

Johannes Reiter

Bioethik und Menschenwürde

Ethische Aspekte der Bioethikkonvention des Europarats

Wann immer es um die moderne Medizin geht, prallen Hoffnungen und Ängste aufeinander¹. Diagnosen und Therapien, die noch vor wenigen Jahren undenkbar waren, sind heute zur Routine geworden. Die Medien sind voll von Meldungen über neue Fortschritte der Medizintechnik. Und fette Schlagzeilen versprechen, daß der Sieg über lebensbedrohliche Krankheiten wie Krebs oder Aids nur noch eine Frage der Zeit sei. Mit Hilfe neuer Technologien greift die Medizin in die grundlegenden Prozesse des Lebens und des Sterbens ein. Die Träume und die Alpträume des modernen Lebens stehen sich in kaum einem Bereich so schroff gegenüber wie gerade in der Medizin. Denn hier geht es um Menschen, um ihre Wünsche und Hoffnungen, um ihre Vorstellungen von einem sinnvollen Leben ohne Krankheit und Leid. Der ohnmächtige Patient in den Händen einer scheinbar allmächtigen Medizin erscheint in unserer Zeit immer mehr Menschen als große Bedrohung.

Daher wird auch die Meinung vertreten, es sei höchste Zeit, *neue Zielsetzungen im Gesundheitswesen* zu verankern. Die Medizin soll menschlicher, sanfter und nebenwirkungsärmer werden. Angemahnt wird eine stärkere Berücksichtigung der psychischen und sozialen Belange des Menschen. Dies kann aber wiederum nicht bedeuten, daß man auf Fortschritte in der Medizin verzichten darf. Die Medizin ist zur Hilfe verpflichtet. Deshalb muß sie ihre wissenschaftlichen Grundlagen und ihre technischen Möglichkeiten weiterentwickeln. Wer aber gibt die Richtung an? Wird das Leben des Menschen damit planbar und verfügbar? Immer mehr kritische Stimmen melden sich immer lauter zu Wort und fordern, daß die Medizin heute dringlicher denn je auf die Achtung des Menschen verpflichtet werden muß.

Vor diesem nur skizzenhaft angedeuteten Hintergrund sind auch die Bemühungen um eine Bioethikkonvention zu sehen². Ich werde zunächst den Begriff Bioethik erläutern, weil er für manche keine gängige Vokabel, für andere eher negativ konnotiert ist, danach werde ich das Gesamtvorhaben aufzeigen und dann schließlich zu den sensiblen und strittigen Punkten Stellung beziehen. Diese Vorgehensweise empfiehlt sich, weil eine solche Stellungnahme nicht ohne den Blick auf den Entstehungskontext und den Charakter der Bioethikkonvention möglich ist.

Bioethik als Bestandteil der praktischen Ethik

Wer heute von Bioethik spricht, läuft Gefahr, in eine Ecke mit dem äußerst umstrittenen australischen Bioethiker Peter Singer gestellt zu werden³. Dem möchte ich von vornherein vorbeugen. Der *Begriff Bioethik* wird hier als neutraler Begriff gebraucht⁴, das heißt, es ist damit keinerlei Behauptung und Beurteilung und schon gar nicht eine ideologische oder polemische Absicht verbunden. So gebrauchen beispielsweise auch neueste römische Dokumente den Begriff Bioethik ohne Argwohn synonym mit dem Begriff Lebensethik⁵. Bioethik ist ein Teilbereich der Ethik, näherhin eine Subdisziplin der angewandten Ethik⁶. Die Fragestellungen angewandter Ethik sind vielfältig und betreffen beinahe alle Lebensbereiche, heute bevorzugt solche, in denen öffentliche Institutionen und politische Handlungsoptionen eine Rolle spielen. Bioethik ist keine Sonderethik mit eigenen Prinzipien oder Regeln und auch keine bestimmte Richtung der Ethik, wie etwa eine utilitaristische oder gar biologistische Ethik. Bioethik ist auch keine Spezialethik für Biologen und Mediziner, sondern „der Versuch, generelle moralische Prinzipien in einem besonderen Bereich anzuwenden und zur Geltung zu bringen. Ihr Thema ist die begründete Stellungnahme zu und die moralische Bewertung von Eingriffen aller Art in menschliches, tierisches wie pflanzliches Leben.“⁷

