehr aus ihrem Bett erheben. Einen weiteren Transfer auf eine interne Abteilung mochte sie eher als Abschiebung empfunden haben. Sie sinkt in einen Zustand zunehmender Apathie und ist nicht bereit, die intensiven Bemühungen des Pflegepersonals zu unterstützen. Sie äußert mehrmals den Wunsch, man möge die Behandlungen abbrechen und sie sterben lassen. Das Schicksal nimmt indes weiter seinen tragischen Verlauf. Sie erfährt von einer lebensbedrohlichen Darmblutung. Sie fühlt ihr Bewußtsein schwinden und bittet die Ärzte, sie doch in Frieden sterben zu lassen. Ein letztes Mal läßt sie die Behandlungen der Ärzte über sich ergehen. Diese prolongieren ihr Leiden noch für einige Tage, bis sie die Lebenskräfte schließlich ganz verlassen.

Die Haltung der Angehörigen

Der Ehemann, welcher vermutlich die Hauptbezugsperson für die Patientin darstellt, tritt in der Geschichte erst auf, nachdem der Zustand seiner Frau kaum noch hoffen läßt. Offenbar waren seine ursprünglichen Erwartungen sehr viel optimistischer gewesen als es den Tatsachen entsprach. Genährt von Berichten in der Laienpresse und gestützt auf allgemeine Statistiken war er wohl von Anfang an der Meinung gewesen, die Ärzte müßten bei kompetenter Anwendung ihrer Kunst in der Lage sein, den Brustkrebs seiner Frau zu heilen. Umso größer wird seine Enttäuschung, als er zusehen muß, wie seine Gattin von Tag zu Tag schwächer wird und außerdem den Eindruck gewinnt, daß diese Verschlechterung die Ärzte nicht zu mehr Aktivität anspornt, sondern sie im Gegenteil zögern, zusätzliche Maßnahmen zu ergreifen. In einer Art Torschlußpanik bewirft er das Behandlungsteam mit Vorhaltungen über ihre Passivität und Unfähigkeit. Ja er droht sogar, ihr Verhalten öffentlich zu brandmarken. In dieser Stimmung vermag ihn selbst ein eingehendes Aufklärungsgespräch nicht mehr zu überzeugen.

Die Beziehung Arzt-Patient

Das Verhältnis zwischen den behandelnden Ärzten im Krankenhaus und ihrer Patientin entwickelte sich grundsätzlich vertrauensvoll, wenngleich zweifellos von Anfang an die Patientin ihrem „Leiden" und das Behandlungsteam seinem „Fall" mit unterschiedlichen Erwartungen gegenüberstanden. Solche Differenzen gehören indes zur alltäglichen Erfahrung eines Arzt-Patienten-Verhältnisses. Man kann davon ausgehen, daß von seiten der Ärzte die pessimistischen Erwartungen und Signale mangelnden Lebenswillens mit Zusprüchen wie „Wir versuchen alles" und „Sie dürfen die Hoffnung nicht aufgeben" beantwortet wurden. Erst als sich die befürchteten Komplikationen einstellen und die Patientin spürt, daß ihre Ärzte immer weniger Herr der Lage sind, driftet das Verhältnis wieder auseinander. Während sich die Kranke zum Sterben bereitmacht, um Abbruch der Behandlung bittet und die Nahrungsaufnahme verweigert, wollen die Ärzte in dem Wissen, daß ein solcher Zustand nicht irreversibel sein muß, den Funken Lebenshoffnung weiter schüren und verlegen die Patientin auf eine interne Abteilung, um eine interkurrente Bronchitis und eine manifeste cardiale Dekompensation zu behandeln. Schließlich müssen sie aber einsehen, daß all ihre Bemühungen nicht zuletzt am erloschenen Lebenswillen ihrer Patientin scheitern. In dieser sensiblen Phase trifft sie die verständnislose Kritik des Ehepartners umso härter. Auf ein derartiges Ereignis reagieren viele Ärzte mit einer noch stärkeren Empathie für ihren Patienten. Mehr als die medizinischen Maßnahmen selbst bestimmen von nun an die Präsenz und die Worte des Arztes bzw. der Schwestern die Qualität der Behandlung. Unter diesem Aspekt sind auch die letzten Handlungen des medizinischen Personals zu sehen.

Die Beziehung Patient-Ehepartner

Obwohl diese Beziehung im geschilderten Fall nicht explizit zur Sprache kommt, ist sie doch für dessen Entwicklung von Bedeutung. Es gibt mehrere Anzeichen, daß dieses Partnerverhältnis nicht das beste war. Der schon ca. 1 Jahr vor der Klinikaufnahme bemerkte Knoten in der Brust hätte bei einem vertrauensvollen Umgang der Patientin mit ihrem Gatten und einem fürsorglichen Verhältnis desselben zu seiner Frau schon früher zu einer Behandlungsinitiative führen können. Größere Fürsorglichkeit hätte den Gatten wohl auch veranlaßt, von Anfang an das Gespräch mit den behandelnden Ärzten seiner Ehefrau zu suchen, um sich ein Bild von ihrem Zustand und ihren Chancen zu

machen. Ein solches Gespräch hatte offenbar nicht stattgefunden. Stattdessen begnügte sich der Mann mit oberflächlichen, allgemein kolportierten Meinungen über Methoden und Chancen der Brustkrebsbehandlung. Vielleicht hätte er auch, wie es öfter bei nahegehenden Ereignissen geschieht, die ins Auge springende Gefahr verdrängt und sich unkritischem Optimismus hingegeben. Ein Bruch in der Partnerbeziehung ist jedenfalls auch daraus ersichtlich, daß die Vorwürfe des Gatten gegenüber den Ärzten mit der Patientin zweifellos nicht abgesprochen waren, hatte doch die Frau ihre Ärzte um das Gegenteil dessen gebeten, was der Gemahl von ihnen verlangte. In der Ansicht wird man nicht fehlgehen, daß sich der Ehemann zeitlebens kaum viel Sorgen um seine Frau gemacht hat und nun am Ende des gemeinsamen Weges, aus welchem Grund immer, theatralische Töne anschlug. Die ärztliche Position geriet solcherart zwischen die Fronten und irritierte doch ein wenig den Behandlungsablauf, auch wenn sich die Ärzte in erster Linie ihrer Kunst und ihrem Ethos verpflichtet wußten.

Die Beziehung Arzt-Angehöriger bzw. Medien

Diese Beziehung tritt offenbar erst 2 Monate nach Behandlungsbeginn in ein schildernswertes Stadium. Zu diesem Zeitpunkt waren alle Entscheidungen bereits gefallen, und es konnte nur noch im nachhinein aufgearbeitet werden, was an Möglichkeiten genutzt oder allenfalls versäumt worden war. Wie schon angedeutet, hatte es der Ehegatte anscheinend nicht der Mühe Wert gefunden, früher mit den behandelnden Ärzten über die Erkrankung seiner Frau zu sprechen. Aber auch an die Klinikärzte richtet sich die Frage, ob sie nicht von sich aus schon früher das Gespräch mit der Bezugsperson ihrer Patientin hätten suchen sollen. Gewiß besteht grundsätzliche Schweigepflicht und der Behandlungsvertrag schließt die Einbindung Angehöriger keinesfalls ein. Es hätte jedoch die Möglichkeit bestanden, die Patientin zu fragen, ob sie die Einweihung ihres Gatten in das Krankheitsgeschehen gestatte. Das wäre besonders dann zweckmäßig gewesen, wenn die Patientin selbst infolge der Schwere ihrer Erkrankung nicht mehr im Vollbesitz ihrer Urteilskraft gestanden wäre oder wenn es angemessen erschienen wäre, dem Kranken selbst nicht die volle Wahrheit kundzutun. Es gilt jedenfalls als geboten, daß die unmittelbar Beteiligten den Behandlungsplan nachvollziehen können.

