Imago Hominis

BAND V/NR. 3 • 1998 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 165
AUS AKTUELLEM ANLASS
R. KLÖTZL
Viagra®– Medizinische Fakten und ethische Überlegungen 167
IMABE-Ehtik-Kommission: Zur angekündigten Zulassung von RU-486 in Österreich 171
IMABE-Ehtik-Kommission: Zur Zulassung von Viagra® in Österreich 172
FOCUS
N. EL BEHEIRI
Menschenrechte für Behinderte und Kranke ... 173
SCHWERPUNKT
Menschenrechte und Bioethik
R. REIMANN
Das Kind als Schaden 179
R. BECKMANN
Embryopathisch motivierte Abtreibungen in Deutschland 189
DISKUSSIONSBEITRAG
S. HERR
Einwilligungsfähigkeit kontra Menschenrechte? 198
DOKUMENTE
PÄPSTLICHER RAT FÜR DIE FAMILIE
Erklärung zum Geburtenrückgang in der Welt. 203
FALLBERICHT
Vierlinge durch künstliche Befruchtung 210
M. SCHLAG
Kommentar zum Fall 211
NACHRICHTEN 213
Austria Tabak finanziert Anti-Raucher-Kampagne • Französische Ärzte demoralisiert • WHO Mehr Schutz für schwangere Frauen • „Ethisches Marketing" für pharmazeutische Produkte • Sinkende Mortalität bei HIV-Patienten • Europaweites Blutspendersystem in Diskussion • Studie zum frühen Schwangerschaftsabbruch • Portugal sagt NEIN zur Abtreibung • Homosexuelle Partnerschaften: keine Stabilität • Eine Prevention voller Widersprüche
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 216
BUCHBESPRECHUNGEN 220
IMPRESSUM 227

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 fünfzig Jahren, am 10.12.1948, verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Dieser nicht zuletzt unter dem Eindruck des nationalsozialistischen Erdbebens fast einstimmig von den damaligen Mitgliedsstaaten der UNO approbierten ersten internationalen Anerkennung eines Menschenrechtskatalogs gingen während zweier Jahrhunderte lebhafte Auseinandersetzungen in akademischen und praktisch-politischen Kreisen zu diesem Thema voraus.

Man sollte nicht übersehen, daß aus historischer Sicht diese Erklärung wahrscheinlich als ein ganz wichtiger Meilenstein, nicht nur des Jahrhunderts, sondern des Jahrtausends bewertet wird. Wir neigen dazu, vergangene Errungenschaften als so selbstverständlich zu betrachten, daß uns ihre wahre Bedeutung entgeht. Daß wir uns tagsüber und meistens auch während der Nacht auf unseren Straßen aufhalten können, ohne zu riskieren, gewalttätig angegriffen zu werden, ist für uns in Mitteleuropa ebenso selbstverständlich wie die Erwartung, daß wir jeden Tag in der Früh unseren Pkw dort finden werden, wo wir ihn am Vortag geparkt haben oder, daß uns alle medizinischen Fortschritte zur Verfügung stehen werden, falls unser Gesundheitszustand sie benötigt oder, daß wir unsere Vertreter bei der gesetzgebenden Versammlung ungehindert wählen können usw. So selbstverständlich waren diese Rechte bei uns in der Vergangenheit nicht, und vielerorts gelten sie immer noch nicht. Wir brauchen uns nicht auf Reisen in die Ferne zu begeben, sondern es genügt, einen Blick in die Zeitungen zu werfen, um festzustellen, daß nicht weit entfernt von unseren Domizilien, z.B. in Bosnien oder im Kosovo, solche Rechte keine Anerkennung finden.

Wesentlich an dem Konzept der Menschenrechte ist, daß es sich um Rechte handelt, die dem Menschen nicht erst durch staatliche Gewährung verliehen werden, sondern daß er sie von Natur aus besitzt. Wie es in der Präambel der Deklaration von 1948 heißt: „Wurzel dieser Rechte ist die Menschenwürde." Es handelt sich also um Rechte, die allen Menschen zuerkannt und von allen Menschen anerkannt werden sollen. Sie sind angeboren, unveräußerlich und unantastbar und erheben daher einen universalen Geltungsanspruch. Sie sind die Grundlage der Gerechtigkeit, der Freiheit und des Friedens in der Welt. Sie haben den Charakter von Prinzipien, d.h. hinter sie kann nicht mehr weiter zurückgegangen werden. Problematisch in einer pluralistischen, multikulturellen, säkularen, globalisierten Gesellschaft ist allerdings die Begründung bzw. sind die Begründungen der einzelnen Rechte und die Herstellung eines tragbaren Konsenses. Insofern muß die „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte" mit ihren 30 Artikeln als großartiger Fortschritt der Menschlichkeit in dieser Gesellschaft bezeichnet werden. Das Dokument enthält ein Bekenntnis zu den verschiedenen Rechten, die üblicherweise in drei Gruppen gegliedert werden, nämlich die Freiheits- oder Abwehrrechte (Lebensrecht, Eigentumsrecht, religiöse Freiheit, Recht auf freie Meinungsäußerung usw.), die politischen Teilnahmerechte (z.B. Wahlrecht) und die sozialen Teilhaberechte (z.B. Recht auf wirtschaftliche und kulturelle Betätigung).

Natürlich zweifeln manche an dem Konzept der Menschenrechte und der Wirksamkeit der Deklarationen, vor allem wenn sie die Doppelzüngigkeit von nicht gerade wenigen Ländern, nicht nur in der dritten oder vierten Welt ins Treffen führen. Nach außen hin bekennen sich diese uneingeschränkt zu den Menschenrechten, die sie innerstaatlich verletzen. Außerdem ist es einfach eine Tatsache, daß noch nie so viele Menschen gewalttätig getötet wurden wie in diesem Jahrhundert. Neulich schätzte die „Neue Züricher

Zeitung" diese Zahl die mit ca. 170 Mio (Abtreibungen und Euthanasie nicht eingerechnet!), d.h. wahrscheinlich mehr als in den 20 Jahrhunderten davor. Andere wiederum meinen, daß – solange die Begründung der Menschenrechte eine offene Frage ist – man mißtrauisch sein muß, denn sie sind und bleiben das Ergebnis eines Konsenses und daher die juristische Kehrseite einer minimalistischen Moral. Tatsächlich läßt sich in der säkularisierten Gesellschaft ein Konsens über gewisse Rechte bilden, die von allen anerkannt werden und anerkannt werden sollen, aber die Begründung dieser Rechte läßt sich nicht aufzwingen; daher bilden die jeweiligen Rechtskataloge den gemeinsamen moralischen Nenner der Gesellschaft, die sie proklamiert. Dieser Mindeststandard universeller Geltung ist aber gerade in der säkularen Gesellschaft besonders wichtig.

Weder der erste noch der zweite Einwand dürften die epochale Bedeutung des Ereignisses vom 10.12.1948 in Frage stellen. In der säkularen Gesellschaft führt kein Weg an dem Konzept der Menschenrechte vorbei und deshalb ist die erste internationale Deklaration, der weitere gefolgt sind, ein Meilenstein. In ihr sind vor allem die Artikel 3 („Jeder Mensch hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person") und 25 ((1) „Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände". (2) „Mutter und Kind haben Anspruch auf besondere Hilfe und Unterstützung. Alle Kinder, eheliche und uneheliche, genießen den gleichen sozialen Schutz") relevant.

Man muß aber sehen, daß man sich erst am Beginn eines langwierigen Prozesses befindet. Einerseits schreitet die Durchsetzung zumindest mancher Menschenrechte sehr, sehr langsam voran und andererseits scheint der Prozess ernsthaft durch willkürliche Einschränkungen der allgemeinen Geltung der Rechte bedroht. Dies zeigen z.B. die theoretischen und praktisch-politischen, zum Teil schon realisierten Versuche, menschliche Individuen – Ungeborene, Behinderte und alte Menschen – aus dem Geltungsbereich der Menschenrechte auszuschließen. Und dies, obwohl der Artikel 6 der Erklärung, zu der sich alle Länder bekennen, besagt: „Jeder Mensch hat überall Anspruch auf Anerkennung als Rechtsperson". Wenn der Trend zur Spaltung der Menschen in zwei Gruppen, jene, denen ein Lebensrecht zuerkannt wird, und jene, für die das nicht gilt, nicht gestoppt wird, wird die Menschheit die große Chance einer großartigen zivilisatorischen Wende verpassen und das, was sich als Meilenstein abzeichnet, wird leider zum bedauerlichen Stolperstein werden.

Die Bioethik beschäftigt sich seit ihrer Etablierung als Wissenschaft mit diesem Thema. In dieser Nummer von IMAGO HOMINIS wollen wir auch dazu einen Beitrag leisten: Neben einem allgemeinen Aufsatz über die Menschenrechtskonvention von Nadja EL BEHEIRI, wollen wir die Aufmerksamkeit auf die Menschenrechte Behinderter lenken. Rainer BECKMANN erläutert die Hintergründe und die Praxis der embryopathischen Indikation in unserem Nachbarland Deutschland, Ruth REIMANN kommentiert die Rechtsprechung zum „Kind als Schadensfall". Im interessanten Diskussionsbeitrag kommt ein Kollege aus den Vereinigten Staaten zu Wort. Stanley HERR ist Professor an der juridischen Fakultät von Maryland und Präsident der renommierten American Association on Mental Retardation. In seinem beruflichen Engagement befaßt sich HERR, abgesehen von den Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Lernbehinderung auch mit anderen Gruppen der Gesellschaft, wie etwa den Obdachlosen. Seine Bemühungen zielen darauf ab, eine Verbesserung der Integration in die Gesellschaft zu erwirken, ohne die Meinungen und Bedürfnisse der Betroffenen aus den Augen zu verlieren.

Die Herausgeber

VIAGRA®
Medizinische Fakten und ethische Überlegungen

Rupert Klötzl

Medizinische Fakten

Am 27. März 1998 erteilte die U.S. Food and Drug Administration die Zulassung für die Substanz Sildenafil unter dem Handelsnamen Viagra® für die USA. Als Indikation gibt die Herstellerfirma Pfizer die Behandlung der erektilen Dysfunktion an. Die Substanz kommt aus der NO(Stickstoffmonoxid)-Forschung. Der schon längere Zeit bekannte „endothelium derived relaxing factor" wurde bereits 1987 als NO identifiziert. Stickstoffmonoxid wirkt als freies Radikal auf das Immunsystem und als Transmitter im Nervensystem– Details sind noch unerforscht. Erwünscht ist jedenfalls seine entspannende Wirkung an den Blutgefäßen. In diesem Zusammenhang experimentierte man auch mit Viagra, das ja zunächst als Koronartherapeutikum getestet wurde. Dabei erkannte man seine Wirkung auf die Erektion. Während der sexuellen Stimulation wird zunächst NO freigesetzt,wodurch das Enzym Guanylzyklase aktiviert wird, was wiederum erhöhte Spiegel von zyklischem Guanosinmonophosphat (cGMP) bewirkt. Dieser erhöhte cGMP-Spiegel bewirkt schließlich eine Relaxation der Gefäßmuskulatur und vor allem eine Relaxation der glatten Schwellkörpermuskulatur. Dadurch kommt es zu dem vermehrten Bluteinstrom in den Penis. Viagra hat keinen direkten Einfluß auf das isolierte menschliche corpus cavernosum, sondern verstärkt den Effekt von NO durch Hemmung jenes Enzyms, das cGMP abbaut: Phosphodiesterase Typ 5 (PDE5). Der dadurch erhöhte cGMP Spiegel bewirkt eine (verlängerte) Erektion. Viagra hat daher ohne sexuelle Stimulation keine Wirkung, da dies die Freisetzung der erwähnten Faktoren voraussetzt. Die Firma Pfizer erwähnt das ausdrücklich in ihrer über Internet verfügbaren, nur für die USA gedachten, sehr ausführlichen pharmakologischen Produktinformation (http://www.viagra.com/hcp/prod_info_temp.htm). Ihr sind auch alle anderen in diesem Aufsatz erwähnten klinisch-pharmakologischen Daten entnommen.

Viagra wurde an über 3000 Personen im Alter zwischen 19 und 87 Jahren getestet. Es wurden randomisierte Doppelblindstudien mit Dosierungen von 25mg, 50mg und 100mg bei Patienten mit organischer und psychogener erektiler Dysfunktion (bzw. Mischformen) gemacht. Je nach Dosierung gaben zwischen 63% und 82% der Patienten eine Verbesserung an gegenüber 24% bei Placebogabe. Bei radikaler Prostatektomie lag die Verbesserung der Erektion bei 43% gegenüber 15% bei Placebo.

Als Kontraindikation wird Überempfindlichkeit gegen eine der Komponenten des Präparates angegeben. Aufgrund der Verstärkung der blutdrucksenkenden Wirkung der Nitrate über den NO/cGMP-Weg ist die gleichzeitige Verabreichung von Viagra mit jeglichen Nitraten oder mit NO-donatoren ebenfalls absolut kontraindiziert.

Zur Vorsicht wird geraten bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, peptischen Ulcera und Retinitis pigmentosa.

Ein kardiales Risiko wird nicht direkt durch das Präparat angenommen, sondern lediglich indirekt aufgrund eines generell erhöhten kardialen Risikos bei sexueller Aktivität. Generel-

le Vorsicht ist auch bei Patienten mit anatomischer Deformierung des Penis angebracht, sowie bei Zuständen, die zum Priapismus prädisponieren (Sichelzellanämie, Multiples Myelom, Leukämie). Studien über den Effekt einer Kombination von Viagra mit anderen Therapien der erektilen Dysfunktion liegen nicht vor.

Die Patienteninformation gibt– das ist offenbar in den USA nötig– ausdrücklich an, daß Viagra nicht vor sexuell übertragbaren Erkrankungen schützt und nicht für den Gebrauch bei Neugeborenen, Kindern oder Frauen indiziert ist.

Der Abbau von Viagra ist vermittelt durch die Isoenzyme 3A4 und 2C9 von Cytochrom P450, deren Hemmstoffe daher die Wirkung verlängern können. In vivo Studien ergaben nach Gabe von 800mg Cimetidine unter 50mg Sildenafil einen Anstieg von 56% des Plasmasildenafilspiegels. Unter 100mg Sildenafil bewirkte 500mg Erythromycin täglich während 5 Tagen einen Anstieg von 182% der systemischen Sildenafilbelastung. Von Ketokonazol, Itraconazol und Mibefradil nimmt man noch stärkere Wirkungen in dieser Richtung an. Die Hemmstoffe anderer Zytochrom P-Isoenzyme (SSRI's, ACE-Hemmer, Ca-Kanalblocker, trizyklische Antidepressiva, Thiaziddiuretika) hatten klinisch keine Auswirkung auf den Sildenafilabbau.

Der hypotensive Effekt von Alkohol bei 0,8 Promille wurde nicht verstärkt. Es ergaben sich auch keine wesentlichen Unterschiede bei Patienten mit oder ohne antihypertensiver Therapie.

Die generell als mild und kurzdauernd angegebenen Nebenwirkungen sind in erster Linie Kopfschmerzen, Flush, Übelkeit, Schwellung der Nasenschleimhaut, Sehstörungen.

Als Standarddosierung wird 50mg Viagra etwa 1 Stunde vor der sexuellen Aktivität gegeben. Steigerung bis 100mg oder Senkung auf 25mg je nach individueller Notwendigkeit ist möglich. Erhöhte Spiegel können bei Leberzirrhose, schwerer Niereninsuffizienz und der Gabe der oben erwähnten Zytochrom-Inhibitoren auftreten und erfordern eine Dosisreduktion auf 25mg.

Soweit die medizinischen Fakten in etwas geraffter Form.

Ethische Aspekte

Wie ist es nun zu erklären, daß ein solches Medikament einen derartigen Boom auslösen konnte? Es gab ja auch bisher Möglichkeiten der Behandlung der erektilen Dysfunktion (ED). Ist es nur die einfachere Möglichkeit, eine Tablette zu schlucken, statt wie bisher eine lokale Injektion durchführen zu müssen? Welche Dimension der Erwartung und des Bedürfnisses wurde angesprochen? Glaubt man den Zahlen der Illustrierten News vom 18. 6. 98, so rechnet man mit einem Umsatz von 4 Mrd. US$/Jahr. Bisher hätten 1,7 Millionen Männer ein Rezept in den USA eingelöst und weiterhin werden 250.000 Rezepte/Woche in den USA ausgestellt. Es wird bereits von einem Kursanstieg der Pfizer Aktie gesprochen, aber es werden auch bisher etwa 40 Todesfälle mit Viagra in Zusammenhang gebracht. Im August las man in Österreich, Viagra werde bereits auf dem Schwarzmarkt um 300 Schilling pro Tablette verkauft.

Im September wurde Viagra in Europa und auch in Österreich zugelassen. Das wissenschaftliche Komitee der Europäischen Agentur für die Bewertung von Arzneimitteln in der EU hat bereits eine Empfehlung zur Zulassung abgegeben. Viagra wird nur auf ärztliche Verschreibung erhältlich sein. Halten wir aber fest: Viagra ist ein Medikament und kein Aphrodisiakum. Es ist keine „Lustpille" und darf auch nicht zur „life-style Droge" werden. In diese Richtung dürfte jedoch trotz Rezeptpflicht die Erwartung der meisten Leute gehen, die durch die Art der Medienberichterstattung vielfach noch verstärkt wurde.

Die Ursache für diese Erwartung muß man in einem Gesamtklima suchen, das, begünstigt durch Übermüdung, Frustration am Arbeitsplatz, Streß sowie übermäßiges und freudloses Essen aus Massenprodukten und-abspeisungen, weithin eine Abstumpfung und Manipulierbarkeit der Menschen bewirkt hat. Klares Denken, Willenskraft und Selbstdisziplin sind dabei zusehends verkommen. Die westliche Dekadenz verlangt nach (Ersatz)befriedigung. Eingebettet in einen infantilen Konsumismus und Hedonismus sehen wir eine Übererotisierung der Gesellschaft. Obwohl sich die enthusiastischen Erwartungen und Vorhersagen der 68er, daß der von sexuellen Tabus befreite Mensch glücklich, frei und friedfertig sein würde ("make love, not war"), als völlig irrig herausgestellt haben, bestimmt dieses Denken weiterhin die öffentliche Meinung. Anstatt zu erkennen, daß die ungezügelte Sexualität Suchtcharakter hat und daher der zeitlich parallele Anstieg des Drogenkonsums kein Zufall ist, propagiert man weiter diese in Wirklichkeit längst überholten Ideologien. So kann man teilweise gar nicht mehr von Sexualität sprechen, höchstens von unreifer oder perverser Genitalität. Von der Zerstörung der Familie bis hin zum verabscheungswürdigen Kindesmißbrauch spannt sich ein Bogen verheerender Entwicklungen. Gleichzeitig wird die Lehre der Kirche in HUMANAE VITAE nach wie vor als nicht lebbar abqualifiziert, ja verspottet. Man will hier manche Zusammenhänge einfach nicht sehen, denn der Sex ist ein zu gutes Geschäft geworden. Die Ordnung und Zügelung der Geschlechtlichkeit bedeutet sicherlich einen lebenslangen Kampf, bei dem jeder auch seine Schwäche und das Angewiesensein auf die Gnade Gottes erkennen wird. Gerade dadurch wird man aber auch die richtigen Relationen behalten, die sonst verloren gehen. Die Integration der Sexualität in die gesamte Persönlichkeit ist eben nicht nur eine Voraussetzung für Weisheit, Reifung, Wertempfinden und echte Erfüllung, sondern auch für eine Gottesbegegnung. Um all dies geht es auch der Kirche, und man kann nicht oft genug betonen, daß das nichts mit Leibfeindlichkeit zu tun hat- ganz im Gegenteil. Beziehungsstörungen, Egoismus, mangelnde personale Begegnungs- und Liebesfähigkeit gehen heute einher mit Überreizung, aber auch mit Depressionen, mit Hypersexualisierung und überfrachteten sexuellen Höchstansprüchen.

Daß psychogene erektile Dysfunktionen in diesen weiteren Zusammenhängen gesehen werden müssen, ist - wenigstens teilweise - gerade in den letzten Jahren zunehmend ins Bewußtsein gerückt. Insofern könnte Viagra auch kontraproduktiv wirken. Denn eben dieser Prozeß zunehmender Einsicht wird nun wieder zurückgedrängt. Lieber greift man zur Tablette, als sich einem längeren, vielleicht mühsamen Lernprozeß zu unterwerfen. Insofern ist die Indikation von Viagra bei der sogenannten psychogenen ED problematisch, zumal die Trennung zur somatischen ED oft gar nicht so scharf möglich ist. In vielen Fällen wird man zur Psychotherapie raten müssen. Aber auch das seelsorgliche Gespräch wird bei entsprechend ungeordneten Verhältnissen wieder mehr in seiner Bedeutung erkannt werden müssen. Schließlich müßte überhaupt ein tiefer gehendes Umdenken erfolgen, das die längst überholten 68er-Dogmen endlich über Bord wirft. Doch davon scheinen wir weit entfernt zu sein.

Bei organisch bedingter ED wird Viagra nach entsprechender ärztlicher Diagnosestellung und Verordnung seinen Platz haben.

Da nach katholischer Lehre die Sexualität auf die Ausübung im Rahmen einer intakten Ehe beschränkt ist, ergibt sich eine entsprechende ethisch-moralische Restriktion bei der Anwendung und Verschreibung. Dies bleibt jedoch rein rechtlich gesehen ohne Konsequenz.

Verfolgt man die gegenwärtige Diskussion, so dürfte der Boom um Viagra auch einen Boom lustfördernder „Medikamente" nach sich ziehen. Angeblich wird nicht nur die Wirkung von Viagra bei der Frau auch unter die-

sem Blickwinkel getestet, sondern es wird auch auf dem Gebiet der Apomorphine und anderer Substanzen in dieser Hinsicht geforscht. Damit wäre der Weg in Richtung Droge und entsprechender, zumindest psychischer Abhängigkeit eingeschlagen, was sicherlich abzulehnen ist.

Abschließend muß man feststellen, daß Viagra seinen Platz hauptsächlich bei der Behandlung der somatisch bedingten erektilen Dysfunktion hat. Aber auch hier ist anzumerken, daß die Abnahme der sexuellen Aktivität mit zunehmendem Alter etwas Physiologisches ist, und daß das Ausmaß der Möglichkeiten im jugendlichen Alter nicht zur allgemeinen Norm erhoben werden darf. Das käme einer Vergötzung der Jugend gleich und würde eine streßreiche Prolongierung einer künstlichen Jugendlichkeit bedeuten und ein Altern in Würde verhindern.

Man darf gespannt sein, was die Zulassung von Viagra in Europa bewirkt, und man wird für einen Einsatz innerhalb der entsprechenden Grenzen Sorge tragen müssen!

Dr. Rupert KLÖTZL
Praktischer Arzt
Premreinergasse 26/4
A- 1130 Wien

Stellungnahme der Ethik-Kommission des Imabe-Instituts zur angekündigten Zulassung von RU-486 in Österreich

Die Ethik-Kommission des IMABE-Instituts (Wien) bedauert den neuen Vorstoß in Richtung einer Zulassung des abortiven Präparates RU-486. „Vom ethischen Standpunkt kann nicht davon abgegangen werden, daß die Tötung unschuldigen, menschlichen Lebens, unabhängig von seine Qualität oder seinem Entwicklungsstadium unsittlich ist," betont der Vorsitzende der Kommission Professor Bonelli. Man muß einräumen, daß manche Handlungen gegen das Lebensrecht auf Grund von leidlichen sozialen Sachzwängen geschehen. Die Kompetenz und die Pflicht des Staates liegt in der Lösung dieser bedauerlichen aber folgenreichen sozialen Situationen. Die Einführung einer Tötungspille ist da keine Lösung sondern nur ein Beitrag zur Vergrößerung der Sachzwänge. Der Staat überschreitet seine Kompetenz und mißbraucht seine Macht, wenn er versucht Sittenwidriges per Gesetz, Dekret oder Medikamenten- zulassung zu rechtfertigen.

Aus juristischer Sicht ist zu bedauern, daß eine staatliche Behörde bemüht ist, offiziell ein Präparat zuzulassen, das ausschließlich zur Durchführung einer gesetzlich verbotenen, wenn auch straffreien Handlung (der Abtreibung) erzeugt wurde. Sollte es wirklich dazu kommen, würde der Staat sich selbst widersprechen. Er wird unglaubwürdig und setzt einen Schritt gegen die Rechtsstaatlichkeit. Dies hat Prof. MAYER-MALY (Universität Salzburg) im Rahmen der Behandlung des Themas in der Ethik– Kommission folgendermaßen erläutert: „Nach den Paragraphen 96 und 97 des geltenden österreichischen Strafgesetzbuches ist die „Schwangerschaftsabbruch" genannte Abtreibung grundsätzlich rechtswidrig. Nur unter den als „Fristenlösung" etikettierten Voraussetzungen und einigen weiteren kann sie straffrei bleiben. Unter diesen Voraussetzungen scheint die Einnahme eines pharmazeutischen Präparates nicht auf. Wer dennoch die Embryonentötung mittels RU 486 ermöglicht oder vornimmt, wird daher straffällig. Zu bedenken ist überdies, daß solche Embryonentötungen auch für die betroffene Frau unangenehm ausfallen kann."

Aus politischer Sicht ist neben den obigen Erwägungen auch zu bedauern, daß dieser, der Rechtsstaatlichkeit widersprechende Vorstoß gerade in eine Periode fällt, in der Österreich den Vorsitz der EU-Gremien inne hat, und die Europäische Öffentlichkeit deshalb mit besonderer Aufmerksamkeit die Ereignisse in unserem Lande verfolgt.

Die Ethik-Kommission des IMABE Instituts ist ein Ausschuß des Instituts, der ad-hoc einberufen wird, wenn es aktuellen Fragen erforderlich machen. Sie ist mit Personen aus dem Wissenschaftlichen Kuratorium, dem Vorstand und des Direktorium des Instituts bzw. fallweise aus externen Experten zusammensetzt.

Wien, 10.September 1998

Stellungnahme der Ethik-Kommission des IMABE-Instituts zur Zulassung von VIAGRA® in Österreich

Die Ethikkommission des IMABE-Instituts (Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik) hat sich aus aktuellem Anlaß mit der bevorstehenden Zulassung für das Medikament Viagra in Österreich befaßt. Auf Grund jener der Öffentlichkeit zugegangenen pharmakologischen Information über dieses Medikament sieht die Kommission keinen ethischen Einwand, das Medikament zur Behandlung der somatischen erektilen Dysfunktion zuzulassen. Eine Behandlung der psychogenen Dysfunktion mit der neuen Substanz scheint allerdings problematisch, weil sie die wahren Wurzeln der Krankheit verdecken und daher einer dauerhaften Heilung im Wege stehen könnte. Wegen der Nebenwirkungen, Kontraindikationen und des Mißbrauchs begrüßt die Kommission, daß das Arzneimittel nur als rezeptpflichtig zugelassen wird.

Bedauerlicherweise wurden in den Monaten vor der Zulassung auch in der österreichischen Öffentlichkeit mit großer medialer Unterstützung Erwartungen bezüglich des neuen Produktes geweckt, die weit über eine rein therapeutische Wirkung des Präparates hinausgehen. Viagra ist ein Medikament aber kein Aphrodisiakum. Es ist keine „Lustpille" und darf auch nicht zur „life-style-Droge" werden. In diese Richtung dürfte jedoch trotz Rezeptpflicht die Erwartung der meisten Leute gehen, die durch die Art der Medienberichterstattung vielfach noch verstärkt wurde. Diese Entwicklung veranlaßt die Ethikkommission zur Feststellung, daß das neue Präparat keine Änderung der Sittlichkeitsregel mit sich bringt, und daher sollte es ausschließlich der Erleichterung des sexuellen Umgangs innerhalb der Ehe und im Dienste der doppelten Zielsetzung, nämlich der ehelichen Liebe und der Fortpflanzung, eingenommen werden. Sowohl aus individual- als auch aus sozialethischen Gründen ist die Verwendung von Viagra außerhalb der Ehe nicht zu rechtfertigen. Diese These kann mit rein vernünftigen Argumenten belegt werden und darf deshalb nicht mit dem Hinweis abgetan werden, daß sie nur religiös motiviert sei. Beziehungsstörungen, Egoismus, mangelnde personale Begegnungs- und Liebesfähigkeit, aber auch Depressionen gehen heute einher mit Überreizung, mit Hypersexualisierung und überfrachteten sexuellen Höchstansprüchen.

