

ERIKA SCHUCHARDT

Beauftragte Berichterstatteerin für Bioethik

im Ausschuß für Bildung, Forschung

und Technikfolgenabschätzung

Der Mensch hat Vorrang

Stellungnahme

**zum „Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte
und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung**

von Biologie und Medizin“

des Europarates

in diesem Text verwendete Kurzform:

Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin

Inhalt

1	Zum jetzigen Zeitpunkt: Stellungnahme und Vorschlag	3
2	Der Turm : Einführung in das Thema	4-11
2.1	Vision und Fiktion der Bio-Medizin: Europa ergreift die Initiative	5
2.2	Grenzen erkennen – Grenzen setzen: Die ethische Dimension	7
2.3	Recht im Werden: Absicht, Inhalt und Art des Übereinkommens	10
3	Zur innerdeutschen Diskussion	12-36
3.1	Europäische Mindest-Normen und deutsche Gesetze	13
3.2	Die Furcht vor dem Sog nach unten	15
3.3	Der Bogen um heikle Fragen und eindeutige Begriffe	16
3.4	Löcher im Schutz-Zaun? Die Durchsetzungskraft des Übereinkommens	18
3.5	Embryonen-Schutz unter der Dachnorm	20

3.6	Optionen der Gen-Technologie und Schutz des menschlichen Genoms	21
3.7	Vorrang des Menschen: Bio-Ethik im Verdacht	23
3.8	Das Recht des Schwächeren: Widerstand gegen Artikel 17 Absatz 2	25
3.9	Wegsuche: Vorschlag für eine Interpretationserklärung zu Artikel 17 Absatz 2 - Antragsentwurf vom 13.8.1999	28
3.10	Ergänzungs-Antrag: Fraktionsübergreifender Vorschlag für eine völkerrechtliche Interpretationserklärung zu Artikel 17 Absatz 2 vom 13.12.1999	33
4	Fazit	37-38
5	Materialien	Mat. 1-Mat.30
5.1	Synopse der Veränderungen in den drei Fassungen (1994,1995 und 1996) des Menschenrechts-Übereinkommens zur Biomedizin	Mat. 2-Mat.26
5.2	Hinweise auf Datenbanken zur Thematik	Mat.27
5.3	Hinweise zur Arbeit von Ethik-Kommissionen	Mat.28-Mat.30
1	Zum jetzigen Zeitpunkt: Stellungnahme und Vorschlag	

Nachdem Dänemark als 5. Mitglied des Europarates die Ratifizierungsurkunde hinterlegt hat, ist am 1. Dezember 1999 das „Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin“ des Europarates in Kraft getreten – ohne Beteiligung Deutschlands.

Schon die engagierte Diskussion in der deutschen Öffentlichkeit während der Entstehungszeit, die heftige Reaktion auf die Veröffentlichung des ersten Entwurfs und die scharfen Kontroversen im Parlament zeigten, daß hierzulande gegen das Übereinkommen sowohl Bedenken grundsätzlicher Art wie auch Einwände gegen einzelne seiner Artikel bestehen. Daraufhin hat sich Deutschland 1996 bei der Annahme des Übereinkommens im Ministerkomitee des Europarats der Stimme enthalten, um einem Klärungsprozeß in der deutschen Öffentlichkeit und der Entscheidung des deutschen Parlamentes nicht vorzugreifen. Wann aber die Entscheidung über einen deutschen Beitritt wieder auf die Tagesordnung des Parlaments gesetzt werden kann, ist noch nicht abzusehen. Der Koalitionsvertrag der neuen

Regierung¹[1] enthält – entgegen der Ankündigung – keinen eigenen Passus zum Übereinkommen²[2]. Seit Dezember 1999 gibt es eine mündliche Vereinbarung, zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine Enquete-Kommission Bioethik einzurichten. So scheint mir die Veröffentlichung einer Stellungnahme zum Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin zu diesem Zeitpunkt für angezeigt.

Um einen schnellen (Wieder-) Einstieg in das Thema zu ermöglichen, gebe ich eine Übersicht zum Stand der innerdeutschen Diskussion und mache durch ausgewählte Beispiele auf wesentliche Fragestellungen und Brennpunkte der Entscheidungsfindung aufmerksam. Ich möchte meine Überzeugung begründen, daß am Ende der zu erwartenden, neuen parlamentarischen und öffentlichen Auseinandersetzung mit dem Thema die Befürwortung des Beitritts der Bundesrepublik Deutschland zum Menschenrechts-Übereinkommen zur Bio-Medizin stehen sollte.

Um dies zu erleichtern und anzubahnen, stelle ich den Entwurf zu einem weiterführenden Antrag vor. Er soll helfen, den schwerwiegenden Konflikt in einem Punkt, der uns Deutschen sehr wichtig sein sollte (Art. 17 Abs.2), zu lösen und den blockierenden Meinungsstreit darüber zu beenden.

2 Der Turm: Einführung in das Thema

Und dies ist erst der Anfang ihres Tuns; nunmehr wird ihnen nichts unmöglich sein, was immer sie sich vornehmen.

Genesis 11, 6

Der Turm von Babel ist das uralte Symbol für das Streben des Menschen, über sich selbst hinaus zu gelangen und immer höheres Wissen und Können zu erreichen, aber auch für unsere Urahnung, daß der Mensch scheitern kann, wenn er die ihm gesetzten Schranken einreißt.

So stelle ich dieses Bild vom Turm über das einführende Kapitel, das zuerst die **Herausforderungen** durch die moderne Biologie- und Medizin-Wissenschaft skizziert (2.1), dann eine **Orientierung** an ethischen Fragen versucht (2.2) und schließlich das Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin als **Initiative** Europas vorstellt, um der Herausforderung zu begegnen (2.3).

2.1 Vision und Fiktion der Bio-Medizin: EUROPA ergreift die Initiative

Wir haben die Schwelle zum dritten Jahrtausend unserer Zeitrechnung überschritten. Im Gepäck tragen wir ungeahnte Möglichkeiten und Hoffnungen, die uns von Wissenschaft, Forschung und Technik eröffnet wurden - aber auch die damit verbundenen Fragen und

1[1] Koalitionsvertrag 'Aufbruch und Erneuerung - Deutschlands Weg in das 21. Jahrhundert' vom

20.10.1999.

2[2] Siehe J. REITER, Bioethik und Bioethikkonvention, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 6/99, S.7.

Sorgen. Nicht ohne Grund fürchten wir eine Technik, die einmal nicht mehr beherrschbar sein könnte und dann die Menschen beherrscht.

Die Medizin als helfendes und heilendes Element mit hohem Ethos, von jeher in der Gesellschaft hochgeachtet, vollbringt heute als moderne Bio-Medizin staunenswerte Leistungen, erforscht und schafft neue Lebenschancen (z. B. mit der Transplantationsmedizin) und Problemlösungen (z.B. für die Sterilität in der Ehe), die noch vor kurzer Zeit undenkbar waren.

Atemlos verfolgten wir die rasende Entwicklung der biologisch-medizinischen Forschung zur Gen-Technik und Reproduktions-Medizin, bis sich in unsere staunende Bewunderung Besorgnis und Ratlosigkeit mischten. Denn die `wertfreie` Wissenschaft ist an eine Grenze gekommen, die noch nie zuvor verletzt wurde: Sie schickt sich an, Menschen nach ihrem Bilde zu schaffen.

Kaum war es den Molekular-Biologen gelungen, die genetische Bauzeichnung für das menschliche Individuum zu entziffern, schufen die Genetiker Verfahren zur vorgeburtlichen Gen-Diagnose und zur genetischen Selektion (z.B. nach Erbgesundheit oder Geschlecht) von Embryonen. Zusammen mit den Reproduktions-Medizinern entwickelten sie die Idee einer Gen-Therapie durch Ersatz defekter Gene, um erbliche und andere Krankheiten zu besiegen.

Während es keine Zweifel mehr daran gibt, daß die gezielte Herstellung menschlicher Mehrlinge (Klonen) machbar ist und von einem Teil der Wissenschaftler befürwortet wird, haben einige gen-technische Forscher die Vision – fern, aber deutlich – im Blick, daß sie eines Tages herausfinden werden, welche Gene es sind, die Intelligenz, Talent, Verhalten des Menschen beeinflussen, und wie sie manipuliert werden können.

Noch gestern haben wir solche Meldungen unter Science Fiction abgelegt. Heute wächst das Bewußtsein, daß durch die moderne Bio-Medizin - vor allem die Gen-Technologie - Würde und Rechte der Menschen in Gefahr geraten, und daß wir uns diesem Problem stellen müssen. Es geht nicht um eine, wohl auch kaum mögliche, Ablehnung der Technik - auch der Christ kennt ein Technik-Mandat, das er aus der Bibel bezieht^{3[3]}, es geht nicht um Negierung von Wissenschaft, Forschung und Fortschritt, sondern um einen verantwortlichen Umgang mit ihnen.

Die Frage, ob der forschende und erfindende Mensch alles machen darf, was er machen kann, ist in der Bundesrepublik durch das 1990 verabschiedete Embryonenschutz-Gesetz eindeutig beantwortet: es verbietet jede Manipulation des menschlichen Erbguts, die Erzeugung menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken, die Wahl des Geschlechts eines Kindes (bei künstlicher Befruchtung), Gewinnerzielung durch Leihmutterschaft, Handel mit Eizellen oder Sperma, gezielte Herstellung genetisch-identischer Menschen (Klone).

Es gibt gebahnte Umwege: Wissenschaftler, die in einem Land mit strenger Gesetzgebung wohnen, können jenseits der Grenze an Forschung und Anwendung arbeiten (und verdienen), die in ihrer Heimat verboten sind - Europäer können sich aus amerikanischen Internet-

^{3[3]} Siehe H.-G. PÖHLMANN, Gut ist, was klappt? Gen- und Biotechnik aus christlicher Sicht, in: Evange-

Katalogen von Leihmüttern, Ei- und Samenspendern das (u.a. nach ethnischer Zugehörigkeit und Augenfarbe) passende Genmaterial für ihr „teures“ Retortenbaby und Wunschkind zusammenstellen.

Im Zeitalter von Globalisierung und grenzüberschreitender Zusammenarbeit von Wissenschaft und Forschung reicht nationales Recht, reicht `Insel-Recht` nicht aus, um Risiken und Mißbrauch bei der Anwendung von Biologie und Medizin zu begegnen. Es muß einen übernationalen Grundkonsens und einheitliche Schutznormen geben, und sie müssen verbindlich festgeschrieben werden.