Zur Bioethik zählen daher neben der biomedizinischen Ethik auch die Tierethik, Teile der Umwelt- oder ökologischen Ethik und ebenso die auf diese Bereiche bezogene Forschung. Von der medizinischen Ethik unterscheidet sich die Bioethik durch eine weiter gefaßte und zum Teil auch anders formulierte Fragestellung. Bei der medizinischen Ethik steht überwiegend das ärztliche Ethos, und hier insbesondere das Arzt-Patienten-Verhältnis im Mittelpunkt, die Bioethik hat generell die aus dem Fortschritt der biologischen Wissenschaft und der Medizin erwachsenden Probleme zu ihrem Gegenstand.

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

Daß für nicht wenige Menschen der Begriff Bioethik eine Herausforderung darstellt und für manche zu einem *Reizwort* geworden ist, hat wohl folgende Gründe: 1. Zu den ethischen Theorien, die in der Bioethik angewandt werden, zählt unter anderem der Utilitarismus, der hierzulande nicht gerade zu den etablierten und vertrauten ethischen Modellen gehört. 2. In der angelsächsischen Bioethik führte ethisches Nachdenken zu Konsequenzen, die unserer ethischen Tradition und moralischen Intuition radikal widersprechen. Zu denken ist etwa an die ethische Rechtfertigung des Infantizids (Kindestötung), die Erlaubtheit der

aktiven Sterbehilfe oder die radikale Kritik an unserem Umgang mit Tieren. 3. Die Unbefangenheit, mit der in der angelsächsischen Bioethik etwa über Euthanasie und den Wert des Lebens diskutiert wird, stößt in Deutschland mit gutem Grund auf Vorbehalte.

Die von angelsächsischen Bioethikern formulierten, von unserem Standpunkt her gesehen schlechten ethischen Urteile hätten sich aber auch von anderen Ethiken her erzielen lassen, zum Beispiel von einer medizinischen Ethik, einer ökologischen Ethik, oder auch von der Rechtsphilosophie. Das ethische Urteil hängt also nicht von dem Begriff ab, mit dem eine Ethik näherhin charakterisiert wird, sondern von den ihr zugrunde liegenden Werten, Prinzipien und Menschenbildern.

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

Internationalisierung der Entscheidungsfindung

Gerade für unsere Zeit ist festzustellen, daß einerseits – wie zu Beginn dargelegt – die beispiellos erweiterten technischen Möglichkeiten des Zugriffs auf die Natur eine immer bedrohlicher werdende biotechnische Krise herbeiführen, daß jedoch andererseits Bedrohungen nicht mehr durch stabile Traditionen aufgefangen, sondern zusätzlich von einer Erosion der traditionellen Moral begleitet werden. Wenn nun der Europarat angesichts dieser Krise „den Schutz der Menschenwürde sowie der Grundrechte und -freiheiten des Menschen“ in den Bereichen Biologie und Medizin durch eine „Bioethikkonvention“ gewährleisten will – so das erklärte Ziel –, ist dies grundsätzlich zu begrüßen. Der Europarat steht damit in der Tradition seiner rund 150 Konventionen, durch die gemeinsame Normen auf den Gebieten der Menschen- und Bürgerrechte, des Straf- und Zivilrechts, der Bildung und Kultur, des Naturschutzes und des Sozialrechts geschaffen wurden. Am wichtigsten sind darunter die Menschenrechtskonvention von 1950 und die Europäische Sozialcharta von 1961.

Angesichts der grenzüberschreitenden wissenschaftlichen Zusammenarbeit und eines europäischen Wirtschaftsraums besteht auf europäischer Ebene ein dringendes Bedürfnis nach *einheitlichen Schutzstandards*, die nun im Hinblick auf biomedizinische Fragestellungen in einer Bioethikkonvention festgelegt werden sollen. Ziel der Konvention ist somit die Schaffung eines rechtlichen Rah-

mens, der die Aufweichung der ethischen Maßstäbe verhindern soll, wie sie zwangsläufig dann eintritt, wenn in der Forschung und am Markt derjenige Mitgliedsstaat mit Standortvorteilen belohnt wird, der die ethisch-rechtlichen Grenzen besonders niedrig ansetzt.