Die Ethikkommission appelliert an die Öffentlichkeit des Landes und ganz besonders an die Medien, nicht zuzulassen, daß Viagra in ein Instrument zur Luststeigerung umfunktioniert wird. Man müßte als schizophren und auch als unglaubwürdig die Haltung jener bezeichnen, die auf den Sexualmißbrauch von Minderjährigen mit Empörung und mit dem Verlangen nach Verschärfung der Bestrafung dieser Delikte reagieren, gleichzeitig aber die Verbreitung von Mitteln der sexuellen Permissivität offen fördern. Es sind keine weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen nötig, um Gewißheit darüber zu erlangen, daß jeder Schritt in der Richtung der Sexualpermissivität zumindest eine indirekte Förderung der Sexualdelikte bedeutet. Wer das eine will, muß sich gefallen lassen, für das andere auch mitverantwortlich gemacht zu werden.

Wien, 24. September 1998

Imago Hominis, Band V/Nr.3, S.173-178
ISSN 1021-9803

© 1998 by IMABE - Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien

FOCUS

Menschenrechte für Behinderte und Kranke

Nadja EL BEHEIRI

ZUSAMMENFASSUNG

Der Nürnberger Kodex des Jahres 1946 setzt extrem hohe juristische wie ethische Maßstäbe für den Umgang von Ärzten mit Patienten. Erstmals wird das Erfordernis der Einwilligung des Patienten bei medizinischen Experimenten ausdrücklich festgeschrieben. Im Gegensatz dazu erklärt die Bioethik-Konvention des Jahres 1996 Forschungseingriffe an sog. „Nichteinwilligungsfähigen" für zulässig. Gründe für diesen Wandel im internationalen Verständnis des Einwilligungserfordernisses werden dargestellt. Im Bezug auf die Euthanasie wird am Falle Hollands und des US-Bundesstaates Oregon erläutert, daß wenn die Einwilligung das einzige Kriterium ist, ohne daß dabei die besondere Situation des Patienten bzw. das spezifische Verhältnis, das zwischen Arzt und Patient besteht, berücksichtigt wird, das Erfordernis der Einwilligung zu einem bloß formellen Erfordernis wird und die Entscheidungslast so auf den Patienten abgeschoben wird.

Stichworte: Nürnberger Kodex, Bioethik-Konvention, Erfordernis der Einwilligung, Euthanasie, ethische und persönliche Anforderungen an den Arzt, Verantwortung der gesamten Gesellschaft für Behinderte und Kranke

ABSTRACT

The Nuremberg Code of 1946 sets extremely high legal as well as ethical standards for the doctors in their relation to patients. For the first time the requirement of the patient's consent to medical experiments is explicitly laid down. Contrary to this the 1996 Convention of Bioethics declares research operations on so-called „persons unable of consenting" permissible. Reasons for this change of international understanding of the requirement of consent are described. Relating to euthanasia the text explains by depicting the case of the Netherlands and the US State Oregon, that the requirement of consent becomes a mere formal requirement and the burden of decision making is shifted on to the patient, if consent is the only criteria, without taking into consideration the special situation or the specific relationship between doctor and patient.

Keywords: Nuremberg Code, Convention of Bioethics, requirement of consent, euthanasia, ethical and personal requirements of the doctor, responsibility of the entire society for handicapped and sick people

Anschrift der Autorin: Mag. Dr. Nadja EL BEHEIRI
Varas Útca 12, H-1125 Budápest

I. Einleitung

Viele der heute geltenden Menschenrechtsdokumente sind Ergebnis der erschütternden Erfahrungen, welche die Welt im Zusammenhang mit dem zweiten Weltkrieg und der Herrschaft der Nationalsozialisten machen mußte. Dies gilt insbesondere auch für jene Menschenrechtsbestimmungen, die den Schutz kranker und behinderter Personen betreffen.

Im Laufe der vergangenen 50 Jahre haben eine Anzahl internationaler Vereinigungen versucht, den Schutz jener Menschen in rechtliche Normen zu fassen, die des Rechtsschutzes in besonderer Weise bedürfen, da sie sich aufgrund eines geistigen oder körperlichen Gebrechens dauernd oder vorübergehend in einer Situation besonderen Hilfsbedürftigkeit, des Angewiesenseins auf andere befinden: der Kranken und der Behinderten.

Im folgenden werden die bedeutendsten Dokumente aufgelistet. Eine Frage, deren Behandlung den vorgegebenen Rahmen sprengen würde, ist jene nach der Rechtsdurchsetzung. Im Rahmen des Europarates wurde der Internationale Gerichtshof für Menschenrechte geschaffen, der eine effektive Rechtsdurchsetzung auch gegen den eigenen Staat ermöglicht. Allen anderen Gemeinschaften steht neben Ermahnungen und anderen Formen des politischen Druckes letztlich die Möglichkeit des Ausschlusses aus der Gemeinschaft zur Verfügung. Diese Form der Rechtsverwirklichung setzt voraus, daß einerseits ein Konsens über die Rechte und Pflichten selbst besteht und andererseits, daß die Durchsetzungsorgane über eine hochstehende sittliche Integrität als Grundlage ihrer Autorität verfügen. Doch das sei hier nur angedeutet.

II. Dokumente zum Schutz Kranker und Behinderter

a) Der **Nürnberger Ärztekodex**

b) Die **Allgemeine Erklärung der Menschenrechte vom 10.12.1948**, insbesondere **Artikel 3**, der festlegt, daß „jedem Menschen das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person" zukommt und das Folterverbot des **Artikel 5**.

c) **Artikel 7** des **Internationalen Paktes über die bürgerlichen und politischen Rechte vom 19. Dezember 1966**, indem es ausdrücklich heißt, daß „niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden darf".

d) Die **Deklaration von Helsinki**, die 1964 von der WMA (World Medical Association) beschlossen wurde und die Empfehlungen für Medizinische Versuche an Menschen enthält. Diese Deklaration wurde in den Jahren 1975, 1983 und 1989 von der WMA bestätigt.

e) Zu beachten sind auch die Erklärungen zur Invitrofertilisation und zur Euthanasie der „Vereinigung von Ärzten zum Schutz des menschlichen Lebens" (**World Federation of Doctors Who Respect Human Life**).

f) Das Ministerkomitee des Europarates hat am 19. November 1996 die **Konvention über die Menschenrechte und die Biomedizin** angenommen, bekannt unter dem Namen „Bioethik-Konvention". Diese Konvention stellt neben der Europäischen Menschenrechtskonvention und Europäischen Sozialcharta den dritten Grundpfeiler, auf dem der Menschrenrechtsschutz in Europa ruht, dar.

g) Im Bereich des Europarates ist auch noch die **Empfehlung Nr. 779 der Generalversammlung des Europarates über die Rechte der Kranken und Sterbenden** aus dem Jahr 1976 von Bedeutung.

Der vorliegende Beitrag möchte eine kurze historische Übersicht bringen und dabei besonders auf *ein* Element eingehen, dem in den erwähnten Dokumenten eine hervorragende Rolle zugewiesen wurde, jenem der Einwilli-

gung. Am deutlichsten treten die Probleme im Zusammenhang mit der menschenrechtlichen Regelung in bezug auf medizinische Experimente und der Euthanasie zu Tage.

III. Der historische Hintergrund

Von 25. Oktober 1946 bis zum 20. August 1947, dem Tag der Urteilsverkündung, fand in Nürnberg der sog. Ärzteprozeß statt. Die Angeklagten waren 20 deutsche Ärzte und 3 Beamte des deutschen Gesundheitswesens. Die Anklage lautete auf Durchführung von Versuchen an Menschen und der Vollstreckung des Euthanasieprogrammes von Hitler. Sechzehn Angeklagte wurden verurteilt, sieben von ihnen zum Tode. Weitere sieben Angeklagte wurden, auf die Unschuldsvermutung gestützt, freigesprochen. Die Todesstrafen wurden am 2. Juni 1948 durch Erhängen vollstreckt.[1]

Telford Taylor, Chefprosecutor der Nürnberger Ärzteprozesse sprach davon, daß dieser Prozeß eine entscheidende Wende für die Geschichte der Medizinischen Ethik und des Rechts darstellen würde:

„Das, worüber wir hier zu richten und zu strafen suchen, war so berechnend und böse, es war von so verwüstender Natur, daß die Menschheit seine Nichtbeachtung nicht zulassen darf, da sie, sollte es sich wiederholen, nicht überleben kann."[2]

Zusätzlich zu den Urteilen verabschiedete der Nürnberger Militärgerichtshof den sog. „Nürnberger Kodex", der zu einer ethischen und juristischen Richtlinie für die Vorgangsweise bei medizinischen Versuchen an Menschen werden sollte. Dabei setzte der Kodex extrem hohe juristische wie ethische Maßstäbe für den Umgang von Ärzten mit Patienten.

Das Dokument ist in 10 Punkte gegliedert. Die bekannteste Bestimmung ist die des Punktes Nr.1, in dem erstmals das Verbot der Forschung an Menschen ohne deren ausdrückliche Einwilligung festgeschrieben wird.

„The **voluntary consent** of the human subject is **absolutley essential**. This means that the person involved should have legal capacity to give consent; should be so situated as to **be able to exercise free power of choice**, without the intervention of any elemtent of force, fraud, deceit, duress, overreaching or ohter ulterior form of constraint or coercion; and should have sufficient knowledge and comprehension of the elemtens of the subject matter involved as to enable him to make an understandig and enlightened decision."[3]

Der Kodex wurde von den Vereinten Nationen zwar nie formell angenommen, stellte aber die Grundlage für die Abfassung von Artikel 5 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und Artikel 7 des Internationalen Paktes über die bürgerlichen und politischen Rechte dar.

Die Formulierung der entsprechenden Bestimmung der Deklaration von Helsinki fällt schon schwächer aus:

„The physician **should** then obtain the subject's freely given informed consent, preferably in writing".

Die Bioehtik-Konvention geht bereits einen bedenklichen Schritt weiter[4]:

Art. 17 erklärt Forschungseingriffe an sog. „Nichteinwilligungsfähigen" für zulässig. Diese können damit für ein wie auch immer definiertes höherrangiges Ziel in Dienst genommen werden. Die Notwendigkeit der Einwilligung des gesetzlichen Vormunds läuft Gefahr, bloß formell gehandhabt zu werden.

IV. Vom Nürnberger Kodex zur Bioehtik-Konvention

Wie läßt sich nun diese Entwicklung vom Nürnberger Kodex zur Bioehtik-Konvention erklären; ist in nur fünfzig Jahren aus einem Kriegsverbrechen europäischer Standard geworden?

Zunächst ist zu sagen, daß der Nürnberger Kodex nur zu leicht als ein Dokument strafrechtlichen Charakters abgetan wird und so seine richtungsweisende Funktion verliert, wenn es um die Festlegung von Regeln geht, die die Ausübung der modernen Medizin betreffen. Der ärztliche Berufsstand möchte mit Folter und unmenschlicher Behandlung nicht in Verbindung gebracht werden.

Zum anderen liegt ein grundlegendes Übel der Bioethik-Konvention wohl darin, daß die dem Text zugrundeliegenden Begriffe wie „Menschenwürde", „menschliches Wesen", oder „Person" nicht erklärt werden. Dabei geht es nicht darum, daß die Konvention diese Begriffe definiert, denn ihr Inhalt ist der menschlichen Gesellschaft vorgegeben. In Zeiten jedoch, in denen so manche philosophische Anschauung vertreten wird, die letztlich der Willkürherrschaft über das Leben anderer Menschen Tür und Tor öffnet – man denke an die Meinungen des Australiers Peter SINGER, die auch in Europa Einfluß haben – wäre es wünschenswert gewesen, daß die Biotehik-Konvention sich deutlich zu jenem Menschenbild bekennt, das vor 50 Jahren noch selbstverständlich war.

Ein dritter Grund liegt m.E. darin, daß das Arzt-Patientenverhältnis ein sehr spezifisches ist, das, will es sich harmonisch entwickeln, seine Grundlage im gegenseitigen Vertrauen haben muß. Die Aufklärung, die dem „informed consent" logischerweise vorausgehen muß, liegt klar im Verantwortungsbereich des behandelnden Arztes. Um dieser Verantwortung gerecht werden zu können, bedarf es beim Arzt hoher persönlicher und ethischer Voraussetzungen, sonst wird jenes Erfordernis, dem eine Schlüsselfunktion zukommt, zu einem bloß formellen. Hält man sich die komplizierten medizinischen Sachverhalte vor Augen, um die es in den meisten Fällen geht, wird diese Gefahr unmittelbar einsichtig.

V. Das Erfordernis der „Einwilligung" im Falle der Euthanasie

Die Aktualität dieser Behauptung soll an zwei konkreten Beispielen aus der internationalen Praxis dargestellt werden. Die Gefahr, die sich für Medizinische Experimente im Bereich der Medizin abzeichnet, hat sich in dem verwandten Problemfeld der Euthanasie bereits realisiert.

Einerseits haben wir das Beispiel der Niederlande, in denen das Strafgesetzbuch zwar sowohl die Euthanasie als auch die Beihilfe zum Selbstmord verbietet, aber aufgrund mehrerer höchstgerichtlicher Entscheidungen werden Ärzte, die an der direkten Tötung von Patienten mitwirken strafrechtlich nicht verfolgt. Voraussetzung dafür ist, daß der Arzt jeden Fall von Euthanasie bzw. Beihilfe zum Selbstmord meldet und daß das Verlangen des Patienten zu sterben anhaltend gewesen sein muß. Folgende Voraussetzungen müssen gem. einer Entscheidung des Rotterdamer Gerichtshofes vorliegen[5]:

1. Der Patient muß unerträgliche Schmerzen haben.
2. Der Patient muß sich bei Bewußtsein befinden.
3. Das Verlangen nach dem Tod muß freiwillig gewesen sein.
4. Dem Patienten müssen Alternativen vorgelegt worden sein und er muß Zeit gehabt haben, diese zu überdenken.
5. Es darf keine anderen vernünftigen Lösungen für das vorliegende Problem geben.
6. Der Tod des Patienten darf dritten Personen kein unnötiges Leid zufügen.
7. Am Entscheidungsprozeß, der zur Euthanasie führte, muß mehr als eine Person mitgewirkt haben.
8. Nur ein Arzt darf die Tötung durchführen.
9. Bei der Entscheidung zu sterben muß mit Sorgfalt vorgegangen werden.

Das andere Beispiel, das zur Veranschaulichung herangezogen werden soll, ist die sog. „Death

with Dignity"[6]-Akte des US-Bundesstaates Oregon. Dieses Gesetz erlaubt es Medizinern bestimmten Patienten ein tödlich wirkendes Mittel zu verschreiben. Nach einer wechselhaften Entstehungsgeschichte, die von November 1994 bis November 1997 dauerte und in dessen Verlauf es zu mehreren Volksabstimmungen mit entgegengesetzten Ergebnissen gekommen war, starben im März 1998 zwei Personen, nachdem ihnen ein tödliches Medikament aufgrund der „Death with Dignity"-Akte verabreicht worden war.

Voraussetzung für die Verabreichung des Medikamentes ist, daß der Patient seine Entscheidung nach vorheriger Information getroffen hat, daß es sich also um eine „informed decision" handelt. Die Information, die einem Patienten gegeben wird, dessen Krankheit nach vernünftiger ärztlicher Beurteilung innerhalb von 6 Monaten zum Tod führen wird, muß folgende Umstände betreffen:

1. Die medizinische Diagnose.
2. Die Risiken, die das zu verschreibende Medikament mit sich bringt.
3. Die möglichen Alternativen, die sich jedoch nicht ausschließlich auf „comfort care", Hospizbetreuung und Schmerzkontrolle beziehen.

Außerdem muß sich der Patient bei Bewußtsein befinden und er muß freiwillig, aus eigenem Willen handeln.

Bei den hier dargestellten Beispielen erkennt man deutlich, daß dem Erfordernis der Einwilligung eine übergroße Bedeutung zugemessen und so die Entscheidungslast auf den Patienten abgeschoben wird und daß demgegenüber die Regelung des Arzt-Patient-Verhältnisses gänzlich in den Hintergrund tritt. Von der Verantwortung der Familie und der Gesellschaft gegenüber dem Kranken wird überhaupt nicht gesprochen. Im Falle der holländischen Regelung wird sogar verlangt, daß der Tod des Kranken dritten Personen kein unnötiges Leid zufügen darf.

Aus einer solchen Aushöhlung der Einwilligungserlaubniss läßt sich auch erklären, daß die Bioethik-Konvention letztlich einen Schritt zurück getan hat und in bestimmten Fällen ganz auf das Erfordernis der Einwilligung verzichtet, sodaß wir heute zum 50igsten Jahrestag der Menschenrechtskonvention wieder einen Schritt zur Annäherung an jene Ereignisse gesetzt haben, die vor 50 Jahren mit solcher Klarheit von der gesamten Menschenfamilie verurteilt worden waren.

VI. Abschließende Bemerkungen

Der oben erläuterte rechtliche Trend in der Formulierung und Auslegung der Menschenrechtsdokumente gibt Anlaß zu Besorgnis. Manche Rechte zum Schutz des Lebens scheinen quasi stillschweigend ausgehöhlt zu werden. Die schwächsten Glieder der Gesellschaft – behinderte Menschen und Sterbende - die zugleich auch der größten Unterstützung bedürfen, können mancherorts schon nicht mehr mit bedingungslosem Rechtsschutz rechnen. Menschenwürdiges Zusammenleben verlangt immer mehr als rechtliche Normierung. Nur einem sich nach den höchsten ethischen Werten richtenden Arzt können grundlegende Entscheidungen im Zusammenhang mit Leben und Tod anderer Menschen anvertraut werden. Ist der Arzt mit diesen Werten „ausgestattet", kann sich das Vertrauensverhältnis zu seinem Patienten harmonisch entwickeln. Gleichzeitig muß die Haftung im Bedarfsfall klar und eindeutig zurechenbar sein. Diese Last des Lebensschutzes darf aber nicht allein den Ärzten aufgebürdet werden. Auf der anderen Seite muß sich auch die gesamte Gesellschaft eindeutig zu den Kranken und Behinderten bekennen. Erst wenn die materielle, aber auch die persönlich-ganzheitliche Betreuung der Kranken und Behinderten gewährleistet ist, kann eine Gesellschaft vom würdigen Leben und vom Sterben in Würde sprechen.

VII. Zusammenfassung

Viele der heute geltenden Menschenrechtsdokumente sind Ergebnis der Erfahrungen, die die Menschheit im Zusammenhang mit der Herrschaft der Nationalsozialisten machen mußte. Im Beitrag werden zunächst die wichtigsten Dokumente zum Schutze Kranker und Behinderter aufgelistet. Anschließend wird der historische Hintergrund, der dem Erlaß des sog. „Nürnberger Kodex" vorausgegangen war, dargestellt. Der Kodex setzt extrem hohe juristische wie ethische Maßstäbe für den Umgang von Ärzten mit Patienten. Das Verbot der Forschung an Menschen ohne deren ausdrücklicher Einwilligung wird dabei erstmals festgeschrieben. Im Gegensatz dazu hat die Bioethik-Konvention des Jahres 1996 das Erfordernis der Einwilligung in bedenklicher Weise ausgehöhlt. Art 17 erklärt Forschungseingriffe an sog. „Nichteinwilligungsfähigen" für zulässig. Für diese Entwicklung können folgende Ursachen genannt werden:

1. Der Nürnberger Kodex wird nur zu leicht als ein strafrechtliches Dokument abgetan;
2. Grundlegende Begriffe wie „Menschenwürde", „menschliches Wesen" oder „Person" werden von der Konvention nicht näher ausgeführt;
3. Es wird zu wenig auf die Besonderheiten des Arzt-Patientenverhältnisses und der sich daraus ergebenden persönlichen und ethischen Voraussetzungen an den Arzt eingegangen.

Im Zusammenhang mit dem Erfordernis der Einwilligung im Falle der Euthanasie wird anhand der Beispiele Hollands und der „Death with Dignity" Akte des US-Bundesstaates Oregon erläutert, daß, wenn das Erfordernis der Einwilligung des Patienten allein ausschlaggebend ist, ohne daß dabei die Besonderheiten der Situation des Patienten einerseits und des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient andererseits berücksichtigt werden, die Entscheidungslast auf den Patienten abgeschoben wird. Abschließend wird ein eindeutiges Bekenntnis der gesamten Gesellschaft zu den Kranken und Behinderten gefordert, erst dann kann vom würdigen Leben und vom Sterben in Würde gesprochen werden.

Referenzen

1. Ausführliches Material zu den Nürnberger Ärzteprozessen siehe http://www.law.harvard.edu/library/guides/nuremberg/nurnote.html
2. a.a.O.
3. a.a.O.: unter „Nuremberg Code"
4. vgl. kritisch zur Bioehtikkonvention „Der allmähliche Abschied vom Nürnberger Kodex" von Michael EMMRICH in Frankfurter Rundschau, 15.11.1997
5. http://www.iaetf.org/fctholl.htm.
6. http://www.oregondwd.org/download/M16.TXT

Imago Hominis, Band V/Nr.3, S.179-187
ISSN 1021-9803

© 1998 by IMABE - Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien

SCHWERPUNKT

Das Kind als Schaden - eine haftungsrechtliche Frage im Widerstreit deutscher Gerichte

Ruth REIMANN

ZUSAMMENFASSUNG

Im Zusammenhang mit dem freudigen Ereignis der Geburt eines Kindes sehen sich Ärzte mitunter weitreichenden Regreßansprüchen ausgesetzt, etwa wenn das „Wunschkind" entgegen ärztlicher Vorhersage behindert ist, oder infolge einer fehlerhaften Sterilisation es doch zur Schwangerschaft und Geburt kommt. In der vorliegenden Arbeit wird die Rechtsprechung in Deutschland beleuchtet. Dabei fällt eine uneinheitliche Beurteilung von seiten unterschiedlicher Gerichte auf. Wirklich besorgniserregend ist jedoch die Tatsache, daß es de facto keine Gleichwertigkeit des Lebensrechtes Geborener und Ungeborener gibt. Der Schutz des Schwächsten kann nicht mehr gewährleistet werden.

Schlüsselwörter: Kind als Schadensfall, Regreßansprüche, Schadenshaftung, Arztvertrag

ABSTRACT

In connection with the pleasant event of childbirth medical doctors are sometimes confronted with far-reaching recourse claims, for instance when the „wanted child" is handicapped against medical prediction, or when a pregnancy occurs as a consequence of a defective sterilisation. The following treatise illustrates the jurisdiction in Germany. A non-uniform judgement by the various courts is blatant. But the fact that there is no equivalence of the right to live for born and unborn at all is really alarming. The protection of the weakest is no longer guaranteed.

Keywords: Child as case of damage, recourse claims, damage liability, medical agreement

Anschrift der Autorin: Dr.iur. Ruth REIMANN, Richterin am Landgericht Köln
Wolfstall 27, D-42799 Leichlingen

Gewöhnlich bereitet die Geburt eines Kindes Freude. Zeichen der Dankbarkeit – auch gegenüber dem geburtshelfenden Arzt – finden sich täglich in der lokalen Presse. Dennoch sehen sich gerade Ärzte im Zusammenhang mit diesem an sich „freudigen Ereignis" oft umfänglichen und weitreichenden Regreßansprüchen ausgesetzt. Nicht selten nämlich empfinden die Eltern stärker die mit der Existenz des neuen Erdenbürgers verbundenen finanziellen Lasten. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich herausstellt, daß das „Wunschkind" entgegen ärztlicher Voraussage anläßlich pränataldiagnostischer Maßnahmen oder genetischer Beratung nicht „makellos", sondern behindert ist oder aber, wenn bereits der Eintritt der Schwangerschaft als solcher – etwa nach einer vorangegangenen (fehlerhaften) Sterilisation – unverhofft und unerwünscht ist. Immer häufiger treten in derartigen Fällen Patienten in ihrer Rolle als „Eltern wider Willen" mit Ersatzforderungen an Ärzte heran. Zwangsläufig folgen eine Reihe von Gerichtsverfahren, in denen sich sämtliche Instanzenzüge bis hin zum Bundesverfassungsgericht mit den Fragestellungen um die zivilrechtliche Ersatzpflicht für die unerwünschte Geburt eines Kindes auseinandersetzen müssen. Seit Jahren sind diese Verfahren unter dem Stichwort „Kind als Schaden"-Rechtsprechung bekannt. Aufsehen erlangte diese Thematik erneut Ende 1997, als in einem Beschluß des Ersten Senates des Bundesverfassungsgerichts ein offensichtlicher Widerspruch in dessen Auffassungen zur „Kind als Schaden"-Rechtsprechung zu derjenigen des Zweiten Senates desselben Gerichts aus dem Jahr 1993 zu Tage trat.

I. Menschliche Existenz als Schadensquelle?

Kann die Existenz eines Kindes Quelle zivilrechtlicher Schadensersatzansprüche sein? Im folgenden soll in chronologischer Ordnung dargestellt werden, welch unterschiedliche Antworten verschiedene Gerichte auf diese Frage in den vergangenen Jahren gegeben haben.

1. „Röteln-Fall"

Anfang 1983 hatte der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes (BGH) über die Schadensersatzklage gegen einen Arzt zu entscheiden, der bei einer schwangeren Frau in den ersten Schwangerschaftswochen eine Röteln-Erkrankung nicht erkannt und dadurch verhindert hatte, daß die Mutter das später schwerstgeschädigt geborene Kind abtrieb, wie es ihrem bekundeten Wunsch entsprochen hätte, wenn sie von der Röteln-Erkrankung gewußt hätte[1]. Nach Ansicht des BGH umfaßt der ärztliche Behandlungsvertrag auch die Aufklärung über Risiken der Schwangerschaft und mögliche Schädigungen des ungeborenen Kindes. Denn die „werdende Mutter" müsse unter den damals geltenden §§ 218 ff. StGB[2] „die Möglichkeit und das Recht"[3] haben, im Falle der vermuteten Schädigung des Kindes eine Abtreibung durchführen zu lassen. Der auf eine Abtreibung gerichtete Arztvertrag sei in den indizierten Fällen – entgegen dem Wortlaut, der ihn lediglich als „straflos" bezeichnet – rechtsgültig und damit wirksam. Eine schuldhafte Vertragsverletzung durch den Arzt, der nicht über alle denkbaren Risiken aufklärt, könne daher zu einer ärztlichen Ersatzpflicht gegenüber den Eltern führen. Dabei liege der Schaden in dem durch die Behinderung des Kindes bedingten finanziellen und sachlichen Unterhaltsmehraufwand. Ein darüber hinausgehender Schmerzensgeldanspruch der Mutter wegen der seelischen Belastungen durch das Leben mit einem schwerstgeschädigten Kind bestehe hingegen nicht. Ebensowenig könne das behinderte Kind selber einen Schadensersatzanspruch gegenüber dem Arzt geltend machen. Das Leben des ungeborenen Kindes sei ein „höchstrangiges Rechtsgut und absolut erhaltungswürdig"[4]. Der Mensch habe zudem „grundsätzlich sein Leben so hinzunehmen, wie es von der Natur gestaltet (sei), und (habe) keinen Anspruch seine Verhütung oder Vernichtung durch andere"[5].

2. „Fehlerhafte Sterilisation"

Ein Jahr später hatte derselbe Zivilsenat des BGH über die Unterhaltbelastungen der Eltern eines nach fehlerhafter Sterilisation gesund, aber planwidrig geborenen Kindes zu befinden[6]. Das Oberlandesgericht Frankfurt als Vorinstanz hatte Ersatzansprüche der Eltern mit der Begründung abgelehnt, solche würden den Anspruch des Kindes auf uneingeschränkte Anerkennung seines Lebensrechts beeinträchtigen. Dem vermochte der BGH nicht zu folgen: Allein die Vornahme einer Sterilisation zum Zwecke der Familienplanung sei kein gegen das Leben gerichteter Eingriff und werde von der Rechtsordnung toleriert. Auch hafte dem nach erfolgloser Sterilisation geborenen Kind „von Rechts wegen nach seiner Geburt kein Makel an". Vielmehr erfahre ein solches Kind nach seiner Geburt dieselbe Anerkennung und Fürsorge wie ein „Wunschkind". Es gehe auch nicht darum, das Kind selber als Schaden zu qualifizieren. Ein ersatzfähiger Schaden liege vielmehr ausschließlich in den Unterhaltaufwendungen der Eltern, für die allerdings das Kind die „Schadensquelle" sei. Ersatzfähig sei der um die tatsächliche Pflegeleistung der Eltern erhöhte Regelunterhalt für das Kind.