Schon 1990, als die Herausforderungen der modernen Bio-Medizin an die Gesellschaft sichtbar wurden, gab die Parlamentarische Versammlung des Europarates den Impuls zur Ausarbeitung einer Bioethik-Konvention. Nach mehreren Überarbeitungen wurde sie dann 1997 unter dem Titel „Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin“ (kurz: Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin) zur Unterzeichnung aufgelegt - für die 40 europäischen Staaten mit 700 Mill. Einwohnern im Bereich des Europa-Rates und mit einer Einladung an „die anderen Staaten“.

Wie jedes internationale Abkommen entstand auch dieses aus Kompromissen, die nicht immer befriedigen, aber eine tragfähige Basis für Weiterentwicklung abgeben. Es ist ein Anfang, ein erstes völkerrechtlich verbindliches Menschenrechts-Übereinkommen im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin.

Ein Stein ist ins Wasser geworfen. Wünschen wir, daß seine wachsenden Kreise eines Tages die nationalen `Inseln` erreichen und verbinden können.

2.2 Grenzen erkennen - Grenzen setzen: Die ethische Dimension

Unter dem unauffälligen Namen Reproduktions-Technologie ist inzwischen ein Anwendungsgebiet der Gen-Forschung etabliert und kommerzialisiert, das für uns zwei Gesichter hat.

Das erste läßt uns schauern: da waren die monströsen Mischwesen, die während der Experimentierphase aus den genetischen Plänen zweier verschiedenartiger Tiere zusammengebaut wurden.

Da sind heute Tiere, denen bei ihrer Entstehung im Reagenzglas ein bestimmtes menschliches Gen eingepflanzt wird, um sie als ausgewachsene Tiere zu lebenden Arzneimittelfabriken zu machen - zum Wohl, zur Heilung, zur Rettung schwerkranker Menschen.

Denn das ist das andere, das Zuversicht ausstrahlende, sympathische Gesicht: die transgenen Tiere, seien es Schafe oder Kaninchen, tragen in ihren Körpern Stoffe, die für alle Menschen wichtige Schutzfunktionen haben, bei immer mehr Menschen aber fehlen. Ursache sind defekte Gene in der Erbsubstanz, Folge eine fortschreitende, genetisch bedingte Krankheit (`Erbkrankheit`).

So haben die Schafe, die neben einer großen Bio-Tech-Fabrik im schottischen Hochland weiden, in ihrer Milch einen Eiweißstoff, den Mukoviszidose-Patienten brauchen, um nicht an der Verschleimung ihrer Lungen zu ersticken.

Viele andere, an einer Erbkrankheit und dem Verdikt des frühen Todes schwer leidende Menschen setzen ihre ganze Hoffnung darauf, daß Medikamente solcher Art entwickelt und rechtzeitig auf den Markt gebracht werden.

Die Manager der schottischen Bio-Tech-Fabrik hoffen, daß sie ihr Produkt noch in diesem Jahr anbieten und mit dem - dank ihrer Patente - zu erwartenden hohen Gewinn ihre riesigen Forschungs- und Entwicklungskosten kompensieren können.

Durch gen-technisch erzeugte Arzneimittel entsteht weltweit ein neuer Pharmamarkt mit riesigen Umsätzen - ein gewaltiges ökonomisches Potential, bei dem es auch um Standort-Vorteile geht, die wiederum davon abhängen, wie hoch oder niedrig jeweils die Schwelle der ethisch-rechtlichen Schutznormen ist.

Die Vorstellung, daß wir in der Bundesrepublik Deutschland auf die Anwendung von Heilung-versprechenden Forschungsergebnissen und bio-technischen Arzneimitteln aus anderen Ländern verzichten, weil sie auf Methoden beruhen, die bei uns verboten sind, ist nicht realistisch.^{4[4]} Aber - daß wir beim Profitieren unsere hohen ethisch-rechtlichen Normen „vergessen“, sollten wir uns klar machen – besonders, wenn wir meinen, das niedrigere Schutzniveau der anderen Staaten kritisieren zu müssen.

Gleichzeitig mit der Entwicklung gen-technisch produzierter Heilmittel verfolgen Molekular-Biologen und Reproduktions-Mediziner den Gedanken, durch Eingriffe in die menschliche Keimbahn zur Korrektur defekter Gene die endlose Kette der Erb leiden abubrechen und ihre Weitergabe an die kommende Generation zu verhindern.

Ist das die Verheißung einer leidfreien Zukunft? Welchen Preis werden wir dafür zahlen? Welche Risiken gehen wir damit ein? Welchen Mißbrauch müssen wir befürchten?

Unwiderruflich hat die Menschheit eine „künstlich gelenkte Evolution“^{5[5]} in Gang gesetzt: die Existenz von DOLLY, dem Klon-Schaf, brach 1996 mit unseren Vorstellungen vom natürlichen Werden und Vergehen des Lebens, von Elternschaft, Sexualität und vom Tod. Denn Dolly, ganz ohne väterlichen Samen im Leib einer Leihmutter aus einem im Labor geschaffenen künstlichen Embryo gewachsen, ist die aus dem Erbmaterial einer tiefgefrorenen Zelle gewonnene genetische Kopie eines Originals, das schon sechs Jahre zuvor gestorben war^{6[6]}.

Die transgenen Schafe geben auch ihr menschliches Erbgut an ihre Nachkommen weiter - bloßes biologisches `Material` oder Teil der Wesenheit des Menschen?

4[4] Siehe S.F. WINTER, Gesundheitspolitische Analyse der Europäischen Menschenrechtskonvention zur

Biomedizin, in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Interne Studie 171/1999, S.40.

5[5] H.-G. PÖHLMANN, Gut ist, was klappt? Gen- und Biotechnik aus christlicher Sicht, in: Evangelische

Verantwortung 2/1991.

6[6] Zitiert nach REGINA LESSNER: Der achte Schöpfungstag. Feature NDR 1999.

Schon ist das Wort `Anthropo-Technologie` (P. SLOTERDIJK⁷[7]) in der Welt, wird sich aus dem Zusammenhang lösen und verselbständigen und mit dem amerikanischen Nobelpreisträger WATSON die Machbarkeit „besserer menschlicher Wesen“ in der gen- und reproduktionstechnischen Reparaturwerkstatt suggerieren.

Die daraus erwachsenden ethischen Fragen und Antworten orientieren sich - selbst in ihrer Negierung - noch immer an den alten gültigen Maßstäben:

Der NATURWISSENSCHAFTLER (auf die Frage nach der Konsequenz einer etwaigen Klonierung von Menschen) stellt nüchtern fest: „Letztlich ist es das Ende des Individuums“. Es sei schwer vorstellbar, daß sich die menschliche Gesellschaft entscheidet, einmal vorhandenes Wissen nicht weiter zu verfolgen: „Ich gehe davon aus, daß wir unser Wissen um genetische Strukturen, um genetische Funktionalität in Zukunft mehr und mehr nutzen... Ob das gut oder böse ist, ist eine ganz andere Frage“⁸[8].

Der PHILOSOPH appelliert mit dem Prinzip Verantwortung an die menschliche Einsichtsfähigkeit: „Unsere so völlig enttabuisierte Welt muß angesichts ihrer neuen Machtarten freiwillig neue Tabus aufrichten; wir müssen wissen, daß wir uns weit vorgewagt haben und wieder wissen lernen, daß es ein Zuweit gibt. Das Zuweit beginnt bei der Integrität des Menschenbildes, das für uns unantastbar sein sollte“⁹[9].

Der THEOLOGE urteilt klar und sicher im Namen seiner Bezugsgröße: „Die genetische Herstellung menschlicher Mehrlinge verbietet sich schon von daher, daß jeder Mensch als Ebenbild Gottes ein unverwechselbar Eigener ist“. Er hat „nach christlicher Sicht einen Wert, unabhängig von Krankheit und Gesundheit, von Leistung und Versagen“¹⁰[10].

Der VERTRETER DES RECHTS schätzt die gesellschaftlichen Folgen ein: „Zum Wesen des Menschen gehören auch seine Unvollkommenheiten und Unzulänglichkeiten, seine ihm schicksalhaft gegebene Individualität, gewiß auch die wenigstens potentielle Fähigkeit, über die eigene Unvollkommenheit hinauszuwachsen. Der neue Mensch, dessen naturgegebene Unvollkommenheit durch genchirurgische Eingriffe aufgehoben

7[7] P. SLOTERDIJK, Regeln für den Menschenpark, Vortrag auf Schloß Elmau, in: DIE ZEIT 38/1999, auch in:

ZEIT- dokument 2/1999, Der Streit um den Menschen, Hamburg 2/1999.

8[8] Interview mit PROF. KLAUS HÄFNER (Universität Bremen), in: REGINA LESSNER, a.a.O.

9[9] H. JONAS, Technik, Medizin, Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt 1986.

10[10] H.-G. PÖHLMANN, Gut ist, was klappt? Gen- und Biotechnik aus christlicher Sicht, in: Evange-

lische Verantwortung 2/1991

würde, wäre nicht mehr der uns heute bekannte Mensch und nicht der, von dem das Grundgesetz ausgeht“.11[11]

In der unübersichtlichen Kurve zwischen Fortschritts-Euphorie und Resignation vor dem Faktischen können ethische Entscheidungen nicht dem Gewissen einzelner Menschen überlassen werden. Und selbst der einzelne Staat ist angesichts der Verflochtenheit von Forschungs-Interesse mit menschlichem Leid und ärztlichem Ethos und wirtschaftlicher Macht überfordert und sucht die internationale Solidarität.

Bislang bietet einzig das europäische Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin ein Forum, von dem Anstöße zur Schaffung von internationalen, ethisch begründeten Schutznormen ausgehen können. Eine solche Ausstrahlungskraft hat es schon bewiesen, als 1997 das Zusatzprotokoll (zum Übereinkommen) „Über das Verbot des Klonens menschlicher Lebewesen“ vom Europa-Rat verabschiedet wurde und den Impuls gab, das Klonen von Menschen auch in der UNESCO-Deklaration¹²[12] über den Schutz des menschlichen Genoms als „menschenunwürdige Praktik“ zu apostrophieren.

Die Bundesrepublik Deutschland, die bereits im März 1997 im Deutschen Bundestag ein internationales Verbot des Klonens von Menschen gefordert hat, konnte dieses Zusatzprotokoll, an dessen Ausarbeitung sie beteiligt war, bislang noch nicht unterzeichnen, da sie das Übereinkommen selbst nicht unterzeichnet hat.