In der erwähnten Auseinandersetzung drohte der Gatte mit der Veröffentlichung seiner Beschwerden in einer Zeitung und äußerte gleich die Vorurteile, welche er dort deponieren wollte: Man habe entgegen den technischen Möglichkeiten seine Frau nicht ausreichend behandelt, weil sie zu alt sei, bzw. weil die Behandlung zuviel gekostet hätte. Das sind sehr öffentlichkeitswirksame Argumente. Die Frage des Alters und der Behandlungskosten nimmt in der heutigen Diskussion (Vgl. „Was darf Gesundheit kosten?", Podiumsdiskussion in der Wiener Hofburg, 23.10.1996) durchaus einen wichtigen Platz ein. Selbst wenn im gegenständlichen Fall derlei Argumente nicht wirklich eine Rolle spielten, kann es schwierig werden, eine einmal derart hinausposaunte Meinung wieder zu entkräften. Der Spitalsträger und die Ärzte fürchteten deshalb zurecht, auf solche Weise in die Schlagzeilen zu kommen. So ist es auch zu verstehen, daß die Ärzte anläßlich der kritischen Blutung der Patientin gegen ihren Willen und trotz minimaler Lebenserwartung noch 3 Blutkonserven opferten, um nicht den Anschein zu erwecken, daß nicht alles versucht worden wäre.

Zusammenfassend können wir aus dem erörterten Fall folgende Schlüsse ziehen:

Das Verhältnis der Ärzte zur Patientin kann als korrekt bezeichnet werden. Sie wußten um den

Schweregrad ihrer Erkrankung und überschätzten ihn wahrscheinlich sogar. Die Aufklärungspflicht der Ärzte besteht in einem solchen Fall darin, dem Patienten Hoffnung aufzuzeigen und seinen Lebenswillen zu stärken. Diesem Gebot ist das Behandlungsteam gewiß nachgekommen und es wurde aus Rücksicht auf den eingeengten Willen der Patientin das Notwendige getan. Es gibt allerdings auch Stimmen, welche der Meinung sind, daß die Nahrungsverweigerung als Vorbote des ersehnten Todes nicht durch parenterale Flüssigkeitssubstitution hätte durchbrochen werden dürfen (Vgl. WALDHÄUSL W. , Imago Hominis III/3 (1996)). Der Pferdefuß der Geschichte liegt im Verhältnis Arzt-Angehöriger begründet. Es ist mir keine Rechtsklausel bekannt, welche eine Auskunftspflicht des behandelnden Arztes gegenüber einem Angehörigen begründet. In der täglichen Praxis wird allerdings das Interesse eines nahen Angehörigen am Schicksal des Patienten nicht als Neugierde bewertet. Ja der Arzt wird solche Auskunft, zumal dem Ehepartner gegenüber, bereitwillig erteilen, kann er sich doch dadurch manche Problematik von der Seele reden, welche *so* mit dem Patienten selbst nicht ausgesprochen werden kann. Im Falle des drohenden Ablebens wird es sogar zur moralischen Pflicht, die nahen Angehörigen zu verständigen, um ihnen die Gelegenheit zu einem letzten Liebesdienst oder zur Besprechung wichtiger Angelegenheiten zu geben.

Im gegebenen Fall äußerte der Ehemann offensichtlich kein aufrichtiges Interesse am Schicksal seiner Frau. Sonst hätte er schon früher den Kontakt mit den behandelnden Ärzten gesucht. Es bleibt zu fragen, ob in einem solchen Fall die Ärzte verpflichtet sein könnten, Ehepartner oder Kinder über den Zustand des Patienten aufzuklären, sie sozusagen ins Spital zu zitieren, selbst dann, wenn keiner von ihnen eine Initiative ergreift. Durch eine rechtzeitige Information hätte jedenfalls die Konfrontation vermieden, bzw. hätten die Argumente von vornherein entkräftet werden können.

Gerade in einer Zeit, in welcher Patientenschicksale freimütig – aus welchem Grund immer – in der Öffentlichkeit diskutiert werden und das Handeln des Arztes bis zu einem gewissen Grad immer ein Handeln vor einer aufmerksamen Öffentlichkeit darstellt, ist es notwendig, die gebotene Schweigepflicht mit den Interessen von Angehörigen in Einklang zu bringen.

NACHRICHTEN

Die Epidemie der Fettleibigkeit, ein großes Problem im öffentlichen Gesundheitswesen

Es leiden immer mehr Menschen an Fettleibigkeit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht von einer „Epidemie der Fettleibigkeit", die Millionen von Menschen medizinischen Komplikationen aussetzt und im öffentlichen Gesundheitwesen ein schweres Problem darstellt. In Westeuropa sind 10-25% der Erwachsenen davon betroffen. In Osteuropa bis zu 40% der Frauen. In den USA ist die Fettleibigkeit am meisten verbreitet, vor allem unter den Schwarzen und den Hispanos. Auch in Südamerika, der Karibik und in Südostasien gibt es sie immer häufiger. Besonders stark ist ihre Verbreitung bei Kindern in den Industrieländern.

Die Experten nennen als Hauptgründe für den Anstieg der Fettleibigkeit ständiges Sitzen und eine zu kalorienreiche und fetthaltige Ernährung. Auch wenn eine genetische Veranlagung besteht, bleibt die Hauptverantwortung beim Verhalten. Wenn sich die Lebensgewohnheiten nicht ändern, wird ein immer gößerer Anteil der Erwachsenen infolge Fettleibigkeit an medizinischen Komplikationen leiden. Übergewicht ist ein wichtiger Risikofaktor bei koronarem Herzleiden, Infarkt, Blutdruckleiden etc. Die Folgen führen zu einer steigenden Belastung der Ausgaben für das Gesundheitswesen. Professor PER BJÖRNDORP von der Universität Göteborg meint, daß nach vorsichtiger Schätzung die wirtschaftlichen Kosten der Fettleibigkeit 3-8% der gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen in Holland, Frankreich, den Vereinigen Staaten, Australien und Schweden, ausmachen, d.h. mindestens soviel wie für Krebs und AIDS. Daher soll die Vorsorgemedizin bei Fettleibigkeit zu den großen Prioritäten in den Programmen des öffentlichen Gesundheitswesens zählen. Es müßte eine weniger kalorienreiche Ernährung propagiert werden, mehr Körperbewegung und weniger Diäten für einen drastischen Kiloverlust.

Nach den Kriterien der WHO ist eine Person fettleibig, wenn ihr „Index für Körpermaß" (Gewicht dividiert durch Körpergröße zum Quadrat) über 30 ist. Nach der WHO ist ein 1,80 m großer Mann ab einem Gewicht von 97,2 Kg fettleibig und eine 1,65 m große Frau ab 81,6 Kg.

Aceprensa 113/97

Fertilisierungstechniken führen zu einer Häufung der Mehrfachgeburten

In Großbritannien und anderen entwickelten Ländern werden bis zu 5% der Paare einer Fruchtbarkeitsbehandlung unterzogen.

Eine unerwünschte, jedoch häufig auftretende Folge dieser Behandlungen ist, daß sich bei Erfolg zwei, drei oder mehr Kinder auf einmal einstellen, was die Pflegemöglichkeiten der Eltern und der Gesundheitssysteme übersteigt.

Seit vor 20 Jahren das erste in vitro gezeugte Mädchen geboren wurde, sind nach Daten, welche die Zeitschrift TIME (29.IX.97) gesammelt hat, die Zwillingsgeburten 1,5 mal und die Drillingsgeburten 4 mal so häufig wie früher, weil in der ersten Phase der Fruchtbarkeitsbehandlung an der Frau normalerweise eine Hormonstimulation durchgeführt wird, sodaß sie in einer einzigen Periode 30 – 80 Eizellen produziert, statt nur einer. Wenn diese Eizellen auf natürliche Weise befruchtet werden, oder zur InVitro-Fertilisierung verwendet werden, erhöht sich die Möglichkeit einer Mehrlingsgeburt.

Bei der FIVET-Technik wollen die Ärzte sicherstellen, daß sich wenigstens einer von mehreren eingepflanzten Embryonen entwikkelt. In Großbritannien hat sich gezeigt, daß bei 3 eingepflanzten (gesetzliches Höchstmaß) Embryonen, ein Drittel der Geburten mehrfach ist, bei 2 Einpflanzungen sind es 22%.

Die Mehrlingsgeburten sind risikoreicher, weil es häufiger zu Komplikationen kommt. Das Hauptrisiko ist die Frühgeburt. In Frankreich sind 43% der Zwillinge und 92% der Drillinge Frühgeburten. 8% der Zwillinge und 34% der Drillinge benötigen eine intensivmedizinische Betreuung.

Elisabeth BRYAN, Direktorin der Stiftung für Mehrfachgeburten in London meint, daß die dafür benötigten Spezialkliniken dem öffentlichen Gesundheitswesen eine große zusätzliche Last aufbürden, weil die Eltern wohl die Behandlung für die künstliche Befruchtung zahlen, nicht aber für die Betreuung der Kinder.