3. „Mißlungene Abtreibung"

Schließlich befand der BGH 1984 über die Klage der Mutter eines Kindes, welches nach einer fehlgeschlagenen Abtreibung das Licht der Welt erblickt hatte[7]. Der VI. Zivilsenat hatte sich hierbei erneut mit der Frage der Wirksamkeit des auf eine indizierte Abtreibung gerichteten Arztvertrages zu befassen, gegen die vor allem in der Literatur im Hinblick auf die Rechtsnatur der Abtreibung starke Bedenken darauf laut geworden waren[8]. Diese räumt der BGH jedoch mit der schlichten Behauptung, auf Recht oder Unrecht der Abtreibung komme es für die Entscheidung des Falles nicht an, beiseite, sieht den Arztvertrag als wirksam und damit eine Verletzung dieses Vertrages als Ursache einer möglichen Schadensersatzpflicht wegen Schlechterfüllung an. Der Arzt, der sich zur Durchführung einer Abtreibung bereiterklärt habe, stelle sich in den Dienst der Entscheidungsfreiheit der die Abtreibung begehrenden Frau und werde „insoweit zum Garant für deren Durchsetzung"[9]. Daran knüpfe die ärztliche Ersatzpflicht im Falle der mißlungenen Abtreibung an. Allerdings entfalle eine Einstandspflicht für die Unterhaltsleistungen dann, wenn sich die Schwangere bei Fortbestehen der Konfliktlage nach der fehlgeschlagenen Abtreibung nunmehr gegen eine – rechtlich noch mögliche – Abtreibung entscheide.

4. „Fristenregelungs"-Urteil von 1993– der Zweite Senat

Diese BGH-Rechtsprechung kennzeichnete über viele Jahre den status quo der „Kind als Schaden"-Problematik. Anläßlich der Neuregelung des Abtreibungsstrafrechts im Zuge der Wiedervereinigung setzte sich – allseits von großen Erwartungen begleitet – der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts nach monatelanger kontroverser[10] Beratung in seinem Urteil vom 28.5.1993 umfassend mit der ein Jahr zuvor verabschiedeten Neufassung des Abtreibungsstrafrechts durch den bundesdeutschen Gesetzgeber auseinander[11]. Der Deutsche Bundestag hatte– gegen die Stimmen von 106 Abgeordneten der CDU/CSU-Fraktion – mit fraktionsübergreifender Mehrheit das „Schwangeren- und Familienhilfegesetz" (SFHG) verabschiedet und damit hinsichtlich des strafrechtlichen Lebensschutzes für das ungeborene Kind einen grundsätzlichen Wechsel von der alten Indikationenregelung zu einer sog. Beratungsregelung vollzogen. Diese – in ihrem Kern eine Fristenregelgung mit Beratungspflicht – sieht die straffreie, aber rechtswidrige ärztliche Abtreibung bis zur 12.

Schwangerschaftswoche nach vorangegangener Beratung vor sowie eine rechtmäßige ärztliche Abtreibung bei medizinischer und kriminologischer Indikation (unbefristete bzw. bis zur 12. Woche). Der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts sah sich angesichts der in den 80er Jahren entwickelten „Kind als Schaden"-Rechtsprechung des BGH und der daran in der Literatur teils heftig geübten Kritik[12] veranlaßt, sich neben seinen Ausführungen zur neuen Gesetzeslage auch hierzu zu äußern. Daß die Karlsruher Richter diesem Problem durchaus eine gewisse Bedeutung beigemessen haben, mag nicht zuletzt daran erkannt werden, daß der Kernsatz der entsprechenden Passage als (redaktioneller) Leitsatz 14 dem Urteil vorangestellt wurde. Er lautet: „Eine rechtliche Qualifikation des Daseins eines Kindes als Schadensquelle kommt von Verfassungs wegen (Art. 1 Abs. 1 GG) nicht in Betracht. Deshalb verbietet es sich, die Unterhaltspflicht für ein Kind als Schaden zu begreifen"[13]. In den Urteilsgründen bezeichnet der Zweite Senat die bisherige Rechtsprechungspraxis der Zivilgerichte zur Haftung für fehlgeschlagene Schwangerschaftsabbrüche und ärztliche Beratungsfehler als „der Überprüfung bedürftig"[14], stellt jedoch zugleich klar, daß dennoch der auf die Abtreibung gerichtete Arztvertrag wirksam und die §§ 134, 138 BGB hier nicht anwendbar seien.[15] Dem Kenner der „Kind als Schaden"-Rechtsprechung des BGH erschließt sich, daß sich der Zweite Senat im Kern der Argumentation anschließt, mit welcher dort in der „Röteln"-Entscheidung eigene Ersatzansprüche des behinderten Kindes gegenüber dem Arzt abgewiesen wurden: Der Mensch muß sein Leben so hinnehmen, wie es ihm von der Natur gewährt wird. Allerdings schenkt der Zweite Senat dem „Kind als Schaden" kaum mehr als eine Seite[16] Raum und bleibt - abgesehen von dem Hinweis auf die Menschenwürde des Ungeborenen - eine argumentative Auseinadersetzung schuldig.

5. „Fehlerhafte genetische Beratung" (VI. Zivilsenat des BGH)

Die vorgenannten Ausführungen im „Fristenregelungs"-Urteil von 1993 wurden von vielen dem Lebensschutz des ungeborenen Kindes Verpflichteten begrüßt, zumal das Karlsruher Urteil sich ansonsten weitgehend durch teils unüberwindbare Widersprüche und Argumentationsbrüche auszeichnet[17]. Weckte doch dieser Ausspruch die Hoffnung, die „Kind als Schaden"-Rechtsprechung der Zivilgerichte werde „gekippt". Daß dem nicht so war, stellte unmißverständlich nur ein halbes Jahr später der VI. Zivilsenat des BGH klar[18]: Ihm lag die Klage von Eltern eines körperlich und geistig behindert geborenen Kindes zugrunde, die sich vor der Zeugung dieses Kindes der genetischen Beratung durch den beklagten Arzt unterzogen hatten. Hintergrund dafür war, daß die Eltern bereits ein mehrfach behindertes Kind hatten und vor dem Wagnis einer weiteren Schwangerschaft das Risiko einer erneuten kindlichen Schädigung sachkundig abklären lassen wollten. Nach entsprechenden Untersuchungen war ihnen seitens des Arztes von einer weiteren Schwangerschaft nicht abgeraten worden, da eine vererbbare Störung äußerst unwahrscheinlich sei. In diese r- letztlich nicht zutreffenden - Prognose sahen die klagenden Eltern eine Ersatzpflichten auslösende Schlechterfüllung des ärztlichen Beratungsvertrages, da sie bei ordnungsgemäßer Aufklärung über die bei ihnen bestehende Chromosomenanomalie von einer erneuten Schwangerschaft abgesehen und folglich auch kein weiteres behindertes Kind zur Welt gebracht hätten.

Der BGH überträgt die im „Röteln"-Fall sowie zur Beurteilung der fehlerhaften Sterilisation und der fehlgeschlagenen Abtreibung entwickelten Grundsätze auf den Fall fehlerhafter genetischer Beratung. Der hier zugrunde liegende wirksame Arztvertrag umfasse auch den Schutz vor den wirtschaftlichen Belastungen,

die mit der Geburt eines behinderten Kindes verbunden seien. Dieser Schutz sei „Teil der vom Arzt übernommenen und von der Rechtsordnung gebilligten Aufgabe"; es handele sich dabei letztlich um eine „Auswirkung des medizinischen Fortschritts, wenn dieser im Einklang mit der Rechtsordnung derartige Möglichkeiten zur Vermeidung der Geburt eines Kindes"[19] eröffne. Als Antwort auf das kurz zuvor ergangene zweite „Fristenregelungs"-Urteil, dessen Aussagen zur hier gegenständlichen Thematik der VI. Zivilsenat als nicht bindend ansieht[20], merkt er an, er teile die darin geäußerte Ansicht, wonach es sich verbiete, die Existenz des Kindes als Schaden anzusehen. Dies aber sei auch keineswegs Grundlage seiner zivilrechtlichen Rechtsprechung. Vielmehr liege der ersatzfähige Schaden lediglich im „durch die planwidrige Geburt des Kindes ausgelösten Unterhaltsaufwand"[21]. Jeder Kritik vorgreifend stellt der VI. Zivilsenat sodann klar, daß er in der Unterscheidung zwischen der „Existenz des Kindes und seinem unbestreitbaren Wert als Persönlichkeit einerseits und der sich für die Eltern ergebenden Unterhaltsbelastung andererseits"[22] keine künstliche Aufspaltung eines Lebenszusammenhanges sehe. Vielmehr handele es sich insoweit nur um einen naturwissenschaftlichen Kausalzusammenhang, der, für sich betrachtet, wertfrei sei.

6. „Nur obiter dictum"- Der Erste Senat

Die Verfassungsbeschwerde des beklagten Arztes, der durch das vorgenannte Urteil des BGH zum Schadensersatz in Gestalt der Unterhaltsverpflichtung für das nach fehlerhafter genetischer Beratung geborene behinderte Kind verurteilt wurde, veranlaßte den Ersten Senat des Bundesverfassungsgerichts im November 1997, sich ebenfalls mit der „Kind als Schaden"-Rechtsprechung auseinanderzusetzen. In seinem Urteil vom 12.11.1997 befand er zugleich über die Verfassungsbeschwerde eines weiteren Arztes, der nach der Geburt eines Kindes aufgrund fehlgeschlagener Sterilisation im Jahr 1992 durch das Oberlandesgericht München zu Schadensersatz verurteilt worden war[23].

Beide Verfassungsbeschwerden sieht der Erste Senat im Ergebnis als unbegründet an und begibt sich damit letztlich in Widerspruch zum „Fristenregelungs"-Urteil des Zweiten Senates von 1993. Ausgehend von der Feststellung, daß auch die Unterhaltspflicht ein Vermögensschaden im Sinne des § 249 BGB sein könne, stellt der Erste Senat bei der Prüfung der vorgelegten Urteile an verschiedenen Verfassungsgrundsätzen keinen Grundrechtsverstoß der in diesen Entscheidungen zuerkannten Unterhaltsersatzansprüche fest. Sowohl die Sterilisation als auch die genetische Beratung zum Zwecke der Familienplanung als solche seien von der Rechtsordnung allgemein anerkannte Vorgänge, deren Übernahme stets im freien Ermessen des Arztes liege. Wenn ein Arzt sich hierzu bereit erkläre, könne er sich den an die Schlechterfüllung des jeweiligen Vertragszweckes geknüpften gesetzlichen Folgen nicht entziehen[24].

Durch das Urteil des Zweiten Senates von 1993 und das drin enthaltene Verdikt der „Kind als Schaden"-Rechtsprechung sieht der Erste Senat sich nicht gebunden und auch nicht zur Anrufung des Plenums veranlaßt. Der entsprechenden Rechtsäußerung käme keine für die Entscheidung des Zweiten Senats tragende Bedeutung zu, es handele sich nur um „bei Gelegenheit einer Entscheidung gemachte Rechtsausführungen" (obiter dictum), eine Befassung mit dieser sei nicht erforderlich[25]. Der Erste Senat räumt ein, daß eine Verletzung der Menschenwürde des später geborenen Kindes aus Art. 1 Abs. 1 GG durchaus in einer „Kommerzialisierung menschlichen Daseins" liegen könne. Aber: „Das Haftungsgefüge des Zivilrechts berührt grundsätzlich auch dort die Menschenwürde nicht, wo ein Schadensersatzanspruch unmittelbar an die Existenz eines Menschen anknüpft"[26]. Es gehe hier vielmehr um eine „ge-

rechte Lastenverteilung", die alleine den Menschen noch nicht zum Handelsgut mache. Der Arzt, der die als Schadensersatz auferlegte Unterhaltspflicht für eine Kind als Verstoß gegen dessen Menschenwürde ansehe, müsse sich eben solcher ärztlicher Eingriffe oder Beratungen enthalten, die derartige Ersatzpflichten gegebenenfalls nach sich ziehen könnten.

II. Stellungnahme

Ein derart offensichlicher Widerspruch der Meinungen innerhalb des Bundesverfassungsgerichts- auf der einen Seite in treuer Gefolgschaft des BGH- sorgt für Aufsehen. Und so drängt sich die Feststellung geradezu auf: Einen Beitrag zur Steigerung seines durchaus nicht mehr unangetasteten[27] Ansehens in der Bevölkerung hat das Bundesverfassungsgericht hiermit nicht geleistet[28]. Dabei ist weniger von Belang, daß tatsächlich die Senate unterschiedlicher Meinung sind. Entscheidender ist, daß dieser Meinungsstreit nicht intern - also durch Anrufung des Plenums[29]- ausgetragen, sondern sogleich in der Öffentlichkeit präsentiert wurde. Damit entstand der Eindruck von Uneinigkeit in den „eigenen Reihen", der leicht zu einem Ansehensverlust desjenigen Verfassungsorganes führen kann, das dazu berufen ist, Grundnormen des menschlichen Zusammenlebens im Staat verbindlich auszulegen und Rechtsfragen allgemeingültig zu klären. Immerhin hat aus diesen Gründen der Zweite Senat des Bundesverfassungsrechts eine Entscheidung des Plenums für erforderlich gehalten, und es ist aus Gründen der Einheitlichkeit der Rechtsprechung zu bedauern, daß es dazu (bislang) nicht gekommen ist.

1. Menschwürde - Ein Schlagwort als Ersatz für Argumente?

Auf der anderen Seite hat der Zweite Senat es sich zu einem nicht geringen Teil selber zuzuschreiben, wenn der Erste Senat die Anrufung des Plenums meidet und der VI. Zivilsenat eigene Wege geht. Denn seine Absage an die bisherige „Kind als Schaden"-Rechtsprechung spricht er ohne stichhaltige Begründung aus. Allein der Hinweis auf die Menschenwürde des ungeborenen Kindes ersetzt eine Argumentation in der Sache nicht. Unklar bleibt, weshalb die Menschenwürde hier ein Hemmnis sein soll. Bei genauem Hinsehen fehlt es an einer verfassungsrechtlichen Einordnung des Problems. Im übrigen ruft der Zweite Senat mit dem Hinweis auf die Menschenwürde zwangsläufig die Frage hervor, wie er selber es denn mit diesem hohen Verfassungsgut hält, wenn er in just diesem „Fristenregelungs"-Urteil zugleich der Schwangeren die Letztverantwortung in der Entscheidung über das Leben ihres Kindes zubilligt und ihrem Selbstbestimmungsrecht Vorrang vor dem Lebensrecht des Ungeborenen einräumt. Nur schwer läßt sich der Eindruck vermeiden, daß die eher pauschale Absage an die „Kind als Schaden"-Rechtsprechung im „Fristenregelungs"-Urteil von 1993 nicht viel mehr als ein „Trostpflaster" für jene ist, die sich von den Karlsruher Verfassungshütern eine Stärkung der Rechte des ungeborenen Kindes und eine ausdrückliche Beachtung seines unveräußerlichen Lebensrechtes erhofft hatten.

2. Unterscheidung nach dem Vertragszweck

Der Zweite Senat hat die Qualifizierung eines Kindes als Schaden verworfen, ohne zwischen den unterschiedlichen Fallgestaltungen zu differenzieren. Dem Spruch des Ersten Senats lagen- wie bereits dargestellt- der Fall fehlerhafter Sterilisation und ein solcher fehlerhafter genetischer Beratung zugrunde. Für eine inhaltliche Bewertung der „Kind als Schaden"-Problematik erscheint nun die folgende grundsätzliche Unterscheidung bedeutsam: Geht es um die haftungsrechtliche Einordnung von

ärztlichen Handlungen *vor* oder *nach* der Zeugung eines Kindes? Soll der Arzt das Entstehen eines Kindes verhindern oder soll er dafür sorgen, daß ein schon gezeugtes Kind nicht geboren wird? Diese Fragen führen dazu, sich im haftungsrechtlichen Sinne mit der Ursächlichkeit des ärztlichen Handeln für den Eintritt eines Erfolges zu befassen. Denn nach schadensrechtlichen Grundsätzen haftet der Arzt nur, wenn die Frage: „Wäre die Unterhaltspflicht der Eltern (als Schaden) auch entstanden, wenn der Arzt ordnungsgemäß gehandelt hätte?" mit „Nein" beantwortet werden kann. Mit anderen Worten: Welcher hypothetische Kausalverlauf ist hinzuzudenken, um zu einer Schadensvermeidung zu gelangen? Im Falle der fehlgeschlagenen Abtreibung stellt sich die Frage: War die Abtreibung rechtmäßig und der darauf gerichtete Arztvertrag wirksam - nur dann gibt es Ersatzpflicht: „Ja" - oder nicht?

Wird der Arzt vor der Zeugung des Kindes zum Zwecke der Sterilisation oder der genetischen Beratung aufgesucht, steht hinter dem unmittelbar gewünschten ärztlichen Handeln der Wunsch, schon die Zeugung eines Kindes zu verhindern. Sowohl Sterilisation als auch genetische Beratung gelten heute in rechtlicher Hinsicht als unproblematisch, die darauf gerichteten Verträge zwischen Arzt und Patient als wirksam. Es besteht ein schutzwürdiges Interesse des Patienten daran, daß die Sterilisation oder die Beratung ordnungsgemäß erfolgen. Der Arzt wiederum weiß in diesen Fällen, welcher Schutzzweck hinter seinem unmittelbaren ärztlichen Auftrag steht. Und hätte in diesen Fällen der Arzt seinen Auftrag korrekt erfüllt, wäre die Unterhaltspflicht der Eltern für das Kind nicht entstanden. Sicherlich stellt sich die Frage, ob die konkrete Ausgestaltung des Schadensrechtes der §§ 249 ff. BGB der hier zu regelnden Situation wegen der Verschiedenartigkeit von Haftungs- und Unterhaltsrecht angemessen Rechnung trägt[30]. Doch wird man grundsätzlich in diesen Fällen ein legitimes Bedürfnis nach Rechtsschutz für den Patienten anerkennen müssen, welches auch der Intensität des ärztlichen Eingriffs Rechnung trägt[31]. Für diese Konstellationen mag die Rechtsprechung des Ersten Senates des Bundesverfassungsgerichts und des BGH also durchaus akzeptabel sein.

Anders liegt der Fall, wenn der Arzt nach der Zeugung des Kindes konsultiert wird- entweder direkt zum Zwecke der Abtreibung oder mit dem Ziel der genetischen Beratung als Vorentscheidung für die mögliche Entscheidung zur Tötung des Kindes. Hier ist die Verhinderung der Geburt eines bereits existenten Kindes Zweck des Vertrages. Die Abtreibung ist also jeweils zwingende Voraussetzung für die Erfüllung des auf die Verhinderung der Geburt des Kindes gerichteten Vertragszwecks; sie muß - da das Kind ja schon da ist - in der hypothetischen Kausalkette notwendig hinzugedacht werden, um bei ordnungsgemäßem Handeln des Arztes das Entstehen einer Unterhaltspflicht zu verneinen. Entscheidend für die schon schwierigere Bewertung dieser Haftungskonstellation wird damit die rechtliche Bewertung der Abtreibung.

Sieht man jede Abtreibung - also die Tötung eines unschuldigen, nicht angreifenden Menschen - als rechtswidrig an, ist im Falle der fehlgeschlagenen Abtreibung eine Ersatzpflicht des Arztes schon deshalb ausgeschlossen, weil der auf diese gerichtete Vertrag in konsequenter Anwendung des Gesetzes (und entgegen der Ansicht des Bundesverfassungsgerichts) wegen eines Verstosses gegen ein gesetzliches Verbot (§ 134 BGB) oder gegen die guten Sitten (§ 138 BGB) nichtig ist. Aber auch die fehlerhafte genetische Beratung würde keine ärztlichen Ersatzpflichten auslösen, da der Vertragszweck letztlich auch auf eine rechtswidrige Handlung gerichtet ist- nämlich die Verhinderung der Geburt des Kindes durch Abtreibung- und mit dieser eine rechtswidrige Handlung hinzugedacht werden muß,

um die Geburt des Kindes und damit den Eintritt der Unterhaltspflicht zu verhindern.

Auch der Zweite Senat unterscheidet bei der Rechtsnatur der Abtreibung: Während die aus medizinischen und kriminologischen Gründen indizierten Abtreibungen rechtmäßig sind, bleiben die nur beratenen Abtreibungen zwar straffrei, aber gleichwohl rechtswidrig[32]. Das würde- konsequent gedacht- bedeuten, daß in den letztgenannten Fällen, die weit über 90 % aller Abtreibungen betreffen, der Arztvertrag wegen eines Verstoßes gegen § 134 oder § 138 BGB nichtig wäre und daher eine Ersatzpflicht des Arztes wegen Schlechterfüllung des Vertrages nicht bestünde. Hier aber wird der Zweite Senat sich untreu, wenn er- wie schon der VI. Zivilsenat- den auf die Abtreibung gerichteten Arztvertrag auch dann als gültig ansieht, wenn er auf die Durchführung einer bloß beratenen und damit rechtswidrigen Abtreibung gerichtet ist[33]. Denn unter dieser Prämisse müßte der Arzt in den nicht-indizierten und nur beratenen Abtreibungsfällen bei mißlungener Abtreibung oder fehlerhafter genetischer Beratung stets haftungsrechtlich verantwortlich sein.

Ein Ausschluß ärztlicher Haftung in diesen Fällen wäre denkbar, wenn man den hinter der vom Bundesverfassungsgericht entworfenen und später vom Bundestag umgesetzten Beratungsregelung liegenden Gedanken heranzieht: Dieser geht davon aus, die schwangere Frau sei letztlich nur dann für das Angebot einer lebenschützenden Beratung offen, wenn sie davon ausgehen könne, daß auch die nicht-indizierte und damit rechtswidrige Abtreibung von der Rechtsordnung als rechtmäßig behandelt werde. Daher müsse das Verhältnis zwischen Schwangerer und Arzt so gestaltet sein, als handele es sich auch bei der nur beratenen Abtreibung um eine rechtmäßige Handlung; dies schließe notwendig die Anerkennung des auf die Abtreibung gerichteten Arztvertrages ein. Nun verlangt der Zweite Senat aber nicht, die nicht-indizierte Abtreibung in jeder rechtlichen Hinsicht als rechtmäßig zu behandeln. Und so könnte man fragen, ob es zur Erreichung des Schutzzwecks der Beratungsregelung notwendig ist, die rechtswidrige Tötung des Kindes auch im Rahmen einer haftungsrechtlichen Kausaliätskette als rechtmäßig zu behandeln[34]- ein Gedanke freilich, der dem Bundesverfassungsgericht fern liegen dürfte.

3. Fazit

Es bleibt festzuhalten, daß das erkennbare Auseinanderdriften der Senate des Karlsruher Verfassungsgerichts aus Gründen rechtsstaatlicher Einheitlichkeit Anlaß zu Sorge geben kann. Erheblich mehr Sorge bereitet jedoch- zumindest der Verfasserin- die ergebnisorientierte Argumentation beider Senate bezüglich der „Kind als Schaden"-Frage. Es entsteht der Eindruck, als scheue man davor zurück, mit dem Lebensrecht des noch nicht geborenen Kindes und der Gleichwertigkeit von Geborenen und Ungeborenen Ernst zu machen. Daß damit aber letztlich dem Schutz des Schwächsten vor dem Stärkeren eine Absage erteilt wird, stimmt nachdenklich.

Nur wenn man die Tötung eines Kindes durch Abtreibung nicht als das ansieht, was sie ist- nämlich als Unrecht- kann das Kind zum Schaden im haftungsrechtlichen Sinne werden.

Referenzen

1. BGH, Urteil vom 18.1.1983- VI ZR 114/81 (München), Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 1983, S. 1371 ff. (= BGHZ 86, S. 240 ff.).
2. Also der sog. Indikationenregelung zu §§ 218 ff. StGB von 1976.
3. BGH NJW 1983, 1371, 1372.
4. BGH NJW 1983, 1371, 1373.
5. BGH NJW 1983, 1371, 1374.
6. BGH, Urteil vom 19.6.1984- VI ZR 76/83 (Frankfurt), NJW 1984, S. 2625 f.
7. BGH, Urteil vom 27.11.1984- VI ZR 43/83 (KG), NJW 1985, S. 671 ff.
8. Vgl. insbesondere 2, NJW 1984, 1798 ff. m.w.N. Die Kritiker wiesen vor allem darauf hin, daß der Bestand des auf die Abtreibung gerichteten Arztvertrages ent-

scheidend von deren Rechtsnatur abhängt. Denn sähe man- und dies sei aus verfassungsrechtlicher Sicht (Gleichwertigkeit geborenen und ungeborenen Lebens, Lebensrecht des Ungeborenen, Menschenwürde etc.) geboten- die indizierte Abtreibung als zwar straflos, aber doch rechtswidrig an, so sei der auf die Tötung des ungeborenen Kindes gerichtete Vertrag wegen eines Verstosses gegen ein gesetzliches Verbot (§ 134 BGB) oder die guten Sitten (§ 138 BGB) nichtig.

9. BGH NJW 1984, 671, 672.
10. Daß die Beratung kontrovers verlief, läßt sich nicht zuletzt aus den ebenfalls veröffentlichten Sondervoten der Richter MAHRENHOLZ/SOMMER (BVerfGE 88, 338 ff.) und BÖCKENFÖRDE (BVerfGE 88, 359 ff.)schließen.
11. BVerfG, Urteil vom 28.5.1993- 2 BvF 2/90 und 4,5/92- BVerfGE 88, S. 203 ff.
12. Einen umfassenden Überblick geben: PICKER, Schadensersatz für das unerwünschte Kind („Wrongful birth"), in: AcP 195 (1995) 483 ff; STÜRNER, Juristen-Zeitung (JZ) 1998, 317 ff.
13. BVerfGE 88, 203, 296.
14. wie vor.
15. Da der Zweite Senat von den im Folgenden darzustellenden, beim Ersten Senat anhängigen Verfassungsbeschwerde zweier Ärzte zu diesem Themenbereich Kenntnis hatte, äußerte er in einem Beschluß vom 22.10.1997 (JZ 1998, 356 ff.) dezidiert die Auffassung, sollte der Erste Senat in der „Kind als Schaden"-Frage zu einem abweichenden Ergebnis gelangen, müsse das Verfahren nach § 16 BVerfGG eingehalten werden, d.h. das Plenum des Bundesverfassungsgerichts wäre zur Entscheidung berufen. Dies ist nicht erfolgt.
16. Die Ausführungen umfassen im Druck der amtlichen Sammlung ca. 1,5 Seiten.
17. Vgl. hierzu statt vieler TRÖNDLE, Kommentar zum StGB, 48. Aufl., Rz. 14 ff. vor § 218 m.w.N.
18. BGH, Urteil vom 16.11.1993- VI ZR 105/92 (Stuttgart), NJW 1994, S. 788 ff. (= BGHZ 124, S. 128 ff.).
19. BGH NJW 1994, 788, 791; dazu auch BACKHAUS, Medizinrecht 1996, 201 ff..
20. BGH NJW 1994, 788, 790; vgl. auch die weiteren Entscheidungen: BGH, U.v. 28.3.1995, NJW 1995, 1609 ff. und BGH, U.v. 27.6.1995, NJW 1995, 2407. mit Besprechung von ROTH, NJW 1995, 2399 ff..
21. BGH NJW 1994, 788, 791.
22. BGH NJW 1994, 788, 791.
23. BVerfG, Urteil vom 12.11.1997- 1 BvR 479/92, 1 BvR 307/94-, JZ 1998, S. 352 ff.
24. BVerfG, JZ 1998, 352, 353 f.
25. BVerfG, JZ 1988, 352, 355.
26. BVerfG, JZ 1998, 352, 354.
27. Auf heftige Kritik und Unverständnis in weiten Teilen der Bevölkerung stießen etwa die Sitzblockaden-Entscheidung (BVerfGE 93, S. 1 ff.), der „Soldaten sind Mörder"- und der „Kruzifix"-Beschluß (BVerfGE 92, S. 266 ff.; 92, S. 1 ff.).
28. Vgl. dazu LAUFS, NJW 1998, S. 796 ff.
29. Das Plenum wird nach § 16 BVerfGG angerufen, wenn ein Senat in einer Rechtsfrage von der in einer Entscheidung des anderen Senats enthaltenen Rechtsauffassung abweichen will.
30. Hierzu ausführlich BECKMANN, Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL) 1998, S. 1, 2 f.
31. Freilich besteht im Falle der genetischen Beratung ein zusätzliches Problem, da der Arzt hier regelmäßig nur mehr oder weniger konkrete Prognosen an den Patienten weitergibt.
32. Auch im Jahr 1997 wurden weit über 90 % aller Abtreibungn ohne Vorliegen einer Indikation allein nach vorausgegangener Beratung durchgeführt.
33. BVerfGE 88, 203, 295 f.
34. BECKMANN, ZfL 1998, 1, 5.