Mit der Bioethikkonvention hätte Europa ein Gegenstück zu dem amerikanischen Belmont Report, der der National Research Act der USA von 1974 beigegeben ist und in den die Prinzipien des Nürnberger Kodex aufgenommen sind. Dieser Kodex wurde vom Nürnberger Gerichtshof zur Verurteilung der für die Menschenversuche im Nationalsozialismus Verantwortlichen 1947 aufgestellt.

Menschenwürde als Maßstab

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

Von *theologisch-ethischer Seite* kann man diesen Rückgriff auf die Menschenwürde nur unterstützen. Die rein auf Vernunft gegründete Auslegung des unbedingten Anspruchs der menschlichen Würde durch die Moderne wird hier überschritten bzw. vertieft. Der Kern einer theologischen Begründung der Menschenwürde liegt in der Behauptung, daß Grund und Ziel des Menschen nicht in diesem selbst zu suchen sind. Sie gründet auch nicht in aufweisbaren Fähigkeiten und Qualitäten des Menschen, sondern in dem Ja, das Gott zum Menschen gesprochen hat und das er auch in allen menschlichen Unwägbarkeiten durchhält. Die dreifach gesetzte Unmittelbarkeit des Menschen zu Gott – im Schöpfergott als Ebenbild, im menschengewordenen Gott als Bruder, im vollendenden Gott als neuer Mensch – ist theologisch gesehen die letzte Legitimation der Menschenwürde. Bei einer derart begründeten Menschenwürde ist einer Verfügbarkeit des Menschen über andere Menschen jegliche Grundlage entzogen.

Schon an dieser Stelle ist darauf aufmerksam zu machen, daß es in dem Vertragswerk nicht nur um eine Deklamation der Menschenwürde in der Präambel

gehen darf, sondern um ihre Konkretisierung und Erprobung in den einzelnen Anwendungsbereichen.

Geschichte und Inhalt der Konvention

Obwohl bioethische Themen unterschiedlicher Art seit 1976 von der Parlamentarischen Versammlung des Europarats wiederholt initiiert und beraten wurden, ist die jetzt vorliegende Bioethikkonvention – wohlgemerkt, es handelt sich immer noch um einen Entwurf – eine *Auftragsarbeit der europäischen Justizminister*. Diese empfahlen 1990 dem Ministerkomitee des Europarats, den Lenkungsausschuß für Bioethik eine solche Rahmenkonvention – gedacht als Erweiterung der europäischen Menschenrechtskonvention – ausarbeiten zu lassen. Der jetzt vorliegende Text hat viele Vorläufer. Als im Mai 1994 ein bis dahin geheimgehaltener Entwurf an die Öffentlichkeit gelangte, hat dieser vor allem in Deutschland heftige Kritik erfahren. Nicht übersehen werden darf in diesem Zusammenhang, daß die ethischen Probleme der Biomedizin in Deutschland vor allem aufgrund der Verbrechen der Medizin im sogenannten Dritten Reich kritischer als in vielen anderen Ländern gesehen werden.

Die zwischenzeitlich geführte Diskussion über die Konvention, die Erörterung des Themas im Bundestag und im Bundesrat und die zahlreichen kritischen Anmerkungen der wissenschaftlichen Fachvertreter und der Kirchen waren nicht umsonst⁹. Der Lenkungsausschuß für die Bioethik des Europarats, der die Konvention erarbeitet, hat auf seiner 11. Sitzung vom 4. bis 7. Juni dieses Jahres einen gründlich revidierten und verbesserten Text beraten. Die jetzige Textfassung hat nicht nur einen neuen stringenten Gesamtaufbau erfahren; durch Verbesserung problematischer Bestimmungen und durch Hereinnahme von Themen, die zunächst in Protokollen behandelt werden sollten, in den Haupttext ist man der vorgebrachten Kritik weithin gerecht geworden.

