

Aus der Reihe:

Dialogversuche: Medizin und Theologie im Gespräch

*Dokumentation der Veranstaltung vom
Donnerstag, den 15. Mai 2003*

Chancen und Grenzen des medizinischen Fortschritts

"...über Risiken und Nebenwirkungen..."

Der Dialogversuch zwischen Medizin und Theologie nimmt in dieser Veranstaltung das Thema der "Woche für das Leben 2003" auf und fragt nach ethischen Grundlinien zur Bestimmung dessen, was "Fortschritt" im Bereich der medizinischen Forschung genannt werden kann. Von welchem Menschenbild lassen sich die Forschenden leiten? Welche Ziele werden mit der Forschung verfolgt? Wie stellt sich die Frage nach Chancen und Grenzen aus theologischer Sicht dar?

Referenten:

Prof. Dr. O. Brüstle	<i>Direktor des Institutes für Rekonstruktive Neurobiologie der Unikliniken Bonn - Stammzellenforscher</i>
Prof. Dr. U. Eibach	<i>Professor der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Bonn, Klinikseelsorger</i>
Frau E. Backhaus	<i>Koordinatorin der Deutschen Stiftung für Organtransplantation (DSfO)</i>
Herr R. Beusch	<i>Patient – an Parkinson erkrankt</i>

Einführung:	<i>Dipl. Theol. Hans-Bernd Hagedorn (Kath. Klinikseelsorger)</i>
Moderation:	<i>Dr. J. Herberg – Katholisches Bildungswerk Bonn</i>

Veranstalter: Evangelische und Katholische Klinikseelsorge der Universitätskliniken Bonn
Evangelisches Forum Bonn und Katholisches Bildungswerk Bonn

gefördert durch:



Einführung: Hans-Bernd Hagedorn

Kath. Klinikseelsorger der Universitätskliniken Bonn

Ich möchte Sie, liebe Gäste und Sie liebe Referenten sehr herzlich willkommen heißen und freue mich auf den nun **6. Dialogversuch** von Medizin und Theologie hier im Hörsaal der Dermatologie der Universitätskliniken Bonn.

Veranstalter diesen Abends sind die katholische und evangelische Klinikseelsorge, das Evangelische Forum, das Katholische Bildungswerk und die Stiftung Krankenhausseelsorge, die diesen Abend wieder aus ihren Mitteln unterstützt und ermöglicht.

"Chancen und Grenzen des Medizinischen Fortschritts"

zwischen diesen beiden Polen vollziehen sich die medizinischen Entwicklungen und gerade hier in den Universitätskliniken erleben wir einige Ausläufer diesen Fortschritts.

Als die Stammzellenforschung vor einem halben Jahr diskutiert wurde und viele ethische Fragestellungen aufgeworfen wurden, da haben wir uns im Vorbereitungsteam unserer Dialogreihe sehr schnell entschlossen, im Rahmen der diesjährigen Woche für das Leben - eine gemeinsame Initiative der Evangelischen und Katholischen Kirchen in Deutschland - deren Thema aufzugreifen. In der vergangenen Woche wurde an vielen Orten dieses Thema besprochen und in Gottesdiensten bedacht. Für Bonn haben wir diese heutige Veranstaltung als zentrales Angebot gestaltet.

Mit unserem Untertitel ***"...über Risiken und Nebenwirkungen ..."*** wollten wir gleich die Richtung des Abends andeuten: in Bezug auf die Grenzen des medizinischen Fortschritts möchten wir die oft unüberschaubaren Folgewirkungen der in einem enormen Tempo voranschreitenden Medizin betrachten.

Ohne jeden Zweifel: Viel Gutes hat die Forschung für die medizinische Versorgung hervorgebracht. Unzählbares Leben konnte gerettet werden, unzählige Wochen, Monate und Jahre konnten Menschen durch die immer fundierteren Behandlungen gewinnen. Denken wir nur an die Fortschritte in der Organtransplantationsmedizin oder die Weiterentwicklung der Dialyse, die z.T. von Patienten zu Hause vorgenommen werden kann.

Aber auch für die Zukunft sind für viele Krankheitsbilder - hier denke ich auch an die neue Epidemie SARS vor allem in China - große Hoffnungen auf den medizinischen Fortschritt gerichtet.

Aus christlicher Sicht ist die Heilung eines Menschen ein besonders hohes Gut und die besondere Solidarität der Christen, so sagt es Kardinal Lehmann in seinem Geleitwort zur Woche für das Leben, gehört den Kranken und Schwachen. Wir Menschen werden aus christlichem Blickwinkel durch alle Bemühungen um Überwindung von Krankheit und Leid zu Mitarbeitern Gottes an der Schöpfung. Und so teilen wir Christen die Hoffnung auf Fortschritte in der Medizin zum Wohl der Menschen.

Sie ahnen schon, dass in allen Fortschritten und Hoffnungen ein ABER mit bedacht werden muss.

Dieses ABER wird in der Frage deutlich, welches Menschenbild die Forschenden leitet. Gibt es Kriterien, nach denen Fortschritt ethisch bewertet und gesteuert werden kann ?

Dieses ABER begegnet uns, wenn wir erleben, dass mancher Fortschritt ganz neue - oft nicht vorhergesehene neue Problemlagen hervorbringt.

Fortschritt ist nicht automatisch eine Wandlung zu etwas Besserem und Fortschritt ist nicht in sich schon gleich etwas Gutes.

Dieses ABER benennt auch Kardinal Lehmann in seinem Geleitwort der Woche für das Leben. Er sagt: "Es gilt, die Grenzen im Blick zuhalten, wenn die gegebenen Chancen tatsächlich sinnvoll genutzt werden sollen". Und weiter: "Der Wunsch, Krankheiten zu heilen und die medizinische Forschung energisch voranzutreiben, bedarf eines besonderen Ethos der Wissenschaft. Nicht alles, was möglich ist, ist ethisch auch verantwortbar".

Die Suche nach dem Verantwortbaren ist kein leichtes Unterfangen. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, dass wir und damit die Gesellschaft oft nur ohnmächtig auf die rasante Entwicklung der Medizin schauen können und kaum mehr ausreichend Zeit für eine intensivere Diskussion bleibt.

Diese Diskussion wäre auch nicht allein nur unter Fachleuten zu führen, die Fortschritte der Medizin betreffen in vielen ihrer Auswirkungen letztendlich auch uns selbst.

Konkret wird es heute Abend in einigen Ausschnitten des medizinischen Fortschritts durch unsere Gäste:

- **Frau Elke Backhaus**, die ich ganz herzlich begrüße, ist Koordinatorin der Deutschen Stiftung für Organtransplantation - sie begegnet in ihrer Praxis einer Vielzahl von auch ethischen Folgen und Nebenwirkungen der auf den ersten Blick segensreichen Entwicklungen in der Transplantationsmedizin. Sie wird uns teilhaben lassen, an ihren Erfahrungen rund um die Fortschritte der Organtransplantation.

- Noch bis heute Mittag hätte ich an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Wiestler - Leiter des Neuropathologischen Institutes unserer Unikliniken als Referenten angekündigt. Prof. Wiestler hat jedoch sehr plötzlich für heute Abend absagen müssen. Wir sind sehr froh, dass Sie, Herr **Prof. Dr. Brüstle** als Referent für heute Abend eingesprungen sind. Herr Prof. Dr. Brüstle hat lange Zeit mit Prof. Wiestler im Neuropathologischen Institut gemeinsam entscheidenden Anteil an der Stammzellenforschung bis Sie diesen Forschungsinhalt erst seit kurzer Zeit am neu eingerichteten Institut für Rekonstruktive Neurobiologie in Eigenregie - wenn ich dies so richtig darstelle - fortsetzen können.

Wie wir durch die Medien häufig mitbekamen, haben Sie sich im letzten Jahr immer wieder den Widersprüchen und ethischen Diskursen gerade um das Thema der Forschung mit embryonalen Stammzellen gestellt. Schön, dass Sie heute Abend Zeit für uns haben.

- Wir, lieber Herr **Prof. Eibach** arbeiten als Kollegen in der Klinikseelsorge zusammen. Neben der Klinikseelsorge ist Herr Eibach auch Professor der Evangelisch - Theologischen Fakultät der Universität Bonn und hat sich als Ethiker mit vielen Veröffentlichungen zu medizinethischen Fragestellungen einen Namen gemacht. Herzlich willkommen !

Lieber Herr **Beusch**, lieber Rainer - dass Du für diesen Abend zugesagt hast, dies hat mich besonders gefreut. Viele gemeinsame Erfahrungen in der kirchlichen Jugendarbeit verbinden uns auch persönlich. Heute Abend lässt Du uns Anteil haben an Deinem Blick auf die Chancen und Grenzen des medizinischen Fortschritts - und dies geschieht für Dich und uns aus Deiner Perspektive als Patient. Herr Beusch ist seit Jahren an Parkinson erkrankt und ich kann nur ahnen, welches Gewicht für Dich der hoffende Blick auf die Fortschritte der Medizin hat. Herzlich willkommen !