Für mich ist undenkbar, daß sich die Bundesrepublik Deutschland auf Dauer ausklammern kann, daß sie freiwillig darauf verzichtet, auf internationale Entscheidungsprozesse Einfluß zu nehmen.

Durch seinen Beitritt kann Deutschland sein Gewicht dafür einsetzen, daß europäische Wertmaßstäbe in die internationale Diskussion um die Grenzen der BioMedizin eingebracht werden.

2.3 Recht im Werden: Absicht, Inhalt und Art des Übereinkommens

Absicht:

Das Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin stellt den rechtlichen Rahmen dar, den sich die Staaten Europas zur Regelung der Anwendung von Biologie und Medizin gegeben haben. Es beruht auf einem ethischen Grundkonsens, der, basierend auf der europäischen Menschenrechts-Erklärung von 1950, seinen heutigen Ausdruck im Begriff der *Menschenwürde* findet. So ist *Menschenwürde* der Maßstab und *Schutz der Menschenwürde* der Leitgedanke für die gemeinsame Festlegung und Sicherung der rechtlichen Grenzen in allen Bereichen des Übereinkommens.

11[11] E. BENDA (früherer Präsident des Bundesverfassungsgerichts), in: UNESCO-Kurier 9/1994, S.13 und in

Geo Wissen 1/1989.

12[12] UNESCO-Deklaration zum Schutz des menschlichen Genoms, Paris 1997.

Das Übereinkommen läßt die nationale biomedizinische Gesetzgebung mit gleichem oder höherem Schutzniveau unberührt¹³[13]. Es bietet Leitlinien für (im Zuge des Beitritts erforderliche) neue gesetzliche Regelungen in den Staaten, die noch keine oder keine ausreichenden rechtlichen Schutznormen für die Anwendung von Biologie und Medizin besitzen.

Inhalt:

In 14 Kapiteln und 38 Artikeln werden im Übereinkommen die kritischen Bereiche der modernen Biologie und Medizin angesprochen und - soweit Übereinstimmung erreicht wurde - geregelt. In der folgenden Übersicht nach WINTER¹⁴[14] werden die inhaltlichen Kernpunkte der Regelungen dargestellt:

- Schutz der Würde, Identität und Integrität aller Menschen im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Art. 1)
- Vorrang der Interessen des Individuums vor den Interessen der Gesellschaft (Art. 2)
- Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung (Art. 3)
- Festschreibung der Einhaltung berufsrechtlicher Pflichten und Standards (Art. 4)
- das Prinzip der freien Einwilligung und Aufklärung (Art. 5)
- Einwilligung und Widerruf durch den gesetzlichen Vertreter (Art. 6)
- Schutz psychisch Kranker (Art. 7)
- Medizinisch notwendige Interventionen in Notfallsituationen (Art. 8)
- Berücksichtigung früher geäußerter Patientenwünsche (Art. 9)
- Recht auf freien Zugang zu Informationen, Recht auf Nichtwissen (Art. 10)
- Verbot der Diskriminierung aufgrund des persönlichen genetischen Erbes (Art. 11)
- Bindung prädiktiver genetischer Tests an medizinische Zwecke, gesundheitsbezogene Forschung und fachgerechte individuelle genetische Beratung des Betroffenen (Art. 12)
- Verbot von Keimbahneingriffen und Bindung der somatischen Gentherapie an Prävention, Diagnostik und Therapie (Art. 13)

¹³[13] Siehe auch 3.1: Europäische Mindest-Normen und deutsche Gesetze.

¹⁴[14] S.F. WINTER: Gesundheitspolitische Analyse der Europäischen Menschenrechtskonvention zur

Biomedizin; in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Interne Studie 171/1999, S.35f.

- Verbot der Geschlechtswahl durch Fortpflanzungsmedizintechniken, Beschränkung auf schwerwiegende erblich geschlechtsgebundene Krankheiten (Art. 14)
- Forschungsfreiheit in Biologie und Medizin im Rahmen der Konventionsregeln (Art. 15)
- Detaillierte Regelungen zum Schutz des Menschen bei biomedizinischer Forschung (Art. 16 u. 17, in Verbindung mit Art. 6)
- Verbot der Herstellung von Embryonen zu Forschungszwecken; Gewährleistung eines angemessenen Schutzes für den Embryo bei in-vitro-Untersuchungen (Art. 18)
- Angemessene Einwilligungskriterien für Organtransplantation (Art. 19)
- Verbot der Organentnahme bei einwilligungsunfähigen Menschen (Art. 20)
- Verbot des Organhandels (Art. 21)
- Verbot der Verwendung entnommener Körperteile zu anderen als den deklarierten Zwecken (Art. 22)
- ausdrücklich garantiertes Recht auf national höhere Schutzbestimmungen (Art. 27)

Art:

Das Übereinkommen ist ein völkerrechtlich verbindlicher Vertrag. Seinem Charakter nach ist es kein abgeschlossenes Regelwerk, sondern Basis für die Fortschreibung und weitere Konkretisierung des europäischen Biomedizin-Rechts und für seine Verknüpfung mit der internationalen Entwicklung.

Es ist als Rahmen-Konvention angelegt und eröffnet daher Möglichkeiten der Erweiterung und Präzisierung von Themenbereichen und einzelnen Bestimmungen - vor allem durch Zusatzprotokolle, die den gleichen völkerrechtlichen Status haben wie das Vertragswerk selbst und für die wichtige ethisch-rechtliche Entscheidungen noch nachträglich unter den Vertragspartnern ausgehandelt werden können. Erwähnt wurde schon das am 1. Januar 1998 in Kraft getretene Zusatzprotokoll mit dem Verbot des Klonens menschlicher Lebewesen.¹⁵[15] Vorgesehen sind weitere Zusatzprotokolle zu den Themen Embryonen-Schutz, Human-Genetik und zur medizinischen Forschung.

Da nur Vertragsstaaten des Übereinkommens ein eigenes Vorschlagsrecht haben (Art. 32 Abs. 5), sollte die Bundesrepublik Deutschland durch ihren Beitritt sichern, daß sie maßgeblich an der Ausarbeitung weiterer Zusatzprotokolle beteiligt wird.

¹⁵[15] Derzeit wird vom Europarat das 'Zusatzprotokoll zur Organtransplantation' verabschiedet, das wesent-

liche deutsche Rechtspositionen enthält und gesamteuropäisch mehr Rechtssicherheit für das Trans-

plantationswesen schaffen wird.

Der Erarbeitungs-Prozess des Menschenrechts-Übereinkommens zur Biomedizin war begleitet von heftigen Diskussionen in der deutschen Öffentlichkeit, von kontroversen Bewertungen und Kritik an tatsächlichen oder vermeintlichen Unzulänglichkeiten.

PROF. DR. LUDGER HONNEFELDER, der als deutsches Mitglied des (mit der Ausarbeitung befaßten) EUROPÄISCHEN LENKUNGS-AUSSCHUSSES um Verbesserungen kämpfte und auch mit der endgültigen Fassung des Vertrages nicht zufrieden ist, „besonders bezüglich dessen, was er nicht enthält“, befürwortet dennoch einen Beitritt Deutschlands zu dem Menschenrechts-Übereinkommen - unter dem Aspekt, daß es „Ausgangspunkt des vom Europarat ins Auge gefaßten Prozesses einer europäischen und weltweiten Grenzziehung“ ist. Er schreibt 1999: „Wenn ich die veröffentlichte Meinung zu dem Dokument in Deutschland betrachte, habe ich den Eindruck, daß die Konvention bis heute nicht als das wahrgenommen wird, was sie ist. Dies gilt sowohl hinsichtlich ihrer internationalen Bedeutung ...und ihres völkerrechtlichen Status' ...als auch ihrer Bedeutung für die internationale und die deutsche Rechtslage... Zwar habe ich den Eindruck, daß auch manchen Kritikern der Konvention Status und Bedeutung des Dokuments mittlerweile bewußt geworden sind, doch fällt es offensichtlich schwer, die gegenüber dem ersten Entwurf eingenommene Position zu korrigieren und auf die berechtigte Kritik an diesem ersten Entwurf nun eine auf differenzierter Abwägung beruhende Zustimmung folgen zu lassen. Es wäre begrüßenswert, wenn die wachsende Beschäftigung mit dem Text und die Beteiligung an der internationalen Diskussion dazu führten, daß die Konvention in der deutschen Öffentlichkeit und im Bundestag am Ende so wahrgenommen wird, wie sie tatsächlich ist“¹⁶[16].

In diesem Sinne und als Beitrag zu einer informierten und sachgerechten Auseinandersetzung sollen hier die wichtigsten Einwände gegen das Übereinkommen erläutert werden.

3.1 Europäische Mindest-Normen und deutsche Gesetze

Im Menschenrechts-Überkommen zur Biomedizin sind - als Ergebnis der Beratungen unter den europäischen Staaten über schwierige ethisch-rechtliche Fragen – gemeinsame Mindest-Standards zum Schutz der Menschen festgelegt.

In der Bundesrepublik richtet sich Kritik gegen diese Mindest-Standards und gegen die Tatsache, daß sie – bis auf wenige Ausnahmen¹⁷[17] - schwächer sind als die entsprechenden deutschen gesetzlichen Regelungen. Es wird bemängelt, daß die hohen ethisch-rechtlichen Ansprüche der Bundesrepublik im Übereinkommen zu wenig berücksichtigt bzw. die Forderungen der Bundesrepublik nicht genügend durchgesetzt worden seien.

Diese Kritik muß sich an der Realität völkerrechtlicher Vereinbarungen messen. Wie jedes internationale Vertragswerk ist auch das europäische Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin durch viele Kompromisse zustande gekommen. Es integriert die

¹⁶[16] L. HONNEFELDER, Intention und Charakter des Übereinkommens über Menschenrechte und Biomed-

zin, in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Interne Studie 171/1999, S.9f.

¹⁷[17] Siehe auch 3.6: Optionen der Gen-Technologie und Schutz des menschlichen Genoms.

verschiedenartigen Positionen der Vertragsstaaten, ihre unterschiedlichen ethisch-rechtlichen und kulturellen Traditionen ebenso wie ihre Verschiedenheit im Moralbewußtsein und der medizinischen Praxis, die sich gerade in den kritischen Punkten, z.B. in der Embryonen-Forschung, deutlich von der Situation in Deutschland unterscheidet.

Es ist daher nicht verwunderlich, daß manche deutsche Maximal-Forderungen nicht durchgesetzt werden konnten, aber es ist ein Erfolg, daß auf deutsche Initiative hin deutliche Verbesserungen¹⁸[18] erreicht wurden.