Imago Hominis, Band V/Nr.3, S.189-197
ISSN 1021-9803

© 1998 by IMABE - Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien

SCHWERPUNKT

Embryopathisch motivierte Abtreibungen in Deutschland Auswirkungen der neuen Rechtslage seit 1995

Rainer BECKMANN

ZUSAMMENFASSUNG

Seit der Gesetzesänderung 1995 können in Deutschland embryopathisch motivierte Abtreibungen im Rahmen der unbefristeten medizinischen Indikation durchgeführt werden. Dies hat erhebliche juristische und tatsächliche Konsequenzen. Die Grenze zwischen Abtreibung aus embryopathischen Gründen und Früheuthanasie verschwimmt. Abtreibungen, die mit einer vorgeburtlichen Schädigung des Kindes begründet werden, verstoßen jedoch gegen das spezielle Diskriminierungsverbot zugunsten Behinderter (Art. 3 Abs. 3 S. 2 Grundgesetz). Die medizinische Indikation ist entsprechend restriktiv auszulegen.

Schlüsselwörter: embryopathische Indikation, medizinische Indikation, Recht auf Leben, Spätabtreibungen, Gleichbehandlung Behinderter

ABSTRACT

Since the German abortion law was changed in 1995 embryopathic motivated abortions can be carried out within the scope of the unlimited medical indication. This implies considerable legal and medical consequences. The borderline between abortions for embryopathic reasons and early euthanasia is fading. Abortions which are motivated by prenatal damage violate the special discrimination ban which protects the disabled (Art. 3 Abs. 3 S. 2 Grundgesetz). According to this the medical indication has to be interpreted restrictively.

Keywords: embryopathic indication, medical indication, right to life, late abortions, equal treatment of the disabled

Anschrift des Autors: *Dr.iur. Rainer BECKMANN*
Moskauer Ring 17, D-97084 Würzburg

I. Die gesetzliche Regelung embryopathisch motivierter Abtreibungen

Nach dem zweiten Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Abtreibungsstrafrecht im Jahr 1993[1] wurden von den Parteien und Gruppierungen im Deutschen Bundestag verschiedene Gesetzesvorschläge für eine Neuregelung eingebracht. Die Gesetzentwürfe der Regierungsparteien (CDU/CSU und FDP) enthielten jeweils auch eine embryopathische Indikation mit 22-Wochen-Frist[2]. Im Gesetzentwurf der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands[3] fehlte jedoch diese Indikation, ausgewiesen war als einzige Indikation die medizinische. Als Begründung wurde genannt, daß– neben dem Fall der Vergewaltigung– auch „die zu erwartende schwere Behinderung des Kindes unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren eine schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes darstellen" könne.[4] Die SPD ging somit davon aus, daß die bisherige embryopathische Indikation durch die Formulierung der medizinischen Indikation abgedeckt werden kann.[5] In dem überfraktionellen Gesetzentwurf für ein „Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz" (SFHÄndG) war eine embryopathische Indikation ebenfalls nicht mehr enthalten. Dieser Gesetzentwurf wurde am 29. Juni 1995 mit großer Mehrheit vom Deutschen Bundestag beschlossen.[6]

Auf den ersten Blick handelt es sich beim „Wegfall der embryopathischen Indikation" um eine nicht unerhebliche Änderung der Rechtslage. Eine bislang bestehende Indikation wurde „gestrichen". Von den Verfassern des SFHÄndG wurde die „Abschaffung" der embryopathischen Indikation auch als „besonders wichtiger positiver Aspekt" des neuen Gesetzes hervorgehoben[7].

Hierdurch wurde der Anschein erweckt, daß künftig die Tötung ungeborener Kinder unter den sachlichen Voraussetzungen der früheren embryopathischen Indikation[8] nicht mehr zulässig sei. Dieser Eindruck ist aber unzutreffend. In der Gesetzesbegründung heißt es ausdrücklich: „Durch die Formulierung der medizinischen Indikation ... können diese Fallkonstellationen aufgefangen werden"[9].

Von einer „Abschaffung der embryopathischen Indikation", von der gleichwohl im Deutschen Bundestag die Rede war[10], kann demnach nur *formal* die Rede sein. Der Sache nach liegt lediglich eine *Verlagerung der embryopathischen auf die medizinische Indikation* vor. In Ärztekreisen rief die Gesetzesänderung zwar anfänglich eine gewisse Verunsicherung bzgl. der weiteren Zulässigkeit embryopathisch motivierter Abtreibungen hervor[11], in der juristischen Literatur wurde jedoch die Verlagerung der embryopathischen Fälle in den Anwendungsbereich der medizinischen Indikation ohne weiteres als Inhalt der Neuregelung anerkannt.[12]

II. Rechtliche und medizinische Auswirkungen der Neuregelung

1. Erweiterter Anwendungsbereich der medizinischen Indikation

Der Anwendungsbereich der früheren embryopathischen Indikation gem. § 218 a Abs. 2 Nr. 1, Abs. 3 StGB a. F. lag darin, Müttern die Tötung ihres Kindes zu ermöglichen, wenn für sie die Aussicht, ein behindertes Kind pflegen und aufziehen zu müssen, eine unzumutbare Belastung darstellen würde. Nicht die vorgeburtlich verursachte Schädigung des Kindes an sich war der tragende Grund für die Abtreibung, sondern die Belastung, die sich wegen der Behinderung des Kindes durch seine Pflege und Erziehung *nach der Geburt* ergibt.[13]

Dagegen lag der Anwendungsbereich der medizinischen Indikation darin, eine *andere – nicht durch eine vorgeburtliche Schädigung des Kindes verursachte* – aktuelle Gefahr für das Le-

ben oder die Gesundheit der Schwangeren als Rechtfertigungsgrund für die Abtreibung anzuerkennen.[14] Dies ergibt sich schon aus der bloßen Existenz der anderen Indikationen, weil ihre gesetzliche Normierung ohne spezifischen Regelungsgehalt überflüssig gewesen wäre. Ferner sprechen insbesondere die unterschiedlichen Fristen der früher geltenden einzelnen Indikationen für ihre Eigenständigkeit.

Nach der Neuregelung stellt sich die Sachlage grundlegend anders dar. Im Gesetzestext gibt es keine embryopathische Indikation mehr. Mangels eines Spezialtatbestandes kann und soll nach dem Willen des Gesetzgebers die Formulierung der medizinischen Indikation auch auf Abtreibungen angewendet werden, bei denen die Unzumutbarkeit des Austragens *auf der Belastung durch ein behindertes Kind nach der Geburt* beruht. Die Formulierung „unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren" im Wortlaut der medizinischen Indikation ermöglicht diese Erweiterung ihres Anwendungsbereichs. Möglicherweise lassen sich unter Nutzung der weiten Gesetzesformulierung sogar Fälle der früheren Notlagenindikation ("soziale Indikation") im Anwendungsbereich der medizinischen Indikation ansiedeln[15].

2. Auswirkungen der neuen Rechtslage

Als Unterfall der medizinischen Indikation ergeben sich für Abtreibungen, die mit einer Schädigung des ungeborenen Kindes begründet werden, drei wesentliche Unterschiede zur früheren Regelung.

a) Wegfall der Frist

Aufgrund der unbegrenzten Geltungsdauer der medizinischen Indikation können behinderte ungeborene Kinder nunmehr während der gesamten Dauer der Schwangerschaft bis zum Beginn der Geburt straflos und „rechtmäßig" getötet werden.

Das Fehlen einer Abtreibungsfrist führt zu in der Praxis bedeutsamen Folgeproblemen in medizinischer wie juristischer Hinsicht:

(1) Zunahme von Spätabtreibungen aus embryopathischen Gründen

Bereits relativ kurze Zeit nach Inkrafttreten der neuen Abtreibungsbestimmungen berichteten Ärzte, daß die Bereitschaft, eine Behinderung zu akzeptieren, aufgrund eines vermeintlichen Anspruches 'Ich kann diese Schwangerschaft zu jeder beliebigen Zeit beenden', zurückgehe. Schon vergleichsweise leichte und sogar behebbare Behinderungen, wie etwa eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, ließen den Wunsch nach einer Abtreibung aufkommen. Viele Mediziner seien irritiert, ob sie nicht auch im späten Stadium der Schwangerschaft auf die nunmehr bestehende Abtreibungsmöglichkeit aus embryopathischen Gründen von sich aus hinweisen müßten.[16]

Ähnliches wurde in Fernsehbeiträgen und von Fachärzten berichtet.[17] Demnach muß mit einer Zunahme von Abtreibungen behinderter Kinder im Spätstadium der Schwangerschaft gerechnet werden. Durch den vermeintlichen Anspruch, behinderte ungeborene Kinder ohne Fristbegrenzung abtreiben zu dürfen, geraten Eltern, vor allem aber die schwangeren Frauen, unter noch stärkeren gesellschaftlichen Druck, bei Vorliegen eines pathologischen Befundes eine Abtreibung vornehmen zu lassen.

(2) Notwendigkeit der Schmerzvermeidung

Nach der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer von 1991 zur pränatalen und perinatalen Schmerzempfindung muß ab der 22. Woche p.c. zunehmend mit einem Schmerzerlebnis des ungeborenen Kindes gerechnet werden. Anästhesiologische Maßnahmen, die auch das Kind einbeziehen, seien indiziert.[18]

Gerade im Bereich embryopathisch motivierter Spätabtreibungen stellt sich also auch

die Frage nach der Narkosepflicht. Wenn schon nach dem deutschen Tierschutzgesetz ein Wirbeltier nur unter Betäubung oder sonst unter Vermeidung von Schmerzen getötet werden darf[19], wäre auch in Zusammenhang mit Abtreibungen eine Pflicht zur Narkose durchaus angemessen. Entsprechende rechtliche Vorschriften gibt es aber nicht. Im Jahr 1990 verwies der Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages eine Petition zur Einführung einer strafbewehrten Narkosepflicht an die Länderparlamente[20]. In den Bundesländern sind aber bis heute keine Gesetzesinitiativen ergriffen oder anderweitige verbindliche Regelungen geschaffen worden. Auch im Bereich der Ärzteschaft scheint es mit der - unverbindlichen - Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer sein Bewenden zu haben.

(3) Bedeutungswandel der medizinischen Indikation

Ausgangspunkt für die Anerkennung der medizinischen Indikation war es ursprünglich, das Leben der Schwangeren in einer tragischen Konfliktsituation zu retten, weil die Fortsetzung der Schwangerschaft zu einer Gefahr für das Leben der Frau führen würde. Ziel war dabei die Lebenserhaltung der Mutter, nicht die Tötung des ungeborenen Kindes. Diese wurde lediglich als unvermeidliche Nebenfolge des Schwangerschaftsabbruchs in Kauf genommen.[21]

Durch die Verlagerung embryopathisch motivierter Abtreibungen in den Bereich der medizinischen Indikation wird deren Charakter jedoch verändert. Bei embryopathisch begründeten Abtreibungen will man nicht die Mutter von der Last der Schwangerschaft, sondern von der Last des geschädigten Kindes befreien. Der Tod des Kindes ist also das unmittelbare Handlungsziel. Statt der Schwangerschaftsbeendigung steht die direkte Tötung des Kindes im Mittelpunkt - aus angeblich „medizinischen" Gründen.

Durch die Anerkennung von Schadensersatzpflichten bei mißlungener Abtreibung oder fehlerhafter Beratung bzw. Pränataldiagnostik[22] hat die Rechtsprechung die gezielte Tötung des Kindes beim Schwangerschaftsabbruch als Reaktion geradezu herausgefordert. Embryopathisch motivierte Spätabtreibungen im Rahmen der medizinischen Indikation stellen den Arzt daher vor die Alternative, entweder eine Abtreibungsmethode zu wählen, die dem Kind eine Überlebenschance läßt, oder sich durch die gezielte Tötung des ungeborenen Kindes vor Schadensersatzansprüchen zu schützen. Auch wenn die Bundesregierung den Standpunkt vertritt, daß das „Ziel der Behandlung" bei vorzeitiger Schwangerschaftsbeendigung „nicht die Tötung des Kindes sein" darf[23], hat die medizinische Indikation zweifellos einen Bedeutungswandel erfahren, der ihre bisherige weitgehende Akzeptanz in Frage stellt. Wenn es „medizinisch" indiziert sein kann, Menschen vor der Geburt zu töten, die für andere eine Belastung darstellen, warum sollte man dann nicht von Ärzten auch verlangen können, „lästige" Geborene umzubringen? „Die Euthanasiedebatte wird ... von dieser Reform neue geistige Impulse erhalten".[24]

(4) Aufweichung der Grenze zwischen Abtreibung und Früheuthanasie

Bereits im Jahr 1990 wurde berichtet, daß immer häufiger Fälle auftreten, in denen infolge einer späten Abtreibung ein lebendes Frühgeborenes zur Welt kommt. Dies hinge damit zusammen, daß „großzügig die Indikation auch für einen Spätestabbruch aus sogenannter kindlicher Indikation gestellt und dieser dann ohne weiteres durchgeführt" werde[25]. Diese Gefahr wird durch die neue Rechtslage noch größer. Die Überlebensrate soll nach der 20. Schwangerschaftswoche bei 30 Prozent liegen.[26] Es stellt sich dann die Frage, ob das Kind aktiv am Leben erhalten oder unter Basisversorgung „liegengelassen" werden soll.

Den engen Zusammenhang zwischen Abtreibung und Nichtbehandlung nach der Geburt veranschaulicht der zum Jahreswechsel 1997/1998 bekanntgewordene „Oldenburger Fall": Im Sommer 1997 soll es in der Oldenburger Frauenklinik nach einem ärztlich eingeleiteten Schwangerschaftsabbruch in der 25. Schwangerschaftswoche zur Geburt eines an Trisomie 21 leidenden Kindes gekommen sein, das anschließend lediglich „in eine Decke gewickelt und beobachtet" wurde. Erst zehn Stunden nach der Geburt sei die Behandlung des inzwischen schwer geschädigten Kindes durch die Ärzte aufgenommen worden.[27] Dieses Verhalten zeigt- wenn es korrekt berichtet wurde- daß die Erlaubnis der vorgeburtlichen Tötung behinderter Kinder bereits zu einer Erosion des Rechtsbewußtseins in Hinblick auf die Behandlung geborener Behinderter geführt hat. Wenn von vornherein die Tötung des Kindes durch Abtreibung beabsichtigt ist, muß befürchtet werden, daß die nach der Geburt bestehenden Behandlungspflichten nicht mit der gebotenen Sorgfalt beachtet werden. Hier zeigt sich der fließende Übergang zwischen Abtreibung aus embryopathischer Indikation und Früheuthanasie.[28]

Mehrere medizinische Fachgesellschaften und Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer haben daher die Forderung erhoben, daß Abtreibungen nach der 20. Entwicklungswoche künftig unzulässig sein sollen.[29]

Nach geltendem Recht ist das Verhalten des Arztes ab Geburtsbeginn nach den §§ 211 ff. StGB zu beurteilen[30]. Ein Arzt, der in der geschilderten Situation untätig bleibt, macht sich eines versuchten oder vollendeten Tötungsdelikts durch Unterlassen schuldig. Nur in besonderen Ausnahmefällen, wenn „offensichtlich keine Lebensfähigkeit besteht"[31] bzw. „nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erfahrungen und menschlichem Ermessen das Leben des Neugeborenen nicht auf Dauer erhalten werden kann, sondern ein in Kürze zu erwartender Tod nur hinausgezögert wird"[32], ist- analog zur Rechtslage bei Erwachsenen- ein „Sterbenlassen" zulässig. Die Pflicht zur Gewährleistung der Grundversorgung, leidenslindernder Maßnahmen und menschlicher Zuwendung bleibt davon unberührt.

b) Wegfall der Beratungspflicht

Der zweite wesentliche Unterschied zur früheren Regelung betrifft die Beratungspflicht. Die Beratung soll den Kern des neuen Schutzkonzeptes ausmachen und hat ihm auch seinen Namen gegeben ("Beratungsregelung"). Unabhängig davon, ob man die *konkrete Ausgestaltung* des Beratungskonzepts oder *ein solches Konzept überhaupt* für rechtlich zulässig und effektiv im Sinne des Lebensschutzes hält[33], ist es rechtlich äußerst bedenklich, daß durch die Verlagerung der embryopathischen Indikation die frühere Pflichtberatung entfallen ist.

Der Gesetzgeber hielt den Wegfall der Beratungspflicht deshalb für vertretbar, weil das Beratungs*angebot* gem. §§ 2 ff. des Schwangerschaftskonfliktgesetzes „ausreichend" sei, „um der Schwangeren hinreichende Hilfe bei ihrer Entscheidung zu bieten".[34] Hierbei wird aber übersehen, daß der durch Beratung erzielbare Schutz nur darauf beruhen kann, daß die Beratung verpflichtend vorgeschrieben wird[35]. Die wohl regelmäßig erfolgende ärztliche Beratung ist für die Erörterung der Frage, ob die Lebensverhältnisse der Schwangeren die Pflege und Erziehung eines behinderten Kindes unzumutbar erscheinen lassen, nicht der richtige Ort. Bei dieser Frage ist nicht primär die ärztliche Kompetenz angesprochen. Von entscheidender Bedeutung sind vielmehr die Unterstützung durch den Partner, durch die Familie, das soziale Umfeld, die finanziellen und räumlichen Umstände, sowie die zu erwartende Hilfe durch Staat und Gesellschaft (Nutzung von Behinderteneinrichtungen etc.).

Der Arzt ist der kompetente Ansprechpartner bei der Diagnose der Schädigung des Kin-

des und der Beurteilung ihrer medizinischen Auswirkungen. Wie soll er aber ernsthaft die „gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse" der Schwangeren beurteilen? Dem Arzt steht regelmäßig nur die Befragung der Patientin als Erkenntnisquelle zur Verfügung. Ihre Angaben können zutreffen, aber auch unvollständig oder – ihrem Wunsch nach Anerkennung der Indikation entsprechend – „gefärbt" sein. Der Arzt ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs auch „nicht verpflichtet, sich gleichsam als Ermittlungsbehörde zu betätigen und an andere Personen und Einrichtungen heranzutreten als bei sonstiger ärztlicher Behandlung, zumal nicht gegen den Willen der Frau"[36]. Selbst wenn er es also wollte, stünde er mit Blick auf die fehlenden Erkenntnisquellen und seine mangelnde Spezialkompetenz in sozialen, finanziellen und familiären Fragen vor einer unlösbaren Aufgabe. Wegen der starken sozialen Komponente der erweiterten medizinischen Indikation ist daher auch eine Sozialberatung erforderlich.[37]

c) Wegfall der statistischen Kontrolle

Die formale Streichung der Indikation führt natürlich auch dazu, daß eine gesonderte statistische Erfassung nicht mehr stattfindet. Die Abtreibungsstatistik leidet zwar ohnehin an erheblichen Mängeln[38], aber daß es über embryopathisch motivierte Abtreibungen gar keine Daten offizieller Natur mehr gibt, ist in jedem Fall schlechter als die lückenhafte und unzureichende Erfassung der anderen Indikationen bzw. der Abtreibungen nach der „Beratungsregelung". Hierdurch werden die Möglichkeiten des Gesetzgebers, die realen Auswirkungen des „Beratungskonzepts" zu überprüfen, deutlich eingeschränkt. Dies ist ein Verstoß gegen die vom Bundesverfassungsgericht festgestellte Beobachtungspflicht[39] und erschwert es dem Gesetzgeber, seine Nachbesserungspflicht[40] zu erfüllen.

III. Verfassungsrechtliche Einwände

Seit dem 27. Oktober 1994[41] gibt es im deutschen Grundgesetz ein spezielles Diskriminierungsverbot in Art. 3 Abs. 3 S. 2: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden". Diese Bestimmung wird offensichtlich verletzt, wenn behinderte ungeborene Kinder über die auf zwölf Wochen beschränkte „Beratungsregelung" hinaus ohne jede Frist vor der Geburt getötet werden.

Erwartet z.B. eine Frau ein Kind mit Trisomie 21, kann sie die Überforderung durch die intensive Fürsorge und Betreuung, die das Kind benötigen würde, anführen, um im Rahmen der medizinischen Indikation eine embryopathisch motivierte Abtreibung „legal" durchführen zu können. Ein nicht geschädigtes Kind dürfte man dagegen– unter sonst gleichen Umständen– nicht töten. Die Abtreibung eines gesunden Kindes wäre nur im Rahmen der Beratungsregelung während der ersten 12 Wochen nach der Empfängnis straflos. Somit ergibt sich eine eindeutige Benachteiligung behinderter ungeborener Kinder, die gegen Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG verstößt.

Der Einwand, nicht die Behinderung des Kindes, sondern die Unzumutbarkeit für die Frau, sei bei embryopathischen Abtreibungen der entscheidende Punkt, ist ein Scheinargument. Ob ein behindertes Kind wegen der Unerwünschtheit seiner Behinderung ("minderwertiges Leben") oder der sich aus der Behinderung ergebenden Belastung für seine Eltern ("lästiges Leben") getötet wird, bleibt sich gleich. Denn auch die Unzumutbarkeit müßte – um keine diskriminierende Wirkung zu haben – unabhängig vom Gesundheitszustand des ungeborenen Kindes gegeben sein. Das Bundesverfassungsgericht hat in anderem Zusammenhang zur Reichweite des Benachteiligungsverbotes aus Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG entschieden, daß „die Behinderung nicht als Anknüpfungspunkt für eine – benachteiligende – Ungleichbehandlung dienen darf".[42] Genau dies geschieht aber bei

embryopathisch begründeten Abtreibungen, weil die Unzumutbarkeit für die Mutter eindeutig an der Behinderung des Kindes anknüpft.

Bei den Beteiligten, mit denen sich der Arzt bei einer embryopathisch motivierten Abtreibung konfrontiert sieht, handelt es sich nicht nur regelmäßig um eine „gesunde Mutter", sondern auch um ein „primär erwünschtes Kind".[43] Wenn man also von der Behinderung des Kindes absieht, bleibt die „Normalsituation einer Schwangerschaft" übrig, in der eine Tötung des ungeborenen Kindes vor der Verfassung keinen Bestand haben kann.[44]

Mit dem veränderten Umfang der medizinischen Indikation nach der gesetzlichen Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs haben sich die Gerichte noch nicht beschäftigt. Eine Überprüfung in Hinblick auf die Vereinbarkeit mit Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG steht daher noch aus. Die bisherige Anerkennung der embryopathischen und der medizinischen Indikation durch die Rechtsprechung bis hin zum Bundesverfassungsgericht steht der hier vertretenen Auffassung nicht entgegen. Der Bundesgerichtshof hat immerhin anerkannt, daß die mit der geltenden Norm wörtlich übereinstimmende medizinische Indikation gem. § 218 a Abs. 1 Nr. 2 StGB a.F. gegenüber der traditionellen Auffassung eine „deutliche Erweiterung erfahren ... und dabei an klarer Kontur verloren" hat.[45] Mit der Frage, ob diese Indikation noch insgesamt als Rechtfertigungsgrund für die Tötung eines ungeborenen Kindes auch aus verfassungsrechtlicher Sicht gewertet werden kann, setzte sich der Bundesgerichtshof jedoch nicht auseinander. Er begnügte sich – neben dem Verweis auf den Willen des Gesetzgebers – mit der Feststellung, „die medizinische Indikation anders als früher – nicht mehr rechtfertigend – zu werten, besteht kein Grund".[46] Eine unbegründete und vielleicht auch unbegründbare Rechtsmeinung steht jedoch auf tönernen Füßen. Ob man sich als Handelnder, als Arzt, immer auf den Bestand einer solchen Meinung wird verlassen können, ist fraglich.

Auch aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist bislang eine eindeutige Stellungnahme zur weiten Fassung der medizinischen Indikation nicht zu entnehmen. In der ersten Fristenlösungsentscheidung von 1975[47] konnte das Gericht nur eine Aussage in Bezug auf die medizinische Indikation nach § 218 b Nr. 1 StGB in der Fassung des Fünften Strafrechtsreformgesetzes[48] treffen. Diese sah weder die Berücksichtigung der „gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse" vor, noch erwähnte sie ausdrücklich den „seelischen Gesundheitszustand". In der zweiten Fristenlösungsentscheidung von 1993 wird indirekt nur die „hergebrachte" medizinische Indikation gebilligt[49]. Ob darunter auch die laut Bundesgerichtshof „erweiterte" medizinische Indikation ohne „klare Kontur" zu subsumieren ist, erscheint zweifelhaft. Dies gilt um so mehr, als das Bundesverfassungsgericht für die verfassungsrechtliche Anerkennung der embryopathischen Indikation „ihre hinreichend genaue Umgrenzung" voraussetzt[50]. Nach der Verlagerung auf die weit formulierte medizinische Indikation ist aber für die Zulässigkeit embryopathisch motivierter Abtreibungen keinerlei klare Grenze erkennbar. Und schließlich konnte das Verfassungsgericht in seiner zweiten Fristenlösungsentscheidung 1993 das erst 1994 ins Grundgesetz aufgenommene spezielle Verbot der Diskriminierung Behinderter noch gar nicht berücksichtigen.

Ob die vom Gesetzgeber gewollte und von der medizinischen Praxis vollzogene Verlagerung der embryopathischen Indikation auf die medizinische Indikation einer verfassungsgerichtlichen Prüfung standhalten würde, ist daher keineswegs entschieden.[51] Es empfiehlt sich deshalb eine restriktive, verfassungskonforme Auslegung der medizinischen Indikation. Die auf der Behinderung eines ungeborenen Kindes beruhenden Belastungen für die Mutter dürfen nicht zur Rechtfertigung seiner Tötung herangezogen werden[52].

IV. Ergebnis

Der angebliche „Wegfall" der embryopathischen Indikation führte nicht zum Wegfall von Abtreibungsmöglichkeiten, sondern zum Wegfall wesentlicher Bestimmungen, die dem Lebensschutz dienten: der bisherigen 22-Wochen-Frist, der Beratungspflicht und der statistischen Kontrolle. Darüberhinaus bestehen gravierende verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Tötung behinderter ungeborener Kinder im Rahmen der medizinischen Indikation wegen Verstoßes gegen das spezielle Diskriminierungsverbot aus Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG.

Die vom Gesetzgeber raffiniert konstruierte Regelung, den Fortbestand und die zeitliche Erweiterung der embryopathischen Indikation als deren „Wegfall" zu kaschieren[53], kann selbstverständlich nicht die „Klarstellung" bewirken, „daß eine Behinderung niemals zu einer Minderung des Lebensschutzes führen kann" – wie sich die Gesetzesbegründung vollmundig ausdrückt[54]. Durch die Neuregelung der embryopathischen Indikation wird vielmehr das ohnehin schon weit verbreitete Anspruchsdenken verfestigt, es gebe ein „Recht auf ein gesundes Kind". Der Rechtsschutz behinderter Ungeborener wurde nicht verbessert, sondern noch stärker beeinträchtigt, als er es schon während der Geltung der alten embryopathischen Indikation war.