Die Konvention umfaßt in ihrer englischen Fassung 13 Schreibmaschinenseiten, ist in 14 Kapitel eingeteilt und enthält 38 Einzelartikel. Um einen Gesamtüberblick zu bekommen, sollen die in der Konvention behandelten Themen wenigstens stichwortartig aufgelistet werden. *Kapitel I* enthält allgemeine Bestimmungen. Art. 1 erläutert Zweck und Gegenstand der Konvention, Art. 2 betont die Vorrangigkeit des Menschen gegenüber Gesellschaft und Wissenschaft, Art. 3 betont den gleichen Zugang zur medizinischen Versorgung, Art. 4 erinnert an die beruflichen Pflichten und Standards der im Gesundheitswesen Tätigen. *Kapitel II* behandelt die Einwilligung. Art. 5 formuliert dazu die allgemeinen Bestimmungen, Art. 6 regelt den Schutz von einwilligungsunfähigen Personen, Art. 7 den Schutz von Personen, die an einer Geistesstörung leiden, Art. 8 bezieht sich auf Eingriffe in Notfällen, Art. 9 verweist auf früher geäußerte Wünsche. Das *Kapitel III* ist der Privatsphäre und dem Recht auf Information gewidmet und enthält den gleichnamigen Art. 10. *Kapitel IV* hat das menschliche Genom zum Thema. Art. 11 spricht ein Diskriminierungsverbot im Hinblick auf das genetische Erbe aus, Art. 12 behandelt prädiktive genetische Tests, Art. 13 bezieht sich auf Eingriffe in das menschliche Genom, und Art. 14 verbietet die Geschlechtswahl. *Kapitel V* erörtert die wissenschaftliche Forschung. Art. 15

enthält dazu die allgemeinen Bestimmungen, Art 16 ist dem Schutz der Personen gewidmet, an denen geforscht wird, Art 17 regelt den Schutz von jenen Personen, die unfähig sind, in Forschungen einzuwilligen, Art. 18 hat die Embryonenforschung „in vitro“ zum Thema.

Kapitel VI behandelt die Organentnahme von Lebendspendern für Transplantationszwecke. Art. 19 formuliert dazu allgemeine Bestimmungen und Art. 20 den Schutz für jene Personen, die hierzu einwilligungsunfähig sind. *Kapitel VII* verbietet in Art. 21 die finanzielle Gewinnerzielung und regelt in Art. 22 die Verwendung eines entnommenen Körperteils. Im *Kapitel VIII* werden in den Artikeln 23 bis 25 Verstöße gegen die Konventionsbestimmungen angeführt. *Kapitel IX* erläutert das Verhältnis zwischen dieser Konvention und anderen Bestimmungen. Art. 26 regelt, daß Festlegungen der Konvention nur eingeschränkt werden dürfen, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist, zum Schutz der öffentlichen Sicherheit, zur Verhinderung von Verbrechen und zur Gewährleistung der öffentlichen Gesundheit sowie der Rechte und Freiheiten anderer. Wichtig und zu begrüßen ist der neu hinzugekommene Absatz 2, wonach wichtige Bestimmungen der Konvention auf keinen Fall eingeschränkt werden dürfen: das Diskriminierungsverbot (Art. 11); das Verbot, in das menschliche Genom einzugreifen, wenn dies nicht präventiven, therapeutischen oder diagnostischen Zwecken dient (Art. 13); das Verbot der Geschlechtswahl (Art. 14); der Schutz von Probanden (Art. 16); der Schutz von Nicht-einwilligungsfähigen (Art. 17); die allgemeinen und speziellen Regelungen bei der Organentnahme von Lebendspendern (Art. 19 und 20) und schließlich das Verbot von Gewinnerzielung im Hinblick auf entnommene Körperteile (Art. 21). Art. 27 sagt aus, daß es den Mitgliedstaaten freisteht, weitergehende Schutzmaßnahmen im Hinblick auf den Gebrauch von Biologie und Medizin zu erlassen, als dies die Konvention tut. Im *Kapitel X* wird in Art. 28 zur angemessenen öffentlichen Debatte der in der Konvention behandelten Thematik aufgefordert. Im *Kapitel XI* wird in den Artikeln 29 und 30 die Auslegung und Überwachung der Konvention dargelegt. *Kapitel XII* regelt in Art. 31 die Erstellung von Protokollen. So soll als erstes ein Protokoll über den Schutz von Embryonen und Feten erstellt werden. Dazu findet vom 16. bis 18. Dezember 1996 in Straßburg ein Symposium statt. *Kapitel XIII* erörtert im Art. 32 eventuelle Änderungen der Konvention. Und schließlich werden im *Kapitel XIV* in den Artikeln 33 bis 38 Schlußklauseln aufgestellt.