Begrüßen möchte ich an dieser Stelle schon den Moderator des heutigen Abends, Herrn Dr. Herberg, Leiter des Katholischen Bildungswerkes Bonn.

Herr Dr. Herberg wird im Anschluss an die 4 Vorträge zunächst eine Gesprächsrunde unter den Vortragenden und dann die offene Diskussion mit Ihnen, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer moderieren.

Nun darf Sie, Herr Prof. Brüstle um Ihren Vortrag bitten.

Embryonale Stammzellen

Neue Perspektiven für den Zellersatz im Nervensystem

Prof. Dr. Oliver Brüstle

Institut für Rekonstruktive Neurobiologie
Medizinische Einrichtungen der Universität Bonn

Embryonale Stammzellen: Neue Perspektiven für den Zellersatz im Nervensystem

Gehirn und Rückenmark sind die komplexesten Systeme, die die Evolution hervorgebracht hat. Diese Komplexität hat ihren Preis: Einmal entwickelt, verfügt das Zentralnervensystem kaum noch über Regenerationsreserven. Im Rahmen akuter oder chronischer Leiden zugrunde gegangene Nervenzellen bleiben auf immer verloren. Dementsprechend steht die Medizin Erkrankungen wie Parkinson, Chorea Huntington, Schlaganfall oder traumatischen Hirn- und Rückenmarksverletzungen fast machtlos gegenüber.

Prinzipiell erscheinen zwei Wege erwägenswert, um untergegangene zentralnervöse Zellen zu ersetzen. Auf der einen Seite könnte es möglich sein, eine latent vorhandene Fähigkeit zur Neubildung von Nervenzellen auch im adulten Gehirn zu stimulieren. Dies würde voraussetzen, dass ein solches Potential wirklich besteht und die erforderlichen Signale entschlüsselt werden. Zwar wird in neuerer Zeit über ein sehr begrenztes Potential zur Neurogenese auch in erwachsenen Gehirnen berichtet. Bislang zeichnen sich jedoch keine Strategien ab, welche in absehbarer Zeit eine klinische Anwendung versprechen würden. Der zweite Ansatz besteht darin, verloren gegangenes Gewebe durch Transplantation geeigneter Spenderzellen in das ZNS zu ersetzen.

Transplantation ins Gehirn: Die Suche nach einer Spenderquelle

Diese so genannte Neurotransplantation unterscheidet sich grundlegend von klassischen Organtransplantaten. Das zentrale Nervensystem ist zu komplex, als dass ganze Gewebefragmente transplantiert werden könnten. Vielmehr geht es darum, unreife *Vorläuferzellen* in defekte Areale einzuschleusen und dort zur Ausreifung zu bringen. Solche Vorläuferzellen ließen sich bislang nur aus dem Gehirn toter Feten gewinnen — mit den damit verbundenen ethischen und praktischen Problemen.

Auf der Suche nach Alternativen wurden verschiedene Möglichkeiten erprobt. Einige Arbeitsgruppen haben sich bemüht, Zellen aus dem embryonalen Gehirn in Kultur zu vermehren, um Sie in ausreichender Zahl verfügbar zu machen. Große Hoffnung wurde hier auf die Verwendung von Nervenwachstumsfaktoren gesetzt. Allerdings haben diese Bemühungen bislang nicht zu nennenswerten Erfolgen geführt. In jedem Fall würden sie weiterhin fetales menschliches Gehirngewebe als Ausgangsmaterial mit nur begrenzter Verfügbarkeit und bioethischen Einschränkungen erforderlich machen. Eine weitere Strategie stützt sich darauf, Zellen des sich entwickelnden Nervensystems durch Einführen immortalisierender Onkogene dauerhaft teilungsfähig zu halten und anzureichern. Hier bestehen nicht unerhebliche Bedenken, dass die genetische Manipulation das Entstehen von Tumoren aus den Spenderzellen begünstigen könnte. Wiederum wäre für die Gewinnung von Ausgangszellen zunächst fetales menschliches Gehirngewebe erforderlich. Schließlich ist daran gedacht worden, Zellen tierischen Ursprungs einzusetzen. Größter Unsicherheitsfaktor dieser Strategie ist die mögliche Übertragung tierischer Pathogene auf den Menschen — ein Argument, das gerade durch die jüngsten Entwicklungen auf dem Agrarsektor stark an Bedeutung gewonnen hat.

Ergebnisse mehrerer aktueller Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Stammzellen aus adulten Geweben auch in andere Zelltypen ausreifen können. So lassen Experimente an Mäusen vermuten, dass transplantierte Knochenmarkszellen ins Gehirn einwandern und dort in Nervenzellen umprogrammiert werden. Diese Befunde haben große Begeisterung für die so genannten *adulten Stammzellen* ausgelöst. Doch bevor dieser Weg medizinisch genutzt werden kann, müssen zwei Schlüsselprobleme gelöst werden. Zum einen muss es gelingen, derartige Umprogrammierungsprozesse gezielt im Labor durchzuführen. Zum andern müssen die so gewonnenen Zellen in einem

Umfang vermehrt werden können, der einen klinische Einsatz als Spenderquelle ermöglicht. An beiden Problemen wird derzeit intensiv gearbeitet.

Embryonale Stammzellen: Eine unerschöpfliche Reserve

Die Verfügbarkeit embryonaler Stammzellen (ES-Zellen) eröffnet völlig neue Perspektiven für die Transplantationsmedizin. Diese Zellen werden aus einem Embryonalstadium kurz nach der Befruchtung, aus der so genannten Blastozyste, isoliert. Einmal gewonnen, lassen sie sich nahezu uneingeschränkt vermehren. ES-Zellen sind die unreifsten aller Stammzellen. Deshalb können sie noch alle Zelltypen bilden — und das in unbegrenzter Zahl. Im Gegensatz zur befruchteten Eizelle sind sie allerdings nicht mehr in der Lage, zu einem kompletten Organismus heranzuwachsen.

Mit den Fortschritten der Entwicklungsbiologie hat man in der jüngeren Vergangenheit gelernt, die Reifung embryonaler Stammzellen in Kultur so zu steuern, dass aus ihnen verschiedene Zell- und Gewebetypen in aufgereinigter Form entstehen. Man geht dabei so vor, dass die noch unreifen, sich rasch teilenden ES-Zellen zunächst zu Zellaggregaten umgebildet werden. In diesen Aggregaten findet spontan eine ungerichtete Ausreifung in verschiedene Gewebeformläufer statt, weshalb man sie auch als Embryoid-Körper bezeichnet hat. Durch weitere Kultivierung dieser Embryoid-Körper in Wachstumsfaktor-haltigen Nährmedien ist es beispielsweise möglich, Vorläuferzellen des Nervensystems in unbegrenzter Zahl zu erhalten. Da die Zellen keiner genetischen Veränderung unterzogen wurden, verfügen Sie über ein intaktes Erbgut.

Dieses Verfahren eröffnet den Neurowissenschaften zwei große Perspektiven. Zum einen wird es hiermit möglich sein, Prozesse der Entwicklung, Differenzierung und Integration verschiedener Zellformen des Nervensystems sowohl in Zellkultur als auch nach Verpflanzung im lebenden Gehirn systematisch zu studieren. Insbesondere in Kombination mit der Möglichkeit einer gezielten Veränderung von Genen in den Ausgangs-ES-Zellen verspricht dieser Ansatz wesentliche neue Erkenntnisse.

Zum anderen steht mit embryonalen Stammzellen und ihren Abkömmlingen eine potente neue Population von Spenderzellen für den Zellersatz bei Erkrankungen des Nervensystems zur Verfügung. In den kommenden Jahren wird es zunehmend gelingen, Differenzierungssignale, welche die Ausreifung von ES-Zellen zu den zahlreichen Unterformen von Nervenzellen steuern, zu entschlüsseln und für diesen Ansatz nutzbar zu machen. Damit sollte es theoretisch möglich werden, Spenderzellen für wichtige und häufige zentralnervöse Erkrankungen zu gewinnen und in einem geeigneten Reifungsstadium in das betroffene Gehirn bzw. Rückenmark zu transplantieren.

Erste Erfolg versprechende Befunde aus Tierexperimenten liegen bereits vor. So lassen sich bei Ratten mit einer angeborenen Myelinkrankheit die defekten Isolierhüllen durch transplantierte ES-Zell-abgeleitete Vorläuferzellen wiederherstellen. Solche Ergebnisse lassen darauf hoffen, ES-Zellen auch für die Behandlung häufigerer Entmarkungskrankheiten wie der Multiplen Sklerose einsetzen zu können.

Neben Gehirnzellen wurden aus ES-Zellen der Maus Insulin-bildende Zellen, Herzmuskulatur, Blutzellen und viele andere Zelltypen in großer Zahl hergestellt. Wenn dies auch beim Menschen gelingt, ließen sich so Ersatzzellen für die Behandlung von Diabetes, Herzleiden und Leukämien gewinnen.