Abkürzungen

BGBl.	Bundesgesetzblatt
BGHSt/Z	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen/Zivilsachen
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
BVerfGE	Entscheidungssammlung des Bundesverfassungsgerichts
DÄBl.	Deutsches Ärzteblatt
MedR	Medizinrecht
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
Plenarprot.	Plenarprotokoll des Deutschen Bundestages
ZfL	Zeitschrift für Lebensrecht

Referenzen

1. BVerfGE 88, S. 203.
2. BT-Drs. 13/285 (CDU/CSU), § 218 a Abs. 2; BT-Drs. 13/268 (FDP), § 218 a Abs. 3. Die Indikation war gegenüber der alten Fassung leicht umformuliert worden, ohne im Kern etwas zu ändern.
3. BT-Drs. 13/27 (SPD).
4. BT-Drs. 13/27, S. 10.
5. Die medizinische Indikation hatte folgenden Wortlaut: „Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann".
6. BGBl. I S. 1050. Der Text des Parteienkompromisses mit Begründung ist als sog. „Ausschußfassung" abgedruckt in BT-Drs. 13/1850, S. 5 ff.
7. So die Erklärung der Verhandlungsführer der CDU/CSU-Fraktion im Informationsdienst ihrer Fraktion „Stichworte der Woche", Nr. 13/95, vom 30. Juni 1995, S. 11. Ähnlich Inge WETTIG-DANIELMEIER (SPD), Plenarprot. 13/47, S. 3758 B.
8. Nach der „embryopathischen"- auch früher „eugenisch" oder „kindlich" genannten- Indikation blieb ein Schwangerschaftsabbruch straflos, „wenn nach ärztlicher Erkenntnis dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann" (§ 218 a Abs. 2 Nr. 1 StGB a.F.). Die Frist betrug zweiundzwanzig Wochen nach der Empfängnis (vgl. § 218 a Abs. 3 StGB a.F.).
9. BT-Drs. 13/1850, S. 26. Gemeint sind die Fallkonstellationen der bisherigen embryopathischen Indikation. Der FDP-Verhandlungsführer Heinz LANFERMANN trat in der Abschlußdebatte ausdrücklich Befürchtungen entgegen, daß sich in der Praxis etwas ändern werde; vgl. Plenarprot. 13/47, S. 3761 D.
10. Vgl. Reinhard GÖHNER (CDU), Plenarprot. 13/47, S. 3782 B; Maria EICHHORN (CSU), a.a.O., S. 3756 A.
11. Vgl. Stellungnahme der Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik e.V., Der Frauenarzt 1995, S. 1198.
12. Vgl. ESER A., in: SCHÖNKE/SCHRÖDER, StGB, 25. Aufl. 1997, Rz. 20, 26, 37 ff. zu § 218 a; TRÖNDLE H., StGB, 48. Aufl. 1997, Rz. 9 a zu § 218 a; LACKNER K., StGB, 22. Aufl. 1997, Rz. 14 zu § 218 a.

13. Vgl. HEPP H., Pränatalmedizin und reformierter § 218 a StGB- oder: die „versteckte Indikation", Der Gynäkologe 1996, S. 408.
14. Die nicht-medizinischen Indikationen hatten eigenständige Regelungsbereiche und waren keine „Unterfälle" der medizinischen Indikation (vgl. DREHER/TRÖNDLE, StGB, 46. Aufl. 1993, Rz. 1 zu § 218 a; ESER (Fn. 23), Rz. 3 zu § 218).
15. Vgl. ESER (Fn. 13), Rz. 20, 54 ff. zu § 218 a.; kritisch hierzu LACKNER (Fn. 13), Rz. 22 vor § 218.
16. Vgl. GLONING K.-P., Die Welt, 16.2.96.
17. ZDF, „Mona Lisa: Das perfekte Kind", 11.2.96; ARD, „Mensch in Gefahr. Über eine veränderte Ethik", 14.3.96; BR, „Euthanasie - die mörderische Konsequenz", 26.11.96; ZDF, „Gesundheitsmagazin Praxis: Auf dem Weg zum perfekten Kind", 4.12.96; HILLE H., Der neue Paragraph 218: Gesellschaftlicher Wandel und die Rolle des Arztes, Der Frauenarzt 1995, S. 1167 ff.
18. Vgl. DÄBl. 1991, S. B-2719.
19. Vgl. § 4 Abs. 1 TierSchG.
20. Vgl. BT-Drs. 11/8051, S. 9.
21. Vgl. HEPP (Fn. 14), S. 408; WEISE W., Gedanken zur Neufassung des § 218 a aus der Gegenwärtigkeit Goethes, Der Frauenarzt 1997, S. 1219.
22. Vgl. BGHZ 76, 249; 124, 128 m.w.N.; BVerfG, NJW 1998, S. 519 ff.
23. BT-Drs. 13/5364, S. 13.
24. HEPP (Fn. 14), S. 410.
25. HIERSCHE H.-D., Perinatologie und Geburtshilfe unter medizin-rechtlichen Gesichtspunkten, MedR 1990, S. 312.
26. So der Hannoveraner Gynäkologe Dr. Christian ALBRING, vgl. DÄBl. 1998,. S. C-49.
27. Vgl. Focus, 20.12.97, S. 22. Aufgrund mehrerer Strafanzeigen ermittelt die Staatsanwaltschaft gegen die beteiligten Ärzte. Von Ärzten der Oldenburger Frauenklinik wurde die Darstellung des Focus bestritten, vgl. DÄBl. 1998, S. C-253.
28. HEPP geht davon aus, daß „in logischer Konsequenz der Entwicklung dieses Indikationsbereichs im § 218 der Gesetzgeber- eines fernen (?) Tages- die postpartale Tötung geschädigter Kinder erlauben wird" (Fn. 14, S. 410).
29. Vgl. DÄBl. 1995, S. C-441.
30. Vgl. TRÖNDLE (Fn. 13) Rz. 2 vor § 211, Rz. 15 zu § 218 a; ESER (Fn. 13), Rz. 14 vor § 211, Rz. 24 zu § 218; LACKNER (Fn. 13), Rz. 16 zu § 218 a.
31. Resolution der Dt. Ges. f. Chirurgie 1979; vgl. TRÖNDLE (Fn. 13), Rz. 20 vor § 211.
32. ZIFF. V der „Einbecker Empfehlungen", Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen, revidierte Fassung 1992, MedR 1992, S. 206.
33. Vgl. dazu BECKMANN R., Abtreibung in der Diskussion, 3. Aufl. Krefeld 1998, S. 80 ff., 102 ff; TRÖNDLE H., Das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz, NJW 1995, S. 3009 ff.
34. BT-Drs. 13/1850, S. 26.
35. Vgl. BVerfGE 88, S. 270: „Zu den notwendigen Rahmenbedingungen eines Beratungskonzepts gehört an erster Stelle, daß die Beratung für die Frau zur Pflicht gemacht wird ...".
36. BGHSt 38, S. 155.
37. Vgl. TRÖNDLE (Fn. 34), S. 3015; LACKNER (Fn. 13), Rz. 7a zu § 218 a.
38. Vgl. GIESEN Th., Wie oft wird in Deutschland abgetrieben?, ZfL 1997, S. 57 ff.
39. Vgl. BVerfGE 88, S. 310. Das BVerfG verlangt „verläßliche Statistiken mit hinreichender Aussagekraft".
40. Vgl. BVerfGE 88, S. 309 f.
41. BGBl. I S. 3146.
42. BVerfG, NJW 1998, S. 131.
43. Vgl. HEPP (Fn. 14), S. 408; NIPPERT I., Auf dem Weg zum Wunschkind, Die Frau in unserer Zeit 3/97, S. 28.
44. Vgl. BVerfGE 88, S. 257.
45. BGHSt 38, S. 157.
46. A.a.O., S. 158.
47. BVerfGE 39, S. 1 ff.
48. "Fristenlösung von 1974", BGBl. I S. 1297.
49. BVerfGE 88, S. 257.
50. A.a.O.
51. TRÖNDLE (Fn. 34), S. 3015: „verfassungsrechtlich nicht hinnehmbar"; LACKNER hält die embryopathische Indikation für „unhaltbar", zumindest aber für „von Grund auf änderungsbedürftig" (Fn. 13, Rz. 15 zu § 218 a). Als möglicher Kläger kommt allenfalls die Bayerische Staatsregierung in Betracht, die das SFHÄndG im Bundesrat u.a. wegen der „Erweiterung der nicht fristgebundenen medizinischen Indikation" abgelehnt hat (vgl. Bundesrat, 687. Sitzung, Prot. v. 14.7.95, S. 341).
52. Die Bundesregierung vertritt sogar die Ansicht, „daß die medizinische Indikation ... äußerst streng gestellt und auf Fälle beschränkt werden soll, in denen das Leben der Mutter in Gefahr ist" (BT-Drs. 13/5643, S. 8). Diese Auffassung ist zwar begrüßenswert, wird aber weder von der Rechtsprechung noch in der ärztlichen Praxis berücksichtigt.
53. TRÖNDLE (Fn. 34), S. 3015: „Akt gesetzgeberischer Verhüllungskunst"; KLINKHAMMER, DÄBl. 1995, S. A-1982: „Mogelpackung".
54. BT-Drs. 13/1850, S. 26.

Einwilligungsunfähigkeit contra Menschenrechte?*

Stanley HERR

Die Menschenrechte sind ein Konzept, das mehr als zwei Jahrhunderte alt ist. Die Gesetze und die Menschenrechte von Menschen mit geistigen Behinderungen beinhalten Fragen von grundlegender moralischer, sozialer und politischer Bedeutung.

Ihre nachdrückliche Anwendung auf Menschen mit Behinderungen ist relativ neu, ein einigender und herausfordernder Sachverhalt. Wie können sie eine Wahl treffen und angemessenen Schutz gegen Mißhandlung und Ausbeutung haben? Wie lernen wir von vergangenen Greueltaten an behinderten Menschen, in Gegenwart und Zukunft Unrecht an ihren Interessen zu vermeiden? Wie machen wir Gesetze oder definieren wir deren Menschenrechte in sensiblen Bereichen wie Behandlungsverläufen, grausamen medizinischen und Verhaltenstherapien, genetischen Tests oder in wissenschaftlicher Forschung, die keinen direkten Nutzen bringt?

Zwei Hauptpunkte haben besondere Bedeutung:

1. die Notwendigkeit ständiger Wachsamkeit als Preis der persönlichen Freiheit und des Schutzes vor Unterdrückung der Menschenrechte im Interesse derer, die uns anvertraut sind.
2. Aktionen gemäß den Menschenrechten müssen von der persönlichen Ebene auf die nationale und die multinationale und dann zurück zur persönlichen Ebene geführt werden. Damit werden internationale Standards und Konventionen mit Inhalt und Aufrichtigkeit erfüllt.

Um das zu erreichen, müssen wir diese Standards so hoch wie möglich halten, so präzise, wie sie nur sein können und so unbezwingbar, wie es nur geht. Und dann bedarf es einer gewissen Vertrautheit mit diesen Schlüsseldokumenten. Zur Zeit wird ein Einwilligungshandbuch der „American Association on Mental Retardation" überarbeitet, das im Jahr 1978 zum ersten Mal veröffentlicht wurde. Es gab in den vergangenen 20 Jahren eine Fülle neuer Entwicklungen, die in der Neuauflage die folgenden Trends wiedergeben wird.

- die Ermutigung, Personen in der Ausübung ihrer freien Wahl zu üben;
- eine starke Bewegung der Selbstbestimmung und Selbstvertretung der Menschen mit geistiger Behinderung;
- die Erkenntnis, daß der Wille zu gesetzlichen Schutzmaßnahmen forciert werden muß. Je gefährlicher die Aktivitäten sind, je riskanter Forschungsprojekte sind, desto mehr Auflagen an Schutzbestimmungen erwarten wir.

Es ist so wichtig, die oft so technischen und lebensfernen gesetzlichen Konzepte durch einfache Illustration und eine verständliche Sprache zum Leben zu erwecken. Als Beispiel ein Zitat aus einer Arbeit der Wienerin Andrea FRITSCH:

Eine heute 54jährige Frau kam im Alter von 13 Jahren in ein psychiatrisches Krankenhaus. 41 Jahre lang wurde ihr gesagt, was sie jeden Tag anzuziehen hat, ganz egal, ob sie die Farbe mochte oder nicht, und selbstverständlich konnte sie beim Kauf der Kleidung nicht mitreden. Sie sagten ihr, zu welcher Zeit gegessen wurde, ob sie nun hungrig war oder nicht. Sie

*Der vorliegende Beitrag ist das Manuskript eines Vortrages das Prof.HERR auf Einladung der Lebenshilfe am 5. November 1997 in Wien gehalten hat.

entschieden, ob sie in einem bestimmten Raum sitzen durfte oder ob die tägliche Routine einen anderen Aufenthaltsort bestimmte.

Sie wußte niemals über ihre finanzielle Situation Bescheid, es war niemals notwendig. Das Personal wußte es für sie. Es war ihr nicht erlaubt, alleine einkaufen oder in ein Café zu gehen, und natürlich hätte sie den richtigen Weg nicht gefunden – nicht so sehr aufgrund ihrer Behinderung, sondern aufgrund der Tatsache, daß immer andere einen Weg für sie gefunden hatten.

Sie hat niemals gelernt, eine Uhr zu lesen, eine Straße richtig und sicher zu überqueren, die Stationsdurchsagen in öffentlichen Verkehrsmitteln zu beachten – alles wurde für sie erledigt. Da sie immer wieder von Leuten, die auf sie achtgaben, hörte, sie wäre zu alt oder zu krank, um bestimmte Dinge zu erledigen, wurde es ihr eigenes Hauptargument, Handlungen aus dem Weg zu gehen. Sie saß in einem Sessel, tagein, tagaus, wartend, daß die Zeit vergeht.

Nach 40 Jahren wurde ihr Beschäftigungstherapie angeboten. Ihre Antwort: Nein, ich bin zu alt, zu krank.

Vor 202 Jahren haben die Gründer der USA erklärt, bestimmte Rechte wären unteilbar, mit dem Recht auf Geburt wären alle Menschen gleich, berechtigt auf Leben, persönliche Freiheit und Glück. Die amerikanische Unabhängigkeitserklärung ist eine der ältesten Menschenrechtsdeklarationen der Welt, eine fundamentale Erklärung zu ethischen Prinzipien.

Menschen mit Behinderungen wurden über lange Jahrhunderte übersehen. Die Worte der Gründerväter wurden weitestgehend ignoriert, als es zu Absonderung und Isolation von Menschen mit geistigen Behinderungen kam.

In den USA werden die Prinzipien des Thomas JEFFERSON – des Hauptautors der Verfassung – oft gewürdigt und ebenso oft ignoriert. An der Mauer seines Denkmals in Washington stehen diese Worte in Stein gemeißelt: „Gesetze und Einrichtungen müssen Hand in Hand gehen mit dem Fortschritt des menschlichen Geistes, in dem Maße als dieser weiter entwickelt und aufgeklärter wird, als neue Entdeckungen gemacht, Wahrheiten aufgedeckt werden und sich Sitten und Meinungen ändern."

Auf dem Gebiet der geistigen Behinderungen haben weder Gesetze noch Einrichtungen mit der Zeit oder unseren sozialen und wissenschaftlichen Fortschritten Schritt gehalten.

Martin BAYER, Arzt und Präsident der American Association on Mental Retardation, rief vor exakt 100 Jahren nach der totalen Institutionalisierung für alle „Minderbemittelten". Sie waren Bedrohungen, die kontrolliert werden mußten, und nicht Bürger, die durchsetzbare Rechte besitzen:

> *„Ich glaube, wir müssen die Welt überzeugen, daß nur durch ständige Ausgliederung die Gesellschaft vor bestimmten Verschlechterungen, Verminderungen, Verunreinigungen und dem Wachstum eines verderblichen Elements geschützt werden kann. Ein idealer Flecken muß gefunden werden: entweder auf den neueren, ruhigen Inseln, den unbesetzten Ländern des Atlantischen Ozeans oder im Fernen Westen".*

Neben diesem System der Sammlung aller Minderbemittelten in Reservaten gab es sicher die Politik von erzwungenen Sterilisationen. Vor 70 Jahren gab es eine berüchtigte Entscheidung vom amerikanischen Obersten Gerichtshof. Im Laufe der Zeit haben 30 Staaten nach dieser Entscheidung gehandelt, mehr als 70.000 Menschen wurden Opfer von erzwungenen Sterilisationen.

Im Jahr 1941 empfahl ein Professor der „Pernell Medizin Schule" in einem führenden psychiatrischen Journal, daß bei hoffnungslos ungeeigneten Kindern die Fehler der Natur ausgerottet werden sollten. Und die weniger ungeeigneten sollten sterilisiert werden, sodaß *„nach ihnen die Zivilisation weitergehen kann in Schönheit".*

Sogar in Schweden – einem Land, das lange auf seinen fortschrittlichen Umgang stolz war– wurden etwa 62.000 Menschen gegen ihren Willen sterilisiert. In Japan wurde ein ähnli-

ches Sterilisationsprogramm erst im Jahr 1995 gestoppt, die Enthüllungen dieses Programms geschahen erst vor einigen Monaten. Die Regierung sieht keinen Grund für Scham oder Entschuldigung, schon gar nicht für Schadenersatz bei den Opfern.

Adolf HITLER wandte dasselbe Programm in Deutschland in den späten Dreißigern auf Einrichtungen der geistig behinderten Menschen an. Das führte zur Ermordung von „Benachteiligten" und ging weiter mit der Ermordung von Juden und Zigeunern, denn auch diese wurden als biologisch mangelhaft betrachtet. Aus diesen verknüpften Tragödien, aus der Asche des Zweiten Weltkrieges kam die Menschenrechtsbewegung.

Zu den speziellen Behinderten-Deklarationen und deren interessanten Anwendung soll ein Beispiel gebracht werden: Dr. Gunnar DYBWAD, ein Pionier der Menschenrechtsgestaltung auf unserem Gebiet, mußte bei einer Gerichtsverhandlung in Alabama im Jahr 1972 aussagen, bei der eines dieser „Aufbewahrungs-Lagerhäuser" wegen seiner Brutalität angeklagt war. Er hatte die gute Idee, dem Richter eine Kopie der neu veröffentlichten UN-Deklaration zu schicken. Und der Richter hatte die gute Idee, diese Deklaration als Verfassungsrecht zur Behandlung und zum Schutz vor Schaden anzusehen. Internationale Dokumente können also die nationalen Gesetze beeinflussen.

Erst kürzlich– im Jahr 1993– kam es zu den United Nations Standard Rules über die Gleichberechtigung von Möglichkeiten für Menschen mit Behinderungen. Das war das Weihnachtsgeschenk der UN für die Gemeinschaft der behinderten Menschen, denn es wurde am 20.12.1993 in Kraft gesetzt und ist ein Instrument für Politik und für Aktionen.

Bezugnehmend auf die Europäische Bio-Medizin-Konvention, genannt das „Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin", sollen kurz einige Punkte angesprochen werden.

- Zunächst wird sehr wenig über Menschenrechte gesagt, ausgenommen Wiederholungen von vagen Phrasen über den Respekt eines jeden, Integrität und anderer Rechte.
- Zweitens gibt sie positiven Gesetzen von jeweiligen Ländern die Möglichkeit, im wesentlichen die Konvention zu überwiegen in so ausgedehnten und undefinierten Kategorien wie öffentliche Sicherheit, Vermeidung von Kriminalität, Sicherung der Volksgesundheit oder zum Schutz des Rechts und der Freiheit des anderen.
- Das ist nicht unbedingt eine gute Ausgangslage: Weder ist sie ein Schutz gegen schwache nationale Gesetze, noch eine gute Situation für ein Land, das strengere Gesetze hat. Es kann ein überzeugender Punkt sein, die strengeren eigenen Gesetze abzusenken, um sie in Übereinstimmung mit dem Völkerrecht zu bringen.
  - Sie läßt Schlüsselbegriffe wie „Wahrheit" und „informiertes Einverständnis", „minimales Risiko" undefiniert. Wer sind die Vertreter, was ist eine autorisierte Körperschaft?
  - Mit anderen Worten: Sie geht von so einem hohen Grad von Allgemeinheiten aus, daß man nicht verläßlich vorhersehen kann, welche medizinischen und wissenschaftlichen Eingriffe außerhalb ethischer Grenzen geregelt werden.

Das Leitungskomitee der Bio-Medizin-Konvention stellte fest, daß Artikel 17 über Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen *„mit den besten internationalen und nationalen Standards übereinstimmt"*.

Artikel 17.2 lautet:

In Ausnahmefällen und nach Maßgabe der gesetzlich vorgeschriebenen Schutzbestimmungen kann Forschung, die potentiell nicht von unmittelbarem Nutzen für die Gesundheit des Betroffenen ist, unter den in Absatz 1 Ziffern i, iii, iv und v genannten und den nachfolgenden zusätzlichen Voraussetzungen zugelassen werden:

i) die Forschung hat zum Ziel, durch eine spürbare Verbesserung des wissenschaftlichen Verständnisses für den Zustand, die Krankheit oder die Störung der Person dazu beizutragen, letztlich Ergebnisse zu erreichen, die geeignet sind, dem Betroffenen oder anderen Personen, die sich in der gleichen Altersstufe befinden oder die an der gleichen Krankheit oder Störung leiden oder sich in dem gleichen Zustand befinden, zu nutzen,

ii) die Forschung geht für den Betroffenen nur mit einem minimalen Risiko und einer minimalen Belastung einher.

- Es mangelt an Hinweisen jeglicher Überwachung der Forschung. Es ist nicht genug, nur daran interessiert zu sein, ein Einverständnis zu erlangen. Was passiert, um die höchstmögliche moralische Integrität sicherzustellen?
- Es herrscht ein Mangel an Aufmerksamkeit gegenüber sich ändernden Umständen, gegenüber unvorhergesehenen Problemen entweder in der Forschung oder den Gefühlen der Personen bzw. deren Vertretern über die Forschung.
- Auch das Fehlen von jeglichem Vergleich zwischen dem Angebot der Standardbehandlungen in der üblichen Situation und dem, was das Forschungsprotokoll ist, stellt einen Mangel dar.
- Dies ist eine extreme Verallgemeinerung ohne irgendwelche Praxisprotokolle oder gemeinschaftliche Gesetze über Beispiele, wie Risikoebenen klassifiziert werden können, wie Forschungen zu zählen sind, der die Personen unterzogen werden.

Im August 1997 wurde ein Arbeitsbericht der Maryland-Anwaltszeitung fertiggestellt. Thema war die Vorbereitung eines Gesetzesvorschlags über die Einwilligung zur Forschung an Personen, die in ihrer Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt sind. Es ist das Ergebnis aufwendiger Beratungen zwischen wissenschaftlichen Gemeinschaften, Behindertenvertretern, Juristen und anderen betroffenen Interessengruppierungen. Die Europäer haben dieses Problem tatsächlich in 39 Zeilen abgehandelt, während die Amerikaner dafür 32 Seiten benötigt haben, um die Schutzbestimmungen zu gestalten. Das hat nichts damit zu tun, daß die Verfasser so wortreich sind, aber der Sachverhalt war so komplex und der Bedarf nach Schutzbestimmungen war spürbar da.

Der Bevollmächtigte des staatlichen New Yorker Amtes für Qualität von Betreuungsdiensten für geistig behinderte Menschen sagte, daß in den USA Menschen in Anstalten schlechter geschützt seien als verurteilte Kriminelle, wenn es darum geht, für Experimente herangezogen zu werden.

Zur Geschichte der Menschenrechtsverletzungen in diesem Bereich: in den 60er und frühen 70er Jahren wurden in der damals größten amerikanischen Einrichtung 5200 geistig behinderten Menschen absichtlich mit einem lebenden Hepatitis Virus infiziert. Ihre Eltern wurden fälschlich informiert, daß sie Impfungen gegen den Virus erhielten. So schlecht diese Einrichtung auch war, es gab keine Alternative. Für verzweifelte Eltern gab es eine lange Warteliste. Um diese Liste zu umgehen, konnte man den Experimenten zustimmen und wurde sofort aufgenommen. Das wurde dann als freie Zustimmung und Information bezeichnet.

Vor kurzem wurde enthüllt, daß die Bundesregierung radioaktive Experimente betrieb, und bei einigen wurden Erwachsene des Massachusetts Instituts für geistig Behinderte miteinbezogen. Die Eltern wurden tatsächlich falsch über die Natur dieser Experimente informiert. Den jungen Menschen wurde erzählt, sie würden an einem Wissenschaftsklub teilnehmen. Tatsache war, daß ihnen Radium oder anderes in ihr tägliches Essen gemischt wurde. Als eine Kommission dieses Experiment nachträglich studierte, sagte einer der Buben, heute erwachsen: „Sie blendeten uns durch das Angebot spezieller Privilegien im Bereich Wissen, das wir so wenig hatten, daß

wir praktisch alles tun würden, um Aufmerksamkeit zu erlangen".

Die Vorteile des Maryland Draft Proposal liegen neben umfassenden Definitionen in der dauernden Überwachung und in der rigorosen Kategorisierung von Risikograden.

Es sind mehrere Kriterien, auf die die gesetzlichen Vertreter achten müssen, um zu entscheiden, ob eine behinderte Person an einem solchen Versuch teilnehmen kann, einschließlich irgendwelcher ausdrücklicher Vorlieben dieses Menschen. Aber auch religiös-moralische Glaubensfragen und persönliche Werthaltungen und Verhaltensäußerungen dieses Menschen sind zu erforschen.

Es ist nicht genug, sich auf Worte zu verlassen. Wie reagiert die Person? Jedwede Reaktion des einzelnen über die Forschungsteilnahme anderer Personen und jede Stellungnahme des einzelnen über die Auswirkungen von Forschungsteilnahme auf dessen Familie oder auf andere im selben medizinischen Zustand ist als wesentlich zu beachten.

Ganz egal, wie behindert der einzelne oder wie bescheiden dessen Status ist, seine Rechte müssen geschätzt und geehrt, geschützt, aktiv gleichgestellt und, wenn notwendig, erkämpft werden.

Wir brauchen mehr als gute Gesetze und internationale Konventionen. Wir brauchen Anwälte und Wissenschafter, die einen moralischen Kompaß und eine Verpflichtung besitzen, ihren Weg nicht zu verlieren. Die Reise ist am härtesten, wenn auf der einen Seite wissenschaftliche Entdeckung und Ruhm und auf der anderen Seite Stille oder die kleine Stimme der einwilligungsunfähigen Personen steht.

Wir müssen die Stimme des Gewissens der Gesellschaft sein oder die Stimme des Gewissens des einzelnen Wissenschafters.

E.MOSES, ein Überlebender der gerichtsbekannten Mengelschen Versuche an Zwillingen, hat geschrieben. *„Wann immer der Mensch für Experimente genutzt wird, der Wissenschafter muß eine moralische Verpflichtung eingehen, niemals eines Menschen Rechte und Würde zu verletzen; die Wissenschafter der Welt müssen sich erinnern, daß Forschung der Menschheit wegen und nicht der Wissenschaft wegen betrieben wird. Wissenschafter dürfen sich niemals loslösen von den Menschen, denen sie dienen".*

Und „Anwälte" von Menschen mit geistiger Behinderung dürfen niemals die Lasten der Geschichte vergessen und den Bedarf nach ständiger Wachsamkeit, wenn das Leben und die Freiheiten der gebrechlichsten und schwächsten Mitglieder der Gesellschaft daran hängen!

Prof. Stanley S. HERR
University of Maryland and Baltimore School of Law, Clinical Law Office
510 West-Baltimore Street
MD 21201-1786

Päpstlicher Rat für die Familie

Erklärung zum Geburtenrückgang in der Welt

Aufmerksamkeit gegenüber den demographischen Entwicklungen

Die Wahrheit über die demographischen Entwicklungen in den verschiedenen Ländern der Erde ist nicht mehr zu bestreiten. Es wir immer offensichtlicher und allgemein anerkannt, daß die Welt sich in einer Phase bedeutender Verlangsamung des Bevölkerungswachstums befindet, deren Beginn um das Jahr 1968 anzusiedeln ist. In 51 Ländern ist die Geburtenrate schon unter die Schwelle des Generationenersatzes gesunken. Etwa fünfzehn dieser Länder verzeichnen darüber hinaus höhere Sterbe- als Geburtenzahlen. Diese Tatsachen wahrer Solidarität, die entschieden auf die Zukunft ausgerichtet sind und die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte* achten, deren 50jähriges Jubiläum wir dieses Jahr begehen, sind ergreifend.

Dem ihm übertragenen Mandat gemäß verfolgt der Päpstliche Rat für die Familie die Bevölkerungsentwicklung der verschiedenen Länder der Erde aus nächster Nähe[1]. Zu diesem Zweck hat der Rat schon mehrere Zusammenkünfte für Experten von internationalem Rang einberufen. Verschiedene Versammlungen haben eine detailliertere Untersuchung der Zustände in diesem oder jenem Kontinent ermöglicht.

So wurde zum Beispiel die Lage in Amerika bei einem Kongreß in Mexiko[2] untersucht (21.-23.April 1993). Die Situation in Asien und Ozeanien wurde im Laufe eines Kolloquiums in Taipeh[3] erörtert (18. bis 20.September 1995), und die verschiedenen Formen der demographischen Entwicklung in den europäischen Ländern wurden in Rom[4] untersucht (17.-19.Oktober 1996). Der Päpstliche Rat für die Familie bereitet gegenwärtig eine der Lage in den afrikanischen Staaten gewidmete Versammlung vor.