Strittige Punkte

Ein nach wie vor sensibler und kritischer Punkt bleibt – trotz Verbesserungen – die *Forschung an Nicht-einwilligungsfähigen* (persons not able to consent) ohne direkten therapeutischen Nutzen. Wie schon in früheren Entwürfen, erfährt auch in dem neuen Entwurf das bislang – zumindest in Deutschland – geltende Verbot solcher Forschung eine Aufweichung, allerdings mit vielen Auflagen und Absicherungen (Art. 16 und 17): Die Forschung muß darauf abzielen, eine bedeutende Verbesserung des Krankheitsverständnisses bei der betreffenden Einzelperson herbeizuführen sowie neue Erkenntnisse zu erlangen, die dem Betroffenen oder anderen Betroffenen der gleichen Altersgruppe mit derselben Krankheit nutzen können; die wissenschaftliche Plausibilität und ethische Akzeptabilität des Forschungsvorhabens müssen durch eine Ethikkommission geprüft sein; das Forschungsvorhaben kann nicht an Einwilligungsfähigen durchgeführt werden; das Forschungsvorhaben darf für den Betroffenen nur ein sehr geringes Risiko und nur eine minimale Belastung bedeuten (z. B. einmalige Blutentnahme); der gesetz-

liche Vertreter muß zugestimmt haben; die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden; es darf kein Widerspruch von seiten des Betroffenen erkennbar sein.

Die von der Medizin angeführten Beispiele für die Dringlichkeit solcher Forschung, insbesondere bei Demenzkrankheiten – z.B. Morbus Alzheimer –, bei Schlaganfallpatienten und Kinderkrankheiten, sind so evident, daß die Konvention hier Ausnahmen zugesteht. Hinzu kommt, daß in einer ganzen Reihe von Staaten, die nicht im Verdacht stehen, die Menschenrechte gering zu schätzen, fremdnützige Forschung an Nichteinwilligungsfähigen unter engen Voraussetzungen erlaubt ist (z.B. Australien, Österreich, Kanada, Spanien, England, Schweiz, USA). Auch aus medizinethischer Sicht, bei Zugrundelegung der traditionellen Prinzipien der Patientenautonomie, der Wohltätigkeit, des Nichtschadens und der ausgleichenden Gerechtigkeit, läßt sich kein ausnahmsloses Verbot solcher Forschung begründen.

Bei der *Embryonenforschung* (Art. 18), deren Erlaubtheit insbesondere von den Engländern angestrebt wird, hat man nunmehr einen Kompromiß gefunden, wobei man zum Teil auf die drei Alternativen, die der vorletzte Entwurf vom November 1995 enthielt, zurückgegriffen hat: Die Herstellung von Embryonen für Forschungszwecke wird verboten (Art. 18,2). Wo das jeweilige Landesrecht Experimente erlaubt mit Embryonen, die bei der Retortenbefruchtung („in vitro“) entstehen, muß ein „adäquater Schutz“ des Embryos gewährleistet sein.