Die Mindest-Standards stellen einen unter den europäischen Staaten gefundenen gemeinsamen Nenner dar, aber nicht den kleinsten. Im Übereinkommen geht es nicht um einen Minimal-Konsens, sondern um Mindest-Normen, die in den Beitrittsländern nicht unterschritten werden dürfen; anders gesagt, durch das Übereinkommen wird nicht ein Minimal-Schutz fixiert, sondern ein Mindest-Schutz garantiert. Es bringt daher vor allem in denjenigen Ländern eine Verbesserung, in denen es noch keine oder schwache und lückenhafte Regelungen für den biologisch-medizinischen Bereich gibt¹⁹[19].

Höhere nationale Schutzstandards bleiben in Kraft (Art. 27), ja, das Übereinkommen läßt ausdrücklich vorhandene wie auch künftige nationale Gesetzgebungen mit dem Ziel eines höheren Schutzniveaus zu. Wenn Deutschland dem Europäischen Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin beitrifft, müssen keine Schutzniveaus gesenkt, wohl aber einige deutsche Schutzbestimmungen angehoben werden.²⁰[20]

Mit dem europäischen Übereinkommen wurde das erste völkerrechtlich verbindliche Regelwerk für den biomedizinischen Bereich geschaffen. Es existieren aber bereits seit langem international gültige ärztliche Standesrichtlinien, z.B. die DEKLARATION VON HELSINKI und die DEKLARATION VON LISSABON, die von der Ärzteschaft berücksichtigt werden müssen. Diese Standesrichtlinien werden durch das Menschenrechts-Überkommen zur Biomedizin

¹⁸[18] Siehe auch 3.5: Embryonen-Schutz unter der Dachnorm.

¹⁹[19] Siehe BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ: Das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der

Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin – Übereinkommen über

Menschenrechte und Biomedizin – des Europarats vom 4. April 1997, Informationen zu

Entstehungsgeschichte, Zielsetzung und Inhalt, 1998, S.29.

²⁰[20] Neu zu schaffende Schutzbestimmungen sind: die Bestimmung von entnommenem Gewebe, die

Bindung prädiktiver Tests an genetische Beratung, Bestimmungen zur Forschung an

einwilligungsunfähigen Personen, sofern diese nicht unter Arzneimittel-Gesetz und Betreuungsrecht

fallen.

nicht überflüssig. Es können auch keine Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeiten und Anwendungsbereiche entstehen, wie von Kritikern befürchtet, denn die Regelungen im Konventionstext sind eindeutig: es gilt immer das Dokument, das das höchste Schutzniveau sicherstellt. Aus Art. 4 in Verbindung mit Art. 27 des Menschenrechts-Übereinkommens wird deutlich, daß jeweils die strengste Regelung eingehalten werden muß²¹[21]. Leider muß auch gesagt werden, daß – wie es weltweit bei allen Konventionen der Fall ist – die Vertragsparteien nach Art. 36 des Übereinkommens Vorbehalte bezüglich bestimmter Vorschriften geltend machen können, soweit das zu dieser Zeit in ihrem Gebiet geltende Recht nicht mit der betreffenden Vorschrift übereinstimmt. Damit ist nicht auszuschließen, daß die gemeinsamen Mindest-Schutz-Standards für einige Staaten doch nicht verbindlich werden.

3.2 Die Furcht vor dem Sog nach unten

Das im Vergleich zu den deutschen Gesetzen niedrigere Niveau des Menschenrechts-Übereinkommens zur Biomedizin gibt Kritikern Anlaß zur Sorge, daß dies ein erster Schritt zur Nivellierung der bestehenden deutschen Schutzgesetze sein könnte. Es wird eine Sogwirkung nach unten befürchtet und vermutet, daß ein höheres Schutzniveau als das des Menschenrechts-Übereinkommens auf Dauer kaum zu halten sein werde²²[22]. Außerdem werden angesehene Institutionen wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft und die Bundesärztekammer, die sich für einen Beitritt der Bundesrepublik zum Übereinkommen ausgesprochen haben, verdächtigt, damit gezielt eine Absenkung des deutschen Schutzniveaus erreichen zu wollen. Renommiertere Fachleute führen dagegen an, daß im Menschenrechts-Übereinkommen alles getan wurde, was aus juristischer Sicht gegen die Gefahr einer Sogwirkung möglich ist. Nach Art. 27 des Übereinkommens dürfen seine Regelungen „nicht so interpretiert werden, als beschränke oder beeinträchtige es die Möglichkeit einer Vertragspartei, einen weitergehenden Schutz zu gewähren“²³[23].

Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, daß gerade durch die Höhe des Schutzniveaus in Deutschland in Zusammenhang mit der Standort-Diskussion ein Druck zur Anpassung an die anderen europäischen Staaten entsteht - unabhängig von der Frage, ob Deutschland dem Übereinkommen beitrifft oder nicht.

Nur durch ihren Beitritt bekommt die Bundesrepublik Deutschland die Chance, im Sinne ihrer christlich geprägten Grundüberzeugung (z.B. bei der Praxis der Embryonen-Forschung) auf die anderen Staaten einzuwirken.

3.3 Der Bogen um heikle Fragen und eindeutige Begriffe

Nicht alle ethisch relevanten Themen aus Medizin und Biologie werden durch das Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin abgedeckt.

²¹[21] Siehe J. TAUPITZ, Vereinbarungen zur Bioethik – Ziele, Möglichkeiten und Grenzen aus juristischer

Sicht, in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Interne Studie 171/1999, S.21f.

²²[22] Siehe BUNDESTAGSDRUCKSACHE 13/11241, S.2.

²³[23] J. TAUPITZ, a.a.O., S.21.

Die Kritiker bemängeln, daß heikle Fragen, wie z.B. Schwangerschafts-Abbruch, aktive und passive Sterbe-Hilfe, Reproduktions-Medizin und die Patentierung von menschlichen Genen im Übereinkommen nicht angepackt werden; daß Begriffe, wie z.B. Mensch, Person, menschliches Lebewesen, ohne eindeutige Definition verwandt und dadurch diskriminierende Mißdeutungen möglich werden; daß vage Formulierungen, wie z.B. „angemessen“ willkürlich ausgelegt werden können.

Dazu ist festzustellen: wie in solchen Fällen international üblich, wurden auch bei der Ausarbeitung des Menschenrechts-Übereinkommens zur Biomedizin Problemfelder ausgespart, bei denen zur Zeit bei den europäischen Staaten kein Konsens zu erwarten ist. Solche gesetzlichen Lücken²⁴[24], die dem deutschen Rechtsempfinden wie der kontinentalen Rechtsprechungstradition widersprechen, sind im anglo-amerikanischen Recht gängige Praxis. Von daher beziehen die Kritiker ihre Argumentation, daß im Übereinkommen zu wenig deutsches und zu viel anglo-amerikanisches Recht verwirklicht sei und daß aus deutscher Sicht grundlegende Fragen, wie z.B. Patienten-Testament, Vertreter in Gesundheitsangelegenheiten und die „mutmaßliche Einwilligung“ von einwilligungsunfähigen Menschen auf eine spätere Detailregelung verwiesen werden.

Große Aufregung und heftige Kritik wurde durch die Tatsache hervorgerufen, daß im Text des Übereinkommens sowohl die Bezeichnungen *Mensch* wie auch *Person*, *menschliches Wesen* und *jedermann* ohne weitere begriffliche Bestimmung verwendet werden. Der Verdacht, es werde zwischen *Menschen* und *Personen* unterschieden, mit der Folge, es gebe Menschen ohne Rechte, die der Person zukommen, liegt möglicherweise nahe, weil die Diskussion in Deutschland über den australischen Philosophen PETER SINGER, der diesen Unterschied macht, immer noch nachwirkt. Auch die Erfahrungen mit dem Nationalsozialismus sensibilisieren für dieses Problem.

Befürworter des Übereinkommens gewinnen aus der Kenntnis des Textes, aus seinen Grundsätzen und Intentionen, die Überzeugung, daß eine Unterscheidung der Wertigkeit zwischen Mensch und Person nicht gemeint ist²⁵[25]. Die Begriffe würden synonym benutzt, ihre äquivalente Verwendung habe keine inhaltliche Bedeutung, sondern sei ein „bloßes Stilmittel“²⁶[26] - wie auch schon im „Mutter-Dokument“ der europäischen Menschenrechts-Erklärung von 1950.

24[24] Siehe J. TAUPITZ, Vereinbarungen zur Bioethik – Ziele, Möglichkeiten und Grenzen aus juristischer

Sicht, in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Interne Studie 171/1999, S. 22ff.

25[25] Siehe L. HONNEFELDER, Intention und Charakter des Übereinkommens über Menschenrechte und Bio-

medizin, in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Interne Studie 171/1999, S.13.

26[26] H.-B. WUERMELING, in: Protokoll der 113. Sitzung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages

am 25.3.1998, S.35.

Außerdem ist bemerkenswert, daß weder unser Grundgesetz noch das Embryonenschutzgesetz Definitionen für die Begriffe *Mensch* und *Person* enthalten. Grundsätzlich entzieht sich die Sprache des Rechts bewußt philosophischen Fragestellungen.

Die Vertragsparteien dieses Übereinkommens schützen die Würde und die Identität aller menschlichen Lebewesen und gewährleisten jedermann ohne Diskriminierung (Unterstreichungen v. Verf.) die Wahrung seiner Integrität sowie seiner sonstigen Grundrechte und Grundfreiheiten im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin.

Artikel 1
des Menschenrechts-Übereinkommens zur Biomedizin

3.4 Löcher im Schutz-Zaun? - Die Durchsetzungskraft des Übereinkommens

Es wird häufig beklagt, daß das Übereinkommen nur ein sehr schwaches Instrument zum Schutz der Menschen vor Mißbrauch in Medizin und Biologie sein könne, da die Umsetzung in nationales Recht nur unzureichend mit Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten gesichert und bei Verstößen keine individuelle Klagemöglichkeit gegeben sei.

Tatsächlich wird die Umsetzung des Menschenrechts-Übereinkommens zur Biomedizin weitgehend nationalen Regelungen überlassen. Das Übereinkommen bietet dafür Leitlinien, deren Wirksamkeit unterschiedlich beurteilt wird:

Art. 1 Abs. 2 enthält die Forderung, daß die Vertragsparteien geeignete Maßnahmen ergreifen, um der Konvention „Wirksamkeit“ zu verleihen. Darüber hinaus verlangt Art. 25, daß die Vertragsparteien einen geeigneten Rechtsschutz unter Sanktion bei Verstößen vorsehen. Schließlich enthält Art. 30 eine Auskunftspflicht über die Umsetzung des Übereinkommens in nationales Recht.