Aceprensa 133/97

Das Einfrieren von Säugetierembryonen schädigt deren Entwicklung

Die Entdeckung läßt sich nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen, sie beunruhigt jedoch, weil diese Technik häufig von der FIVET angewandt wird.

Der französische Professor P. ROUBERTOUX vom Nationalen Zentrum für wissenschaftliche Forschung bestätigt eine Entdeckung aus dem Jahr 1995: Mäuse aus eingefrorenen Embryonen litten später an sensorialen und motorischen Störungen.

Die Forscher befürchten dieselben Folgen beim Einfrieren menschlicher Embryonen. Heute leben bereits tausende Kinder, die tiefgefroren waren, bevor sie in die Gebärmutter eingepflanzt wurden.

Nach der Meinung von ROUBERTOUX können diese Erfahrungen nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen werden: „Man darf nicht verallgemeinern. Doch meine ich, daß diese Technik – aufgrund bestimmter genetischer Eigenschaften – Auswirkungen haben kann. Daher ist es notwendig, ab jetzt die Entwicklung jener Kinder genau zu beobachten, die auf diese Weise empfangen werden" (Le Monde, 18.10.1997).

Eine genaue Beobachtung ist aber nicht einfach, weil laut The Economist (11.10.1997) allein im vergangenen Jahr über 2.500 Kinder geboren wurden, die aus eingefrorenen Embryonen stammen. Und momentan werden weitere zehntausende eingefrorene menschliche Embryonen in flüssigem Nitrofluorid bei minus 196° konserviert (in den Vereinigten Staaten sind es jedes Jahr um 10.000 mehr).

Die meisten Kinder, die aus eingefrorenen Embryonen stammen, sind nicht älter als 13 Jahre. In ihrer Entwicklung konnten bisher keine Abnormitäten festgestellt werden, was vorerst eine gewisse Beruhigung bedeutet. Es hat sich auch noch keine öffentliche Stelle bereit erklärt, die Entwicklung dieser Kinder genau zu kontrollieren.

Im Jänner 1995 erregte die Akademie der Wissenschaften der Vereinigten Staaten Aufsehen, als sie die vorläufigen Ergebnisse der Experimente veröffentlichte, die Prof. ROUBERTOUX mit verwandten und genetisch identischen Mäusen durchgeführt hatte. Der französische Wissenschaftler erklärte: „So wie 1995 können wir bei Tieren, die im embryonalen Stadium eingefroren waren, keine pathologischen Mißbildungen feststellen. Jedoch haben wir neuerlich bei den eingefrorenen Tieren bedeutende, statistisch gesicherte, Abweichungen – in 30% bis 80% der Tiere je nach Abstammungslinie – im motorischen Bereich, sowie in der sensorischen und motorischen Entwicklung beobachten können".

Eine Bestätigung dieser Forschungsergebnisse erfolgte bei einem internationalen Symposium, das von den Laboratorien Jackson in Maine (USA) organisiert wurde.

Acepresa 149/97

Studie über aktive und passive Euthanasie bei Neugeborenen in den Niederlanden

1995 wurden in den Niederlanden 190.000 Babies lebendig geboren. 1.041 von ihnen starben innerhalb des ersten Lebensjahres. Die neonatale Todesrate in Holland zählt zu den niedrigsten weltweit. Ausschlaggebend dafür sind sicherlich die gute Wirtschaftslage und die hohe Pflegequalität. Die Todesursache der Sterbefälle waren zu 48% perinatale Störungen (z. B. Asphyxie) und in 34% kongenitale Mißbildungen. In einem 1992 veröffentlichten Bericht der Paediatric Association der Niederlande war neben der Diskussion über Gewährleistung oder Einstellung lebenserhaltender Behandlung Neugeborener auch die Festellung enthalten, daß es Ausnahmeumstände gibt, in denen die absichtliche Verabreichung einer tödlichen Medikation in Betracht gezogen werden kann. Die vorsätzliche Beendigung eines Menschenlebens muß nach holländischem Recht dem Untersuchungsrichter gemeldet werden, um eine gerichtliche Untersuchung zu ermöglichen. 1995 wurden 3 Fälle absichtlicher Tötung von Neugeborenen gemeldet.

Den Ärzten droht, so sie sich an dieses Procedere halten, keine Anklage, sofern die Euthanasie für medizinisch gerechtfertigt befunden wird.

In der einen Studie wurden Ärzte befragt, die bei insgesamt 338 Todesfällen innerhalb des ersten Lebensjahres anwesend waren.

Die zweite Studie befragte 31 Neonatologen oder pädriatische Intensivpflegespezialisten und 35 praktische Ärzte.

Die Studien ergaben, daß 57% aller Todesfälle die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen vorausgegangen war. In 23% wurden Medikamente, die neben ihrer schmerzlindernder Wirkung auch die Lebenszeit verkürzen, eingesetzt. Medikamente zur absichtlichen Herbeiführung des Todes, unabhängig von lebenserhaltender Behandlung, wurden in 1% angewendet.

Keine Überlebenschance – das war mit 76% die häufigste Begründung, die Kinder sterben zu lassen (bzw. sie zu töten), die schlechte Prognose mit 18% war der zweithäufigste Grund. Die Studien zeigten, daß die Eltern in 79% der Entscheidungen involviert waren. Fast alle Pädiater glauben, daß eine Art öffentliche Kontrolle in Bezug auf Entscheidungen über Leben und Tod sinnvoll und notwendig sei.

The Lancet, Vol 350 July 26, 1997

Neue Methode der Down Syndrom Früherkennung

Moderne Ultraschallverfahren können kleine subcutane Ansammlungen von Flüssigkeit im Nacken- und Rückenbereich von Embryonen am Ende des ersten Trimenons identifizieren und messen.

Mehrere Studien deuten auf einen Konnex zwischen der Dicke dieser Ansammlungen im Nacken und chromosomalen Abnormitäten, sowie kardialen und anderen strukturellen Defekten hin. Über Zeitpunkt und Vorgangsweise bei den Messungen bestehen noch große Unsicherheiten – dennoch – trotz zum Teil wenig ermutigender Erfahrungen mit dieser Methode wurde sie bereits als Screening-Test für das Down Syndrom proklamiert.

Am Kings College Hospital in London berichtet man von einer 77%igen Sensitivität und einer 95%igen Spezifität des Verfahrens, durchgeführt an einer großen, aber nicht repräsentativen Anzahl von Patientinnen in der 10. – 14. Gestationswoche.

Die Befürworter der neuen Meßmethode sehen ihren Vorteil besondern im frühen Zeitpunkt ihrer Anwendungsmöglichkeit, der, so lautet die Argumentation, den Distress eines späten Schwangerschaftsabbruchs zu verhindern helfe.

Auch für Zwillingsschwangerschaften erhofft man sich Verbesserungen in der Diagnostik, da hier das Screening auf biochemischer Basis wenig Ergebnisse liefert. Aber wiegen diese eventuellen Vorteile tatsächlich die Nachteile des Verfahrens auf? Ein Gegenargument kommt aus dem Bereich der pränatalen Diagnostik selbst.

Abnorme Ergebnisse mit der Ultraschallmethode in diesem frühen Stadium werden auch die Durchführung der Chorionzottenbiopsie oder Amniozentese im ersten Trimester ansteigen lassen. Dies bedeutet eine ernsthafte Gefährung des Schwangerschaftsverlaufs. Das Risiko des Verlustes der Leibesfrucht ist bekannt.

In England, wo die neue Methode ihren eigentliche Ursprung hat, müßte die Methode u. a. in technischer Hinsicht perfektioniert werden. Die Anzeichen dafür sind jedoch alles andere als gut. Trotzdem bieten einige Geburtshilfekliniken die neue Untersuchung bereits an.

Bis zu einer wissenschaftlich ausreichend fundierten und damit verantwortungsvollen Anwendung des Verfahrens aber wird wohl noch einige Zeit vergehen.

The Lancet, Vol 350 Sept. 13, 1997

Ethische Probleme bei Studien in Entwicklungsländern

Eine der großen Herausforderungen in der medizinischen Forschung ist es, klinische Studien in Entwicklungsländern durchzuführen, um dort Therapien zum Wohl der Bevölkerung dieser Länder zu entwickeln. Um dabei ethischen Problemen hinsichtlich der Planung von Forschungssubjekten gerecht zu werden, wurden im sogenannten BELMONT-Bericht, der sich weitgehend mit der Declaration von Helsinki, der World Medical Association deckt, im besonderen drei Prinzipien festgelegt: Es sind dies

1. der Respekt vor der Person und ihrer Autonomie
2. es soll die Maximierung des Nutzens bei gleichzeitiger Minimierung der Risken für die Probanden angestrebt werden
3. Gerechtigkeit. Damit meint man, daß therapeutische Forschungen nicht Personen involvieren sollten, die von späteren Anwendungen der Forschungsergebnisse keinen Nutzen ziehen können.