Humane embryonale Stammzellen können aus so genannten „überzähligen Embryonen“ isoliert werden. Diese fallen bei der künstlichen Befruchtung immer dann an, wenn mehr Eizellen befruchtet wurden als in die Gebärmutter eingepflanzt werden können oder die Frau die Implantation nicht mehr wünscht. Bislang werden diese Zellen eingefroren und zu einem späteren Zeitpunkt letztendlich verworfen. Die Alternative wäre, einige wenige dieser befruchteten Eizellen für die Gewinnung von Stammzellen für hochrangige medizinische Zwecke einzusetzen.

Kernreprogrammierung: Zellersatz vom Patienten selbst?

Auch Stammzelltransplantate wären vor den gefürchteten Abstoßungsreaktionen nicht gefeit. Seit der Schaffung von Dolly zeichnen sich jedoch Möglichkeiten ab, dieses Problem zu lösen. Wird ein Zellkern aus einem erwachsenen Organismus in eine entkernte Eizelle eingefügt, programmiert ihn

die kernlose Eizelle auf ein embryonales Stadium zurück. Diese künstlich geschaffene Zelle verhält sich wie eine befruchtete Eizelle. Man kann sie im Labor bis zur Blastozyste ausreifen und daraus ES-Zellen gewinnen. Der große Vorteil: Da Zellkern und damit das Erbmateriale vom Patienten selbst stammen, würden die Zellen nach einer Transplantation nicht als fremd erkannt. Damit ließen sich Abstoßungsreaktionen vermeiden.

Wegen der erforderlichen Eizellspenden und der künstlichen Erzeugung von Blastozysten wird diese Forschungsrichtung oft vorschnell verurteilt und ihr Potential verkannt. Gelingt es nämlich, die Reprogrammierungsmechanismen in der Eizelle zu entschlüsseln, könnten damit adulte Zellen in Zukunft möglicherweise direkt umprogrammiert werden — ohne Verwendung von Eizellen und ohne den Umweg über die Blastozyste.

Weiterführende Literatur

Humane Stammzellen. Perspektiven und Grenzen in der regenerativen Medizin, Bundesministerium für Bildung und Forschung (eds.), Schattauer Verlagsgesellschaft mbH (2001).

Abbildungen

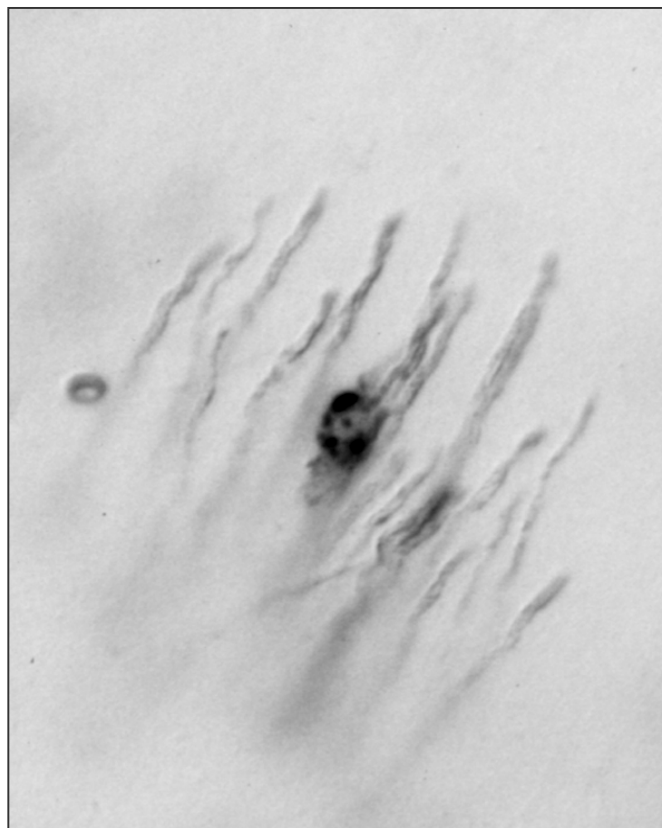


Abb. 1

Hirnzellen aus der Petrischale: In vitro Differenzierung embryonaler Stammzellen

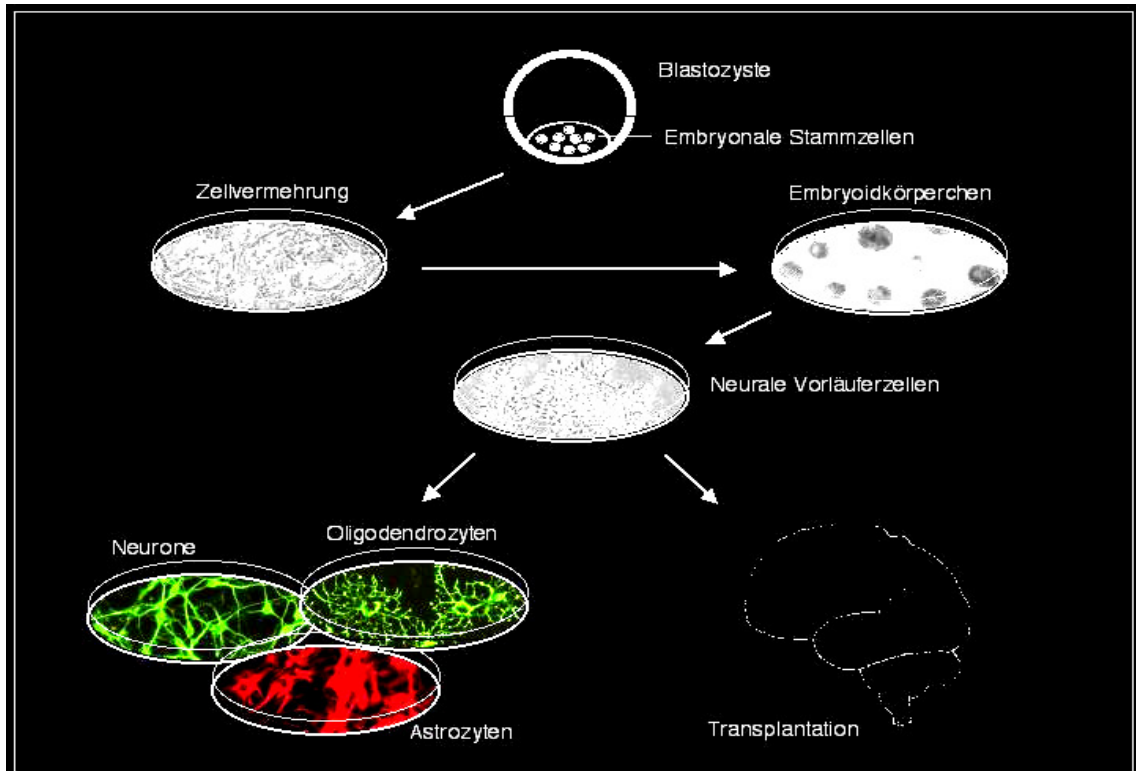


Abb. 2
Neurotransplantation: Stammzellen reparieren Myelindefekte in Gehirn und Rückenmark.

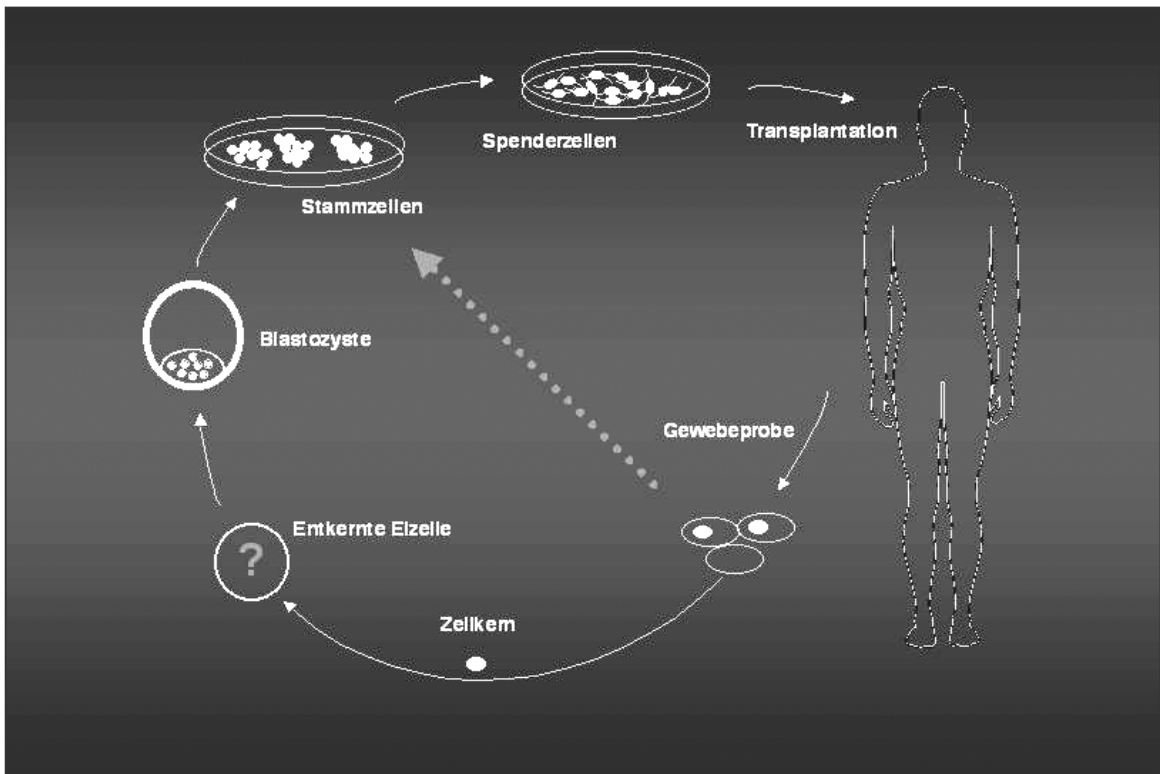


Abb. 3
Körpereigene Ersatzzellen durch Kernreprogrammierung — bald ohne den Umweg über die Eizelle?