Obwohl keine individuellen Klagemöglichkeiten vorgesehen sind und die Möglichkeiten des Europäischen Gerichtshofes nach Art. 29 gering sind, besteht über den Wortlaut des Übereinkommens hinaus, z.B. nach deutschem Recht, die Möglichkeit, deutsche Gerichte entsprechend der jeweiligen Prozessordnung anzurufen²⁷[27]. In Art. 24 werden die Schadensersatzregelungen dem nationalen Recht überlassen. In der Bundesrepublik Deutschland können dafür Schutzrechte nach dem Bürgerlichen (Delikt-)Recht geltend gemacht werden²⁸[28].

Desweiteren werden Vorwürfe geäußert: das Abkommen enthalte Öffnungsklauseln zur Umgehung der meisten seiner Normen, die zudem durch Unschärfe und Auslegungsspielräume gekennzeichnet seien.

²⁷[27] J. TAUPITZ, Vereinbarungen zur Bioethik – Ziele, Möglichkeiten und Grenzen aus juristischer Sicht, in:

Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Interne Studie 171/1999, S.29.

²⁸[28] Siehe E. DEUTSCH, in: Protokoll der 133. Sitzung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages

am 25.3.1998, S.60.

Dazu ist anzumerken, daß Art. 26 – wie in der EUROPÄISCHEN MENSCHENRECHTS-KONVENTION auch - Einschränkungen der Rechte und Schutzbestimmungen - wenn auch nur in sehr engen Grenzen - enthält. Veranlaßt werden solche Einschränkungen z.B.: zum Schutz der öffentlichen Sicherheit, zur Verbrechensverhütung, zum Schutz der öffentlichen Gesundheit (Infektionskrankheiten, Epidemien). Alle diese Einschränkungen müssen den vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte festgelegten Kriterien der Erforderlichkeit, Verhältnismäßigkeit und Subsidiarität genügen. Über die EUROPÄISCHE MENSCHENRECHTS-KONVENTION hinaus – und das ist ein Fortschritt - werden in Art.26 Abs. 2 ausdrücklich die Bestimmungen genannt, bei denen jede Art der Einschränkung von Schutzrechten unzulässig ist. Es sind dies im einzelnen die Regelungen zum Diskriminierungsverbot (Art. 11), zum Verbot des gezielten Keimbahneingriffs (Art. 13), zum Verbot der Geschlechtswahl (Art. 14), zum Schutz von einwilligungsfähigen und einwilligungsunfähigen Personen bei Forschungsvorhaben (Art. 16 u. 17), sowie zu den Vorschriften zur Organentnahme und zum Verbot der Gewinnerzielung im Hinblick auf die Entnahme von Körperteilen (Art. 19-21).

In diesem Zusammenhang ist noch zu erwähnen, daß nach Art.36 sowohl bei der Ratifizierung als auch beim Beitritt Vorbehalte gegen Regelungen des Übereinkommens angemeldet werden können. Diesbezüglich ist positiv zu vermelden, daß bisher nur zwei Länder Vorbehalte angemeldet haben, nämlich die Türkei am 17. Nov. 1997 gegen Art. 20 Abs.2 und Dänemark am 10. Aug. 1999 gegen Art.20 Abs.2 und gegen Art. 10.

Zusammenfassend wird deutlich, daß das Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin trotz seines in der Endfassung²⁹[29] beachtlichen Schutzniveaus Schlupflöcher enthält und Auslegungsspielräume gewährt und zudem nur schwache Durchsetzungs- und Sanktionsmöglichkeiten bietet. Die Praxis wird zeigen, ob die Vertragsparteien gewillt sind - dem Geist des Übereinkommens folgend - den notwendigen Schutz für Menschenrechte und Menschenwürde zu gewähren oder ob durch Ausnutzung der Spielräume die Vertragsnormen unterlaufen werden.

3.5 Embryonen-Schutz unter der Dachnorm

Mit ihrem Embryonen-Schutzgesetz³⁰[30] ist die Bundesrepublik Deutschland zum bisher noch nicht eingeholten Schrittmacher in Europa und der Welt geworden. Die Regelungen zum Embryonen-Schutz in Art.18 des Menschenrechts-Übereinkommens werden daher aus deutscher Sicht als völlig unzureichend empfunden.

Dieser Art.18 zeigt deutlich den Kompromißcharakter des Übereinkommens. Er stellt eine Dachnorm dar, unter der die sehr unterschiedlichen nationalen gesetzlichen Regelungen zum Embryonen-Schutz in den europäischen Staaten nebeneinander bestehen bleiben können.

Gegenstand der Regelung ist Forschung an Embryonen *in-vitro*. Art.18, Abs.2 lautet: „Die Erzeugung menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken ist verboten“. Damit sind aber

²⁹[29] Siehe 5.1 Synopse der Veränderungen in den drei Fassungen (1994,1995 und 1996) des Menschen-

rechts-Übereinkommens zur Biomedizin.

³⁰[30] 'Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonen-Schutzgesetz)' vom 13.12.1990, Bonn.

nicht diejenigen Embryonen geschützt, die bei `künstlicher` (in-vitro) Zeugung überzählig entstanden sind. Die Forschung an solchen Embryonen, die sogenannte `verbrauchende` Forschung, ist in Deutschland verboten, wird aber in einigen anderen europäischen Staaten praktiziert.

Hinter dieser Problematik steht die Grundfrage: Wann beginnt der Mensch, Mensch zu sein? - Vom Bundesverfassungsgericht und in der Folge vom Embryonen-Schutzgesetz dahingehend beantwortet, daß menschliches Leben vom Beginn (d.h. vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung) an generell schutzwürdig ist.

So ist es als Erfolg zu werten, daß auf deutsches Drängen derjenige Passus im Übereinkommen gestrichen wurde, der den Schutz des Embryos erst nach dem 14. Tag seiner Entwicklung festschrieb. Dieser Erfolg wird allerdings durch den Wortlaut von Art.18, Abs.1 relativiert. Mit Bezug auf die jeweilige nationale Gesetzgebung lautet er: „Die Rechtsordnung hat einen angemessenen Schutz des Embryos zu gewährleisten, sofern sie Forschung an Embryonen in-vitro zuläßt“. Gegen den vagen Ausdruck *angemessener Schutz*, der für Interpretationen und Auslegungen weiten Raum läßt, richtet sich ganz besonders die Kritik. Sein Zweck ist aber klar: sowohl die strengen Bestimmungen des deutschen Embryonen-Schutzgesetzes wie die freieren Regelungen im Umgang mit Embryonen, etwa in Großbritannien, können unter dieser Formulierung weiterbestehen. Die Kompromißformel läßt erkennen, daß damit der Anmeldung von Vorbehalten – die etwa von Großbritannien zu erwarten wären – vorgebaut wurde. Somit war eine größere Eindeutigkeit in diesem Punkt nicht zu erreichen. Dennoch bleibt festzuhalten, daß der Terminus *angemessener Schutz* ein Verbot der Zerstörung des zu schützenden Gutes impliziert.

Das Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin läßt das hohe Niveau des deutschen Embryonenschutzes unberührt. Es bleibt aber die schmerzliche Tatsache, daß Art.18,1 in ethischer Hinsicht ein Schwachpunkt der Konvention ist.

Jetzt nach Vorliegen der unveränderbaren Endfassung des Übereinkommens gibt es nur noch die Hoffnung, daß durch geeignete Zusatzprotokolle (wie z.B. geschehen beim Protokoll zum Verbot des Klonens von Menschen) weitere Fortschritte im Embryonenschutz bewirkt werden können. Deutschland sollte daran mitarbeiten.

3.6 Optionen der Gen-Technologie und Schutz des menschlichen Genoms

Auf verschiedenen Wegen versucht die moderne Bio-Medizin schwere und bislang unheilbare erbliche Krankheiten anzugehen: durch die bereits in 10 EU-Staaten realisierte *Präimplantations-Diagnostik* und durch die noch im tierexperimentalen Stadium befindliche *Keimbahn-Therapie*. Beide Verfahren sind aus ethischer Sicht bedenklich und in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz verboten. Ein dritter Weg ist die *somatische Gen-Therapie*, die das klinische Versuchsstadium erreicht hat.

Im Menschenrechts-Übereinkommen sind Regelungen für die Anwendung dieser drei Verfahren festgelegt.

Die *Präimplantations-Diagnostik (PID)* untersucht entnommene Zellen von künstlich (in vitro) gezeugten Embryonen auf etwaige schwere Gen-Defekte (Mutationen) und wählt nur `gesunde` Embryonen zur Weiterentwicklung (Implantation in den Mutterleib) aus. Abgesehen davon, daß dieses Verfahren die Frage nach Recht, Wert und Schutz von

behindertem Leben tangiert, ist es auch angreifbar, weil es gleicherweise für die Auswahl nach anderen genetischen Kriterien benutzt werden kann.

Das Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin bestimmt in Art. 14: „Die Verfahren der medizinisch unterstützen Fortpflanzung dürfen nicht dazu verwendet werden, das Geschlecht des künftigen Kindes zu wählen, es sei denn, um eine schwere, erbliche geschlechtsgebundene Krankheit zu vermeiden.“ - Eine sehr knappe Regelung, die heftig kritisiert wird, weil sie nur die Wahl des Geschlechtes verbietet, aber andere Selektionskriterien nicht ausdrücklich ausschließt und damit die „Option für eine eugenisch begründete Auswahl von Embryonen“^{31[31]} offen läßt. Angesichts der Praxis in mehreren europäischen Ländern, wo Angebote der PID bereits zur medizinischen Routine gehören, ist das – wenn eindeutige Einschränkungen fehlen - eine begründete Besorgnis.

Der Gedanke, daß die dauerhafte Aufhebung von erblichen Krankheiten durch den Ersatz defekter Gene einmal möglich sein könnte, ist faszinierend – das Verfahren des *Keimbahn-Eingriffs*, das gegenwärtig die einzige Option dafür zu sein scheint, ist aber ethisch nicht zu rechtfertigen, weil es verbrauchende Embryonenforschung (und Klonierung) in riesigem Umfang voraussetzt und der Gen-Transfer irreversibel – mit nicht einschätzbaren Folgen und Risiken – in der Erbsubstanz weitergegeben wird.