Ein großangelegter und geglückter Versuch, die Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das Kind zu unterbinden – bekannt geworden als AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 wird nun in Fachkreisen heftig diskutiert. Das in der Studie angewendete Verfahren ist effektiv, aber sehr aufwendig.

Die behandelte Frau muß sich bereits in frühem Stadium ihrer Schwangerschaft einem HIV-Test unterziehen und, während langandauernder Diät und intravenöser Verabreichung von teurem antiretroviralem Präparat Zidovudin ein hohes Maß an Kooperation mit den Ärzten zeigen. Zudem soll die Mutter vom Stillen Abstand nehmen. Neugeborene erhalten über 6 Wochen hindurch ebenfalls Zidovudin und müssen deshalb genau bezüglich Unverträglichkeitsreaktionen beobachtet werden.

Nun ist es unglücklicherweise eine Tatsache, daß in Ländern mit hoher vertikaler HIV-Übertragungsrate die Frauen erst spät zu pränatalen Untersuchungen erscheinen, meist nur begrenzten Zutritt zu Beratungseinrichtungen haben und durch das Stillen die Kinder vor vielen Krankheiten schützen, unter denen nur eine die HIV-Infektion ist. Deswegen ist es unwahrscheinlich, daß das Protokoll 076 einfach in andere Länder exportiert werden kann, meinen Harold VARMUS vom National Institute of Health, Bethesda und David SATCHER vom Center for Desease Control and Prevention in Atlanta.

Zudem müßten die Kosten für Entwicklungsländer gesenkt werden. Eine applikable Lösung zur Anwendung von Protokoll 076 wird nun aufgrund einer Initiative der World Health Organisation gesucht.

Weiters gibt die Anwendung von Placebo-Kontrollstudien Grund zur Kritik, weil es unethisch ist, Placebokontrollstudien durchzuführen, wenn anderswo auf der Welt bereits eine wirksame Therapie angewendet wird. Dem halten die Befürworter entgegen, daß Placebostudien kein Risiko für die Patienten bedeuten und zudem angewandten Therapien eine viel eindeutigere Aussagekraft geben. Dies wiederum kann eine Hilfe zur Entscheidung für oder gegen ein Therapieprogramm für ein Land sein,

das nur über begrenzte finanzielle Mittel verfügt und diese sehr gezielt zum Einsatz bringen will.

The Lancet, Vol 337 October 2, 1997

Schwedische Wissenschaftler schweigen zu eugenischen Praktiken

Enthüllungen über 60.000 Sterilisationen, die in Schweden an Menschen aus eugenischen, sozialen und wirtschaftlichen Überlegungen durchgeführt wurden, bringen nicht nur die Vertreter der Wissenschaft, sondern auch Ärzte ins Kreuzfeuer öffentlicher Kritik.

1934 war in Schweden ein Gesetz beschlossen worden, das die Sterilisation aus den genannten Gründen erlaubte. Die Wissenschaft und auch die Ärzteschaft hielten die Sterilisation zu dieser Zeit für einen „modernen Weg" die Gesellschaft zum Besseren zu wenden. Gegenstimmen blieben in der Minderheit. Ideologischer Hintergrund der Gesetzgebung war die eugenische Bewegung. Schweden gründete 1922 das erste Institut für Rassenbiologie, welches sich in der Folge auch wirtschaftlichen und sozialen Problembereichen zuwandte. Während in den 40er Jahren Sterilisationen hauptsächlich aus eugenischen Motiven durchgeführt wurden – betroffen waren besonders geistig behinderte Menschen – so waren es in den darauffolgenden Jahrzehnten vor allem Frauen in sozialen Notsituationen.

1944 wurden allein 1.437 Personen aufgrund eugenischer Überlegungen sterilisiert, hingegen nur 233 wegen sozialer Nöte.

1954 wich die Dominanz des eugenischen Denkmodells – „nurmehr" 204 Personen fielen den Vollzugsorganen seiner Anhängerschaft zum Opfer. Dafür war die Zahl derer, die aus sozioökonomischen Beweggründen sterilisiert wurden, auf 1.571 gestiegen. Das Gesetz wurde 1976 nach Protesten seitens der Frauenbewegung und auch der Interventionen des Gesundheitsinspektors Karl GRUNEWALD abgesetzt.

Die Schwedische Vereinigung der Ärzte hat sich bis heute zu keiner Stellungnahme durchringen können. Margot WALTSTRÖM, Sozial- und Gesundheitsministerin, verurteilte die tausenden, zwangsweise meist an Frauen vollzogenen Sterilisationen als barbarische Handlungen und will untersuchen, wie sich diese Praktiken auch nach der Aufdeckung des Holocaust so lange halten konnten.

BMJ, Vol 315 6.September 1997

US-Studie: Nur zehn Prozent der Todkranken für Euthanasie

Nur zehn Prozent der todkranken oder schwerkranken Patienten in den USA befürworten die Legalisierung der Euthanasie. Wie aus einer repräsentativen Studie der Purdue Universität im US-Bundesstaat Indiana weiter hervorgeht, möchte rund ein Drittel der Befragten sich nicht festlegen und die Entscheidung über die Leistung von Sterbehilfe einer dritten Person überlassen. Der für die Studie verantwortliche Professor Victor CICIRELLI sagte zu den Ergebnissen, dies zeige, daß der Mensch „einen starken Willen zum Überleben und wenig Neigung zur Selbstzerstörung" habe.

Kathpress Nr. 223, 28.9.1997

Irland – Pionier für Zwangstest zu Dopingkontrolle bei Sportlern?

Irlands neuer Sportminister Jim McDAID will so rasch wie möglich verpflichtende Bluttests für Sportler einführen. Mit Urintests, so McDAID, werden wir immer einen Schritt hinter jenen bleiben, die uns täuschen. Seine Initiative soll vor allem auch erzieherische Funktion haben. Die Einnahme von Erythropoetin beispielsweise hat bereits 18 Radrennfahrern das Leben gekostet. Auch bereits bei Langläufern hat man die Einnahme von Erythropoetin aufgedeckt.

The Lancet, Vol 350 July 26, 1997

UNESCO-Deklaration: Respekt vor der Würde der Person

Niemand darf aufgrund seiner genetischen Anlagen diskriminiert werden. Am vergangenen 11.November 1997 hat die Generalkonferenz der UNESCO eine 25 Artikel umfassende „Universelle Erklärung zum menschlichen Erbgut und den Menschenrechten" verabschiedet. Die Erklärung ist ein Versuch, auf Weltebene die Grenzen der Gentechnik angesichts ihrer Auswirkungen auf die Menschenwürde zu formulieren. Folgende Schwerpunkte werden ausdrücklich behandelt: Respekt vor der Würde der Person, Rechte der Patienten, Verbot der Diskriminierung aufgrund bestimmter genetischer Anlagen, Bedingungen für die Forschung am Menschen, Internationale Solidarität, bioethische Forschung. In der Debatte kündigten einige Länder ihre Vorbehalte an, da die Formulierungen nicht präzise genug gefaßt sind und für Interpretationen offen sind. Die Mehrzahl der Staaten gab ihre Zustimmung.

In der nächsten Ausgabe von Imago hominis wollen wir die vorliegende Erklärung erläutern und einen Kommentar dazu bringen.