Zur gleichen Zeit beobachtet der Päpstliche Rat für die Familie die Arbeiten der Forschungszentren, die sich mit demographischen Fragen befassen, mit Aufmerksamkeit und Interesse. Unter diesen Zentren ist vor allem die Abteilung für Bevölkerung des Wirtschafts- und Sozialrats der Vereinten Nationen zu nennen. Vom 4. bis 6.November 1997 hat diese hochrangige Einrichtung vierzehn international bekannte Experten zusammengerufen, um über die gegenwärtige Bedeutung des Fertilitätsrückgangs auf globaler Ebene, über seine Ursachen und Folgen zu diskutieren. Diese Experten konnten nur das bestätigen, was alle demographischen Daten schon seit mehreren Jahren anzeigen: und zwar, daß der Rückgang der Fruchtbarkeit, der schon seit zwanzig Jahren in der Mehrzahl der Industrieländer - Nord- und Westeuropas, Kanadas, der Vereinigte Staaten, Japans, Australiens, Neuseelands - zu beobachten ist, sich inzwischen auf eine wachsende Anzahl von Entwicklungsländern in Süd- und Osteuropa, in Asien und der Karibik ausgedehnt hat, was wiederum zu einem Abfall der Fertilitätsrate („total fertility rate" oder TFR) unter die Schwelle des „Generationenersatzes" geführt hat, und dies in 51 Staaten der Erde, wo 44% der Weltbevölkerung leben. Einer der Experten bemerkte zum Thema dieser beständigen Abnahme seit 1975 in den Ländern, die schon damals schwache Geburtenziffern aufwiesen: „Wenn der Umschwung der Fruchtbarkeit einmal begonnen hat, setzt sich sein steter Niedergang unweigerlich fort[5]".

Eine pauschale und irrige Auffassung

Seit allzu langer Zeit verbreiten die meisten Abhandlungen über die Bevölkerungsentwick-

lung eine pauschale und falsche Auffassung, wonach die Welt in einer beachtlichen, ja sogar „galoppierenden" Spirale der Bevölkerungszunahme gefangen wäre, die zu einer „Bevölkerungsexplosion" führe. Der Päpstliche Rat für die Familie, der in einer seiner Veröffentlichungen[6] die Grundlosigkeit dieser „allgemeinen Auffassung" dargelegt hatte, freut sich, feststellen zu können, daß sogar innerhalb einiger Organisationen der Vereinten Nationen die wahren Tatsachen über Bevölkerungsentwicklung langsam anerkannt werden. Seit etwa dreißig Jahren riefen nämlich die von diesen Organisationen veranstalteten Konferenzen unbegründete Befürchtungen hinsichtlich demographischer Fragen hervor, vor allem in den südlichen Ländern. Auf dieser alarmierend beunruhigenden Grundlage haben verschiedene Einrichtungen der Vereinten Nationen– sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart– bedeutende finanzielle Mittel investiert mit dem Ziel, zahlreiche Länder zur Durchsetzung einer Politik der Bevölkerungsdrosselung zu zwingen. Es ist erwiesen, daß diese Programme, die immer von außen kontrolliert werden, normalerweise Zwangsmaßnahmen zur Geburtenkontrolle mit sich bringen. Auch die Entwicklungshilfe wird regelmäßig der Durchführung von Programmen zur Kontrolle der Bevölkerungszunahme unterworfen, einschließlich Zwangssterilisierung oder Sterilisierung ohne das Wissen der Betroffenen. Diese malthusianistischen Maßnahmen werden überdies von den nationalen Regierungen durchgeführt und durch den Beitrag der Nicht-Regierungsorganisationen (NGO) erweitert, deren bekannteste wohl der Internationale Verband für Familienplanung (IPPF) ist.

In den armen Ländern sind die ersten Opfer dieser Programme die unschuldigen und schutzlosen Bevölkerungsschichten. Man täuscht sie absichtlich, indem man sie zur Einwilligung in ihre Verstümmelung drängt, unter dem lügnerischen Vorwand, daß das – für sie – die Voraussetzung für ihren Fortschritt ist.

Überalterung der Bevölkerung und Bevölkerungsabnahme

Diese katastrophale Politik steht in vollkommenem Gegensatz zu den tatsächlichen demographischen Entwicklungen, wie sie aus den Statistiken und aus der Auswertung der verfügbaren Daten hervorgehen. Seit dreißig Jahren geht die Zuwachsrate der Weltbevölkerung in gleichmäßigem und bedeutendem Rhythmus zurück. Von 185 Ländern der Erde haben 51 in den vergangenen Jahren einen beeindruckenden Niedergang ihrer Fruchtbarkeit verzeichnet, und inzwischen reichen ihre Geburtenziffern nicht mehr aus, um die Sterbeziffern auszugleichen. Es sei darauf hingewiesen, daß in diesen 51 Ländern 44% der Weltbevölkerung leben. Anders ausgedrückt: Die Fruchtbarkeitsrate dieser Länder, das heißt die Zahl der Kinder pro Frau, liegt unter 2,1. Man weiß, daß das notwendige minimale Niveau zur Erneuerung der Generationen in den über gute Gesundheitsbedingungen verfügenden Ländern bei diesem Wert liegt.

Diese Situation findet man in fast allen Erdteilen. So haben folgende Länder eine Fruchtbarkeitsrate, die unter der Schwelle des Generationenersatzes liegt: in Amerika: die Vereinigten Staaten, Kanada, Kuba und die Mehrzahl der karibischen Inseln; in Asien: Georgien, Thailand, China, Japan und Südkorea; in Ozeanien: Australien, ferner fast alle der vierzig Länder Europas. In diesem letztgenannten Kontinent führt die Verschärfung der Auswirkungen des Alterns inzwischen zur Entvölkerung, mit einer Sterbeziffer, die höher ist als die Geburtenzahl. Diese negative Bilanz ist in dreizehn Ländern schon Tatsache geworden, so zum Beispiel in Estland, Lettland, Deutschland, Weißrußland, Bulgarien, Ungarn, Rußland, Spanien und Italien.

Über die Bevölkerungsüberalterung hinaus, die er nach sich zieht, stellt dieser Rückgang der Fruchtbarkeit in vielen Gegenden noch eine besonders beängstigende Frage, nämlich

die der Bevölkerungsabnahme– mit allen negativen Auswirkungen, die unweigerlich damit einhergehen. Die Aussicht, die sich ergibt, ist eine Zunahme der Länder mit einer Fruchtbarkeitsrate unterhalb der Schwelle des Generationenersatzes. Ebenso steht fest, daß die Zahl der Länder mit höheren Sterbe- als Geburtenziffern zunehmen wird.

Die Wahrnehmung dieser Tatsachen, die den aufmerksamen Bevölkerungsforschern schon lange bekannt sind, ist bei den Medien, in der öffentlichen Meinung und bei den Entscheidungsträgern noch fast unbekannt. Sie wurde bei den internationalen Konferenzen praktisch mit Stillschweigen übergangen, wie z.B. anläßlich der Konferenz von Kairo 1994 oder der von Peking 1995 festzustellen war.

Vielfältige Ursachen

Die Ursachen dieser noch nicht in die Öffentlichkeit gedrungenen Situation sind sicherlich vielfältig. J.Cl.CHESNAIS vom „Institut National d'Etudes Démographiques" (Paris) hat sie bei der obengenannten Expertenkonferenz bereits im Detail analysiert[7].

Einige davon sind auf jeden Fall recht einfach auszumachen. In einer absolut nicht „ehe-fördernden" Umgebung hat die Zahl der Eheschließungen stark nachgelassen. Dies bedeutet, daß die Leute seltener heiraten als früher. Das Durchschnittsalter bei der Mutterschaft hat bedeutend zugenommen und steigt noch weiter. Die Gesetze der Arbeitswelt fördern keineswegs den Wunsch der Frauen, Familienleben und Berufstätigkeit harmonisch zu vereinen. Der Mangel an einer wahren Familienpolitik, und zwar gerade in den Ländern, die direkt von einem merklichen Bevölkerungsrückgang betroffen sind, führt dazu, daß die Familien nicht so viele Kinder haben können, wie sie eigentlich möchten: Man schätzt den Unterschied zwischen der Kinderzahl, die die europäischen Frauen wünschen, und der Zahl, die sie effektiv haben, auf etwa 0,6 Kind pro Frau[8].

J.Cl.CHESNAIS beschließt seinen Bericht über die Ursachen des Fertilitätsrückgangs mit der Einführung eines neuen Faktors in den demographischen Bereich. Dieser Faktor war bisher von den Bevölkerungswissenschaftlern vollständig vernachlässigt worden: Es handelt sich um das von der Bevölkerung gelebte Verhältnis zwischen Pessimismus und Hoffnung. Nach Meinung dieses Autors kann ein Wiederansteigen der Fertilität in den Ländern mit Bevölkerungsrückgang nur dann erwartet werden, wenn es vorher zu einem „Stimmungsumschwung" in diesen Ländern kommt, d.h. zum Übergang vom gegenwärtigen Pessimismus zu einer inneren Einstellung, die mit der des „Baby-boom"-Zeitalters beim Wiederaufbau nach dem Zweiten Weltkrieg zu vergleichen ist[9].

Neben diesen Ursachen, die mit den Lebensbedingungen und gewissen sozio-kulturellen Anpassungen in den Industrieländern zusammenhängen, gibt es weitere Faktoren, die den Bevölkerungsrückgang unmittelbar mit dem Willen des Menschen, also seiner Verantwortung, verbinden. Es handelt sich um die Maßnahmen und die Politik der freiwilligen Geburtenbeschränkung. Die Verbreitung der chemischen Empfängnisverhütungsmethoden, und oft auch die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, wurden zur selben Zeit entschieden, als die Maßnahmen zur Förderung der Aufnahme des Lebens schwächer wurden.

Seit einigen Jahren ist zu den vorgenannten Ursachen die Massensterilisierung hinzugekommen, von der schon vorher die Rede war. Wir erinnern uns an die flächendeckenden Kampagnen zur Sterilisierung von Männern und Frauen, die 1954 und 1976 in Indien durchgeführt wurden mit allen davon hervorgerufenen Skandalen, die schließlich zum Sturz der Regierung von Frau GANDHI führten[10]. In Brasilien sind von allen Frauen, die eine Methode zur Geburtenkontrolle verwenden, etwa 40% sterilisiert.

Gerade in diesen Tagen haben uns die Medien Informationen über die Sterilisierungskampagne geliefert, die letztes Jahr in Peru unter Kontrolle des Gesundheitsministeriums rücksichtslos durchgesetzt wurde und auf der ganzen Welt eine Welle der Empörung auslöste[11]. Man spricht nicht nur von dem „Druck", den die Gesundheitsbeamten[12] auf die Frauen ausübten, um diese – die größtenteils weder lesen noch schreiben könnten und nur wenig oder gar nichts über die wirkliche Tragweite ihrer „Operation"[13] wissen – dazuzubringen, sich sterilisieren zu lassen, sondern es wird auch zugegeben, daß diese Unternehmung mehrere Menschenleben gekostet hat. Die katholische Kirche, vertreten durch ihre Bischöfe, hat Klärungen zur Sache gefordert[14]. Sie steht damit nicht allein: Eine große Gruppe Abgeordneter hat verlangt, daß der Peruanische Kongreß die (über 100.000) durchgeführten Sterilisierungen untersucht, um festzustellen, unter welchen sanitären und moralischen Bedingungen diese Eingriffe vorgenommen wurden. Diese Abgeordneten fordern, daß der ganzen Wahrheit über die Verletzung der Menschenrechte während dieser Regierungskampagne auf den Grund gegangen werde[15].

Wir steuern auf ernsthafte Ungleichheiten zu

Aus diesen kurz skizzierten Hauptursachen ergeben sich äußerst besorgniserregende Folgen. Der Anteil der Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung nimmt rapide ab. Daraus folgt eine Umkehrung der Alterspyramide mit wenigen jungen Erwachsenen, die die Produktivität des Landes sicherstellen und die Last einer großen Gruppe von alten, nicht mehr erwerbstätigen Menschen aushalten müssen, die immer mehr Pflege und medizinische Mittel benötigen. Sogar innerhalb der erwerbstätigen Bevölkerung kommt es zu schweren Ungleichheiten zwischen den erwerbstätigen Jugendlichen und den weniger jungen Erwerbstätigen, die versuchen, ihre Arbeitsplätze zu sichern – zum Schaden der jüngeren Generation, die in einen beschränkten Arbeitsmarkt eintritt.

Auch darf man nicht die Auswirkungen einer überalterten Bevölkerung auf das Erziehungssystem vergessen. In der Tat ist die Versuchung groß, die Mittel, die normalerweise für die Ausbildung der neuen Generationen aufgewendet werden, zu kürzen, um die mit der Überalterung einhergehende finanzielle Last tragen zu können. Diese Schwächung des Erziehungssystems führt wiederum zu einem beträchtlichen Risiko: zum Verlust des kollektiven Geschichtsbewußtseins. Die Weitergabe der kulturellen, wissenschaftlichen, technischen, künstlerischen, sittlichen und religiösen Kenntnisse wird dadurch stark vorbelastet. Wir möchten außerdem darauf hinweisen, daß – im Gegensatz zu dem, was allgemein verbreitet wird – auch das Problem der Arbeitslosigkeit von der Bevölkerungsabnahme verschärft wird.

Die Forscher unterstreichen auch einige weitere Aspekte dieser Entwicklung: so zum Beispiel, daß die Zunahme des durchschnittlichen Alters der Bevölkerung sich logischerweise auch im psychologischen Profil der betroffenen Gesellschaft niederschlägt: „Mißmut", Mangel an intellektueller, wirtschaftlicher, wissenschaftlicher und sozialer Energie und Mangel an Kreativität, unter denen einige „überalterte" Nationen schon jetzt zu leiden scheinen, wären demnach nichts anderes als ein Ausdruck der Struktur ihrer Alterspyramide.

Zur gleichen Zeit nimmt der Prozentsatz der alten Menschen zu, die direkt zu Lasten der Gesellschaft gehen, während zugleich die produktive Basis dieser Gesellschaft, die Quelle der öffentlichen Einkünfte, kleiner wird. Um also die Funktionsfähigkeit der Wohlfahrtssysteme (Versicherungen, Renten, Pflege usw.) sicherzustellen, ist die Versuchung, auf Euthanasie zurückzugreifen, groß. Bekanntlich wird sie in manchen europäischen Ländern schon praktiziert.

Unter den sichtbarsten Auswirkungen der Fruchtbarkeitsabnahme sind außerdem die krassen Mißverhältnisse zu nennen, die schon jetzt zwischen Bevölkerungen mit sehr unterschiedlichen Altersstrukturen vorherzusehen sind. Wenn man zum Beispiel die Alterspyramiden von Ländern wie Frankreich, Spanien und Italien einerseits mit denen Algeriens, Marokkos oder der Türkei andererseits vergleicht, ist man von ihrer Gegensätzlichkeit und von den Schwierigkeiten beeindruckt, die diese Situation nach sich zieht. Einige unserer gegenwärtigen Probleme, z.B. die Unmöglichkeit für die reichen Länder, den Strom illegaler Einwanderer aus den ärmeren Ländern effektiv zu drosseln, geben uns nur eine Vorahnung dieser zukünftigen Schwierigkeiten.

Es ist dringend notwendig, die öffentliche Meinung und die Entscheidungsträger umfassend über diese Entwicklungen aufzuklären. Nicht weniger dringend notwendig ist es, die Fehlinformationen zu beseitigen, die so oft in Darstellungen angeführt werden, die eigentlich nur rein ideologische Sophismen verbergen– ganz zu schweigen von statistischen Fälschungen. Wie in allen anderen Bereichen des Wissens, so behaupten sich auch im Bereich der Bevölkerungswissenschaft beharrlich die Tatsachen, und die Wahrheit kann nicht ewig verschleiert werden. Man darf mit Freude feststellen, daß diese Wahrheit immer mehr ans Licht kommt, denn die Vereinten Nationen haben nicht gezögert, durch die Abteilung für Bevölkerung die oben erwähnte Expertengruppe einzuberufen, um über die Frage der „Fertilität unterhalb der Schwelle des Generationenersatzes" („Below Replacement Fertility") zu diskutieren. Nichts steht einer Ausmerzung der Fehler und Lügen entgegen, derer man sich allzuoft bedient, um politische und andere Programme zu „rechtfertigen", die mit der Achtung der grundlegenden Menschenrechte völlig unvereinbar sind.

Den Menschen und seine Rechte feiern

In diesem Zusammenhang trägt der fünfzigste Jahrestag der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* dazu bei, die Erinnerung der menschlichen Gemeinschaft aufzufrischen. Diese Rechte zu feiern bedeutet, den Menschen zu feiern. Es handelt sich dabei für diese Gemeinschaft um eine vorzügliche Gelegenheit zur Verwirklichung der Achtung jener wesentlichen Werte, die sie gebilligt und auf die sie ihre Zukunft aufzubauen sich verpflichtet hat. Diese Werte müssen jeglicher Anfechtung von seiten der Staaten, der internationalen Organisationen, der privaten Gruppen oder der Einzelpersonen entzogen werden. Sie heißen: Recht auf Leben, Recht auf physische und psychische Unversehrtheit, gleiche Würde aller Menschen (vgl.Artikel 1).

Das Jahr 1998 bietet also allen Menschen und allen Nationen die Gelegenheit, ihre rückhaltlose und enthusiastische Zustimmung zum Wortlaut und Geist der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* aus dem Jahr 1948 zu bekräftigen.

In dieser Hinsicht ist eine große Wachsamkeit erforderlich. Die Treue zu dieser Erklärung beeinhaltet die Ausschließung aller Machenschaften, die– unter dem Deckmantel sogenannter „neuer Rechte"– darauf abzielen, Abtreibung zu ermöglichen (vgl. Artikel 3), die physische Unversehrtheit zu verletzen (vgl. ebd.) und die heterosexuelle und monogame Familie zu zerstören (vgl. Artikel 16).

Gegenwärtig werden gerade heimtückische Maßnahmen in diesem Sinne unternommen. Sie haben eine unheilvolle Zielsetzung: den Menschen gewisser Grundrechte zu berauben und die Schwächsten neuen Formen der Unterdrückung zu unterwerfen (vgl. Artikel 4 und 5). Die Lügen, von denen sich diese Versuche nähren, münden unvermeidlich in Gewalt und Barbarei und führen die „Kultur des Todes" herbei[16]. Papst JOHANNES PAUL II. hat erklärt: „Die Menschenrechte stehen höher als jede ver-

fassungsmäßige Ordnung". Diese Rechte sind jedem Menschen eigen. Sie gehen in keiner Weise aus übereinstimmend getroffenen Entscheidungen hervor, die jederzeit neu ausgehandelt werden können – je nach den existierenden Machtverhältnissen oder den bestehenden Interessen. Das Vorhandensein dieser im Jahr 1948 anerkannten und feierlich verkündeten Rechte ist in keiner Weise von den mehr oder weniger glücklichen Formulierungen abhängig, die man in den Verfassungen und Gesetzen findet (vgl. Artikel 2,2). Jede Verfassung und jedes Gesetz, das nach einer Beschränkung der Tragweite dieser verbrieften Rechte oder nach einer Verfälschung ihrer Bedeutung trachtet, sollte sofort als diskriminierend und – wie es die Präambel der *Erklärung* nahelegt – als „totalitarismusverdächtig" angezeigt werden. Auf dieser gemeinsamen Basis der Werte, die zum Preis so vieler Tränen verteidigt wurden, kann sich das Nationengeflecht regenerieren und eine weitumspannende Stadt aufgebaut werden, die für die „Kultur des Lebens" offen ist. Dieses ehrgeizige Projekt liegt nicht außerhalb der Reichweite, aber die Solidarität zwischen den Völkern, die gleichzeitig Nahrung und Frucht davon ist, setzt eine neue Bestätigung der Solidarität zwischen den Generationen voraus. Infolgedessen lädt der Päpstliche Rat für die Familie alle Menschen guten Willens und besonders die christlichen Organisationen ein, die objektiven Tatsachen der Bevölkerungsentwicklung bekannt zu machen. Der Rat fordert sie auf, alle Maßnahmen zur Geburtenbeschränkung, die vollkommen ungerechtfertigt sind und im übrigen den Menschenrechten völlig widersprechen, mutig zu verurteilen.

Rom, 27. Februar 1998

Referenzen

1. Päpstlicher Rat für die Familie, *Evolutions démographiques. Dimensions Ethiques et Pastorales*, Vatikanstadt, Libreria Editrice Vaticana, 1994, ISBN 88-209-1991-5.
2. *Cuestiones Demográficas en América Latina en perspectiva del ano internacional de la familia 1994*, México, abril de 1993, Ediciones Provive, ISBN 980-6256-04-2.
3. *International Conference on Demography and the Family in Asia and Oceania*, Taipei, Taiwan, 18.-20.September 1995, The Franciscan Gabriel Printing Co. Ltd. December 1996, ISBN 957-98831-1-4.
4. *Familia et Vita*, Jahrgang II, Nr.1, 1997, S.3-137.
5. *„Once the fertility transition begins, further declines follow invariably"*. Aminur KHAN, Fertility Trends among Low Fertility Countries, Expert Group Meeting on Below-Replacement Fertility, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, UN/POP/BRF/BP/1997/1, S.11.
6. Vgl. *Anm.* .1
7. J.Cl.CHESNAIS, *Determinants of Below-Replacement Fertility*, Expert Group Meeting on Below Replacement Fertility, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, New York, 4.-6.November 1997. UN/POP/BRF/BP/1997/2/, S.3-17.
8. J.Cl.CHESNAIS, a.a.O., S.12.
9. „In der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts haben wir den Untergang des Puritanismus und den Sieg des Materialismus (Hedonismus, Konsumkult, amerikanischer Lebensstil) erlebt. Das kommende Jahrhundert könnte die Grenzen dieses Modells aufzeigen... Die triviale Interpretation des 'Baby-Boom' als Reaktion auf den wirtschaftlichen Aufschwung ist nicht haltbar. Die entscheidende Änderung war eine Veränderung der Geisteshaltung: von der Trauer zur Hoffnung. Wie ist die Umkehrung einer solchen Geschichtsentwicklung ohne einen großen Schock denkbar?" J.Cl.CHESNAIS, a.a.O., S.13-14.
10. Die Zustimmung der Personen zu dem chirurgischen Eingriff, der unter Mißachtung jeglicher Hygienevorschriften durchgeführt wurde, erhielt man im Tausch gegen Lebensmittel. Die Zahl dieser „freiwilligen" Sterilisierungen nahm im Jahr nach dem Umsturz der Regierung von Frau Gandhi um 90% ab. J.H.LEAVESLEY, *Update on sterilization*, Family Planning Information Service, Bd.1, Nr.5, 1980.
11. Wie in der Zeitung *Le Monde* nachzulesen ist, waren die Vorwürfe gegen die Geburtenpolitik in Peru nicht neu, „da sie aber– bis heute– von der katholischen Kirche ausgingen, wurde die öffentliche Meinung davon nicht angesteckt, da sie der traditionellen Opposition der Kirche gegen Schwangerschaftsverhütung zugeschrieben wurden.
    Heute allerdings geht der Protest vom dritten Nationalkongreß der Bauern- und Eingeborenenfrauen aus und wird von der Bauerngewerkschaft, den allgemeinen Frauenverbänden, den Feministinnen und den Oppositionspolitikern wiederaufgenommen". N.BONNET, *La*

campagne de stérilisation au Pérou provoque de nombreuses critiques. L'existence de pressions exercées sur les femmes a été dénoncée par un journal et plusieures organisations et reconnue par le viceministre de la santé, Le Monde, 2.Januar 1998, S.3.

12. Der amerikanische Experte Richard CLINTON meint dazu: „Die Kliniken müssen ihre monatlichen Sollzahlen einhalten". Daraus ergab sich, daß gegen Monatsende die Beamten des Gesundheitsministeriums – aus Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren – die Quechualfrauen dazu drängten, in der Klinik vorbeizukommen, „um ihr Baby impfen zu lassen und um sich einem kleinen, kostenlosen und schmerzlosen Eingriff zu unterziehen". N.BONNET, a.a.O.
13. Die Zeitung *El Comercio* entschloß sich, der Sache auf den Grund zu gehen, und sie hat in den ärmsten Gegenden des Landes eine weitreichende Untersuchung über diese Sterilisierungen angestrengt.
    Die dort gesammelten Zeugenaussagen bestätigen, daß sich die Frauen im Tausch gegen Lebensmittel und Pflege für ihre kleinsten Kinder einer Tubenligatur unterzogen. Die Zeitung erklärt, daß der Staat die Kosten für den chirurgischen Eingriff übernimmt; wenn die Operation allerdings mißlingt, lehnt der Staat jede Verantwortung für Komplikationen und Sterbefälle ab. N.BONNET, a.a.O.
14. Joaquin Díez ESTEBAN, La campana de control de la natalidad se cobra cinco víctimas, Palabra, 1.2.1998, S.22.
15. Ebd.
16. JOHANNES PAUL II., Enzyklika *Centesimus annus*, 39.

Vierlinge durch künstliche Befruchtung

Familie B. hatte bereits ein gesundes Kind, wünschte sich nun sehr ein zweites. Leider kam es nicht zur Schwangerschaft, so suchte Frau B. einen ihr gut bekannten Gynäkologen auf. Da auch die folgende Hormonbehandlung keine Wirkung zeigt, riet ihr der Arzt zur künstlichen Befruchtung. Er klärte das Ehepaar über Behandlung, Wirkung und mögliche Folgen dieses Vorschlages auf. Jedenfalls siegte der Kindeswunsch über alle Bedenken und die künstliche Befruchtung wurde durchgeführt.

Schon sehr bald wurde festgestellt, daß nicht nur eine Eizelle, sondern vier befruchtet worden waren. Mit dem Hinweis, daß mit dem Abgang von mindestens zwei Embryonen gerechnet werden muß, stimmte die Frau dem Transfer zu. Es entwickelten sich aber alle vier Embryonen. Daraufhin wurde der Patientin vorgeschlagen, daß zwei der Kinder entfernt werden müssen, weil sonst die Gefahr bestünde, daß sich die Kinder nicht normal entwikkeln könnten. Auch mit Schwierigkeiten während und nach der Geburt sei zu rechnen. Die Frau war darüber entsetzt. Mit einer deartigen Komplikation hatte sie nicht gerechnet. Sie besprach alles mit ihrem Mann und das Ehepaar entschloß sich, den sogenannten selectiven Fetocid nicht vornehmen zu lassen. Das Ärzteteam war darüber ziemlich erbost, und die Arzt-Patient-Beziehung kühlte fühlbar ab.

Die Schwangerschaft war recht problematisch, Frau B. mußte sich immer wieder in stationäre Behandlung begeben. Es kam zur Frühgeburt durch Kaiserschnitt. Die Kinder waren alle noch nicht lungenreif und, trotz künstlicher Beatmung kam es bei zwei Kindern zu einer nachhaltigen Schädigung.

Die Kinder, ein Bub, drei Mädchen, konnten erst nach längerer Behandlung auf der Neonatologie nach Hause entlassen werden.

Nun tauchte bereits der erste Verdacht einer bleibenden Schädigung bei zwei Kindern auf, was sich leider bald bestätigte. Beim Buben wurde eine geistige Behinderung festgestellt, während bei einem Mädchen spastische Schädigungen auftraten. Bei einem weiteren Mädchen waren die Lungenbläschen nicht ganz entwickelt, jeder kleinste Schnupfen wurde zur Lungenentzündung.

Bei der Ärzteschaft fand das Ehepaar wenig psychische Anteilnahme. Man verhielt sich korrekt, aber distanziert und ließ die Eltern fühlen, daß sie selbst an der „Misere schuld" seien. Nicht umsonst hatte man zur Entfernung von zwei Embryonen geraten.

Die Familie bemühte sich rund um die Uhr um die Kinder, wobei jedoch der bereits 3 Jahre alte erste Sohn, unbewußt und ungewollt, stark vernachläßigt wurde. Er entwickelte eine arge Aggressivität allen Fremden gegenüber und begann seine Geschwister abzulehnen.

Nach zwei Jahren fand die Mutter das geschädigte Mädchen eines Morgens tot in ihrem Bett auf, fast genau ein Jahr später passierte mit dem Buben das gleiche.

Die Verzweiflung in der Familie war groß, die genaue Todesursache der beiden Kinder konnte nie ganz abgeklärt werden.

Es sind nun weitere Jahre vergangen, die beiden überlebenden Kinder entwickeln sich recht gut, sind auch bereits widerstandskräftiger geworden, mit dem älteren Buben gibt es jedoch weiterhin große psychische Probleme.