Man kann es drehen und wenden wie man will: Die Tür zur Embryonenforschung ist mit dieser Bestimmung geöffnet, da die Konvention nicht klar festlegt, was unter diesem „adäquaten Schutz“ des Embryos zu verstehen ist. Die in Deutschland verbotene Präimplantationsdiagnostik wäre demnach ebenfalls wenn nicht explizit erlaubt, so doch implizit zumindest nicht verboten¹⁰. Bei dieser Methode wird von einem Embryo im Achtzellstadium eine Zelle abgetrennt und genetisch untersucht; weist der Embryo einen Gendefekt auf, wird er in der Regel verworfen, im anderen Fall der Frau eingepflanzt. Würde man bei der Embryonenforschung auf die gleichen strengen Ausnahmebedingungen zurückgreifen, wie sie für Forschung an Nichteinwilligungsfähigen gelten – warum eigentlich nicht? –, würde sich das Thema von selbst erledigen. Auch medizinischer Erkenntnisgewinn und Nutzen rechtfertigen nicht ein Verfahren mit menschlichem Leben, das unsere Vorstellungen von der unantastbaren Würde dieses Lebens in Frage stellt. Ethisch erlaubt ist hingegen therapeutische Forschung, die auf das Wohl des konkreten Embryos abzielt.

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

von Arbeitgebern und Versicherungen auf genetische Tests sind also vom Text der Konvention her nicht ausgeschlossen.

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

In Art. 19 geht es um allgemeine Regeln bei der *Organentnahme von Lebend Spendern* für Transplantationszwecke. Dabei müssen weitere, über den Konventionstext hinausreichende Umstände mitbedacht werden: Die Entnahme von einem paarig vorhandenen Organ wie der Niere oder von Teilen anderer Organe ist für Gesundheit und Leben des Spenders nicht ungefährlich. Große Zurückhaltung ist gegenüber einer Organtransplantation zwischen nichtverwandten Lebenden geboten. Es muß ausgeschlossen werden, daß die Beziehung zwischen Spender und Empfänger durch Abhängigkeit, Bezahlung oder Erpressung belastet wird. Ausnahmen wie Organspenden zwischen Ehegatten oder von Eltern auf (Adoptiv-)Kinder bedürfen strenger, jedoch allgemein annehmbarer Richtlinien. Vor allem muß bei der Spende von Organen Lebender der Organhandel ausgeschlossen werden.

Art. 20 verbietet zu Recht die Organentnahme bei nichteinwilligungsfähigen Personen. Anders ist die Spende von regenerierbarem Gewebe (Knochenmark, Haut) zu beurteilen, die aus medizinischen Gründen vorwiegend zwischen nahen Verwandten in Betracht kommt. Der Konventionsentwurf erlaubt sie unter strengen Absicherungen nur unter Geschwistern. In eine Knochenmarkspende können die Sorgeberechtigten einwilligen, wenn die Gefahr für die Gesundheit eines Kindes verhältnismäßig gering und auf der anderen Seite die Rettung des kranken Geschwisters wahrscheinlich ist. Über die Geringfügigkeit der Belastung wird man streiten können, denn immerhin bedarf es hierbei einer Vollnarkose.

Bedauerlicherweise sind jene Artikel der Konvention, die Sanktionen bei Verletzungen der Konventionsbestimmungen regeln (Kapitel VIII), sehr weit gefaßt und unpräzise formuliert. So sollen nach Art. 23 lediglich die Vertragsstaaten einen geeigneten rechtlichen Schutz gewährleisten. Der Zugang Betroffener zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte ist nur dann vorgesehen, wenn die Vertragsstaaten eine entsprechende Anerkennung des Gerichtshofs nach Art. 29 abgeben.

Dadurch, daß die Konvention in Art. 36 den Vertragsstaaten die Möglichkeit

eröffnet, im Hinblick auf die Anwendung jeder Bestimmung einen Vorbehalt geltend zu machen, wenn diese den nationalen Gesetzen zuwiderläuft, erlangt die gesamte Konvention doch wieder einen hohen Grad an Unverbindlichkeit.

Kritische Bilanz

Welche Bilanz bietet sich an? Was die in der Konvention behandelten *Themen* anbelangt, hat man den Eindruck, daß die Auswahl eher willkürlich, zumindest aber unbegründet erfolgt. Man muß zugeben, daß die Konvention wichtige und auch dringliche Themen behandelt. Aber ebenso bedeutsame Probleme, wie etwa die Reproduktionsmedizin, der Schwangerschaftsabbruch und die Sterbehilfe bleiben ausgeklammert. Denkbar wäre es, diese Fragen in Zusatzprotokollen zu behandeln, die den gleichen völkerrechtlichen Status wie die Konvention selbst haben. Allerdings dürfte bei den genannten Fragen die Konsensbildung noch schwieriger sein.