Pfr. Prof. Dr. Ulrich Eibach

Ist der biomedizinische Fortschritt „automatisch“ ein moralischer und humaner Fortschritt?

I. Einleitung

Friedrich Nietzsche, ein über jeden christlichen Fortschrittspessimismus erhabener antichristlicher und in vieler Hinsicht „prophetischer“ Geist, schrieb bereits zu Ende des 19. Jahrhunderts, dass die Naturwissenschaft der Welt ihren Untergang bereiten wird. „Dabei geschieht es allerdings, dass die nächste Wirkung die von kleinen Dosen Opium ist: Steigerung der Weltbejahung“. Der Mensch, der *Gott* „getötet“ habe, sei dazu freigesetzt und verurteilt, sein eigener Gott und Schöpfer zu sein und sich als sein eigenes „Kunstwerk“ hervorzubringen. Er müsse das mit einer Gewalt und wachsenden Geschwindigkeit tun, die keine Zeit mehr lasse, dass er sich besinnt auf das, was er tut, ja der auf sich selbst geworfene Mensch ohne Gott habe geradezu Furcht davor, inne zu halten und sich zu besinnen. Der Grund dafür sei - und das heute noch viel mehr als damals - vor allem darin zu suchen, dass man nicht mehr wisse, was die *Ziele* des wissenschaftlich-technischen Fortschritts sind. In dieser *Krise der Ziele* erklärt man den *Weg*, den „Fortschritt“ zum Ziel selbst, der nicht durch eine ethische Besinnung in seiner Geschwindigkeit gehemmt werden soll. Erste Aufgabe einer solchen Besinnung ist es jedoch, eine kritisches Bewusstsein für die ethischen Probleme, die dieser wissenschaftlich-technische Fortschritt aufwirft, zu wecken und zu fragen, ob wir überhaupt wissen, wohin uns der biomedizinische „Fortschritt“ führen soll.

II. Neuzeitlicher Fortschrittsglaube und christlicher Glaube

Ein Beispiel als Problemanzeige: *Eine 80-zigjährige, chronisch kranke Frau, Witwe, deren Kinder weit entfernt wohnen und die ihre Wohnung nur noch mit Hilfe anderer Menschen verlassen kann, schreibt in einem Brief an ihren Gemeindepfarrer: „Ich weiß jetzt, worin der Fluch der Eva im Paradies bestand, darin, dass wir Frauen länger leben müssen als die Männer.“*

1. Die Neuzeit kennt zwei Vorstellungen von *Fortschritt*. Die *humanistische Fortschrittsidee* versteht unter Fortschritt die stetig wachsende geistig-moralische Vervollkommnung des Menschen durch Bildung, der wissenschaftliche Fortschrittsglaube die zunehmende Unterwerfung der Natur unter die Herrschaft des Menschen mittels wissenschaftlich-technischer Methoden. Nach den Vätern des wissenschaftlichen Fortschrittsgedankens (R. Descartes, F. Bacon) ist das Ziel des naturwissenschaftlichen Fortschritts die Herstellung des verlorenen Paradieses, das Ziel des medizinischen Fortschritts die Besiegung aller Krankheiten und des Todes. Das Verhältnis beider Fortschrittsideen zueinander bedarf heute mehr denn je der Klärung. Bis in die Gegenwart ging man davon aus, dass der technische Fortschritt im Dienste der humanistischen Fortschrittsidee stehen und durch sie gesteuert werden soll. Diese Rangordnung wird durch die neuen Entwicklungen in der Biotechnik in Frage gestellt. Dabei begegnet man immer häufiger der Behauptung, dass der biomedizinische Fortschritt in sich selbst schon ein Fortschritt zu mehr Humanität sei, weil er den Freiheitsspielraum des Menschen gegenüber der Natur, auch seiner eigenen leiblichen Verfasstheit, immer mehr erweitere und weil diese Freiheit gegenüber der Natur der Maßstab für das Menschliche und damit die Humanität sei.

2. In beiden neuzeitlichen Fortschrittsideen ist der Mensch der alleinige Akteur des Fortschritts. Sie sind Säkularisierungen der christlichen Hoffnung auf die Vollendung der Schöpfung zum „Reich Gottes“ und des Menschen zur Gottebenbildlichkeit. Der Fortschritt zum „Reich Gottes“, zum „Heil“ ist aber kein innerweltlicher, durch Menschen bewirkter Fortschritt. Er ist und bleibt Gottes Wunder. Kein moralisches Bemühen des Menschen vermag die Sünde hinter sich zu lassen und kein wissenschaftlich-technisches Bemühen kann den Tod besiegen. Der Tod und seine Vorboten, die Krankheiten, bleiben unaufhebbares Kennzeichen unseres irdischen Lebens.

III. Die „Fortschrittsfalle“: Zur Krise der Ziele der Medizin

1. Die neuen Möglichkeiten der technisierten Medizin (z.B. Intensivmedizin), den Tod zu bekämpfen, führten dazu, dass diese Zielsetzung sehr oft dem Menschen mehr schadet als hilft, dass sie menschenunwürdig werden kann. Das Spannungsverhältnis zwischen dem medizintechnisch Machbarem und dem Humanen ist in diesen Bereichen unverkennbar.

2. Die Medizin hat erheblich dazu beigetragen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung stetig gestiegen ist. Zusammen mit der demografischen Entwicklung führt dies schon heute zu nur schwer lösbaren sozialen und ökonomischen Problemen. Bei zu erwartenden weiteren entscheidenden Erfolgen der Medizin in der Lebenserhaltung werden sich diese Probleme drastisch zuspitzen.

3. Die Medizin wird auch mit neuen therapeutischen Verfahren die meisten Menschen nicht heilen, sondern nur die Tiefe der Leiden an einer Krankheit lindern, den Krankheitsprozess verlängern und tödliche Krankheiten auf spätere Lebensphasen verlagern und damit zugleich die Zahl der chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen stetig erhöhen. Die sozialen und ökonomischen Probleme verschärfen sich damit noch weiter. Auch in Zukunft wird kein Mensch an Gesundheit sterben.

4. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist eine Folge der Leistungsexplosion der Medizin, nicht zuletzt der immer teureren diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Diese Kostenexplosion wird immer mehr dazu führen, dass die teuren und wirksamen therapeutischen Hilfen nicht mehr allen kranken Menschen zu Teil werden, sondern nur denen, die sich mit entsprechend hohen Prämien in Krankenkassen versichert haben.

5. Fazit: Das bisher utopische Ziel, die großen „Killer-Krankheiten“ (Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs) und andere Krankheiten erfolgreich zu bekämpfen, wirft in dem Maße, in dem es medizintechnisch zu realisieren ist, derart schwerwiegende soziale und ökonomische und in ihrem Gefolge auch ethische Probleme auf, dass es fraglich ist, ob sie überhaupt und wie sie gelöst werden können, ohne die bisherigen ethischen Grundlagen unseres Sozialsystems und unserer Rechtsordnung radikal zu verändern. Man könnte auch zu der aporetischen Aussage kommen: *Das Ziel der Medizin, möglichst alle Krankheiten erfolgreich zu bekämpfen, erschien unbestritten gut, so lange es nur eine Utopie war, in dem Maße, in dem es realisierbar wird, wirft es immer schwerer lösbare soziale, ökonomische und ethische Probleme auf, die es fraglich werden lassen, ob dieses Ziel überhaupt „gut“ im vormoralischen wie im moralischen Sinne ist.* Diese Aporie ist in jeder Hinsicht schwer zu lösen. Sie kann weder so gelöst werden, dass wir überhaupt auf die Entwicklung weiterer teurer effektiver therapeutischer Maßnahmen verzichten, noch so, dass wir alles technisch Mögliche entwickeln und in die Praxis einführen, ohne zu fragen, ob die Verfahren auch bei allen betroffenen Menschen in ethisch gerechter Weise angewendet werden können.

IV christlicher Ethik Biomedizinischer Fortschritt als Infragestellung von christlicher Ethik und Recht

1. Die gekennzeichnete „Fortschrittsfalle“ trägt in mehrerer Hinsicht zur Aushöhlung bisher noch in Geltung stehender ethischer Überzeugungen bei. Wenn nur die Menschen die wirksamen und teuren medizinischen Heilverfahren erhalten, die sie aufgrund ihres ökonomischen Status bezahlen können, dann führt das zur Infragestellung unseres bisherigen Verständnisses von *zuteilender Gerechtigkeit* und des Rechts auf Leben aller Menschen (Grundgesetz Art. 2), aber auch zur Aushöhlung des bisherigen Standesethos von Ärzten und Pflegekräften und vielen schwerwiegenden ethischen Konflikten bei diesen Berufsgruppen.