Aceprensa 162/97
Kathpress Nr. 258, 8.11.1997

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

RdU RECHT DER UMWELT: Wien
Zeitschrift in Deutsch
4. Jahrgang Heft 3 1997
VOLKMAR LAUBER: Freiwillige Umweltvereinbarungen in der Europäischen Union und in Österreich: Bestandsaufnahme und Perspektiven; BERNHARD RASCHAUER: WEG-Novellen 1997; THOMAS GRUBER: Der neue Vorschlag für eine Richtlinie des Rates über Abfalldeponien; LUKAS WENZEL ZEINLER: Die Bedeutung der Verpackungsverordnung 1996 für die Entpflichtungs- und Linzenzverträge der Altstoff Recycling Austria KG

RdM RECHT DER MEDIZIN: Wien
Zeitschrift in Deutsch
4. Jahrgang Heft 3 1997
FRANZ M. ADAMOVIC: Leistungsverweigerungsrecht bei Weisungskonflikten; CHRISTOPH WOLF: Zeitguthaben für Nachtschwerarbeit in Krankenanstalten (I); ALINA LENGAUER: Zur Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie für Spitalsärzte; JOHANNES WOLFGANG STEINER: Rechtsfragen der Rufbereitschaft

4. Jahrgang Heft 4 1997
GERHARD LUF: Verteilungsgerechtigkeit im Bereich der modernen Medizin. Rechtsethische Überlegungen; GEORG GAISBAUER: Muß der Arzt den Patienten vor Bluttransfusionen über die Möglichkeit der Eigenblutspende aufklären? MARGARETHE FLORA: Die Anwendung nicht-wissenschaftlicher Behandlungsmethoden durch Ärzte – ein Betrug? CHRISTOPH WOLF: Zeitguthaben für Nachtschwerarbeit in Krankenanstalten (II)

4. Jahrgang Heft 5 1997
LUKAS STÄRKER: Aktuelles zur Gestaltung von Dienstplänen; LUKAS STÄRKER: Checklist: Die Ruhezeiten der Spitalsärzte; JOHANNES SCHRAMM, MARTIN STEMPKOWSKI: Die zahnärztliche Aufklärungspflicht – Eine Betrachtung aus juristischer Sicht; PETER STEINER, GERALD FLEISCH: Zur Frage des Hausrechts in Krankenanstalten; CHRISTOPH LIEBSCHER: Heilmittelverzeichnis und EU-Recht; WOLFGEORG SCHÄRF: Der Schutz des Rot-Kreuz-Zeichens in Österreich

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. Dordrecht / Boston / London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Vol. 22 No. 4, AUGUST 1997
E. HAAVI MORREIM: Bioethics, Expertise, and the Courts: An Overview and an Argument for Inevitability; JOHN C. FLETCHER: Bioethics in a Legal Forum: Confessions of an „Expert" Witness; KENNETH KIPNIS: Confessions of an Expert Ethics Witness; MARK YARBOROUGH: The Reluctant Retained Witness: Alleged Sexual Misconduct in the Doctor/Patient Relationship; KEVIN WM. WILDES, S. J. : Healthy Skepticism: The Emperor has Very Few Clothes; VIRGINIA A. SHARPE and EDMUND D. PELLEGRINO: Medical Ethics in the Courtroom: A Reappraisal;
GEORGE J. AGICH and BETHAN J. SPIELMAN: Ethics Expert Testimony: Against the Skeptics

Vol. 22 No. 5, OKTOBER 1997
LISA SOWLE CAHILL: The Status of the Embryo and Policy Discourse; THOMAS A. SHANNON: Fetal Status: Sources and Implications; CAROL A. TAUER: Embryo Research and Public Policy: A Philosopher's Appraisal; PATRICIA A. KING: Embryo Research: The Challenge for Public Policy; CARSON STRONG: The Moral Status of Preembryos, Embryos, Fetuses, and Infants; WILLIAM WERPEHOWSKI: Persons, Practices, and the Conception Argument; GEORGE KHUSHF: Embryo Research: The Ethical Geography of the Debate; CARSON STRONG: Response to Khushf; THOMAS A. SHANNON: Response to Khushf

ETHICS & MEDICINE, USA, London GB.
Quartalsschrift in Englisch.
Vol. 13:3, 1997
Comment: AGNETA SUTTON, Editor; ANN BRADSHAW: The Ethics of Nursing Care; L. PULS, R. TERRY and J. HUNTER: Primary Vaginal Cancer in Pregnany: Difficulty in the Ethical Management; BROCK L. EIDE, MD: ‚The Least a Parent Can Do': Prenatal Genetic Testing and the Welcome of Our Children; JIM LEFFEL: Engineering Life: Defining ‚Humanity' In A Postmodern Age; JEROME R. WERNOW Ph. D. , R. Ph. : Confronting the Pine Box with the Ballot Box: A Critical Appraisal of Oregon's Attempt to ‚do' Medical Ethics by Publica Ballot; Book Reviews

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.
Band 9, Heft 2 1997
Editorial
Originalarbeiten: MIRJAM and RUBEN ZIMMERMANN, VOLKER v. LOEWENICH: Die Behandlungspraxis bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen an deutschen Kliniken, Konzeption, Ergebnisse und ethische Implikationen einer empirischen Untersuchung; THOMAS FUCHS: Was heißt „töten"? Die Sinnstruktur ärztlichen Han-

delns bei passiver und aktiver Euthanasie;
Akutelles, Informationen, Tagungsberichte, Rezensionen

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.
Band 9, Heft 3 1997
Editorial
Originalarbeiten: WERNER SCHWEIDTMANN: Defizite berufsethischer Ausbildung im medizinischen Bereich; URBAN WIESING: Medizin und Moral bei Richard Koch; MICHAEL A. SCHERER, STEPHAN VON GUMPPENBERG: Experimentelle und klinische chirurgische Forschung zwischen Anspruch und Wirklichkeit;
Aktuelles: HANS-BERNHARD WUERMELING: Ein Nürnberger Kodex 1997. Zur Medizinethik 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß;
Informationen, Rezensionen

HASTINGS CENTER REPORT. New York, USA.
Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Volume 27 Number 4 July-August 1997
Contributors
Letters
Capital Report: JOANNE SILBERNER: Values versus Votes; UDO SCHÜKLENK, EDWARD STEIN, JACINTA KERIN and WILLIAM BYNE: The Ethics of Genetic Research on Sexual Orientation; ROBERT A. CROUCH: Letting the deaf Be Deaf: Reconsidering the Use of Cochlear Implants for Prelingually Deaf Children;
At Law: CARL E. SCHNEIDER: Testing Testing
PAUL B. THOMPSON: Food Biotechnology's Challenge to Cultural Integrity and Individual Consent; JEFFREY H. BURACK, ANTONY L. BACK, and ROBERT A. PEARLMAN: Provoking Nonepileptic Seizures: The Ethics of Deceptive Diagnostic Testing;
Reviews: CHARLES J. DOUGHERRY: And Still the Only Advanced Nation without Universal Health Coverage; RAYMOND DEVRIES: The Organizational Structure of Ethics; In the Literature
Research Notes
In Brief: Bioethics on the Internet; Greening the Garden State: Sustainability in New Jersey; A Mad Beef Industry
Calendar and Announcements

MEDICINA E MORALE
Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.
1997/4
Editoriale: Cumbre de la Tierra + 5; A. G. SPAGNOLO, N. MAGNAVITA, A. R. MORGANI, F. TORTORETO, E. SGRECCIA: Responsabilità etico-deontologiche del medico del lavoro di fronte all'infezione da HIV. Un'indagine conoscitiva; J. SUAUDEAU: Le „sexe sur" et le préservatif face au défi du Sida; G. P. CALABRO: Diritto alla vita, principi costituzionali ed interpretazione per valori; G. J. WOODALL: Medicina veritatis: The Multi-Faceted Relationship between Truth and Medicine; R. COLOMBO: La natura e lo statuto dell'embrione umano;
Notize flash
Documentatione
Dal Magistero del Santo Padre
I. Giovanni Paolo II: Suscitare nei futuri medici, insieme alla professionlità, una robusta spiritualità legata al Vangelo della Vita
II. Il Santo Padre: La tutela dei diritti umani si basa sull'educazione al rispetto della persona dal concepimento alla fine naturale della vita
III. Messaggio del Papa ad un Congresso Internazionale sulla „Evangelium vitae": Aborto ed eutanasia radicano nella società una cultura di morte
IV. Giovanni Paolo II: L'uomo e l'unico „essere" responsabile delle conseguenze delle sue azioni sull'ambiente
Dalla Santa Sede
I. Il Cardinale Segretario di Stato al Consiglio d'Europa sulla bioetica e il biodiritto
II. Pontificio Consiglio per la Famiglia: Incontro internazionale su famiglia e demografia in Europa
Da Organismi Internazionali
World Medical Association. Declaration of Helsinki: Recommendation guiding physicians in biomedical research involving human subjects
Notiziario
Seminario di studio su „Donne e frontiere della vita". Convegno su „Bioetica ed etica della vita"
Recensioni
T. L. BEAUCHAMP (ed.), Intending Death. The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia (G.M. MIGLIETTA); Aa. Vv. , Aborto volontario le conseguenze psichiche (M. CASINI)
Dalla Letteratura Internazionale
Consenso, „privacy" e ricerca medica; La fiducis: un fragile fondamento della ricerca biomedica contemporanea; I giovani, l'AIDS e l'amore; Dubbi e timori sugli esperimenti di clonazione; Fattori che contribuirono alla nascita della bioetica negli USA
Segnalazioni Bibliografiche
Etica e Ambiente
Medicina e Morale 1995-1997