Kommentar zum Fall:

Vierlinge durch künstliche Befruchtung

Martin SCHLAG

Die rechtliche und auch – obwohl in geringerem Masse – die ethische Analyse eines komplexen Lebenssachverhalts muß abstrahieren und Elemente außerachtlassen, die für eine gesamtmenschliche Sicht, die Gefühle und Emotionen einbezieht, bedeutsam sind.

In diesem – reduktiven – Sinn scheinen mir im vorliegenden Fall vier Probleme moralisch relevant zu sein: die Vornahme einer In-vitro-Fertilisation; das Ansinnen, einen selektiven Fetozid vorzunehmen; Haftungsfragen; die Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht.

Zunächst zur In-vitro-Fertilisation. Im Rahmen einer Fallbesprechung kann dazu freilich nicht umfassend Stellung genommen werden. Es sei lediglich auf einige Aspekte hingewiesen. Gerade die in diesem Fall auftauchenden Argumentationsweisen und Komplikationen sind Gründe für die negative Beurteilung, d.h. die moralische Unzulässigkeit der IVF. Es wurde eine Hormonstimulation vorgenommen, die mehrere Follikel zur Reifung gebracht hat, danach wurden vier Eizellen simultan befruchtet, die in den Uterus transplantiert wurden. Dieser „multiple Transfer" geschah in der Hoffnung und mit dem Wunsch, daß zwei bis drei dieser vier Embryonen abgehen würden.

In diesem Vorsatz liegt jedoch eine Verdinglichung des einzelnen menschlichen Embryos, die seine Personenwürde verletzt. Der einzelne Embryo aus der Gruppe der vier wird nicht um seiner selbst willen gezeugt und transferiert, sondern als Masse zur Verbesserung der statistischen Erfolgsrate der IVF. Die Willenshaltung oder der Vorsatz bezüglich jedes einzelnen Embryos ist nicht jener der bedingungslosen Bejahung seines Lebens. Bejaht wird nur einer aus mehreren. Der Tod jener Embryonen, die im Normalfall absterben, wird vorsätzlich gutgeheißen. Eine Handlung (Erzeugung und Transfer von Menschen), die von einem solchen Vorsatz strukturiert ist, stellt eine Tötungshandlung dar und ist daher ethisch unzulässig.

Aus dem gleichen Grund ist der selektive Fetozid unzulässig: Es ist nie erlaubt, einen unschuldigen Menschen direkt zu töten. Geschützt ist nicht die Überlebenswahrscheinlichkeit, sondern der Mensch selbst. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob eine Tötung zur Rettung der anderen nicht ausnahmsweise – etwa als indirekte Tötung – zulässig sein könnte. Der Vorsatz – so könnte man argumentieren – richtet sich ja nicht auf die Tötung eines bestimmten Menschen, sondern darauf, die anderen zu retten: Die Alternative zum selektiven Fetozid ist im Normallfall der Tod aller Föten. Diese Frage ist zu verneinen. Obwohl es manchmal zulässig und sogar geboten sein kann, das eigene Leben hinzugeben, um andere zu retten, wenn dies auf Grund höherer Gewalt unvermeidlich ist, ist es niemals zulässig, sich selbst oder andere zu töten. Man darf für andere „sterben", aber man darf nicht für andere „töten". Das Leben ist eine inkommensurable Größe. Es kann nicht mit anderen Leben in Abwägung gebracht werden.

Die Eltern haben daher im vorliegenden Fall insofern richtig gehandelt, als sie eine selektive Abtreibung ablehnen. Die Ärzte dürfen sie nicht für die Komplikationen, auch nicht für den natürlichen Tod zweier Kinder, verantwortlich machen, sondern diese sind Folge eines medizinischen Fehlverhaltens, nämlich ei-

ner unzureichenden anfänglichen Aufklärung. Wäre das Ehepaar vorher umfassend informiert worden, hätte es möglicherweise von diesem Eingriff Abstand genommen.

Diese Pflichtverletzung läßt Haftungsfragen entstehen. In den letzten Jahren ist in mehreren Staaten eine „wrongful-birth"-Judikatur aufgekommen, die die Geburt eines Kindes entgegen dem Abtreibungswunsch der Eltern als Schaden klassifiziert. Das Leben selbst, eventuell das behinderte Leben, wird als Schaden eingestuft, für das der Arzt Schadenersatz zu leisten hätte. Dies übt natürlich einen erheblichen Druck auf die Ärzte aus, die Geburt eines solchen Kindes zu verhindern, was möglicherweise auch hier hinter der Abkühlung des Arzt-Patienten Verhältnisses steht. Die „wrongful-birth"-Doktrin ist mit einem richtigen Verständis der Menschenwürde unvereinbar. Das Leben eines Menschen, auch eines behinderten Menschen, stellt nie einen Schaden dar, weil der Mensch nicht Mittel oder Ding ist, mit dem etwas, z.B. das Wohlergehen seiner Eltern, erreicht wird, sondern immer Ziel, Zweck. Sobald eine menschliche Person mit der Empfängnis ins Dasein kommt, tritt mit ihr etwas Unbedingtes, Absolutes in der Gesellschaft auf, das eine unbedingte Bejahung erfordert. Jedes Leben, gerade auch das behinderte, ist eine Bereicherung der Gesellschaft, das ungeplante oder sogar ungewünschte Leben der Härtetest der Humanität einer Gemeinschaft. Im vorliegenden Fall ist mehreres hervorzuheben: Die Ärzte sind zunächst vor „wrongful-birth" Klagen zu schützen: Das Verlangen nach Tötung eines ungeborenen Kindes ist eine Ungeheuerlichkeit, die jeder Arzt unbehelligt zurückweisen muß und darf. Andererseits aber ist der Arzt für jene Verletzungen des Fötus haftbar, die er durch rechtswidriges Handeln bewußt verursacht. Dies ist hier der Fall. Den Ärzten war es durchaus zumutbar, die Komplikationen vorauszusehen. Tatsächlich raten sie zum selektiven Fetozid aufgrund dieser vorhergesehenen Schädigungen. Dieser Haftung können sie sich wiederum nicht durch die Tötung der Föten entziehen.

Nicht immer sind Folgekomplikationen Zeichen eines ursprünglich unmoralischen Verhaltens. Oft jedoch schon. In diesem Fall durchaus.

Dr.iur.Dr.theol. Martin SCHLAG
Universitá Pontificia della Santa Croce
Piazza dei Sant'Appolinare 49
I-00186 Roma

Austria Tabak finanziert Anti – Raucher Kampagne

Austria Tabak sponsert eine Initiative, die junge Menschen davon abbringen soll, zur Zigarette zu greifen. Als Zielgruppe gelten dabei Kinder zwischen dem zehnten und dem fünfzehnten Lebensjahr. Es ist das erste Mal, daß sich ein Tabakkonzern zu so einem Schritt entschließt. Laut einer Aussage des Organisators der Kampagne, Karl FRIEDRICH aus dem Gesundheitsministerium greifen bereits Kinder im Alter von elf Jahren zur Zigarette. Austria Tabak sieht sich in keinem Interessenskonflikt mit der eigenen Unternehmensphilosophie. Ihr Pressesprecher meint dazu:"Die jungen Leute sind nicht unsere Zielgruppe!"

Lancet, Vol351, April 4,1998

Französische Ärzte demoralisiert

Acht von zehn französischen Ärzten zeigen sich pessimistisch gegenüber der Zukunft des Gesundheitssystems in ihrem Land, aber auch gegenüber der künftigen Entwicklung ihrer finanziellen und beruflichen Situation. Dieses trübe Ergebnis zeigt eine großangelegte Studie der French Medical Association, die unter praktischen Ärzte durchgeführt wurde. 60.000 der 180.000 Ärzte Frankreichs nahmen an der Umfrage teil. Die Ärzte zweifeln die Wirksamkeit der Gesundheitsreformen der Regierung an und kritisieren den Mangel an Geldern für Gesundheit und Forschung. Befragt zu ihrem Verhältnis zu den Patienten meinen die Ärzte, daß sie sich heute besser informierteren, aber zugleich respektloseren Patienten gegenüber sehen. Patienten von heute erwarten sich hochqualitative Behandlung, ohne dabei auch an die Kosten, die damit verbunden sind, zu denken. Aber immerhin sind 50% der Ärzte mit der Beziehung zu ihren Patienten zufrieden.

Lancet, Vol 351, April 11, 1998

WHO: Mehr Schutz für schwangere Frauen

Die Statistik zeigt, daß jährlich mehr als eine halbe Million Frauen an den Folgen von Komplikationen in der Schwangerschaft sterben. 6 Millionen Frauen sind seit dem Jahr 1988, jenem Jahr, indem die WHO erstmals das Interesse der Öffentlichkeit auf diese Problematik lenkte gestorben. Während im UK eine von 5.100 Frauen bei der Geburt stirbt, ist es in Nepal eine von zehn, im subsaharischen Afrika eine von zwölf Frauen. Die Sekretärin für Internationale Entwicklung des UK Clare SHORT wies in einer Stellungnahme am Weltgesundheitstag auf diese Mißstände hin und fügte hinzu, daß es nun Ziel der WHO sei, die Anzahl der Frauen in den Entwicklungsländern, die im Zuge einer Schwangerschaft oder während der Geburt sterben bis zum Jahr 2015 auf die Hälfte zu senken.

Lancet, Vol 351, April 11, 1998

„Ethisches Marketing" für pharmazeutische Produkte

In den USA ist sie schon erlaubt: die direkte Werbung für rezeptpflichtige Arzneien in nichtmedizinischen Medien. Was schon für die Printmedien galt, gilt in den USA nun nach einem Beschluß der Food and Drug Administration für Radio und Fernsehen. Auf noch liberalisiertere Art und Weise: In den zuletzt genannten Medien dürfen die Werbeanzeigen nun noch knapper formuliert werden als in den Printmedien. Seit der Lockerung der Bestimmungen hat die Pharmaindustrie ihr Werbebudget drastisch von 500Millionen US-Dollar auf 844Millionen US-Dollar erhöht. Wer aber bildet die Zielgruppe für jene Werbekampagnen? Sind es die Ärzte oder die Patienten? Phillip BROWN, Herausgeber des Scrip Magazine. meint: „Es muß klar sein, daß es sich dabei nur um die Ärzte handeln darf. Andernfalls würde Druck auf Patienten ausgeübt werden, gewisse Markenprodukte zu kaufen. Warum aber, so könnte man fragen, soll für Medikamente extra geworben werden, wo wir doch im Zeitalter des nahezu uneingeschränkten Zuganges zu Information leben? Gerade hier, so scheint es, liegt der Kern des Problems. Seit der Erfindung des Internet kann man fast jede Information zu medikamentösen Therapien dort verbreiten. Hier besteht für die Pharmaindustrie die Möglichkeit, mit ethischem Anspruch sachlich zu argumentieren und so im „Netz" mitzumischen.

Die Zeit ist reif für die Ausweitung von direktem Marketing für rezeptpflichtige Medikamente auch in andere Länder – zumindest auf Versuchsbasis. Der Effekt auf die Ärzte wird interessant zu beobachten sein: Sie werden noch präziser wissen müssen, wie sie die Verschreibung dieses oder jenes Medikamentes vor dem immer informierteren Patienten zu rechtfertigen haben. Die seriöse Vereinfachung von fachmedizinischer Materie wird die Herausforderung für die Pharmaindustrie werden.

Lancet, Vol 351, March 28, 1998

Sinkende Mortalität bei HIV-Patienten

Eine großangelegte US-Studie konnte jüngst belegen, daß erfreulicherweise ein deutliches Absinken der Morbiditäts-und Mortalitäsrate feststellbar ist. Im Zeitraum zwischen Januar 1994 bis Juni 1997 wurden die Daten von 1.255 Patienten aus neun verschiedenen Kliniken, die alle eine CD4+ Rate von unter 100 pro Kubikmillimter aufwiesen analysiert. Die Intensität des Einsatzes von antiretroviraler Therapie nahm in den Verlaufsjahren der Studie stark zu: Während im Jahre 1994 nur 72 % der Patienten solche Therapien erhielten, waren es 1997 schon 95%. Besonders stark war der Anstieg bei der Verschreibung von antiretroviralen Kombinationstherapien (von 25% 1994 auf 94% im Juni 1997).

Die Mortalität ging in den Jahren 1996 und 1997 deutlich zurück, nachdem sie in den Jahren 1994 und 1995 relativ konstant geblieben war. Dies hängt mit der steigenden Anwendung von Proteaseinhibitoren in den Kombinationstherapien zusammen. Die Senkung der Mortalität zeigt sich unabhängig von Rasse, Gechlecht, Alter oder erhöhtem HIV-Infektionsrisiko. Die Inzidenz der drei wichtigsten opportunistischen Infektionen (Pneumocystis Carinii, Myobacterium Avium complex Disease und Cytomegalievirus Retinitis) ging im Zeitraum von 1994 bis 1997 von 21,9 per 100 Personen/Jahren auf 3,7 per 100 Personen/Jahren zurück. Besonders Patienten mit Privatversicherung, denen häufiger Proteaseinhibitoren verschrieben wurden, zeigten eine deutlich niedrigere Mortalität.

The New England Journal of Medicine, Vol 328, Nr. 13

Europaweite Blutspendersystem in Diskussion

Die Europäische Kommission hat einen Entwurf für ein europaweites Blutspendersystem in Form einer nicht bindenden Empfehlung an den Ministerrat übergeben. Die Versammlung plädierte für ein zentralisierteres System als bisher, bei dem die Spender aller Mitgliedstaaten in einem gemeinsamen Blutspender-Identifikations und Registrierungssystem erfaßt würden. Kommissionär FLYNN meint dazu:" Dies wäre ideal, aber die Spender, an denen im Grunde die ganze Kette der Bluttransfusionen hängt, sind schon sehr zurückhaltend, sich von nationalen Registern erfassen zu lassen" Aus diesem Grund wird nun ein Konzept, das getrennte aber gegenseitig kompatible Systeme vorsieht in die engere Wahl gezogen.

Lancet, Vol 351, March 28, 1998

Studie zu frühem Schwangerschaftsabbruch mit MIFEPRISTON und MISOPROSTOL in USA

Das Antiprogestin Mifepriston verursacht die Abtreibung des Fetus durch kompetitive Hemmung der Progesteronrezeptoren. Um die Wirkung zu maximieren sollte 48 Stunden nach Einnahme von Mifepriston ein Prostaglandin verabreicht werden. In Europa und China kommt diese Abtreibungsmethode bereits längere Zeit zur Anwendung.

In den USA wurde nun eine Studie an 2121 Frauen, die nachweisbar bis zum dreiundsechzigsten Tag oder kürzer schwanger waren und die sich einer Abtreibung unterziehen wollten, durchgeführt. Ausgenommen waren Frauen mit Erkrankungen der Leber, der Atemwege oder Frauen mit kardiovaskulärer Erkrankung.

Weitere Kontraindikationen waren Hypertension, Anämie, Insulinabhängiger Diabetes Mellitus, Koagulopathien bzw. Prostaglandinallergien. Alle Frauen stimmten im Falle des Mißlingens einem chirurgischen Eingriff zu. An die 2121 Frauen wurden 600 mg Mifepriston und zwei Tage später 400 Mikrogramm Misoprostol verabreicht. Die Frauen wurden nach Verabreichung von Misoprostol vier Stunden lang beobachtet. Nach 15 Tagen fand eine letzte Nachuntersuchung statt.

Bei 762 von 827 Frauen, die weniger als 49 Tage schwanger gewesen waren zeigte sich die Methode erfolgreich(92%). Ebenso wirksam zeigte sie sich bei 563 von 678 Frauen, die 50 bis 56 Tage schwanger gewesen waren (83%) und bei 395 von 510 Frauen, die zwischen 57 und 63 Tagen lang schwanger waren (77%).

Der definitive Abbruch der Schwangerschaft fand bei 49% der Frauen vier Stunden nach Verabreichung von Misoprostol statt, innerhalb von 24 Stunden bei 75%. Gescheiterte Versuche nehmen im Laufe der Schwangerschaft zu, nachdem chirurgisches Eingreifen aus medizischen Gründen nicht in Frage kam oder die Frauen dies ablehnten. Auch wenn bereits ein Versuch mit Misoprostol stattfand, wirkte dieses Mittel beim zweiten Versuch nicht von vornherein. Abdominale Schmerzen, Erbrechen, Diarrhoe und vaginale Blutungen nahmen mit steigendem Gestationsalter zu. Die Studie bewies, daß sich die Kombination Mifepriston-Misoprostol als besonders wirkungsvoll bei Frauen mit Schwangerschaften bis zu 49 Tagen oder weniger erweist.

The New England Journal of Medicine, Vol 338, Nr. 18

Portugal sagt NEIN zur Abtreibung

Im Referendum vom 28.6. dieses Jahres – das erste in der Geschichte der Demokratie Portugals – stimmten 50,9% gegen die Freigabe der Abtreibung in den ersten 10 Wochen der Schwangerschaft, 49,1% dafür. (Die Beteiligung an dem Referendum lag bei 32%). Die auffallend hohe Wahlenthaltung wird auf zwei Hauptursachen zurückgeführt: zum einen waren die Wähler auf die direkte Demokratie nicht vorbereitet und zum anderen hatten die Behörden wenig Interesse, die Wähler entsprechend zu informieren und für die Wahl zu motivieren.

Zu Beginn schien alles für ein positives Votum zu laufen. Insbesondere die Medien stellten Straffreiheit für die Abtreibung, Pluralismus, Toleranz und die Angleichung an die Rechtslage im übrigen Europa in den Vordergrund. Das „NEIN" wurde als fundamentalistisch, und rückständig sowie als eine Auffassung dargestellt, die einzig von der Katholischen Kirche vertreten wird. Doch zum Erstaunen tauchten vier Wählergruppen auf, drei von ihnen aus dem Nichts, die aktiv an der Kampagne teilnahmen und laut Meinungsforschung die anfänglichen 30% „NEIN" auf 40% erhöhten. Die Befürworter reagierten daraufhin mit dem sogenannten Recht der Frau auf ihren Körper, dem Postulat der Toleranz für Frauen in Notsituationen, den Gefahren geheimer Abtreibungen und und mit den Untersuchungen der WHO. Dem gegenüber argumentierten die Anhänger des „NEIN", daß ein Fötus von 10 Wochen bereits ein Kind und nicht nur eine „Akkumulation von Zellen" sei und setzten verstärkt Prospekte und Videos über die Entwicklung des Embryos ein.

An der Rechtslage – die Straffreiheit in einigen schweren Fällen vorsieht – ändert sich nichts, denn ein Referendum bindet das portugiesische Parlament nur bei einer Stimmbeteiligung von über 50%. Und die Parteienlandschaft in diesem Lande bietet für ein Verbot jeglicher Abtreibung wenig Hoffnung.

Die Verteidiger des „NEIN" konzentrieren sich nun darauf, echte Lösungen für die realen Probleme vorzuschlagen, wobei sie sich auf die Mobilisierung der Freiwilligen in der vorerwähnten Kampagne stützen.

Aceprensa, 113/98

Homosexuelle Partnerschaften: keine Stabilität

Eine Reihe von internationalen Studien widerspricht den Aussagen des berühmten Kinsey Berichts, wonach ca 10% der Menschheit homo- oder zumindest bisexuell veranlagt wäre. Die neu ermittelten Zahlen sprechen, daß maximal 2% der Männer und ein wenig mehr als 1% der Frauen in gleichgeschlechtlichen Verhältnissen leben. Da in einigen Ländern die Gesetzgeber homosexuelle Partnerschaften als „Ehe" anerkennen, können interessante Schlüsse gezogen werden. In Dänemark (5 Mio Einwohner) beispielsweise werden seit 4 Jahren homosexuelle „Ehen" anerkannt und bisher wurden nicht mehr als 2.000 registriert. Diese „ehelichen" Partnerschaften sind unter den Homosexuellen noch die stabilsten, was ihre Dauerhaftigkeit betrifft, so sind sie aber keineswegs mit der Ehe zwischen Mann und Frau zu vergleichen. Eine amerikanische Studie gibt an, daß unter den nordamerikanischen Paaren nur ein Drittel an der Treue zum anderen Partner festhielt. Die Autoren kommen zum Schluß, daß ein monogamer Homosexueller eine solch komische Figur abgeben würde, daß die anderen Homosexuellen selbst dies für nicht möglich halten. Die Aussagen sind auch insofern interessant, als man sich vor Augen führen muß, in welchem Umfeld Kinder aufwachsen würden, sollte man die Adoption auch für homosexuelle Paare freigeben.

Aceprensa, 113/98

Eine Prävention voller Widersprüche

Zum 20-ten Jahrestages der Legalisierung der Antikonzeptiva in Spanien wurde ein Seminar veranstaltet in dem auch Statistiken vorgelegt wurden. Die Hälfte aller Frauen im geschlechtsreifen Alter greifen zu Antikonzeptiva, die stärkste Gruppe ist die der 25–29 jährigen. Die Fruchtbarkeitsrate in Spanien bewegt sich schon seit Jahren an einem Tiefpunkt: momentan kommen auf jede Frau 1,5 Kinder. Widersprüchlich sind aber die Zahlen im Verhältnis zur Abtreibung. Niemals zuvor gab es eine solche Menge verfügbarer Antikonzeptiva, während gleichzeitig die Zahlen der Abtreibung steigen. Der Trend bleibt nicht allein auf Spanien beschränkt: in Italien rechnet man mit 300 Abtreibungen auf 1000 Lebendgeburten, in Schweden, wo die Pille gratis an die Jugendlichen verteilt wird sind es genauso viele und von Frankreich weiß die Statistik zu berichten, daß 90% aller Frauen irgendwann einmal in ihrem Leben die Antibaby-Pille genommen haben, und trotzdem kommen auf 1000 Kinder 250 Abtreibungen. Die Zahlen sprechen dem oftmals vorgebrachten Argument, die Pille reduziere die Abtreibung, seine Glaubwürdigkeit ab.

Aceprensa 110/98

RdM RECHT DER MEDIZIN: Wien, Zeitschrift in Deutsch
Jahrgang Heft 3, 1998
Lukas STÄRKER: Sind Primarärzte leitende Dienstnehmer?
Peter STEINER: Zur inhaltlichen Unterscheidung zwischen Belegarzt und Konsiliararzt;
Georg GAISBAUER: Schutzpflicht des Krankenhauses gegenüber Besuchern und Begleitern des Patienten;
Neues aus Gesetzgebung und Verwaltung: Obduktion in Krankenanstalten; Novelle der Ärzte-Ausbildungsordnung; Entwurf eines Vorarlberger Patienten- und Klinikschutzgesetzes; Entwurf eines Kärtner He-bammenpraxengesetzes; 55.ASVG-Novelle; Blutsichercheitsgesetz, Blutspenderverordnung; Gentechnik-Kennzeichnungsverordnung; Novelle zur Verordnung betreffend die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich; Verordnung betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten; Verordnung über Meldungen hinsichtlich medizinisch unterstützter Fortpflanzung; Kundmachung von Rechtsvorschriften;
Rechtsprechung: Einsicht in die Krankengeschichte VwGH 5.8.1997 97/11/0105; Psychiatrische Unterbringung VwGH 26.6.1997,94/11/0340; Transsexualität VwGH 30.9.1997, 95/01/0061; Zeugnisverweigerungsrecht im außerstreitigen Verfahren OGH 1.10.1997, 9 Ob A 69/97f; Rechtssprechung zum Disziplinarrecht
Forum
Buchbesprechungen

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY. A Forum of Bioethics and Philosophy of Medicine. Dordrecht / Boston / London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Vol. 23 No. 2, April 1998
Margaret Olivia LITTLE: Introduction Rosemarie TONG: The Ethics of Care: A Feminist Virtue Ethics of Care for Heathcare Practitioners;
Alisa L. CARSE: Impartial Principle and Moral Context: Securing a Place for the Particular in Ethical Theory;
Ruth GROENHOUT: Care Theory and the Ideal of Neutrality in Public Moral Discourse;
Margaret Olivia LITTLE: Care: From Theory to Orientation and Back;
Robert M. VEATCH: The Place of Care in Ethical Theory

REVISTA CUADERNOS DE BIOETICA. Santiago de Compostela, Spanien
Quartalsschrift in Spanisch
Vol. IX, No. 33, 1a 1998
Editorial: Asociacio Catalana d'Estudis Bioetics (ACEB)
Tema de estudio: Bioética clínica en instituciones sanitarias (I): El consentimiento informado:
Victor M. IDOATE: Aspectos bioéticos en el concepto y la comprensión del consentimiento informado; Ma. Carmen VIDAL CASERO: Problematica del consentimiento informado;
Mauleon, M.J. RAMIL: Consentimiento informado en Pediatria. Un estudio descriptivo;
Sergio CECCHETTO: La práctica del cosentimiento informado en los Servicios de Neonatología.
Sanz, Y. MARTIN, M.L. del Valle, M.I. GARAVIS, C. CENTENO: Información al enfermo oncológico: los limites de la verdad torelable;
CEREIJO, M. S. LLOVO, M.C. ORDONEZ: El consentimiento informado y el paciente oncológico;
Moratilla, L. CANTERO, R. HERNANDEZ, J. L. MOLINO: La Enfermería y el consentimiento informado;
Jesus CASTRO: La implantación del consentimiento informado en los Hospitales de Galicia;
Colaborationes:Fundamentación:
Irene BARRIOS: Pensamiento médico y ética clínica contemporanea.
Clonación: Salvador D. BERGEL: Clonación en seres humanos: aspectos éticos y jurídicos;
Emilio QUINTO: Actitudes y conocimientos del estudiante de Medicina sobre la clonación.
Etica y deontologia: Jose Manuel Cairo ANTELO: Comisiones de ética y deontología médica;
LAUCIRICA, B. BELLO, J. BARRERAS, M. HERNANDEZ: Valores humanos y realización profesional.
Bioetica y biologia: Carlos Javier ALONSO: Evolucionismo versus creacionismo?
Derecho: N.L. ABBOUD CASTILLO y L. PEREZ GALLARDO: Reflexiones en torno a la muerte: su influencia en trasplantología.
Bioetica y religion: Modesto Santos: La bioética y el catecismo de la Iglesia Católica.
Documentación: Reglamento: Comite Asistencial de Ética, Hospital La Princesa, Madrid.
Cuestiones de Actualidad
Panorama Internacional
Medicina, Salud y Etica
Cursos, congresos y Seminarios
Bibliografía recibida
AEBI: Asociacion Espanola de Bioetica y Etica Medica. Noticias.