Ob der *Würde des Menschen* bei den einzelnen Regelungen der Konvention hinreichend Rechnung getragen wird, müssen weitere Diskussionen zeigen. Hierbei ist das Augenmerk in erster Linie auf jene Menschen zu richten, die wegen mangelnder Einsichtsfähigkeit, Behinderung oder sonstiger Gebrechen unserer besonderen Fürsorge bedürfen. Die ethische Problematik der Embryonenforschung ist nicht hinreichend gelöst. Wenn, wie ich dies dem Entwurf unterstelle, der Eingriff in die Keimbahn ausgeschlossen sein soll, sollte man dies in einer eindeutigen und unmißverständlichen Formulierung auch im Text zum Ausdruck bringen.

Der Schutz nichteinwilligungsfähiger Personen ist im Vergleich zu vorherigen Fassungen verbessert worden. Die fremdnützige Forschung an Nichteinwilligungsfähigen bleibt ein kritischer Punkt. Aus ethischer Sicht scheint sie mir als Ausnahmeregelung unter den eng definierten Bedingungen möglich zu sein. Jedoch steht sie nicht in Übereinstimmung mit der deutschen Gesetzeslage, wonach Dritte für einen nichteinwilligungsfähigen Menschen nur zu Heileingriffen und nicht für fremdnützige Forschung ihre Zustimmung geben dürfen. Die Bestimmungen zur Organentnahme bei Lebendspendern sind in dem Konventionstext zu präzisieren.

Der Name „*Bioethikkonvention*“ ist mißverständlich. Ihrer Gattung nach ist die Konvention kein ethisches Dokument, sondern ein Rechtsdokument, das allerdings, wie jegliches Recht, auf ethischen Grundüberzeugungen gründet. Ethische Normen werden vom Gewissen sanktioniert, rechtliche Normen dagegen verlangen eine äußere Sanktion, wie dies die Konvention auch fordert. Als Menschenrechtsdokument hat die Konvention die Aufgabe, den gebotenen rechtlichen Rahmen festzuhalten, nicht aber alles ethisch Relevante und Wünschens-

werte zu umschreiben¹¹. Die zu diesem rechtlichen Rahmen gehörenden Mindestnormen müssen ethisch und rechtlich konsensfähig sein, und schon von daher können sie nicht all das enthalten, was im Rahmen der verschiedenen ethischen und rechtlichen Traditionen, die Europa nun einmal auszeichnen, geboten erscheint und aus unserer Sicht wünschenswert wäre. Was das Verhältnis von Ethik und Recht anbelangt, so ist es auffallend, daß es im angelsächsischen Recht durchaus üblich ist, bei der Entscheidung neuartiger Rechtsfragen unmittelbar auf ethische Prinzipien zurückzugreifen, während dies bei uns nur vermittelt über die ethischen Prinzipien des Grundgesetzes und ihre Ausformulierung durch das Bundesverfassungsgericht möglich ist¹². Wegen der eindeutig rechtlichen Gattung der Konvention hatte bereits die „International Commission of Jurists“ als Titel vorgeschlagen: „Convention on Human Rights on Biomedicine“. Dieser Titel hat sich nunmehr mit deutscher Unterstützung im Lenkungsausschuß durchgesetzt. Der neue Titel der Konvention lautet jetzt: „*Menschenrechtskonvention zur Biomedizin*“.

In der Konvention spiegeln sich sowohl Glanz als auch Elend dessen wider, worüber derzeit unter den Mitgliedstaaten Europas in biomedizinischen Fragen ein (rechtlicher) Konsens erzielt werden kann¹³. Deshalb ist die Konvention – wie die meisten völkerrechtlichen Dokumente – ein „Patchwork“ (Ludger Honnefelder), ein Gebilde also, das aus gemischten, vielgestaltigen und unterschiedlichen Elementen besteht. Man sollte sie sehen wie andere Menschenrechtsdokumente auch: als *Prozeßgröße*, als Kristallisationskern eines, wenn auch langsam wachsenden Rechtsbewußtseins.