Art. 13 des Menschenrechts-Übereinkommens zur Biomedizin lautet: „Eine Intervention, die auf die Veränderung des menschlichen Genoms gerichtet ist, darf nur zu präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Zwecken und nur dann vorgenommen werden, wenn sie nicht darauf abzielt, eine Veränderung des Genoms von Nachkommen herbeizuführen.“ Damit wird, wenn auch nicht unter diesen Bezeichnungen, die *somatische*^{32[32]} *Gen-Therapie* zugelassen und der Keimbahn-Eingriff verboten.

Nach der Meinung von Fachleuten könnte die Anwendung der Präimplantations-Diagnostik den Eingriff ins menschliche Genom (Keimbahn-Eingriff) künftig entbehrlich machen: „Bei aller Problematik der Präimplantationsdiagnostik ist es genau dieses medizinische Argument gewesen, womit sich die deutsche Delegation im Europarat beim Verbot von Keimbahneingriffen durchgesetzt hat.“^{33[33]}

31[31] BUNDESTAGSDRUCKSACHE 13/11241, S.2.

32[32] Bei der *somatischen Gen-Therapie* werden Körperzellen von Patienten genetisch verändert (korrigiert)-

ohne Folgen für das Erbgut. Dieses Verfahren ist aber noch sehr risikoreich und hat bislang bei den

klinischen Erprobungen noch keine anhaltenden Erfolge gebracht.

33[33] S.F. WINTER, Gesundheitspolitische Analyse der Europäischen Menschenrechtskonvention zur

Biomedizin, in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Interne Studie 171/1999, S.43.

In der Konsequenz dieses Gedankens wird diskutiert, ob die PID künftig auch in der Bundesrepublik zugelassen werden könnte – streng begrenzt auf Fälle, bei denen das `Wiederholungsrisiko` einer schweren erblichen Krankheit des zukünftigen Kindes besteht.

Das Menschenrechts-Übereinkommen enthält auch Bestimmungen zu genetischen Tests. Art.12 regelt das Verfahren bei *prädiktiven genetischen Tests* (Vorhersage von genetisch bedingten Krankheiten oder Feststellung genetischer Prädispositionen): sie „dürfen nur für Gesundheitszwecke oder für gesundheitsbezogene wissenschaftliche Forschung und nur unter der Voraussetzung einer angemessenen genetischen Beratung vorgenommen werden“.

Eine solche vorhergehende Beratung ist bislang in Deutschland nicht vorgeschrieben, so daß bei einem Beitritt der Bundesrepublik Verbesserungen im deutschen Recht notwendig werden.

3.7 Vorrang des Menschen: Bioethik im Verdacht

Während seiner Entstehungszeit wurde für das Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin als Kurztitel *Bioethik-Konvention* gebraucht. Mit Beginn der öffentlichen Diskussion wurde - vorwiegend in Deutschland - der Begriff *Bioethik* sogleich negativ besetzt. Damit wird zugleich auch die ethische Grundlage des Übereinkommens angezweifelt und verdächtigt und, als Konsequenz, die Konvention selbst abgelehnt.

Der Hauptgrund dafür liegt in dem Umstand, daß *Bioethik* von Anfang an ausschließlich mit einem - zudem sehr extremen - Vertreter dieser Disziplin gleichgesetzt wurde, nämlich mit dem australischen Bio-Ethiker PETER SINGER³⁴[34], dessen utilitaristische Philosophie und dessen umstrittene Thesen zur Wertigkeit menschlichen Lebens in Deutschland Aufsehen und Ablehnung erregt hatten.

Einen Beweis für den Einfluß der SINGERSchen Ideologie schien der Text des Übereinkommens selber zu liefern, indem die Bezeichnungen Mensch, Person und menschliches Lebewesen nebeneinander gebraucht werden. Bei näherer Betrachtung aber zeigt sich, daß hier keine wertende Unterscheidung im SINGERSchen Sinn beabsichtigt ist, sondern lediglich eine stilistische (siehe auch 3.3: Der Bogen um heikle Fragen und eindeutige Begriffe).

Andere Kritiker apostrophierten Bio-Ethik abwertend als `biologistische`, `utilitaristische`, `Sonder-` oder `Spezial-Ethik`.

Es scheint mir angezeigt, an dieser Stelle einige Auskünfte im sachlichen Ton des Lexikons einzuschalten:

Bioethik ist der Bereich der Ethik (Lehre vom richtigen und guten Handeln), der sich mit Problemen befaßt, die durch die Biowissenschaften hervorgerufen werden. Die Aufgabe der Bio-Ethik ist „die begründete Stellungnahme zu und die moralische Bewertung von Eingriffen

34[34] P. SINGER, Direktor des 'center for human bioethics' in Clayton/Victoria (Australien), seit 1.7.1999

Princeton University (USA), 'Practical Ethics' und 'Praktische Ethik', Stuttgart 1979, 1994².

aller Art in menschliches, tierisches wie pflanzliches Leben“³⁵[35]. Bioethik ist Teil der moralischen und ethischen Auffassungen in unserer Gesellschaft und unterliegt daher den allgemein akzeptierten Wertvorstellungen. Die Bioethik „soll der Entwicklung von Prinzipien, Normen und Maßstäben dienen, die ...als Orientierungspunkte für die Anwendung der Biowissenschaften, vor allem in der Medizin, geeignet sind“³⁶[36].

Der Kurzname *Bioethik-Konvention* ist inzwischen zurückgezogen worden, um weitere Mißdeutungen zu vermeiden. Obwohl der aus dem angelsächsischen Sprachraum stammende Begriff *Bioethik* inzwischen international gebräuchlich ist, wird es noch dauern, bis er auch in Deutschland neutral und unbefangen benutzt werden kann. Die künftige Diskussion wird zeigen, ob mit dem Namen des Übereinkommens auch eine Veränderung seiner Bewertung im Hinblick auf seine ethische Grundlage verbunden ist.

„Der zentrale Gedanke der Konvention ist der Schutz der Würde, die dem menschlichen Individuum in seiner Identität und Integrität zukommt. Die Konvention folgt also einer Ethik der Würde, nicht einer Ethik der Interessen“³⁷[37].

Das Interesse und das Wohl des menschlichen Lebewesens haben Vorrang gegenüber dem bloßen Interesse der Gesellschaft oder der Wissenschaft.

Artikel 2

des Menschenrechts-Übereinkommens zur Biomedizin

3.8 Das Recht des Schwächeren: Widerstand gegen Artikel 17 Absatz 2

Es gehört zu den allgemein anerkannten ethischen Grundsätzen, daß medizinische Interventionen nur mit freiwilliger Zustimmung des Betroffenen statthaft sind. Das gilt auch für Maßnahmen der Forschung, besonders der fremdnützigen (nichttherapeutischen) Forschung. Als erstes völkerrechtlich verbindliches Dokument schreibt das Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin die „Einwilligung nach Aufklärung“ (*informed consent*) für alle medizinischen Eingriffe vor und drückt damit aus, daß therapeutische oder Forschungsmaßnahmen ohne informierte Einwilligung der betroffenen Personen eine Instrumentalisierung von Menschen und damit eine Verletzung der Menschenwürde darstellt.

³⁵[35] J.S. ACH / A. GAIDT (Hrsg.), Herausforderung der Bioethik, Stuttgart 1993, S.11.

³⁶[36] BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ, Das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der

Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin – Übereinkommen über

Menschenrechte und Biomedizin – des Europarats vom 4. April 1997, Informationen zu Entstehungsgeschichte, Zielsetzung und Inhalt, 1998, S.30.

³⁷[37] L. HONNEFELDER, Intention und Charakter des Übereinkommens über Menschenrechte und Biomedizin,

in: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Interne Studie 171/1999, S.13.

Für Fälle, in denen eine solche Zustimmung nach Aufklärung nicht gegeben werden kann, weil die Betroffenen (z.B. Kinder, Demenz-Kranke, Koma-Patienten, geistig oder psychisch behinderte Menschen) einwilligungsunfähig sind, ist im Übereinkommen eine eigene Regelung (Art.6 u. 17) niedergelegt. In Art.17 Abs. 2 wird „in Ausnahmefällen“ und unter strengen Schutzmaßnahmen auch Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen, die ohne unmittelbaren Nutzen für den Probanden ist, zugelassen.

Die Tatsache, daß diese Bestimmung dem grundsätzlichen Verbot fremdnütziger Forschung ohne informierte Einwilligung entgegensteht, hat schon bei der Veröffentlichung des ersten Entwurfs des Übereinkommens 1994 heftige Reaktionen der Öffentlichkeit provoziert. Kein Artikel des Übereinkommens hat soviel Kritik, Empörung, Protest und Ablehnung hervorgerufen und den einhelligen Widerstand von Kirchen, Behindertenverbänden, wissenschaftlichen Fachvertretern, Angehörigenorganisationen und Wohlfahrtsverbänden verursacht wie dieser. Er wird angeprangert als eindeutiger Verstoß gegen die Menschenwürde und als eine unzulässige Erweiterung der medizinischen Zugriffsmöglichkeiten, ohne daß der Schutz der betroffenen Menschen gewährleistet sei³⁸[38].

Im Vergleich zum Entwurf des Übereinkommens ist der Schutz der einwilligungsunfähigen Menschen jetzt verbessert; aber auch in Kenntnis der endgültigen Fassung von 1996 artikulieren Betreuer und Vertreter der betroffenen Menschen weiterhin ihre Sorgen und Ängste in der Überzeugung und Empfindung, daß ihre Bedenken nicht (völlig) entkräftet worden sind.

Die nachvollziehbar auch emotional belastete Frage von Eltern und Angehörigen lautet: „Inwieweit darf Forschung sich wehrloser Menschen bedienen, um an diesen Experimente im so definierten Gemeinwohlinteresse vorzunehmen, die zudem den Betroffenen selbst nichts nützen und ihnen womöglich Leid und Schmerzen zufügen?“³⁹[39].

Angesichts solcher appellativen Argumentation kann schnell die Assoziation entstehen, daß hier das Grundrecht der Freiheit der Wissenschaft über das der Würde und Integrität von Menschen gestellt werden soll. Dagegen fällt es schwer, Sinn, Zweck und Notwendigkeit fremdnütziger Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen überhaupt in den Blick zu bekommen. Deshalb soll ein Beispiel (Leukämie im Kindesalter) den Zusammenhang von Forschung und Therapie verdeutlichen: „Hinter jedem therapeutischen Erfolg der Kinder-Onkologie steht jahrelange Grundlagenforschung, zu der auch Blutproben von Gesunden unerlässlich sind, wobei man selbstverständlich von Befunden bei Erwachsenen nicht so

38[38] Siehe P. BOCKLET, Kommissariat der deutschen Bischöfe, Stellungnahme zum Übereinkommen zum

Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie

und Medizin, Bonn, 20.3.1998, in: epd-Dokumentation 16/98, S.10.