2. Wenn sich die Zahl der chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen durch die Erfolge der Medizin stetig steigern und zu schwer lösbaren sozialen und ökonomischen Problemen führen wird, dann kann es nicht ausbleiben, dass über die Menschenwürde und das sich aus ihr ergebende Recht auf Leben und menschenwürdige Pflege offen diskutiert und der Gedanke des „lebensunwerten“ Lebens wieder in die Diskussion eingeführt wird.

3. Besondere ethische Probleme wirft in dieser Hinsicht die *genetische Testung* und die *pränatale Diagnostik* überhaupt auf. Die Schere zwischen Diagnostik und Therapie klafft in diesem Bereich immer weiter auseinander. Es wird überwiegend Diagnostik ohne Therapiemöglichkeiten betrieben. Dies ist ein *ethisches Novum* in der Medizin. Die Konsequenz ist dann fast immer die Abtreibung des Kindes. Die Diagnostik fordert dazu heraus, ein Urteil über Leben oder Tod zu fällen, also im Grunde ein *Lebensunwerturteil*, das die Tötung rechtfertigen soll. Die Methoden nötigen zu der Beseitigung von Krankheit und Behinderung durch Beseitigung der Träger von Krankheiten, zwingen also die Alternative von „Heilen“ oder „Selektieren“ bzw. „Töten“ auf. Das wird am deutlichsten bei der sogenannten „Präimplantationsdiagnostik“ und bei der genetischen Testung auf Krankheiten, die erst im fortgeschrittenen Lebensalter ausbrechen („prädiktive Medizin“), denn es handelt sich bei diesen Methoden nicht um Auflösung eines unabwendbaren Konflikts zwischen einem bereits existierenden menschlichen Leben und dem Leben der Mutter. Es werden hier eindeutig „*Lebensunwerturteile*“ gefällt und vorgeburtliche Euthanasie praktiziert.

4. Würde man diese Methoden rechtlich erlauben, so käme dies einer rechtlichen Billigung von „Lebensunwerturteilen“ gleich. Es ist dann nicht mehr einzusehen, warum Lebensunwerturteile dann nur vor der Geburt und nicht auch beim geborenen Menschenleben möglich sein sollen. Auch bei uns ist schon eine Diskussion um den Lebenswert und das Lebensrecht vor allem hirnanorganisch schwer versehrten Menschenlebens im Gange. Die Zahl der davon betroffenen Menschen weitet sich stetig aus, nicht zuletzt auch aufgrund der Notfallmedizin, vor allem aber infolge der Demenzen im hohen Alter .

5. Unverkennbar werden wir durch die genetische Forschung wichtige Erkenntnisse über die Entstehung und die Therapie vieler Krankheiten gewinnen. Vor allem in Bezug auf die Testung von genetisch bedingten oder mitbedingten Krankheiten stellt sich aber die Frage, was eigentlich die *Ziele* der Testung sind. Geht es dabei darum, die Menschheit von möglichst allen Menschen zu befreien, die mit genetischen Anlagen für Krankheiten und Behinderungen ausgestattet sind, nicht nur durch ihre Heilung, sondern nicht zuletzt auch durch ihre frühzeitige Selektion? Der Automatismus in der Anwendung aller technisch möglichen Diagnoseverfahren im vorgeburtlichen Bereich hat zu einem Automatismus in der Abtreibung geführt und hat die Schwelle des Schweregrads einer Behinderung, die man für sich und andere noch für akzeptabel hält, stetig und schnell gesenkt.

6. Mit diesen und anderen Methoden (z.B. verbrauchende Forschung mit Embryonen) wird unser bisheriges Verständnis von Menschenwürde in Frage gestellt und dieser zentrale Begriff des Grundgesetzes Deutschlands (Art. 1.1) entsprechend anders interpretiert. Die Menschenwürde soll nunmehr nicht mehr allem menschlichen Leben vom Beginn bis zum Ende des Lebens zukommen. Sie soll als eine empirische körperliche und vor allem seelisch-geistige Qualität verstanden werden, die sich erst im Laufe des Lebens entwickelt und die durch Krankheit sich überhaupt nicht entwickeln oder in Verlust geraten kann. Menschenleben ohne derartige Qualitäten stünde dann nicht unter dem unteilbaren Schutz der Menschenwürde, es wäre bloß „biologisch-menschliches Leben“.

7. Das christliche Verständnis von der *Gottebenbildlichkeit* hat die bisherige Deutung des Begriffs „Menschenwürde“ im GG nachdrücklich bestimmt. Die Gottebenbildlichkeit ist eine allem Menschenleben von Gott zugesprochene Bestimmung und Verheißung, die allein in Gottes Handeln an und für den Menschen gründet, die sich letztlich erst im Sein bei Gott, im „Reich Gottes“ vollendet, die aber bereits dem irdischen Menschenleben als unverlierbare Würde von Gott her zugesprochen ist. Sie ist also keine empirische, keine durch die sinnliche Erfahrung überprüfbare Qualität, sondern eine „transzendente“, also die sinnliche Erfahrung überschreitende Größe, die jedem Augenblick des Lebens und Sterbens gilt und die durch Krankheit und Behinderung nicht in Verlust geraten kann. Daher steht es auch keinem Menschen zu, ein Urteil über den Lebenswert zu fällen, in dem zwischen „lebenswertem“ und „lebensunwertem“ Leben unterschieden wird und damit menschlichem Leben die Menschenwürde zu- oder abgesprochen wird. Menschen haben immer nur die Pflicht, die Menschenwürde zugleich mit dem Gegebensein von individuell menschlichen Leben *anzuerkennen*.

8. Das veränderte Verständnis von Menschenwürde im Sinne von empirischen Qualitäten ist auch eine rechtliche Voraussetzung der verbrauchenden Forschung mit menschlichen Embryonen. Sie ist aus ethischer und rechtlicher Sicht nur dann zu billigen, wenn Embryonen noch nicht unter dem Schutz der unantastbaren Menschenwürde stehen. Vor der Möglichkeit, mit menschlichen Embryonen zu forschen, stehen wir erst, seit wir mit der Methode der IVF das Geschehen der Zeugung menschlichen Lebens aus dem Mutterleib ins Labor verlegt haben und damit erstmals menschliches Leben als reines und ungeschütztes Objekt in der Hand haben. Dies ist das entscheidende ethische Novum der IVF.

9. Eine ungeheure Zuspitzung erfahren die ethischen Probleme durch diejenigen biotechnischen Methoden, durch die der Mensch die biologische Basis seines eigenen Lebens und damit teils auch sein seelisch-geistiges Leben verändern kann. Hierzu gehören auch die noch schwer beurteilbaren Möglichkeiten, ins Gehirn des Menschen durch pharmakologische und andere Mittel eingreifen zu können, und vor allem die Eingriffe ins Genom von Keimzellen und die Mechanismen der Fortpflanzung unter Ausschaltung der geschlechtlichen Fortpflanzung (Klonen usw.). An diesen Methoden wird am deutlichsten, dass der Mensch durch die neuen biotechnischen Methoden eine „zweite Schöpfung“ schafft, deren Schöpfer er selbst ist, und dass er sich selbst eine neue biologische Basis schaffen kann, also Schöpfer seiner selbst werden kann. Dies stellt den Gipfel des neuzeitlichen wissenschaftlich-technischen Fortschrittsgedankens und der Autonomie des Menschen gegenüber der Natur dar, dessen Ungeheuerlichkeit Nietzsche erahnt hat, der aber bisher weitgehend unbegriffen ist und der unser bisheriges Menschenbild, keinesfalls nur das theologische Verständnis vom Menschen als Geschöpf Gottes sondern auch das humanistische Menschenbild, radikal in Frage stellt. Der Mensch ist nicht mehr nur frei, sich als geistig-kulturelles Wesen selbst zu gestalten, sondern auch frei, sich von den biologischen Bedingungen der ersten Schöpfung und seiner eigenen genetisch-leiblichen Verfasstheit zu emanzipieren, sich selbst eine neue Natur zu entwerfen, sich selbst gemäß seinen Plänen, Wünschen und Utopien zu „bilden“, genauer, zu „machen“. Dies ist eine viel radikalere Form der Selbstverfügung über das Leben als die Verfügung auf der Basis von Lebensunwerturteilen, also als die Selektion kranken Lebens. Diese Methoden werden es auf längere Frist leichter machen, das biologische, auch das menschliche Leben an die Zwänge der technischen Zivilisation, statt die technische Zivilisation an die Bedingungen der „Natur“, der „ersten Schöpfung“ anzupassen.