HASTINGS CENTER REPORT. New York, USA. Bimestrale Zeitschrift in Engilsch.
Volume 28 No. 2, 1998

Contributors
From the Editor
Letters
Capital Report: Joanne SILBERNER: Seeding the Cloning Debate;
Bad Copies: Patrick D. HOPKINS: How Popular Media Represent Cloning as an Ethical Problem;
James L. BERNAT: A Defense of the Whole-Brain Concept of Death;
At Law: Carl E. SCHNEIDER: Hard Cases;
Last Chance Therapies and Managed Care: Norman DANIELS and James E. SABIN:
Pluralism, Fair Procedures, and Legitimacy;
Reviews: Judith ANDRE: Bodies for Sale; Mary G. WIKLER: Prophets of Modernity
In the Literature
In Brief: Ask Your Doctor or Pharmacist;
Calendar and Announcements
Honor Roll of Donors (special insert)

HASTINGS CENTER REPORT.
New York, USA.
Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Volume 28 No. 3, 1998
Contributors
Letters
Old World News: Richard H. NICHOLSON: The Greater the Ignorance, The Graeter the Dogmatism;
Medical Miracle or Medical Mischief?: Arlene Judith KLOTZKO: The Saga of the McCaughey Septuplets;
What Happens Now?: Joan WOOLFREY: Oregon and Physician-Assisted Suicide;
Case Study: Commentaries by Florence GELO and Bonnie O'CONNOR and Wayne VAUGHT: Should We Protect Families from Patients?
At Law: Rebecca DRESSER: Setting Priorities for Science Support;
"Ambiguous Sex"- or Ambivalent Medicine?: Alice DOMURAT DREGER: Ethical Issues in the Treatment of Intersexuality; Carl ELLIOT: Why Can't We Go On as Three?
Review: B. Andrew LUSTIG: Speaking Faith to Policy
In the Literature
In Brief: It's Scary Out There; An Immodest Proposal
Calendar and Announcements: Inside back cover

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch.
Band 10, Heft 2, 1998
Editorial: Dieter BIRNBACHER, Dietrich RITSCHL, Eduard SEIDLER
Originalarbeiten: Wolfgang GREINER: Organverteilungssysteme im Transplantationswesen
aus ökonimischer Sicht; Stella REITER-THEIL: Therapiebegrenzung und Sterben im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Ein integratives Modell für ein vernachlässigtes Problem;
Klaus Peter RIPPE: Individuelle Therapieversuche in der Onkologie. Wo liegen die ethischen Probleme?
Fall und Kommentare: Siegfried TROTNOW, Susanne GOLDSCHMIDT, Christina SCHRÖDER: Das Schicksal einer Drillingsgeburt nach heterologer Insemination;
Aktuelles: Hans-Bernhard WUERMELING: Klug werden aus dem Widerspruch im Bundesvefassungsgericht!
Informationen
Tagungsberichte
Mitteilungen
Rezension

MEDICINA E MORALE
Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.
1998/3
Congresso internazionale su „Women's Health Issues": M.L. DI PIETRO. R. MINACORI: Qual e il rischio delle techniche di fecondazione artificiale;
M. TALLACCHINI: Il corpo e le sue parti. L'allocazione giuridica del materiali biologici umani;
G.J. WOODALL: The use of the condom to prevent the transmission of HIV;
A. BOMPIANI: La clonazione: considerazioni sulle normative internazionali;
Notizie flash
Documentazione
Dal Magistero del Santo Padre
I. II Santo Padre: Lettera Pontificia al Vescovi tedeschi sull'attivita del Consultori familiari cattolici;
II.Giovanni Paolo II: Marital act must be total gift of person
Dalla Santa Sede
Pontificio Consiglio per la Famiglia: Dichiarazione del Congresso internazionale teologico-pastorale sulla Famiglia
Dal Magistero Episcopale
Il Cardinale Hume sull'eutanasia
Da Organismi Internazionali
World Medical Association: Declaration with guidelines for continuous quality improvement in health care
Dai Comitati di Etica
Italia. Comitato Nazionale per la Bioetica: I Comitati Etici in Italia: problematiche recenti
Dai Centri di Bioetica
Istituto di Bioetica dell'Universita Cattolica del Sacro Cuore de Roma e Center for Clinical Bioethics della Georgetown University di Washington, DC: Dichiarazione Finale della Conferenza Internazionale su „Women's Health Issues"
Notiziario
Intenational Conference on „Women's health issues"; Convegno di bioetica su „La nozione di dignita della vita umana. Bioetiche in dialogo"; Conferenza internazionale su „La Risorsa Diversita"
Rezensioni
G. MILAN: Aspetti giuridici della procreazione assistita (M. CASINI)
Segnalazioni Bibliografiche
Etica e Ambiente
Medicina e Morale 1996-1998

RdM RECHT DER MEDIZIN:
Wien
Zeitschrift in Deutsch
5. Jahrgang Heft 4, 1998
Martin ATTLMAYR: Zur kompetenzrechtlichen Einordnung der „Pflegeberufe";
Lukas STÄRKER: Arbeitnehmerschutz in der Ordination;
Ulrich H. J. KÖRTNER: Die ethische Dimension der Menschenrechtskonvention des Europarates zur Biomedizin;
Helmut SCHWAMBERGER: Zum Bedarfsprüfungsverfahren des ApG nach dem Erk VfGH 2.3.1998, G 37/97 ua
Neues aus Gesetzgebung und Verwaltung: Entwurf eines Ärztegesetzes 1998; Lehrplan der Fachschule für Sozialberufe- Gesundheitsausbildung; Pflegehilfe-Ausbildungsverordnung;
Verordnung über die Zulassung von Arzneispezialitäten; Novelle zur Rezeptpflichtverordnung; Gesetuzprüfungsverfahren zu § 3 Abs 2 lit a KAG; Verletzung der Fortbildungspflicht durch Notärzte; Gentechnikgesetz-Änderung; Kundmachung von Rechtsvorschriften.
Rechtsprechung: Bedarfsprüfung bei Apotheken VfGH 2.3.1998, G 37/97 ua; Entgeltfortzahlung bei Urlaub und Krankheit OGH 29.1.1998, 8 Ob A 361/97 i; Aufklärung über Impfrisiko OGH 10.7.1997, 2 Ob 197/97 b; Aufklärung OGH 7.8.97, 8 Ob 230/97 z.
Forum
Buchbesprechung

RdU RECHT DER UMWELT:
Wien
Zeitschrift in Deutsch
5. Jahrgang Heft 2, 1998
Roland MENSCHICK: Ein neues Atomhaftpflichtgesetz für Österreich;
Helmut MORITZ: Europarechtliche Vorgaben für die Erhebung ökologisch motivierter Abgaben;
Gerhard LOIBL: UN-Konvention über die nicht-schiffbare Nutzung internationaler Wasserläufe;
Bernhard MÜLLER: § 78 GewO-Vervassungswidrige Beseitigung der „Effizienz" des Rechtsschutzes?
Herr Professor RASCHAUER 50 Jahre Rechsprechung
Europarecht: Allgemeines Umweltrecht: Privatrechtliche Überwachungstätigkeit zur Bekämpfung der Umweltverschmutzung
Verwaltungsrecht: Gewerberecht: Zur Bedeutung präziser Betriebsbeschreibung; Gewerberecht: § 79 GewO ermächtigt nicht zu „wesensverändernden" Auflagen;
Gewerberecht: § 79 GewO ermächtigt nicht zur „Altlastensanierung";
Abfallrecht: Entziehung der Abfallsammlererlaubnis; Abfallrecht: Kein Entfernungsauftrag für „Sonderabfälle" aus der Zeit vor dem SonderabfallG
Wasserrecht: Sanierungsauftrag: exakte Sachverhaltsermittlung erforderlich; Kanalrecht: Anschlußzwang für häusliche Abwässer; Bergrecht: Verhältnis von Bergrecht und Abfallrecht; Forstrecht: Wiederbewaldungspflicht
VwGH in Leitsätzen: Wasserrecht: Entfernungsauftrag an „Mittäter"
Zivilsachen: Servitutsrecht: Umfang zulässiger Lärmerregung bei „ungemessener Dienstbarkeit"; Nachbarrecht: Lärmimmissionen durch Fußballplatz bzw Eissportanlage
Strafsachen: Gefährdungdes Tier- oder Pflanzenbestandes; Trockenlegen eines Feuchtgebiets
Neues Umweltrecht (Herbert WEGSCHEIDER)
Buchbesprechungen
Informationen

RdU RECHT DER UMWELT:
Wien
Zeitschrift in Deutsch
5. Jahrgang Heft 3, 1998
Christian BAUMAGRTNER / Verena MADNER / Marlies MEYER / Astrid MERL: Die Projekt-UVP in Europa- eine Gegeüberstellung
Erika WAGNER: Nacbarschutz bei Mibilfunkanalagen
Rechtsprechung: Europarecht: Ökosteuer: Verbrauchsteuer auf Elektrizität- Steuersatz, der bei Elektrizität inländischen Ursprungs je nach der Art der Erzeugung unterschiedlich ist- Einheitlicher Satz für eingeführte Elektrizität
Verwaltunsrecht: Gewerberecht: Lärmschutz gegenüber Discotheken; Gewerbercht: Berufungsrecht von Nachbarn im Verfahren nach § 79 Abs 3 GewO; Gewerberecht: Nachbarstellung nach § 79 Abs 2 GewO bei geänderten Anlagen; Wasserrecht: Keine Wasserbenutzungsrechte für Indirekteinleiter; Abfallwirtschaftsrecht: Keine Überwälzung von Kontrollaufgaben nach der VerpackV auf zugelassene Sammel- und Verwertungssysteme
VwGH in Letsätzen: Gewerberecht: Projektsänderungen im Genehmigungsverfahren; Gewerberecht: Auflagen auch bei „Gastgärten"; Gewerberecht: Keine „Umkehr der Beweislast"; Wasserrecht: Übergangsregime für Indirekteinleiter; Wasserrecht: Kein „Erlöschen" von Alt-Deponien; Abfallrecht: Unfall-Kfz als „Abfall"; Baurecht: Immissionen aus Kfz-Abstellplätzen
Zivilsachen: Amtshaftung für Vermögensschäden wegen unterlassener Vorschreibug nachträglicher Auflagen; Deliktsrecht: Nachbarrechtlicher Ausgleichsanspruch gem bzw analog § 364a ABGB auch für Wohnungseigentumsbewerber
OGH in Letsätzen: Nachbarrecht: Ortsüblichkeit von Baumaßnahmen im geschlossenen Siedlungsgebiet
Neues Umweltrecht (Herbert WEGSCHEIDER)
Buchbesprechungen
Informationen

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. Dordrecht / Boston / London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Vol 23 No. 3, 1998
Hans-Martin SASS: Introduction: Why Protect the Human Genome?
Christian BYK: A Map to a New Treasure Island: The Human Genome and the Concept of Common Heritage;
Kurt BAYERTZ: What's Special About Molecular genetic Diagnostics?
Ruth CHADWICK, Henk ten HAVE, Jorgen HUSTED, Mairi LEVITT, Tony MCGLEENAN, Darren SHICKLE and Urban WIESING: Genetic Screening and Ethics: European Perspectives;
Rogeer HOEDEMAEKERS and Henk ten HAVE: Geneticization: The Cyprus Paradigm;
Hans-Martin SASS: Genotyping in Clinical Trials: Towards a Principle of Informed Request;
Peter J. LACHMANN: Public Health and Bioethics;
Gerd RICHTER and Matthew D. BACCHETTA: Interventions in the Human Genome: Moral and Ethical Considerations;
Jose ELIZALDE: The Patentability of Human Genes: An Ethical Debate in the European Community;
Susanne BOSHAMMER, Matthias KAYSS, Christa RUNTENBERG and Johann S. ACH: Discussing HUGO: The German Debate on the Ethical Implications of the Human Genome Project;
UNESCO: Universal Declaration on the Human Genome Rights

VOM ALTER- DE SENCTUTE
Roberto BOBBIO
Aus dem Itlienischen übersetzt von Annette Kopetzky
Verlag Klaus Wagenbach, 1996, Berlin
120 Seiten
ISBN 3-8031-1168-4

Robert BOBBIO, Universitätsprofessor, Rechtsgelehrter, Philosoph und ausserordentlich fruchtbarer Schriftsteller, kann heute, im Alter von 89 Jahren auf ein wahrhaft erfülltes Leben zurückblicken. Auszeichnungen, internationale Preise, Ehrendoktorwürden und die Ernennung zum Senator auf Lebenszeit durch Italiens Staatspräsident Sandro Pertini, bestätigen die Wertschätzung, die seine Zeitgenossen dieser Persönlichkeit gezollt haben.

Wie der Leser seines Büchleins „Vom Alter- De senectute" feststellen wird, ist es nicht nur sein intellektuelles Lebenswerk, sein gewaltiger bibliographischer Nachlaß, seine Fähigkeiten als Denker und Lehrer oder die Überzeugungen eines durchaus politischen Menschen, die seine Bedeutung erklären, sondern genauso die Tugenden der Wahrheitsliebe und persönlichen Bescheidenheit, die so sympathisch aus den Worten strahlen, wenn er „an sich selbst" spricht. Er weiß aus erster Quelle, was jeden alternden Menschen bewegt, und gerade deshalb liefert er hier geradezu eine Anleitung zum Nachdenken, zur Reflexion, sogar für eine Autobiographie.

Es ist für diesen weithin von bedeutenden Leuten anerkannten Mann bezeichnend, daß er seinem Buch eine Gewissenserforschung voransetzt, die Offenlegung von Eigenschaften, die für ihn belastende Fehler sind. Auf andere wirken sie freilich eher wie sympathische menschliche Schwächen eines über alle Zweifel Erhabenen. Seine „häufigste Sünde": der Zorn. Er demaskiert ihn aber sogleich als „heilige Empörung" gegen dumme Witze u.a.; die Neigung zur Selbstgeißelung, „wegen meiner Fähigkeit, mich rechtzeitig zurückzuziehen", die er im zweiten Atemzug „überlebenswichtige Untugend" nennt; seine verzweifelten Bemühungen mit allen in Frieden zu leben, in der Politik nie Feinde gesucht zu haben. Und gleichzeitig: „Der Erfolg von Draufgängern läßt mich kalt".

Der erste Teil „Vom Alter- De senectute" (eine Dankesrede zur Verleihung einer Ehrendoktorwürde aus dem Jahr 1994) gilt seinen persönlichen Wahrnehmungen des Alters. Sein biologisches Alter läßt er an der Schwelle zu seinen Achtzigern beginnen- er weiß, daß er ein moderner Greis ist, dessen Lebenserwartung seit Cicero's „De senectute" um gut zwanzig Jahre verschoben ist. Im psychologischen Sinn „habe ich mich schon immer alt gefühlt". Ganz besonders lassen ihn aber politische Ereignisse, wie die Auflehnung einer ganzen 68-er Generation gegen die Alten und „noch mehr die zweite historische Krise in der Welt während der letzten Jahre plötzlich um Jahre altern". Heute reiht er sich unter die vierte Gruppe der Alten, den nicht näher definierten „très agé". Umso bewundernswerter erfährt der Leser aus seinem Mund die geistige Klarheit, die ungebrochene Systematik des Denkens, das wache Beurteilen der verschiedenen Reaktionen der Alten auf ihren Zustand und das geänderte Verhältnis zur Umwelt. Angst, Lebensüberdruß, Elend, Verzweiflung, aber eben auch Selbstzufriedenheit, Hoffnung, Abkehr von Alltagssorgen, Reflexion, Gebet- das ist die Welt der Alten. Seine eigene ist die Welt der Erinnerungen, Gestorbene wieder leben zu lassen, die Melancholie, abgemildert duch die Beständigkeit von Liebe und Zuneigung. Nicht Ehrungen, sondern menschliche Beziehungen, geliebte Menschen, sind seine dauerhaften Freuden.

Zwei Jahre nach der oben erwähnten Dankesrede verfaßt BOBBIO im Alter von 87 Jahren

den zweiten Teil dieses Bändchens „Vom Alter". „Wieso schenkt man so wenig Beachtung der Frage nach dem Nachher?" fragt er und erklärt sich das damit, daß „das Leben danach kein Faktum ist, sondern ein Glaube". „Ich weiß, daß ich nicht glaube"; aber „der Nichtglaube an ein zweites Leben ist nicht unwiderruflich". Die Verlangsamung in Körper und Geist findet für BOBBIO seine Entsprechung im Absterben der Kultur (Neue gegen alte Ordnung; die neue Welt- das alte Europa). Die Zeit wird knapp. „Trotzdem verwende ich die Feder statt den Computer". Die Weisheit des Alters: das Akzeptieren der eigenen Grenzen. „Ich kenne, aber akzeptiere sie nicht". Ein bezeichnender Satz für diesen weisen Alten.

BOBBIOS Diskurs über das Alter endet - wie kann es bei ihm anders sein - in den „Summen", im Ziehen der Bilanz: Die „Intellektuelle Autobiographie" ist eine Darstellung seiner vielen Schriften, deren Entstehung und Begründung aus der Sicht der jeweiligen zeitlichen Umstände. Sie läßt den Wunsch aufkommen, wenigstens das eine oder andere Werk der eigenen Bibliothek entnehmen zu können, um die Tiefe seiner zeitbedingten Überlegungen zu den Themen Recht, Macht, Kultur zu prüfen. Dabei sagt er: in der Welt des alten Menschen wiegen die Gefühle schwerer als die Gedanken. „In bezug auf die Gefühle ist mein Leben glücklich gewesen. Dieses Glück hat meine Erwartungen, vor allem aber meine Verdienste weit übertroffen".

In seiner „Bilanz" sieht er sein Lebenswerk als „über viele kleine Bächlein verteilt, die niemals zu einem großen Strom zusammengeflossen sind". Dennoch muß er selbst bekennen, daß sich in diesen vielen Schriften die Geschichte seines ganzen Lebens verbirgt. „Die Geschichte meines Lebens als Wissenschaftler beginnt mit der Rückkehr der Freiheit nach dem Kireg, als man sich den Problemen von Demokratie und Frieden zu stellen hatte". Demokratie, Frieden, Menschenrechte, diese drei eng miteinander verflochtenen Themen, wurden zum Ziel seiner Forschungen. „Ich habe in meinen Schriften nicht die Welt retten wollen, nur die Ehre der Gelehrten". Ihnen, und zwar den Gelehrten, die nie Verrat geübt hatten, widmet er eine Trilogie, von der er sich wünscht, daß sie ihn überlebt.

Auf die Frage, mit welchem Satz aus seinen Schriften er sich selbst definieren würde, antwortet er: „Die Unbeugsamkeit des Glaubens an letzte Begründungen zu beobachten war die wichtigste Lehre meines Lebens. Ich habe daraus gelernt, die Ideen anderer zu respektieren, zu verstehen, bevor ich diskutiere, und zu diskutieren, bevor ich verurteile".

„Vom Alter - De senectute" ist ein Büchlein von nur 120 Seiten, aber birgt eine Welt von wertvollen Gedanken eines kompetenten „trés agé".

P.HARTIG

EINFLUMÖGLICHKEITEN DES PATIENTEN IM VORFELD EINER MEDIZINISCHEN BEHANDLUNG

Antizipierte Erklärung und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten

Julia RÖVER

Bd./Vol. 38 der Reihe Recht & Medizin
Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, 1997
257 Seiten
ISBN 3-631-30748-9

Das verfassungsgesetzlich geschützte Selbstbestimmungsrecht des Patienten über das Ob und Wie einer ärztlichen Behandlung bildet die Ausgangslage für diese Dissertation. Julia Röver untersucht, ob und inwieweit die Rechtsfiguren der antizipierten Behandlungserklärung und der Bevollmächtigung eines Vertreters für Gesundheitsfragen nach deutschem Recht zulässig sind.

Dem Individualinteresse des Patienten, bereits im Vorfeld auf die medizinische Behandlung Einfluß zu nehmen steht das gesamtgesellschaftliche Interesse an Rechtssicherheit gegenüber. In diesem Zusammenhang weist sie insbesondere auf die Problematik der medizinischen Forschung bei Altersdemenzerkrankungen hin: diese kann nur an betroffenen Patienten durchgeführt werden, deren Geschäfts- und/oder Einwilligungsfähigkeit bereits eingeschränkt sind oder gar ganz fehlen.

Röver beginnt ihre Untersuchung mit einer genauen Betrachtung der Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient, um darzulegen, welche privatautonomen Gestaltungsmittel dem Patienten zur Verfügung stehen. In der Regel kommt der sogenannte ärztliche Behandlungsvertrag - meist konkludent geschlossen - zustande, der rechtlich als Dienstvertrag einzuordnen ist. Sein Schuldinhalt ist nicht der Heilserfolg (dies wäre ein Werkvertrag), sondern das fachgerechte Bemühen des Arztes um Heilung.

Besonderheit des Arzt-Patientenverhältnisses ist die zusätzliche Erfordernis der Einwilligung zur konkret beabsichtigten Heilmaßnahme. Die herrschende Juristenmeinung sieht in ihr auch das zentrale Einflußnahmemittel des Patienten. Dem stellt Röver einige kritische Anmerkungen gegenüber. Mit der Einwilligung kann der Patient keine positive Bindung des Arztes in der Weise herbeiführen, daß der Arzt zur Vornahme der konkreten Maßnahme verpflichtet ist. Diese mangelhaften Rechtswirkungen der Einwilligung lassen sich aus deren Herkunft aus dem Strafrecht erklären, wo sie lediglich einen Rechtfertigungsgrund für einen gesetzlich eigentlich verbotenen (medizinischen) Eingriff darstellt. Die Autorin zeigt, daß dem Patienten weitere Rechte als jenes der Weigerung (Einwilligung) zustehen, die sie im rechtsgeschäftlichen Charakter des Behandlungsvertrages begründet sieht.

Durch die Antizipation von Einwilligung und vertragsausgestaltender Willenserklärung ändert sich ihrer Meinung nach nichts am Rechtscharakter und an der Rechtsverbindlichkeit. Wesentliche Voraussetzung ist die Geschäftsfähigkeit des eine Vorab-Erklärung gebenden Patienten. Erst der Grundsatz der ärztlichen Therapiefreiheit setzt der Rechtsverbindlichkeit von antizipierten Behandlungserklärungen für den Arzt eine eindeutige Grenze.

Kommt es nicht zum Abschluß eines Behandlungsvertrages oder ist dieser nichtig, so finden in Eilfällen grundsätzlich die Regeln über die Geschäftsführung ohne Auftrag Anwendung. Ist dem Arzt der wirkliche Wille des Patienten bekannt, ist dieser für ihn im Rahmen der Geschäftsführung ohne Auftrag auch verbindlich.

RÖVER beschäftigt sich mit der Frage des Irrtums des Patienten und dessen Rechtsfolgen. Ein solcher Irrtum kann auf einer Fehlvorstellung des Patienten aufgrund mangelhafter Aufklärung durch den Arzt oder aber aufgrund einer Fehleinschätzung des Patienten aus inneren Gründen beruhen.

Ein eigenes Kapitel widmet RÖVER der anteizipierten Zustimmungserklärung zu neulandmedizinischen Schritten, insbesondere der Humanforschung. Heilversuch und klinisches Experiment müssen daraufhin geprüft werden, ob sie ausschließlich fremdnützigen Charakter haben und somit dem Recht der biomedizischen Forschung unterliegen. Das deutsche Arzneimittelgesetz zeigt im Zusammenhang mit der klinischen Prüfung von Arzneimitteln am Menschen allgemeine Grundsätze für die oa. Unterscheidung auf, die analog auch auf andere Versuche angewandt werden könnten. Ein Patient kann grundsätzlich all das, was er aktuell erklären kann, mit rechtsverbindlicher Wirkung auch in antizipierter Form erklären, inhaltliche Grenzen respektive Behandlungsabbruch bzw. Nichtbehandlung können sich insbesondere im Zusammenhang mit der Sterbehilfe ergeben.

Auch die Zulässigkeit der willkürlichen Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten leitet die Autorin aus der rechtsgeschäftlichen Rechtsnatur der vertragsausgestaltenden Willenserklärung ab. Nach eingehender Untersuchung der deutschen Rechtslage kommt sie zum Schluß, daß der Gesetzgeber nur für bestimmte statusbegründende oder - ändernde Rechtsgeschäfte des Erb- und Familienrechts die Vertretung ausgeschlossen hat, daß er aber darüberhinaus kein generelles Vertretungsverbot für Angelegenheiten aus persönlichen oder Höchstbereichen schaffen wollte.

Julia RÖVER gibt ein umfassendes Bild der deutschen Rechtslage zu allen Arten der antizipierten Behandlungserklärung, ohne ein außerordentliches juristisches Grundwissen beim Leser vorauszusetzen. Ebenso detailliert behandelt sie juristische Spezialfragen, die auch für den interessierten Juristen durchaus neue Aspekte aufwerfen.

E. SERDET

GEISTESMACHT UND MENSCHENRECHT - DER UNIVERSALANSPRUCH DER MENSCHENRECHTE UND DAS PROBLEM DER ERSTEN PHILOSOPHIE.
Walter SCHWEIDLER
Verlag Karl Alber, 1994, Freiburg/München
676 Seiten
ISBN 3-495-47796-9

Ebenso originell wie anspruchsvoll ist die in diesem Werk vorgelegte Theorie der Menschenrechte, mit der sich der Philosoph und Jurist W. SCHWEIDLER an der Universität München habilitierte. Originell ist sie vor allem deshalb, weil ihr eine mögliche Begründungsstruktur für ein universelles Menchenrechtsdenken gelingt, ohne den Rekurs auf überzeitliche Normen. Und anspruchsvoll ist sie, weil sie dem Leser philosophische Denkmöglichkeiten nicht bloß „vorführt", sondern ihn auf den Weg des Mit-Philosophierens zwingt.

Der Universalanspruch der Menschenrechte soll - so die Absicht des Autors - „als ein mögliches Prinzip des Philosophierens überhaupt bedacht werden". Der Kern des Menschenrechtsgedankens wird dabei in zentralen Diskussionen des gegenwärtigen Denkens verankert; hier stehen vor allem die Phänomenologie und der philosophische Ansatz WITTGENSTEINS im Vordergrund der Analysen SCHWEIDLERS.

Der entscheidende Gesichtspunkt, um den es im Gedanken von Menschenrecht und Menschenwürde geht, ist - so SCHWEIDLER - der des biographischen Lebens, also derjenigen charakteristischen Form, durch die sich das Leben einer Person von dem aller anderen ihresgleichen unterscheidet, und durch die ihre einzelnen Handlungen eine nicht ableitbare Logik erhalten. Der Begriff der Person selber wird dabei als „nicht hintergehbar-normativ" aufgefaßt. „Menschenrecht" wird als eine Kennzeichnung desjenigen am Leben einer Person verstanden, was sich aus keiner Art von Gesetzlichkeit ableiten läßt, sondern woraus umgekehrt alle von Menschen geschaffenen Gesetze ihre Rechtfertigung bekommen. Es geht SCHWEIDLER darum, gegen die fundamentalen neuzeitlichen Denkentwürfe, aus denen der heutige Menschenrechtsgedanke wesentlich hervorgegangen ist (hier bezieht sich der Vf. in ausführlicher Analyse vor allem auf Thomas HOBBES und Immanuel KANT), die legitimatorische Priorität des Rechts gegenüber dem Gesetz herauszustellen.

Die Grundthese der vorliegenden Habilitationsarbeit lautet: Das Recht des Menschen ist sein auf seine eigene und unvergleichliche Art geführtes Leben, insofern es anderen Wesen wahrnehmbar werden kann. „Personen sind Wesen, die einander das Recht zumessen, ihr Leben nach der Erkenntnis dessen auszurichten, was zu diesem Leben gehört. Erst dadurch, daß wir einander dieses Recht zumessen, konstituiert sich unser Leben als eines, hinsichtlich dessen solche Erkenntnis möglich ist. Durch das Recht des

anderen wird mir mein Leben wahrnehmbar, bevor es gelebt ist. Mein Recht ist, auf meine Art zu leben. Aber es gilt damit auch umgekehrt: Auf meine Art leben kann ich nur, wenn ich diese Art als Recht verstehe, das heißt, als eine Art, die ich entsprechend auch anderen zubilligen muß." (S. 281) Prinzip des Rechtes von Menschen ist somit die jedem von ihnen eigene und als solche zu respektierende Art zu leben (S. 284).

Unter politischen Gesichtspunkten ist zweifellos das Abschlußkapitel der vorliegenden Publikation von größtem Interesse, geht es darin doch um Themen wie Bürgerrecht, Volksrecht und Völkerrecht. Der Autor plädiert hier für einen interkulturell vermittelbaren „minimalistischen" Begriff von Menschenrechten. Die Menschenrechte versteht er dabei nicht als Umschreibungen einer bestimmten kulturellen Lebensform, die das Recht hätte, sich weltweit durchzusetzen, sondern als Umgrenzungen eines Freiheitsraumes, innerhalb dessen Menschen darüber entscheiden können, unter welchen Bedingungen sie leben wollen. Die Gewährleistung der Menschenrechte erst schafft diesen Freiheitsraum- und in der Einforde rung von Menschenrechten liegt letztlich der Anspruch, einen solchen Freiheitsraum aufrechtzuerhalten.

Man mag diesen Denkansatz für eine eher bescheiden-zurückhaltende Begründung der Universalität von Menschenrechten halten. Gleichwohl liegt gerade darin die Chance, dem heute so gern und häufig strapazierten Argument der „Kulturrelativität" der Menschenrechte begegnen zu können. Jenseits aller historischen, kulturellen und sozialen Besonderheiten impliziert der von Schweidler favorisierte „minimalistische" Menschenrechtsbegriff die legitime Forderung an jedes Land, durch rechtliche Maßnahmen jene Freiräume offenzuhalten, innerhalb deren die Menschen- und nicht die für sie sprechenden Machthaber- einander Auskunft darüber geben können, nach welcher Moral und nach welchem Bild sie leben wollen. In diesem Sinne sind die Menschenrechte schließlich auch Mindestbedingungen des Angebots interkultureller Verständigung und müssen international einklagbar sein.

B. HANEKE

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. (1998) Hg. 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 (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

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen
Nr. 2: Euthanasie (1) - Definitionen und Klarstellungen
Nr. 3: Euthanasie (2) - Stellungnahme der Katholischen Kirche

Vorschau

Imago Hominis Band V/Nr. 4/98

Schwerpunkt

Autonomie des Arztes und des Patienten

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:
Mag. Edel M. Cech
Einzelpreis:
Inland ATS 120.–,
Ausland ATS 150.–
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.–,
Ausland ATS 500.–
Studentenabo ATS 250.–
Fördererabo ATS 1.000.–

Abo-Service:
Mag. Edel M. Cech
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