MEDICINA E MORALE
Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.
1997/5
Editoriale: I graffiti e l'allocazione delle risorse; M. L. DI PIETRO: L'educazione alla salute in adolescenza: strategie di intervento e risposte individuali; TADEUSZ STYCZEN: La libertá e la legge: si o no alla vita? A. SERRA: La consulenza genetica prima della diagnosi prenatale: un obbligo deontologico; S. FASSINO: Aspetti specifici del supporto psicologico nella relazione medico-patiente terminale; P. BINETTI: La dimensione etica nella formazione infermieristica: un problema di sti-

le di vita, di contenuti specifici e di integrazione culturale;
Notizie flash
Documentazione: Dal magistero del Santo Padre
I. Giovanni Paolo II: Dalla Bibbia una luce superiore illumina l'orizzonte di studi e di ricerche sull'origine della vita e sulla sua evoluzione;
II. Il Santo Padre: Liberare le popolazioni da ingiusti programmi di pianificazione familiare che comportano il triste corteo di contraccezione, aborto e sterilizzazione:
III. Il Papa: La donna apporta nella società e nella Chiesa le sua capacità di prendersi cura dell'essere umano;
Dalla Santa Sede: Pontificia Accademia per la vita: Riflessioni sulla clonazione
Dal Magistero Episcopale: Vescovi cattolici degli Stati Uniti d'America: Moral principles concerning infants with anencephaly;
Dai Comitati di Etica: Italia: Comitato Nazionale per la Bioetica. Il neonato anencefalico e la donazione di organi; Giurisprudenza: Italia: Corte di Cassazione – Sezione III civile – Sentenza 30 aprile 1996, 15 gennaio 1997 n. 364. Il chirurgo deve sempre informare il paziente di tutti i rischi e i vantaggi dell'intervento; Notiziario: Seminario di Studio sulla „Regolazione naturale della fertilità"; Convegno su: „Per una cultura bioetica: la vita tra libertà e responsabilità";
Recensioni: A. MAZZONI: Sa sua immagine e somiglianza? Il volto dell'uomo alle soglie del 2000: un approccio bioetico (M. Casini); G. DALLA TORRE: Le frontiere della vita. Etica, bioetica e diritto (L. Palazzani);
Segnalazioni Bibliografiche
Etica e Ambiente
Medicina e Morale 1995-1997

BUCHBESPRECHUNGEN

POLITIK DER ORGANVERTEILUNG: EINE UNTERSUCHUNG ÜBER EMPFÄNGERAUSWAHL IN DER TRANSPLANTATIONSMEDIZIN

Volker H. SCHMIDT
1. Auflage
Nomos Verl. -Ges. , 1996, Baden-Baden
ISBN 3-7890-42048

Diese Untersuchung geht systematisch der Frage nach, wie das gleichermaßen schwierige wie brisante Problem der Verteilung lebenswichtiger Spenderorgane in der Praxis gelöst wird. Da Spenderorgane außerordentlich knapp und auch bei größten Anstrengungen aller Beteiligten nicht in ausreichender Menge verfügbar zu machen sind, sehen die verantwortlichen Ärzte sich tagtäglich vor Entscheidungen gestellt, bei denen es oft buchstäblich um Leben und Tod geht. Auf der Grundlage von Interviews, die der Autor mit Transplantationsmedizinern und sonstigen Experten geführt hat, beschreibt er, wie dieses Problem im klinischen Alltag bewältigt wird und zu welchen Dilemmata und medizinischen Grenzüberschreitungen es dabei laufend kommt.

Der Autor ist Sozialwissenschaftler an der Universität Mannheim und beschäftigt sich seit Jahren mit Fragen der gerechten Verteilung von knappen Gütern.

Schon in der Einleitung wird auf die zweifellos wichtige Aufklärung auf diesem Gebiet hingewiesen. So beschreibt der Autor auch in seinem Buch die Regeln, nach denen Spenderorgane in den drei wichtigsten Bereichen der Transplantationsmedizin (Niere, Herz, Leber) in der Bundesrepublik Deutschland verteilt werden und beleuchtet deren jeweilige Hintergründe. Er zeigt auf, daß es eine Vielfalt an Verteilungspraktiken gibt und geht den Problemdeutungen, normativen und medizinischen Erwägungen, Motiven, Interessen und sonstigen Bestimmungsgrößen nach, denen die verschiedenen Politiken ihre Entstehung verdanken. Das Buch offenbart die enorme Komplexität der Materie, die jeden Versuch, einfache und v. a. evidentermaßen „beste" Lösungen zum Scheitern verurteilt.

Der Autor belegt seine Darstellungen oft mit authentischen Aussagen betroffener Ärzte, was Teile des Buches durchaus spannend gestaltet. Gegliedert ist die Untersuchung, deren wichtigste Datengrundlage 30 Experteninterviews mit verschiedenen Vertretern der Tranplantationsmedizin ist, in vier Hauptkapitel.

Kapitel zwei stellt die Austausch- und Vergaberegeln des Eurotransplant-Verbundes vor. Eurotransplant ist ein aus fünf Ländern bestehendes Netzwerk von Transplantationszentren, die sich zur Optimierung der Organallokation zusammengeschlossen haben. Ein Teil des in seinem Einzugsbereich verfügbaren Organaufkommens wird nach Regeln verteilt, auf die sich die beteiligten Zentren verständigt haben. Der andere Teil wird lokal vergeben.

Hier zeigen die Recherchen des Autors, daß die landläufige Annahme, die Frage der Organvergabe sei medizinisch vorbestimmt, sodaß sich kein Verteilungsproblem stellt, und die praktizierten Vergabemethoden schlössen Möglichkeiten des Mißbrauchs und der gezielten Bevorzugung oder Benachteiligung einzelner Patienten aus, offensichtlich falsch ist. Es zeigt sich auch, daß die entsprechenden Praktiken zwischen den Zentren außerordentlich stark variieren. Da nicht alle Spenderorgane über Eurotransplant vermittelt werden gibt es de facto zwei Allokationssysteme: ein zentrales System bei Eurotransplant, das Organe in der Tat weitgehend nach dem beschriebenen Modus zuteilt, und ein lokales System, das den einzelnen Transplantationszentren vor Ort die Möglichkeit gibt, innerhalb bestimmter Grenzen Organe nach eigenen Gesichtspunkten zuzuteilen. Je nach lokalen Gegebenheiten erstreckt sich der Umfang der lokalen Verteilung auf 25 – 90 % des gesamten Organaufkommens. Bemerkenswert

ist auch die mit Zitaten belegte Auffassung, daß das weltweit einzig wirklich unumstrittene Allokationskriterium die Blutgruppenkompatibilität zwischen Spender und Empfänger ist.

Kapitel drei geht der Bestimmung der Transplantationseignung auf den Grund. Sie sollte nach strikten medizinischen Kriterien erfolgen.

Problematisch scheint hier auf jeden Fall, daß auch außerhalb der Transplantationsmedizin Kontraindikationen, die zum medizinischen Ausschluß von der Behandlung führen, regelmäßig mit dem Grad der Ressourcenknappheit variieren. Allerdings wäre hier anzumerken, daß auch die Ökonomie eine ethische Anforderung an den Arzt darstellt. In der Praxis wird sich die Möglichkeit wirklich aus dem Vollen zu schöpfen nie ergeben. Deswegen wird die Frage der finanziellen Zumutbarkeit bei medizinischen Entscheidungen, wenn auch nicht vorrangig, aber doch eine Rolle spielen müssen. Dieser Gesichtspunkt wird in der vorliegenden Publikation zu wenig berücksichtigt.