10. An der Frage, ob diese Selbstbefreiung des Menschen vom Schicksal der Natur, diese Form der Autonomie des Menschen gegenüber der Natur ein humaner Fortschritt zur wahren Freiheit ist oder ob er den Menschen nicht viel mehr zum Opfer seiner eigenen „Machsale“ und damit immer unfreier werden lässt, daran scheiden sich heute die Geister und daran entscheidet sich letztendlich Frage, was die Ziele des wissenschaftlich-technischen Fortschritts eigentlich sind und ob dieser zugleich ein Fortschritt zu mehr Humanität ist oder – wie Nietzsche es prophezeite

– zum Untergang der Menschheit, d.h. einer humanen Menschheit führt. Die Selbstbefreiung des Menschen von der Natur, dem Naturschicksal und den Fügungen Gottes könnte dann endgültig dazu führen, dass der Mensch seinen eigenen „Machsalen“, den Zwängen der technischen Zivilisation und der Verfügung derer unterworfen wird, die über eine entsprechende Macht verfügen, so dass er nicht freier sondern immer unfreier wird. Für den christlichen Glauben an Gott den Schöpfer stellt dieses „Schöpfersein“ des Menschen eine ungeheure theologische Herausforderung dar.

V. Humanität und wissenschaftlich-technischer Fortschritt

1. Der christliche Glaube nimmt eine kritische Distanz zu der Behauptung ein, dass die vielen wissenschaftlich-technischen Fortschritte automatisch einen Fortschritt zu einer „humaneren“ Menschheit mit sich bringen, vor allem aber zu der Utopie, dass sich in diesen vielen Fortschritten der *eine* Fortschritt zum *Heil*, zur Vollendung der Menschheit ereignet. Diesen erwartet er allein von Gott, der auch allein die Brücke vom Tod zum ewigen Leben ohne Krankheit, Leiden und Tod zu bauen vermag (Offenbarung 21). Trotzdem tritt der christliche Glaube dem heilenden Handeln Jesu Christi folgend dafür ein, dass die Leiden der Schöpfung und vor allem der Menschen möglichst gelindert werden und dass Menschen nicht sterben, ohne das „Maß ihrer Lebensstage“ erreicht zu haben, denn schweres Leiden an Krankheiten und „frühzeitiger“ Tod widersprechen dem Willen Gottes. Aber die Menschen werden immer an Krankheiten und Gebrechen und keiner an Gesundheit sterben.

Es ist und bleibt daher eine ethisch problematische Fiktion, dass wir durch den medizinischen Fortschritt eine Welt ohne Krankheiten und Behinderungen schaffen wollen. Diese Fiktion führt zur blinden Bekämpfung des Todes, zur einseitigen Ausrichtung unseres Handelns und unserer finanziellen und personellen Mittel auf ein technisches „Wegmachen“ von Krankheiten, die insbesondere der wachsenden Zahl der chronisch kranken unheilbaren Menschen nicht gerecht wird und zur Selektion der „Unheilbaren“ vor und letztlich auch nach der Geburt führt. Krankheiten werden nicht zuletzt durch eine menschenwürdige und einfühlsame Pflege und durch mitmenschlichen Beistand tragbar und dadurch, dass der Mensch auch bereit und fähig ist, ein schweres Schicksal anzunehmen zu tragen. Der christliche Glaube stellt eine geistige Kraft dar, die sich nicht zuletzt im Ertragen eines unabwendbar schweren Lebensgeschicks und auch der Annahme des Todes bewährt (Römer 5).

2. Der christliche Glaube nimmt, weil er weiß, dass es eine Welt ohne Krankheit und Tod nicht geben wird, auch eine kritische Distanz zu der utilitaristischen Behauptung ein, dass die *Gesundheit* das höchste Gut ist und dass alles im vormoralischen wie im moralischen Sinne *gut* ist, was der Gesundheit dient und was Krankheiten und Leiden „weg macht“. Der Glorifizierung der Gesundheit als „höchstes Gut“ entspricht als Kehrseite die Disqualifizierung des unheilbaren Menschenlebens als minderwertiges oder gar als „lebensunwertes“ Leben. Der ungeheure Kampf der Medizin für die Gesundheit und diese Disqualifizierung der „Unheilbaren“ zu „lebensunwertem“ Leben sind nach dem bedeutenden Arzt V. von Weizsäcker nur die zwei Seiten ein und derselben Medaille, der Glorifizierung der Gesundheit und des irdischen Lebens als höchstes Gut und damit eines transzendenzenlosen und Gott-losen Verständnisses des Menschseins, in dem das Leben nicht mehr unter der Perspektive der Ewigkeit und des ewigen Lebens betrachtet werde und es deshalb auch menschliches Leben gebe, das sinnlos und „lebensunwert“, bloß biologisch-menschliches Leben sei, mit dem man deshalb auch experimentieren und das man auch vernichten dürfe. Das führe dazu, dass zur Beseitigung von Krankheiten auch das Töten des unheilbar kranken Menschenlebens erlaubt sei.

3. Die kritische Distanz des christlichen Glaubens zur Verabsolutierung der Gesundheit als höchstes Gut findet eine empirische Rechtfertigung auch darin, dass die Medizin die Zahl der chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen letztendlich mit jedem Fortschritt in der Lebenserhaltung erhöht und dass dies eine der größten ethischen Herausforderungen an unsere Ge-

sellschaft darstellt. Die Humanität und der ethische Fortschritt einer Gesellschaft erweisen sich weniger daran, ob wir diese oder jene Krankheit besser medizintechnisch bekämpfen können, als vielmehr daran, wie sie mit den unheilbaren und pflegebedürftigen Menschen umgeht, ob sie sie in menschenwürdiger Weise behandelt und pflegt. Mit Sorge muss man beobachten, dass in unserer Gesellschaft und im Gesundheitssystem die Pflege und die mit ihr verbundene mitmenschliche Zuwendung im Vergleich zur medizintechnischen Behandlung erheblich weniger Förderung und Wertschätzung erfährt. Dies führt im Bereich der Pflege schon heute zu immer mehr menschenunwürdigen Behandlungen.

4. Diejenigen, die den schweren Dienst der Behandlung und Pflege unheilbarer Menschen erbringen, sind darauf angewiesen, dass in der Gesellschaft Klarheit besteht, worin die Menschenwürde dieser Menschen besteht und dass sie ein uneingeschränktes Recht auf eine der Menschenwürde entsprechende Pflege und mitmenschliche Zuwendung haben. Jede Veränderung unseres Verständnisses von Menschenwürde in Richtung einer nach Lebensqualitäten abgestuften Schutzwürdigkeit des Menschenlebens kann zur tiefen Verunsicherung des Ethos der für sie zuständigen Pflegekräfte und Ärzte führen und damit zur zusätzlichen Bedrohung für das Leben dieser hilfsbedürftigen Menschen werden.

5. Wenn die Gesellschaft die Bewahrung ihrer Humanität nicht dem technischen und ökonomischen Fortschritt opfern will, dann muss sie an der uneingeschränkten Geltung wesentlicher ethischer Prinzipien wie der Achtung der Menschenwürde, dem Verbot von Lebensunwerturteilen und dem Tötungsverbot festhalten, denn diese Prinzipien dienen dem Schutz des Lebens aller Menschen, insbesondere der schwächsten Menschen, die ihre Menschenrechte nicht mehr selbst geltend machen können. Sie dienen damit der rechtlichen Absicherung der Humanität einer Gesellschaft und dem Schutz und dem Gelingen des Lebens aller Menschen in der Gemeinschaft der Menschen. *Daher wurzelt alle Ethik des wissenschaftlich-technischen und des therapeutischen Fortschritts in der Achtung der Menschenwürde und der Menschenrechte allen Menschenlebens und ist ihr uneingeschränkt ein- und unterzuordnen.*

6. Die Bewahrung der Humanität einer Gesellschaft muss das Ziel alles wissenschaftlichen und therapeutischen Fortschritts sein und bleiben. Um dieses Zieles willen muss die Gesellschaft auch bereit und fähig sein, auf mögliche wissenschaftliche und therapeutische Fortschritte zu verzichten. Gelingt der Gesellschaft dies nicht, dann kann Nietzsche mit der Prophezeiung Recht behalten, dass der wissenschaftlich-technische Fortschritt der Humanität der Menschheit ihren Untergang bereiten wird, und zwar „in kleinen Dosen Opium: Steigerung der Weltbejahung“, Steigerung der Fiktion vom Fortschritt zur heilen Welt durch die vielen wissenschaftlich-technischen Fortschritte. Der Fortschrittsglaube, dass der Mensch mit zunehmender Unterwerfung der Natur, auch seiner eigenen Leiblichkeit, unter die Herrschaft seiner technischen Vernunft immer freier und „humaner“ wird und dass am Ende dieses Fortschritts der Mensch erst wahrhaft frei ist, weil er sein eigener Schöpfer ist, der sein Leben weder der Natur noch einem Gott sondern nur sich selbst verdankt (Nietzsche), dieser Glaube dürfte vielmehr illusionären Charakter haben als alle bisherigen Utopien und als alle religiös-transzendenten Hoffnungen auf das Kommen des „Reiches Gottes“.