39[39] M. EMMRICH, Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen, in: Aus Politik und Zeitgeschichte,

B 6/99, S.12.

einfach auf die Situation von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen, Kleinkindern und älteren Kindern schließen kann. Um die Krankheitsursachen zu erforschen, müssen diagnostische Untersuchungen an Kindern mit Leukämie durchgeführt werden, auch wenn die Resultate dieser Studien nicht mehr mit Sicherheit den betroffenen Kindern werden helfen können. Jedoch werden heute über Dreiviertel der Leukämien bei Kindern aufbauend auf solchen Untersuchungen der Krankheitsursachenforschung geheilt“⁴⁰[40].

Es geht also um Untersuchungen an einwilligungsunfähigen Menschen, die nicht deren eigenem Nutzen dienen, ohne die aber die Ursachen von Krankheiten nicht erforscht werden können, an denen ausschließlich Personen leiden, die ebenfalls die geforderte informierte Zustimmung (z.B. aufgrund ihres Alters) nicht geben können.⁴¹[41] Der Verzicht auf Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen hätte die Folge, daß sie weniger als andere Menschen am medizinischen Fortschritt teilhaben und auf zukünftige Besserungs- oder Heilungschancen hoffen könnten⁴²[42].

Die Gegner der fremdnützigen Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen berufen sich auf Art.2 des Übereinkommens und fordern den Vorrang des menschlichen Wohls vor dem ‘Gemeinwohl-Interesse’ (s. oben) ein. Demgegenüber wäre zu fragen, ob hier nicht falsche Akzente gesetzt werden, ob es dem Wohl eines Menschen dient, wenn er generell von jedem Akt der Solidarität mit anderen Menschen entbunden (oder ausgeschlossen) ist? Der schon mehrfach zitierte Bonner Philosoph LUDGER HONNEFELDER - maßgeblich beteiligt an der Ausarbeitung des Übereinkommens - erläutert die Intention der beanstandeten Regelung: „Der Grundgedanke ist der, daß der nichteinwilligungsfähige Mensch in die soziale Gemeinschaft eingebunden ist, zu ihr beiträgt, ihre Ressourcen in Anspruch nimmt und vor allem den Mitmenschen in Solidarität verbunden ist, die an der gleichen Krankheit oder Störung leiden oder sich in der gleichen Situation befinden wie er und daß es diese Person nicht in ihrem Kern und damit nicht in ihrer Menschenwürde berührt, wenn ihr mit Einwilligung ihres Vertreters und unter weiteren Voraussetzungen minimale Risiken und Belastungen zugemutet werden, wie sie mit einer Messung, einem Speichelabstrich, einer

⁴⁰[40] Argumentationspapier des BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, Bonn 1996, siehe M. EMMRICH,

a.a.O., S.13f.

⁴¹[41] Siehe L. HONNEFELDER, Vortrag „Bioethik im Streit“ bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft am

11. September 1996 in Bonn.

⁴²[42] Siehe Arbeitspapier der KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG (Hrsg.): Forschung mit einwilligungsunfähigen

Personen – Stellungnahmen zur Diskussion über das Menschenrechtsabkommen zur Biomedizin des

Europarates, 1997.

Urinprobe oder der Nutzung einer im Rahmen der Krankenversorgung vorgenommenen Blutentnahme verbunden sind“43[43].

Die Botschaft von der Harmlosigkeit der intendierten Forschungsmaßnahmen an einwilligungsunfähigen Menschen hören die Vertreter der Betroffenen wohl, allein es fehlt ihnen ganz entschieden der Glaube an die Wirksamkeit der Regelung des Übereinkommens zur Verhinderung von Mißbrauch. Dagegen artikulieren und begründen sie Zweifel an der vorgegebenen Intention des Übereinkommens: „Ginge es wirklich nur um Blutproben, Speichel- oder Urinproben, um Wiegen oder Messen von Patienten, so wäre weder aus Sicht der Bundesärztekammer noch aus Sicht der Bundesregierung, noch aus Sicht des Europarates eine europaweit geltende völkerrechtliche Konvention zur Biomedizin notwendig ... Insofern stellt sich die Frage: Was ist das wirkliche Interesse der europäischen Medizin-Konvention? Um z.B. Demenz-Forschung, prädikative Medizin oder die Entwicklung von neuen Medikamenten oder Behandlungsmethoden zur Verbesserung der Intensiv-Medizin voranzutreiben, sind „invasive Eingriffe von teilweise erheblicher Reichweite“ aus medizinischer Sicht notwendig. Für Hirnforschung (Parkinson, Schädel-Hirn-Trauma, Alzheimer) „reicht es nicht - dies läßt sich auch der uninformierte Bürger nicht suggerieren -, den Patienten zu wiegen, zu messen, Blut- oder Speichelproben zu untersuchen. Eingriffe, die die Funktion bzw. die Funktionsstörungen des Gehirns feststellen, oder gar Therapien ermöglichen sollen, setzen ganz andere, schwerwiegendere Maßnahmen voraus, wie etwa die Abnahme von Nervenwasser durch eine Punktion“44[44].

Diese Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, wie sich pro- und contra-Argumente gegenüberstehen. Jeder Versuch, die ganze Breite der Diskussion darzustellen, würde den Rahmen dieses Textes sprengen.

Ausschlaggebend ist letztlich das Argument derer, die sich zu Anwälten der einwilligungsunfähigen Menschen gemacht haben. Die Schutzbestimmungen in Art. 17 reichen – trotz anerkannter Bemühung um Verbesserung – nicht aus. Ich setze hinzu: Obwohl diese Schutzbestimmungen immer wieder kritisiert werden, sind bisher noch keine weiteren

43[43] L. HONNEFELDER, Vortrag „Bioethik im Streit“ bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft am 11.

September 1996 in Bonn.

44[44] VORSTAND DER BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE für Menschen mit geistiger Behinderung, Beschluß

zur Europäischen Bio-Medizin-Konvention vom 19. Juni 1997, in: Behindertenbeauftragter des Landes

Niedersachsen (Hrsg.), Die Bioethik-Konvention: Ein Angriff auf die menschliche Würde, Hannover

1998, S.18ff.

relevanten Kriterien genannt worden, um das Schutzniveau zufriedenstellend anzuheben.^{45[45]}

Dies ist die Ausgangslage für meinen Vorschlag, der nun (3.9) folgen soll:

3.9 Wegsuche: Vorschlag für eine Interpretationserklärung zu Artikel 17

Absatz 2 – Antragsentwurf vom 13. 8. 1999

Die Regelungen zur fremdnützigen Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen bilden das Haupthindernis, das einem Beitritt der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen entgegensteht. Überzeugt von der Notwendigkeit dieses Übereinkommens und dem großen Nutzen eines Beitritts Deutschlands, aber auch im Bewußtsein der besonderen Verantwortung für einwilligungsunfähige Menschen schlage ich einen Lösungsweg vor, der auch den Kritikern des Übereinkommens eine Zustimmung möglich machen sollte. Ich schlage vor, auf die Anwendung von Art. 17 Abs. 2 des Übereinkommens auf einwilligungsunfähige Menschen prinzipiell zu verzichten und fremdnützige Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen nur auf ausdrückliche Bitte im Sinne eines „Antrags“ ihres gesetzlichen Vertreters zuzulassen. Dies könnte in Form einer Interpretationserklärung – nicht als Vorbehalt – beim Beitritt der Bundesrepublik oder bei der Ratifizierung festgelegt werden.

Eine solche Interpretationserklärung könnte etwa folgenden Wortlaut haben:

„Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, im Falle eines Beitritts zum `Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin` des Europarates bereits bei der Unterzeichnung des Übereinkommens folgende Interpretationserklärung abzugeben:

1. Im Sinne ihrer durch die Geschichte begründeten besonderen Verantwortung interpretiert die Bundesrepublik Deutschland Artikel 17 Absatz 1 und 2 als *grundsätzliches Verbot* der nichttherapeutischen Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen.
- 2 Sie interpretiert die *Ausnahme* von diesem Verbot gemäß Artikel 17 Absatz 2 vor allem als Ausdruck der Absicht, eine Diskriminierung einwilligungsunfähiger Menschen zu verhindern, wie sie einträte, wenn einwilligungsunfähige Menschen selbst dann von Forschungsmaßnahmen ausgeschlossen wären, wenn die Teilnahme ihrem eigenen mutmaßlichen Willen bzw. bei Minderjährigen dem Wunsch ihrer Eltern entspricht. Diese Ausnahmeregelung ist nicht als Sonder-Recht für die Forschung, sondern als Schutz-Recht für die betroffenen Menschen zu charakterisieren.
- 3 Die für eine solche Forschungsmaßnahme zwingend erforderliche *schriftliche Einwilligungserklärung* des gesetzlichen Vertreters nach Artikel 17 Absatz 1 lit. iv) und Artikel 6 wird somit *im Sinne eines `Antrags`* interpretiert, mit dem der gesetzliche Vertreter begehrt, den betroffenen einwilligungsunfähigen Menschen in die – als Voraussetzung für eine künftige Verbesserung des Grundzustandes notwendige - Forschung einzubeziehen.
4. Die Bundesrepublik Deutschland erklärt ausdrücklich, daß die in Artikel 17 Absatz 2 enthaltene Ausnahme vom grundsätzlichen Verbot der nichttherapeutischen Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen nicht so verstanden werden darf, daß die Sorgeberechtigten gemäß Artikel 17 Absatz 1

45[45] S.F. WINTER, Gesundheitspolitische Analyse der Europäischen Menschenrechtskonvention zur

lit. iv) und Artikel 6 in Versuche einwilligen dürfen, die dem Wohl von Kindern (Minderjährigen) und einwilligungsunfähigen Erwachsenen widersprechen. Andererseits kann durch diese Ausnahme dem mutmaßlichen Willen des einwilligungsunfähigen Erwachsenen bzw. dem ausdrücklichen Wunsch von Eltern entsprochen werden, daß die Erforschung der Krankheit (unter minimalen Risiken und Belastungen) künftig anderen von der gleichen Krankheit oder Störung betroffenen Menschen zugute kommen möge.“

Begründung

1. *Problemstellung*

Die in Art. 17 des Menschenrechts-Übereinkommens zur Biomedizin enthaltenen Regelungen zur Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen gehören zu den umstrittensten Vorschriften des Menschenrechts-Übereinkommens. Kritiker befürchten, daß hierdurch der Weg freigemacht werde für Versuche, die nach ihrer Auffassung mit der Garantie der Menschenwürde und dem Recht auf körperliche Unversehrtheit nicht vereinbar sind. Auch die Tatsache, daß das Menschenrechtsübereinkommen nur Mindestschutzstandards enthält und daß gemäß Art. 27 höhere nationale Schutzstandards ausdrücklich unberührt bleiben, ändere hieran nichts. Unter Rückgriff auf das „Dambruch“-Argument wird vielmehr letztlich eine Mißachtung der Menschenrechte befürchtet, wie sie in der Zeit des Dritten Reiches auch in der medizinischen Forschung geschehen ist. Diese verbrecherischen Menschenrechtsverletzungen wurden an Kranken, Behinderten, Gebrechlichen verübt, an solchen Menschen, wie die im Art. 17 gemeinten.