Für die Aufnahme in die Warteliste spielen neben dem zu erwartenden Erfolg, Nationalität, Wohnsitz, Lebensalter auch der „social worth" und das Selbstverschulden als nicht medizinische Ausschließungsgründe eine Rolle. „Mörder oder Heroindealer" erläutert ein Kardiologe seine Begriffsverwendung, „würden bei uns nicht in das Transplantationsprogramm aufgenommen werden". Hier gibt es in Transplantationskreisen drei verschiedene Auffassungen: Die ersteren wollen die soziale Wertigkeit miteinbeziehen, während eine zweite Gruppe der Meinung ist, diese dürfe bei solchen Entscheidungen keine Rolle spielen. Neben diesen polar entgegengesetzten Auffassungen gibt es eine dritte Gruppe, die zwar gute Gründe für eine Berücksichtigung von social worth findet, jedoch den Ärzten für die Bewertung kein Mandat überlassen will. Die Einbeziehung des social worth läßt sich nicht nur negativ als Kriterium für den Ausschluß von einer Behandlung verwenden, sondern auch positiv zur Begründung einer Bevorzugung. Dem Mediziner fehlt in diesem Abschnitt ein Hinweis darauf, daß bei schwierigen Entscheidungsprozessen in medizinischen Fragen die Einbeziehung von Nichtmedizinern noch selten eine Verbesserung oder Vereinfachung gebracht hat. Bei allen Unzulänglichkeit der Entscheidungsträger wird die Komplexität der Fragestellung nicht dadurch verringert, daß möglichst viele Experten mitreden. Zielführend wäre hier sicher, wenn ein einzelner, nämlich der behandelnde Arzt in Wahrnehmung seiner vollen Verantwortung und vor seinem Gewissen Entscheidungen trifft.

Ähnlich ist es auch bei der Einbeziehung des Selbstverschuldens von Rauchern, Alkoholikern oder Übergewichtigen.

Im vierten Kapitel wird über die bei der Organallokation zur Anwendung kommenden Verfahren berichtet. Auch in diesem Kapitel kommt die ungeheure Komplexität des Entscheidungsprozesses zum Ausdruck, der sich der behandelnde Arzt gegenüber sieht. Das menschliche Gehirn unter Wahrnehmung der emotionellen Intelligenz ist sicher besser in der Lage hier zu einer Entscheidung zu kommen, als ein mit noch soviel Daten gefütterter Computer.

Das fünfte und letzte Kapitel ist verschiedenen Reform- und Reorganisationsbestrebungen gewidmet, die teils von der Transplantationsmedizin selbst ausgehen, teils von außen an sie herangetragen werden und von denen auch Organverteilungspraktiken betroffen sind. Hier werden vor allem die deutschen Verhältnisse durchleuchtet. In Österreich gestalten sich die rechtlichen Grundlagen durch die bereits früh eingeführte Widerspruchslösung einfacher. Hier sind Organentnahmen zulässig, wenn kein ausdrücklicher Widerspruch der Verstorbenen selbst, sofern sich diese zu Lebzeiten dazu geäußert haben, oder ersatzweise ihrer nächsten Angehörigen vorliegt.

Das Buch ist ein wertvoller Beitrag zu brisanten Diskussionspunkten auf dem Gebiet der Transplantation und Organverteilung. Die umfangreichen Recherchen des Autors machen es zu einem wichtigen Dokument für die tatsäch-

lich geübte Praxis und dabei angewendete Entscheidungsgrundlagen; sie sollten helfen die große Zahl unbeantworteter Fragen auf diesem Teilgebiet der Medizin zu beantworten. Es ist dem Autor zu Gute zu halten, daß er ein möglichst lückenloses Bild der gewonnenen Interviewdaten zeichnet, ohne zu Gunsten einer leichten Lesbarkeit das gewonnene Material riskant zu verallgemeinern.

CH. D. SCHWARZ

TRANSPLANTATIONSMEDIZIN ÖKONOMISCHE, ETHISCHE, RECHTLICHE UND MEDIZINISCHE ASPEKTE

Peter OBERENDER (Hrsg.)
Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1995
213 Seiten
ISBN 3-7890-3972-1

Der vorliegende Band aus einer Serie von „Gesundheitsökonomischen Beiträgen" gibt die Vorträge der VI. Jahrestagung des Ausschusses für Gesundheitsökonomie im Verein für Socialpolitik wieder, die im Oktober 1994 an der Universität Bayreuth stattfand. Im Kern als Tagung über die ökonomischen Aspekte der Transplantation konzipiert, gehen die Beiträge dieses Buches jedoch weit über diesen Ansatz hinaus und vermitteln ein umfassendes, sehr detailliertes Wissen über den heutigen Stand sowie die damit einhergehenden Probleme der Transplantationsmedizin.

Die ersten beiden Blöcke beschäftigen sich noch mit dem Kernthema der Tagung, wobei es um die demographische Entwicklung sowie die Versicherbarkeit von medizinischen Leistungen in ihrem Bezug zur Transplantationsmedizin geht. Obgleich dieser Abschnitt ohne eine grundlegenede ökonomische Ausbildung oder einem einigermaßen soliden volkswirtschaftlichen Vokabular schwer "verdaulich" erscheint, gibt er gerade dem Mediziner einen interessanten Einblick in die Denk- und Arbeitsweise der Ökonomen, die sich mit dem Problem der zukünftigen Finanzierbarkeit unseres Gesundheitsystems beschäftigen.

Einen für die Anwender sehr interessanten Betrag liefern W. GREINER und J. -M. GRAF V. D. SCHULENBURG, die verschiedene Ansätze zur Bemessung der Lebensqualität nach erfolgter Transplantation untersuchen. Diese Ansätze greifen natürlich direkt auf das Thema der Finanzierbarkeit bzw. Versicherbarkeit der hochentwickelten medizinischen Leistungen zurück. Es gelingt den Autoren jedoch nicht, konklusive Aussagen zu diesem Thema herauszuarbeiten. Die gezeigten Ansätze erwecken aber die Hoffnung, daß eine sachliche Auseinandersetzung mit diesem Thema in naher Zukunft möglich sein wird.

Ein weitere Beitrag bedarf noch der gesonderten Erwähnung: F. BREYER und H. KLIEMT stellen ein sehr provokantes, aber auch sehr konsequentes Modell zur Versorgung mit Organspendern vor: nämlich einen Club von Spendern, die sich untereinander die Organe vorbehalten und erst bei Ablehnung durch die Clubmitglieder an Andere potentielle Empfänger verfügbar machen. Ihr Beitrag beleuchtet diesen Vorschlag von verschiedensten Seiten und wirft erwartungsgemäß eine Reihe neuer Fragen auf, die noch sehr intensiv diskutiert werden müßten. Selbst dann, wenn das Problem der Unterversorgung mit Organspendern eine sehr spezifische deutsche Komponente enthält, muß man diesem Vorschlag auch für andere Länder einiges abgewinnen, insbesondere, wenn sich die Situation im Organspendewesen verschärfen sollte.

Generell mangelt es dem Buch ein wenig an der redaktionellen Bearbeitung. Die Artikel scheinen sehr direkt von den Vorträgen übernommen worden zu sein, was das Lesen beizeiten äußerst mühsam gestaltet. Doch darf man diesen Band sicherlich zu einem sehr informativen Nachschlagwerk zählen, der gerade in Detailfragen eine Fülle von Problemen anspricht, aber auch die nötigen detaillierten Fakten liefert.

Die Lektüre sollte aber vornehmlich den Spezialisten auf einem der Gebiete der Transplantationsmedizin empfohlen werden, da die Beiträge für eine erste Information zu weitläufig und detailliert gestaltet sind.

M. SCHWARZ

ZWEI FORMEN DER ETHIK

Ludwig SIEP
Nordrhein-Westfälische Akademie der Wissenschaften Vorträge G 347
Westdeutscher Verlag
ISBN 3-531-07347-8

Der vorliegende Aufsatz bringt einen sehr interessanten Beitrag in die laufende Ethik-Diskussion ein. L. SIEP macht deutlich, daß die neuzeitlichen Denkmodelle der Ethik nicht das Auslangen finden, wenn sie die aristotelischen Grundbegriffe der Moral gänzlich über Bord werfen. In einer Wiederentdeckung der „Anciens" liegt die Antwort auf die offengebliebenen Fragen der modernen Ethik, und das ist der bemerkenswerte Versuch, den L. SIEP wagt.

Er geht davon aus, daß in der gegenwärtigen Ethik-Diskussion zwei Positionen unterschieden werden, die einerseits auf die neuzeitlichen Vertragstheorien und Autonomie-Ethiken des 17. und 18. Jhdt. , andererseits auf die vorneuzeitlichen ethischen Traditionen (ARISTOTELES, PLATON etc.) zurückgehen.

Für die modernen Ethiken sind die Regelungen der Kooperation zwischen Individuen der Gegenstandsbereich. Es geht um die Pflichten von Menschen gegeneinander. „Gut sein" bedeutet demnach, ein guter Kooperationspartner zu sein. Die Interessen werden selbst formuliert und autonom festgelegt.