Um dem vorliegenden Entwurf, der in vielfacher Hinsicht besser ist als seine Vorläufer, zustimmen zu können, hätte die Bundesrepublik zu viele Zugeständnisse machen und dabei teilweise ihr eigenes Rechtssystem verlassen müssen (Embryonenschutzgesetz, Betreuungsrecht). Sie hat daher am 7. Juni in Straßburg im Lenkungsausschuß als einziges Land gegen den Entwurf gestimmt; Belgien und Zypern enthielten sich der Stimme. Bei einer befriedigenden Lösung der offenen Fragen will die Bundesregierung ihre Haltung allerdings revidieren. Das Europäische Parlament hat am 18. Juli dieses Jahres einen von seinem Ausschuß für Recht und Bürgerrechte vorgelegten Bericht, der eine Verschärfung in wesentlichen Punkten des Konventionsentwurfs verlangte, abgelehnt.

Der Konventionsentwurf, so ist geplant, soll im Herbst dieses Jahres von der Parlamentarischen Versammlung des Europarats beraten werden. Danach soll das Ministerkomitee, das sich aus den Außenministern der 35 Mitgliedstaaten zusammensetzt, über die Konvention beschließen. Die Konvention tritt schon dann in Kraft, wenn fünf Staaten, darunter vier Mitgliedstaaten des Europarats, ihre Zustimmung erklären (Art. 33,3). Zuvor scheint mir aber eine weitere differenzierte und kritische Betrachtung durch Fachleute und ebenso eine ehrliche Diskussion mit der breiten Öffentlichkeit, insbesondere mit den Betroffenen, dringend erforderlich.

ANMERKUNGEN

- ¹ J. Reiter, Es geht um den Patienten. Grundfragen med. Ethik neu bedacht, in dieser Zs. 214 (1996) 435–448.
- ² Zur Konvention u. ihrer Entstehungsgeschichte: J. Reiter in: HK 48 (1994) 332–334; 49 (1995) 11–13; 50 (1996) 336f.; L. Honnefelder in: FAZ 26.9.1995, 44.
- ³ Zur Kritik an Singer vgl. u.a. A. Nogradi-Häcker, Die Personwerdung d. Menschen. Zur Ethik Peter Singers (Münster 1994); A. Anzenbacher, Sterbehilfe für unverfügbares Leben? Eine Auseinandersetzung mit Peter Singer, in: Hilfe zum Sterben? Hilfe beim Sterben!, hg. v. H. Hepp (Düsseldorf 1992) 74–93; A. Lohner, Personsein u. Lebensrecht, in: Paragraph 218, hg. v. J. Reiter, R. Keller (Freiburg 1993) 293–320.
- ⁴ Vgl. G. Hunold, Art. Bioethik, in: LThK³ 2, 469–79; Herausforderung d. Bioethik, hg. v. J. S. Ach, A. Gaidt (Stuttgart 1993).
- ⁵ Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen, hg. v. Päpstl. Rat für d. Seelsorge im Krankendienst (Vatikanstadt 1995).
- ⁶ Zum folgenden vgl. J. S. Ach, A. Gaidt (A. 4) 9–15. ⁷ Ebd. 11.
- ⁸ Vgl. J. Reiter, Menschl. Würde u. chr. Verantwortung (Kevelaer 1989) 45–72.
- ⁹ Vgl. etwa nur: Stellungnahme d. Vorsitzenden d. DBK K. Lehmann (Mainz) zur Bioethikkonvention d. Europarates v. 27.1.1995 (PRDT 95-004); Stellungnahme d. Präsidiiums d. Rates d. Europ. BK zur Bioethikkonvention v. 28.2.1995 (PRDT 95-006); Dürfen wir, was wir können? Bio-Technik u. Menschenwürde. Zum Entwurf einer Bioethikkonvention (epd-Dok. 1995).
- ¹⁰ Vgl. J. Blech, U. Schnabel, Das perfekte Baby, u. dies., Der Arzt als Richter?, in: Die Zeit 28.6.1996, 31.
- ¹¹ Vgl. L. Honnefelder (A. 2) 44. ¹² Ebd. ¹³ Ebd.