„Chancen und Grenzen des medizinischen Fortschritts“ – über Risiken und Nebenwirkungen

Elke Backhaus

Die Bedeutung des medizinischen Fortschritts in der OS und TX

Zweifellos ist die Organtransplantation mittlerweile ein etabliertes und erfolgreiches Behandlungsverfahren.

Und ebenso zweifellos ist die Möglichkeit, Organe verpflanzen zu können, ein medizinischer Fortschritt und eine große – für manchen Patienten sogar die einzige – Chance.

Ich selbst kenne eine Menge Patienten, die von der Möglichkeit, ein Organ von einem Toten auf einen Lebenden zu transplantieren sehr profitiert haben und überaus dankbar sind für die erhaltene „neue Chance“ auf ein einigermaßen normales Leben.

In Deutschland leben derzeit 25 000 Menschen mit einem transplantierten Organ. Ca. 14 000 Menschen stehen aktuell auf der Warteliste und hoffen auf ein Transplantat, das ihnen das Weiterleben ermöglichen soll oder wenigstens, wie im Fall der Nieren- Pankreas- oder auch Hornhauttransplantation, eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität bringen soll. Aber: Die durchschnittliche Wartezeit, z. B. auf eine Niere, beträgt im Moment fast 6 Jahre.

Nun erkranken aber täglich neue Menschen an Organversagen, immer mehr, auch ältere Menschen, möchten noch von einer Transplantation profitieren und mittlerweile sind Patienten zum zweiten oder dritten Mal für eine Transplantation gemeldet, weil sie ihr erfolgreich transplantiertes Organ bereits wieder verloren haben. So werden die Wartelisten lang und länger und obwohl es reichlich Transplantationsmediziner gibt, ausreichend Krankenhausbetten zur Verfügung stehen, Sonderentgelte ausgehandelt wurden, die medikamentöse Behandlung kein Problem mehr darstellt, die Möglichkeit der Lebendspende etabliert ist und sogar Organe gesplittet werden können, trifft der medizinische Fortschritt „Transplantation“ allzu oft auf eine natürliche Grenze: auf die knappe Ressource der zur Verfügung stehenden „Organe“.

Sie wissen ja wie das ist, wenn etwas von Erfolg gekrönt ist – will man mehr. Und so haben die unterschiedlichsten Organisationen und Interessengruppen in den letzten Jahren enorme Anstrengungen darauf verwendet, die Organspenderzahlen zu erhöhen.

Aber weder die geschaffene Rechtssicherheit durch das Transplantationsgesetz, noch die Aufnahme der Organspende in den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser, weder die Meldepflicht potenzieller Spender, noch die Auflistung und Veröffentlichung der gemeldeten, der frustranen sowie der realisierten Spender eines jeden Krankenhauses, weder die großzügige Erweiterung der Spenderkriterien in Bezug auf Alter und Vorerkrankungen noch die Aufteilung Deutschlands in sieben Organspenderegionen haben die Situation verbessern können. Sondern sie haben lediglich – sozusagen als Nebenwirkung – den Druck auf alle am Organspendeprozess beteiligten Personen und Institutionen erhöht. Auch in Bezug auf die Anzahl der zur Verfügung stehenden Organe haben sie keinerlei Trendwende gebracht. So bleibt die Organspende das, was sie schon zu Beginn meiner Tätigkeit vor 14 Jahren war: Ein medizinischer Spagat zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

Festhalten kann man an dieser Stelle, dass medizinischer Fortschritt offenbar nicht nur eine Frage der Machbarkeit ist. Denn im Falle der Organspende und Transplantation beruht der Fortschritt wesentlich auf der Bereitschaft von Menschen, Organe zu spenden. Es gilt nach wie vor: Ohne Organe keine Transplantation!

Das bedeutet auch, dass die genannten Anstrengungen für eine fortschrittlichere Transplantationsmedizin durch verfeinerte Techniken, kürzere Kaltischämiezeiten, verbesserte Organperfu-

sionslösungen und potentere Immunsuppressiva - nicht zu einer höheren Bereitschaft der Menschen geführt hat, Organe zu spenden.

Im Gegenteil!

Der permanente technologische Fortschritt, die Transplantationserfolge und die ständige Berichterstattung darüber, haben eben den Druck auf die Menschen, die vor der Entscheidung zur Organspende stehen, noch erhöht.

Ich zitiere aus der Siegener Tageszeitung vom 8. August 2002: „Wenn im Todesfall alle Angehörigen einer Organentnahme zustimmen würden, gäbe es in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland auf einen Schlag drei mal so viele Organspender wie bisher. Und das Sterben auf der Warteliste hätte ein Ende.“

Hier wird klar, wie sehr Fortschritt ausschließlich als Ausdruck des Machbaren verstanden wird. Aber muss Fortschritt nicht auch Ausdruck des menschlich Richtigen sein? Darf man tatsächlich Menschen, die NEIN sagen zur Organspende oder eine Entscheidung nicht treffen wollen, eine Mitverantwortung an der mangelnden Versorgung von Schwerkranken geben?

Und das, wo in Deutschland der Organspenderausweis – und damit der erklärte Wille des Verstorbenen – nur in einer verschwindend geringen Anzahl aller Fälle Rechtsgrundlage einer Organentnahme ist. Denn bei über 80 Prozent der im letzten Jahr durchgeführten Organentnahmen haben die Angehörigen entschieden, ob Organe entnommen werden dürfen oder nicht.

Wir sprechen hier von Menschen, die mit dem plötzlichen Tod der Mutter, des Vaters oder Bruders konfrontiert wurden und die im Sinne des Verstorbenen über eine Organspende entscheiden sollten. Was „im Sinne des Verstorbenen“ war, musste in der Regel gemutmaßt werden, da zu Lebzeiten, also im Vorfeld des Akutfalles, in Familien über dies Frage nur selten gesprochen wird.

Und damit kommen wir endgültig zu den Nebenwirkungen, die die moderne Transplantationsmedizin verursacht:

In der beschriebenen Situation sind die Angehörigen Druck von Außen weitgehend schutzlos ausgeliefert.

Nicht selten hört man dann: „Durch Organspende können sie nun noch Leben retten“ oder: „Das gibt dem Tod vielleicht noch einen Sinn“ oder auch: „So haben sie die Möglichkeit, etwas weiterleben zu lassen“. Allen diesen – vermutlich gut gemeinten – Argumenten ist eines gemeinsam: Sie setzen die Angehörigen unter Druck, indem sie eine Entscheidung gegen die Organspende a priori für moralisch schlecht und unsozial erklären.

Aber: Die Entscheidung der Angehörigen im Sinne des Toten verträgt keinen noch so subtilen Druck, kein Spiel mit dem Mitleid, keinen Hinweis auf das Leid der Anderen, und kein Ausnutzen ihrer schwachen Situation.

Es geht nicht darum, die Menschen zu überreden, sondern sie auf ihrem Weg zur Entscheidung zu begleiten.

Es geht nicht um ein „Einwilligungsgespräch“, denn das Ziel ist nicht die Einwilligung! Es geht darum, eine Entscheidung zu Tage zu fördern, die ohnehin vorhanden ist. Niemals um Lenkung oder Steuerung!

Es geht um eine Entscheidung von Bestand – unabhängig vom Ergebnis.

Dazu braucht es ehrliche Antworten auf die unterschiedlichsten Fragen, braucht es die Fähigkeit, zuhören zu können, die verschiedenen Trauerreaktionen zu erkennen, zuzulassen und auszuhalten.

Und es braucht Rahmenbedingungen:

Es muss einen Raum geben, der die Möglichkeit bietet, sich zurückzuziehen, in Ruhe und ungestört zu sprechen, die Angehörigen vielleicht alleine zu lassen – kurz: einen Raum in dem eine Entscheidung reifen kann.

Zeit darf keine Rolle spielen. Die Angehörigen bestimmen, wie viel Zeit sie brauchen und die müssen sie bekommen.

Es braucht die Erfahrung eines Moderators, der keine Berührungsängste hat, der keine Eigeninteressen verfolgt oder die Interessen Dritter vertritt, die von einer Organentnahme profitieren.

Der Moderator ist der Anwalt des freien Willens der Angehörigen; niemandem sonst ist er in diesem Moment verpflichtet.

Und es braucht eine entsprechende Weiterbildung. Nicht nur für Ärzte und Pflegekräfte auf den Intensivstationen, sondern auch für die Menschen, die Gespräche mit Angehörigen führen. Denn die Hinterbliebenen haben Rechte und viele Fragen. Über die Rechte muss man informieren und die Fragen müssen direkt, ehrlich und kompetent beantwortet werden. Verbindliche, klare Aussagen sind gefragt. Denn die Information ist für die Angehörigen ein wesentlicher Bestandteil der Entscheidung.

Nur unter solchen Bedingungen kann das Vertrauen entstehen, das Grundlage einer fundierten Entscheidung zur Organspende ist.

Man hat sich die ganzen Jahre auf z. B. Forsa-Umfragen verlassen die ergaben, dass über 80 % der Bevölkerung positiv zur Organspende stehen.

Vergessen hat man aber offenbar schlicht, die erforderlichen Rahmenbedingungen für die konkrete Gesprächssituation zu schaffen.