Die Kritik, die an jenen Auffassungen geübt wird, weist auf die Einschränkung ihres Gegenstandes hin. Weder die Fragen des Glücks, noch die der Selbstvervollkommnung, der Charakterentwicklung oder der Beziehung zur außermenschlichen Welt kommen dabei zur Sprache.

Die vor-neuzeitlichen Ethiken begreifen im Gegensatz dazu den Menschen als einen Teil einer kosmischen Ordnung, daher kann der Mensch sich anderen gegenüber, aber auch sich selbst oder der außermenschlichen Welt gegenüber falsch oder richtig verhalten. Es gibt nicht nur „subjektive" Interessen, sondern das „objektiv" Gute, die Vollendung, das Glück im Sinne der Erfüllung.

SIEP zeigt anhand der Thesen von E. TUGENDHAT und J. HABERMAS auf, daß selbst die modernen Ethiken für eine Ergänzung ihrer intersubjektiven Paradigmen durch Elemente der vormodernen Ethik plädieren. Diese Versuche erscheinen ihm aber noch zu wenig, weil sie schließlich am Anthropozentrismus festhalten.

In Kapitel II legt Ludwig SIEP nun die Gründe für seine Position dar. Die neuzeitliche Ethik kann auch seiner Auffassung nach prinzipiell nicht auf eine normativ bedeutsame Ordnung der Natur aufbauen. Eine Zurückführung auf eine solche hat der Autor selbst nicht im Sinn, wohl aber wäre für ihn eine Kosmosdefinition im Sinne eines „temporären Zustandes einer Wohlordnung" denkbar, an deren „Erhalt oder Zustandekommen der Mensch mitwirken" kann. Er führt auch zwei, seiner Ansicht nach, wesentliche Gründe für einen derartigen Rückgriff ins Treffen:

1) Handlungsbewertungen außerhalb der menschlichen Kooperation (Umgang mit Tieren oder Unmündigen) sind durchaus sinnvoll. Diese entziehen sich aber grundsätzlich den neuzeitlichen Ethikmodellen.
2) Die Beschaffenheit der menschlichen Natur legt doch generell und unabhängig von individuellen Wünschen fest, wann und unter welchen Bedingungen der Mensch sich entwikkelt und wann er Schaden erleidet (16). Diese Tatsache, die sich eines allgemeinen Konsenses erfreut, spricht jedenfalls für eine Annahme ontologischer Prämissen, die freilich empirisch nachvollzogen werden müssen.

Für eine Erneuerung naturphilosophischer Bezüge sprechen darüber hinaus noch andere

Gründe: Die Probleme nationaler und internationaler Sozialpolitik können durch die Prinzipien ungestörter Kooperation autonomer Individuen nicht geregelt werden (17). Auch die freie Wahl der Lebenspläne wird durch die infrastrukturellen und technischen Voraussetzungen der modernen Zivilisation eingeschränkt (19). Weiters gibt es keine Kriterien für die Konflikte, die durch Interessenskollisionen zwischen privaten und öffentlichen Gütern entstehen. Zuletzt hat die moderne Ethik auch keine Kriterien für den Umgang mit Nicht-Kommunikationspartnern wie etwa Kinder, Unmündige oder auch Tiere (20).

Wie bereits angeführt, sucht nun der Autor im Kapitel III einen Kompromiß zwischen beiden Formen der Ethik zu schließen, wobei er in seinem Modell die vorneuzeitliche naturphilosophische Ethik als den Rahmen, der durch die interpersonalen Pflichten der modernen Ethik ergänzt wird, verstehen will. Seine Vorstellungen des naturphilosophischen Bezuges legt er wie folgt dar: „Von einer Wohlordnung der Welt, die in einer immanenten oder externen (schöpferischen) Vernunft begründet ist, kann die philosophische Ethik der Gegenwart aber nicht mehr ausgehen. Sie wird die Kosmos-Vorstellung übersetzen müssen in die eines Zustandes der wechselseitig möglichst störungsfreien Entwicklung von Wesen, für die es Gutes im Sinne des Zuträglichen gibt. Worin diese Zuträglichkeit besteht, müßte aus der Eigenart, Eigenbewegung und – Entwicklung der Naturwesen erkennbar werden – zu der auf höheren Stufen natürlich auch die Schmerzempfindlichkeit gehört" (23). In ein solches Naturverständnis eingebettet könnte man dann die Pflichten der interpersonalen Ethik stärker ausarbeiten. L. SIEP wehrt sich dagegen, die Autonomie als primären Inhalt moralischer Normen anzuerkennen. „Die Autonomie ist ein hoher Wert, aber es läßt sich nicht zeigen, daß die Norm, jedermanns Autonomie anzuerkennen, jeder anderen moralischen Norm, sofern sie nur als moralisch verstanden werden soll, zugrunde liegt" (28). „Ein Verständnis der interpersonalen Pflichten als Teil der Mitwirkung am guten Gesamtzustand der Welt erscheint also sinnvoll. Dann reicht aber eine Ergänzung der modernen Ethik durch Elemente der antiken Tugend und Glückslehre ebensowenig aus, wie eine bloße Nebenordnung. Vielmehr wäre die moderne Autonomie – und Kooperationsethik als ein besonderer Teil in die Ethik der Gesamt-Wohlordnung zu integrieren. Wenn meine Gründe dafür überzeugen, hat eine solche Ethik Vorzüge gerade angesichts der Probleme der technischen Zivilisation. Sie kann ihrer Geschichte und ihren gegenwärtigen Aufgaben eher gerecht werden als die bisher vorgeschlagenen Ergänzungen der Moderne. Daß die menschliche Kooperation nicht der Ursprung aller Güter und der Zweck dieser Welt ist, paßt auch eher zum evolutionären Weltverständnis. Paradoxerweise – aber gewiß nicht zum ersten Mal in der Geschichte – könnte eine Erinnerung an „die Alten" (Les anciens) die Ethik für die Probleme der modernen Welt vorbereiten" (30).

Auch wenn L. SIEP für einen Rückgriff auf naturphilosophische Elemente ist, wagt er sich in letzter Konsequenz aber nicht zur Annahme einer Naturordnung im Sinne einer „Schöpfung" vor. „Kosmos" – so sagt er – kann keine definitiv gegebene rationale und „gute Ordnung sein" (S 14). Und in der Folge heißt es, daß ein „optimaler Zustand definitiv durch die Naturordnung gesichert ist, wird man vor dem Hintergrund moderner Naturwissenschaft und Naturphilosophie nicht mehr vertreten können".

Ob die Annahme einer Wohlordnung im Kosmos, wie sie L. SIEP vorschlägt, einer Rehabilitation der Tugendethik genüge leisten kann, oder ob dieser Standpunkt nicht doch zu kurz bleibt, wird sich noch zeigen, denn der Vorschlag SIEPS, so wertvoll und gewagt er auch ist, ist nicht konkret und entschieden genug, um den Kern der aristotelischen Position anzunehmen, nämlich die Teleologie der Natur. Ohne Teleologie bleibt von der „vormodernen Ethik" nur die Hülse. Will die moderne Ethik nur in diese Hülse hineinschlüpfen, reicht das nicht aus.

N. AUNER

Hinweise für Autoren

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:
1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
   3 bis 5 Schlüsselwörter
4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchzunumerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durchzunumerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:
1. Sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: Thomas H. , „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?", Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 – 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:
1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsorte
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: Herranz, G. , „Philosophie des Lebendigen", Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 – 28

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*

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hsg. M. Schwarz, J. Bonelli, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

Aufklärungspflicht und Haftung. (1997) Hsg. T. Mayer-Maly, E. H. Prat, Springer Verlag, Wien-New York. (in Vorbereitung)

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: M. Rhonheimer (März 1996) ***Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen Staat".*** *ISBN: 3-85297-002-4*

Imabe – Info (Kurzinformationen)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose,

1997: Nr. 1: Solidarität und Mißbrauch im Gesundheitswesen
Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin
Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen
Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht
Nr. 5: Ethikkommissionen

Vorschau

Imago Hominis Band V/Nr. 1/98

Schwerpunkt

Organentnahme bei Non-Beating-Heart-Spendern

IMPRESSUM

Herausgeber:
Prim. Univ. Prof. Dr. Johannes BONELLI,
Prof. 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: Alexander GUDENUS
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Großebersdorf
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 medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an den Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates referiert.
Kürzungen der Leserbriefe und Manuskripte behalten wir uns vor.

IMABE