Man mag kaum glauben, dass angesichts des medizinischen Fortschritts, für den wir heute einige beeindruckende Beispiele gehört haben, auf diesem Gebiet ein nicht minder beeindruckender Notstand herrscht.

Seit 14 Jahren stehe ich – als Koordinatorin der Organspende – genau an dieser Schnittstelle zwischen dem Druck verschiedener Interessengruppen, meinem Wissen um die Situation der Menschen auf der Warteliste, den Erfolgen die, die Transplantationsmedizin aufzuweisen hat und der Not der Angehörigen.

Ich würde mir deshalb wünschen, dass es uns gelingt, einen Teil der Energie und Ressourcen, die wir in den technologischen Fortschritt stecken, in die „menschliche“ Seite des Fortschritts zu investieren.

Ich denke, es ist an der Zeit, dass wir unser Verständnis von Fortschritt erweitern und beginnen, neben den medizinischen und technischen Fortschritt auch den Fortschritt zu stellen, der das menschlich Richtige erkennt und fördert.

„Fortschritt“ muss in beide Richtungen fließen. In die Wirkung – aber auch in die beschriebenen Nebenwirkungen. Nur so werden wir den Hinterbliebenen gerecht und erhalten die Hoffnung der Patienten auf die rechtzeitige Versorgung mit einem Transplantat.

Letztendlich sind die Träger des Fortschritts in der Organspende und Transplantation die zufriedenen Angehörigen.

Bis heute liegt der Focus des medizinischen Fortschritts auf dem Machbaren. Lassen sie uns ab heute unseren Blickwinkel um das menschlich Richtige erweitern.

Beitrag von Rainer Beusch - ein Parkinson-Patient

Leider war es uns durch einen technischen Fehler nicht möglich, diesen Beitrag für eine spätere Verschriftlichung aufzuzeichnen. Aus diesem Grund seien lediglich einige Gedanken nachträglich zusammengetragen, die von Herrn Beusch gesehen und ergänzt wurden.

aus dem Pressebericht:

Herrn R. Beusch, der seit Jahren an Parkinson leidet, stellte eindrucksvoll sein Dilemma dar: auf der einen Seite auf Forschungsergebnisse zu hoffen, jedoch auf dem Hintergrund seiner christlich ethischen Grundeinstellung diese Forschung nicht um jeden Preis vollzogen wissen zu wollen. Die Akzeptanz der menschlichen Begrenztheit durch die erlebten fortschreitenden Einschränkungen bis hin zum Tod ist eine für ihn grundsätzliche Aufgabe des Menschen, der er sich jeden Tag auch im Zusammenhang mit seiner Familie zu stellen habe.

ergänzend dazu:

Natürlich betrachtet Herr Beusch die wissenschaftlichen Fortschritte mit besonderer Aufmerksamkeit. Er erlebt, dass in den Medien allzu schnell auch von in nächster Zukunft zu erwartenden Ergebnissen berichtet wird, was immer wieder zur Verunsicherung beiträgt. Inzwischen, und er lebt nun schon seit neun Jahren mit dem Wissen um seine Erkrankung, relativiert er diese Pressenotizen sofort und setzt eher auf fundierte Vermittlung durch die ihn begleitenden Ärzte.

Besonders im Zusammenhang mit der Stammzellenforschung kennt er das Aufkeimen von neuer Hoffnung und beschreibt, ethisch nicht urteilen zu können, ob die Forschung an embryonalen Stammzellen ethisch verantwortbar sei - klar sei ihm allerdings, dass er es aus christlichem Geist heraus nicht verantworten kann, wenn "über Leichen gegangen werde" um selbst für sein Krankheitsbild hoffnungsvolle Therapieansätze erarbeiten zu können.

An dieser Stelle betrachtet er sein Leben als letztendlich von Gott geschenkt und begrenzt. Diese Begrenzung zu akzeptieren ist eine wesentliche Aufgabe des Menschen, trotz aller Hoffnung auf Heilung. Aber mit der „Hoffnung, die nicht bloßer Optimismus ist, dass alles gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas - egal wie es ausgeht- einen Sinn hat.“ (nach Václav Havel).

Presseinformation

In der 6. Veranstaltung aus der Reihe "Medizin und Theologie im Gespräch" befassten sich die von der Evangelischen und Katholischen Klinikseelsorge eingeladenen Referenten aus der je eigenen Perspektive mit dem Thema der Chancen und Grenzen des Medizinischen Fortschritts.

Prof. Dr. O. Brüstle gab den Zuhörern einen Einblick in die Verfahren der Stammzellforschung. Er wies auf die großen Vorteile der Forschung an embryonalen Stammzellen hin, zeigte aber auch die Grenzen dieser Forschung auf, da erst in voraussichtlich 10 Jahren an erste klinische Studien gedacht werden könne.

Auch die Doppelmoral einer Importerlaubnis der im Ausland gewonnenen embryonalen Zelllinien bei gleichzeitigem Verbot der Gewinnung dieses sog. Materials in Deutschland und dem großen Forschungsdruck brachte er zur Sprache. Der weitverbreiteten Diskussion um eine "verbrauchende Embryonenforschung" trat er entgegen, da nur wenige Zelllinien genügten, die unendlich vermehrt werden könnten - so werde mit z.T. schon 10 Jahre alten Zelllinien gearbeitet. Auch gehe es im Forschungsziel nicht um eine Züchtung künstlicher Organe, sondern um eine Einpflanzung von gesundem Zellgewebe zur Regeneration der erkrankten Körperfunktionen - so z.B. um Nervenzellgewebe. Ziel auch seines Forschungsbereiches sei es, den Erwartungen und Hoffnungen vieler Kranker zu begegnen und eine möglichst gute Lebensqualität für erkrankte Menschen zu erlangen.

Herrn R. Beusch, der seit Jahren an Parkinson leidet, stellte eindrucksvoll sein Dilemma dar: auf der einen Seite auf Forschungsergebnisse zu hoffen, jedoch auf dem Hintergrund seiner christlich ethischen Grundeinstellung diese Forschung nicht um jeden Preis vollzogen wissen zu wollen. Die Akzeptanz der menschlichen Begrenztheit durch die erlebten fortschreitenden Einschränkungen bis hin zum Tod ist eine für ihn grundsätzliche Aufgabe des Menschen, der er sich jeden Tag auch im Zusammenhang mit seiner Familie zu stellen habe.

Prof. Eibach, Klinikseelsorger und Professor der Evangelisch-Theologischen Fakultät in Bonn, unterstützte in seinem Vortrag und der anschließenden Diskussion diese Position. Trotz allen medizinischen Fortschritts dürfe niemals vergessen werden, dass Krankheit, Leid und Tod nicht aus der Welt zu schaffen sei. Die Folgen des medizinischen Fortschritts müssen sich zudem an der grundsätzlichen Würde des Menschen messen lassen. Die Würde des Menschen könne in Bezug zu seiner Gottebenbildlichkeit an keine Bedingungen geknüpft werden, sie ist nicht abhängig von Leistungsmerkmalen oder Krankheitsgraden. So muss bei allem medizinischen Fortschritt danach gefragt werden, wie letzten Endes die Errungenschaften bei all den aktuellen ökonomischen Problemlagen gerecht verteilt werden können, wie man gesellschaftlich mit kranken Menschen umgehe, wie der Gefahr begegnet werden könne, mit zunehmenden Möglichkeiten einer genetischen Diagnostik auch neue Lebenswerturteile zu verknüpfen oder wie neu zu treffende Entscheidungsmöglichkeiten von Patienten und Angehörigen auch verkräftet werden können.

Frau Backhaus wies auf dem Hintergrund ihrer Erfahrungen als Koordinatorin der Organspende auf die Nebenwirkungen und Folgen der Organtransplantationsmedizin hin. Gerade die knappe Ressource der zur Verfügung stehenden Organe haben in den letzten Jahren den Druck auf alle beteiligten Personen und Institutionen deutlich erhöht. Der medizinische Fortschritt ist für sie nicht nur die Frage der Machbarkeit, der Fortschritt hänge im Wesentlichen von der Bereitschaft der Menschen ab, Organe zu spenden. Darf man aber auf diesem Hintergrund den Menschen, die NEIN zu einer Organspende sagen oder eine solche Entscheidung nicht treffen wollen, eine Mitverantwortung an der mangelnden Versorgung von Schwerkranken aufladen? - Angehörige, die sich oft nach einem Unfall von einem lieben Menschen verabschieden müssen, werden zusätzlich dem Druck einer dann schnell zu treffenden Entscheidung einer Einwilligung ausgesetzt und nach ihrer Erfahrung im Medizinischen Zusammenhang nur unzureichend aufgefangen und begleitet. In diesen Gesprächen dürfe es keine Überredungstendenz geben, es brauche vielmehr Menschen, die verschiedene Trauerreaktionen erkennen, zulassen und aushalten können.

Dr. Herberg - Kath. Bildungswerk Bonn- moderierte diese Veranstaltung, die einen wichtigen Beitrag zu neuer Nachdenklichkeit und Tiefe in der Auseinandersetzung um Themen der Chancen und Grenzen des Medizinischen Fortschritts leistete.