Auch wenn man diese Befürchtungen im Ergebnis für nicht durchgreifend hält und wenn man das Menschenrechts-Übereinkommen insgesamt als wichtigen Schritt zur Herbeiführung einheitlicher Mindestschutzstandards in Europa begrüßt, ist es doch notwendig darauf hinzuweisen, daß die deutsche Vergangenheit eine besondere Sensibilität für derartige Sorgen und eine besondere Verantwortung der Bundesrepublik Deutschland gerade für schwache und hilfsbedürftige Mitmenschen erfordert. Es stellt sich demnach die Frage, ob den dargestellten Sorgen mit rechtlichen Mitteln Rechnung getragen werden kann. Abgesehen vom völligen Verzicht auf einen Beitritt zum Menschenrechtsübereinkommen kommt hierfür der Ausspruch eines Vorbehalts sowie die Abgabe einer Interpretationserklärung in Betracht.

2. *Die rechtliche Wirkung von Vorbehalten und Interpretationserklärungen*

a) *Vorbehalt*

Ein Vorbehalt ist eine einseitige Erklärung einer Vertragspartei, durch die die Anwendung einzelner Vertragsbestimmungen auf diese Vertragspartei ausgeschlossen oder modifiziert wird (vgl. Art. 2 Abs. 1 lit. d] der Wiener Vertragsrechtskonvention). Das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin läßt Vorbehalte ausdrücklich zu. In Art. 36 heißt es:

„(1) Jeder Staat und die Europäische Gemeinschaft können bei der Unterzeichnung dieses Übereinkommens oder bei der Hinterlegung der Ratifikationsurkunde bezüglich bestimmter Vorschriften des Übereinkommens einen Vorbehalt machen, soweit das zu dieser Zeit in ihrem Gebiet geltende Recht nicht mit der betreffenden Vorschrift übereinstimmt. Vorbehalte allgemeiner Art sind nach diesem Artikel nicht zulässig.“

(2) Jeder nach diesem Artikel gemachte Vorbehalt muß mit einer kurzen Darstellung des betreffenden Rechts verbunden sein.”

Der Ausspruch eines Vorbehalts, wie ihn bisher nur zwei der 28 Unterzeichnerstaaten, nämlich die Türkei (bezogen auf Art. 20 Abs. 2) und Dänemark (bezogen auf Art. 20 Abs. 2 und Art. 10 Abs. 2) gemacht haben, wäre jedoch nicht im Interesse der Bundesrepublik Deutschland. Selbst wenn man nämlich der Auffassung ist, in Deutschland sollte die nichttherapeutische Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen gänzlich untersagt werden, wäre es gleichwohl nicht sinnvoll, einen Vorbehalt gegen Art. 17 Abs. 2 auszusprechen. Aus Art. 17 Abs. 2 folgt nämlich keineswegs, daß die Mitgliedstaaten die nichttherapeutische Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen unter den in dieser Vorschrift genannten Voraussetzungen gestatten *müssen*; vielmehr handelt es sich hierbei nur um Mindestvoraussetzungen, die zwingend zu beachten sind, sofern das nationale Recht nichttherapeutische Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen überhaupt zuläßt (vgl. Art. 27). Spricht ein Mitgliedstaat einen Vorbehalt gegen Art. 17 Abs. 2 aus, so impliziert dies, daß er nicht einmal die hierin vorgesehenen Mindestschutzstandards zu akzeptieren bereit ist. Möchte ein Staat dagegen *strengere* als die in Art. 17 Abs. 2 vorgesehenen Schutzvorschriften anwenden oder entsprechende Forschung ganz verbieten, so liegt der Ausspruch eines Vorbehalts nicht in seinem Interesse. Vielmehr sollte er dann von seinem ausdrücklich von Art. 27 gewährleisteten Recht Gebrauch machen, einen über das Übereinkommen hinausgehenden Schutz zu gewähren.

b) Interpretationserklärung

Neben Vorbehalten gibt es noch eine Reihe weiterer Erklärungen, die bei der Unterzeichnung oder Ratifizierung völkerrechtlicher Verträge abgegeben werden können. Hierzu gehören Interpretationserklärungen, durch die ein Staat erklärt, wie er eine bestimmte Vorschrift des Vertrages auslegt. Zwar kann ein Staat nicht einseitig durch die Abgabe einer Erklärung seine eigene Interpretation für die anderen Vertragsparteien verbindlich machen. Insbesondere geht eine Auslegung durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, wie sie das Menschenrechtsübereinkommen in Art. 29 vorsieht, der Auslegung durch eine einseitige Interpretationserklärung vor. Jedoch kann eine einseitige Interpretationserklärung eines Staates von den Behörden auch anderer Mitgliedsstaaten sowie von nationalen oder internationalen Gerichten bei der Auslegung des Vertrages mitberücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die anderen Mitgliedstaaten gegen die Interpretationserklärung nicht protestierten und ihrerseits keine anderslautenden Interpretationserklärungen abgegeben haben.

Interpretationserklärungen haben insgesamt vor allem zwei Funktionen: Zum einen soll den anderen Vertragsparteien deutlich gemacht werden, wie der jeweilige Staat eine Bestimmung des Vertrages auslegt; auf diese Weise kann Rechtssicherheit geschaffen werden, da die anderen Vertragsparteien wissen, wie ihr Vertragspartner die Bestimmung, auf die sich die Interpretationserklärung bezieht, auslegt. Zum anderen kann ein Staat dem eigenen Volk gegenüber deutlich machen, wie er eine unklare und / oder umstrittene Bestimmung auslegt.

3. Erläuterungen zur Interpretationserklärung zu Artikel 17 Absatz 2 des

Übereinkommens

Die Bundesrepublik Deutschland sollte gegenüber den anderen Vertragsparteien ihre Bedenken gegen die nichttherapeutische Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen

durch eine förmliche Interpretationserklärung zum Ausdruck bringen. Gleichzeitig sollten die Grenzen ausnahmsweise erlaubter nichttherapeutischer Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen konkretisiert werden. Sie ergeben sich aus einer Interpretation des Art. 17 Abs. 2 als Ausdruck der Absicht, eine Diskriminierung einwilligungsunfähiger Menschen zu verhindern, wie sie einträte, wenn einwilligungsunfähige Menschen selbst dann von Forschungsmaßnahmen ausgeschlossen wären, wenn die Teilnahme ihrem mutmaßlichen Willen - bzw. bei Personen, die noch nie einwilligungsfähig waren, dem Willen ihres gesetzlichen Vertreters - entspricht. Die nach Art. 17 Abs. 1 lit. iv) und Art. 6 zwingend erforderliche (schriftliche und eigens auf die fragliche Forschungsmaßnahme bezogene) Einwilligung des gesetzlichen Vertreters sollte deshalb bei erwachsenen einwilligungsunfähigen Menschen voraussetzen, daß der gesetzliche Vertreter aus der Kenntnis der vertretenen Person ausreichende Anhaltspunkte hat, um auf ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Maßnahme schließen zu können. Diese Forderung wird zu Recht bereits in der Stellungnahme der „Zentralen Ethikkommission“ bei der Bundesärztekammer „Zum Schutz nicht-einwilligungsfähiger Personen in der medizinischen Forschung“ erhoben (Deutsches Ärzteblatt 1997, A-1011 f.; dazu Taupitz/Fröhlich, Versicherungsrecht 1997, S. 911 ff.). Aus diesem Blickwinkel kann in der vorherigen „Einwilligung“ des gesetzlichen Vertreters sogar eine Art „Antrag“ enthalten sein, mit dem der gesetzliche Vertreter begehrt, den betroffenen einwilligungsunfähigen Menschen – entsprechend seinem mutmaßlichen Willen – in die Forschung mit einzubeziehen.

Bei Minderjährigen steht das verfassungsrechtlich garantierte Recht der Eltern zur Pflege und Erziehung ihrer Kinder gemäß Art. 6 GG im Vordergrund (vgl. Taupitz/Schelling, in: Eser [Hrsg.], Biomedizin und Menschenrechte, 1999, S. 94 ff.). Insoweit ist gegenüber den anderen Vertragsparteien des Übereinkommens nachdrücklich darauf hinzuwirken, daß ein Mißbrauch der Vertretungsmacht verhindert wird. Die Bundesrepublik Deutschland ist insoweit der Auffassung, daß die in Art. 17 Abs. 2 enthaltene Ausnahme vom grundsätzlichen Verbot der nichttherapeutischen Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen nicht so verstanden werden darf, daß die Sorgeberechtigten gemäß Art. 6 in Versuche einwilligen dürfen, die dem Wohl des Kindes widersprechen. Zugleich ist es aber auch bezogen auf Minderjährige kaum vertretbar, dem ausdrücklichen Wunsch der Eltern, die Erforschung der Krankheit ihres Kindes möge dazu beitragen, künftig andere von der gleichen Krankheit betroffene Kinder zu heilen, selbst dann nicht zu entsprechen, wenn die zu erwartenden Risiken oder Belastungen für das eigene Kind nur *minimal* sind (vgl. Taupitz, in: Fegert/Häbler/Rothärmel [Hrsg.], Atypische Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie, 1999, S. 47, 62). Gleiches gilt für die Einwilligung des Vertreters von Menschen, die noch nie einwilligungsfähig waren, das heißt, deren mutmaßlicher Wille niemandem bekannt sein kann.

4. Die Bundesrepublik Deutschland wird aufgefordert, anlässlich der Unterzeichnung des Übereinkommens die unter I. formulierte Interpretationserklärung abzugeben.

3.10 Ergänzungs-Antrag: Fraktionsübergreifender Vorschlag für eine völkerrechtliche Interpretationserklärung zu Artikel 17 Absatz 2 vom 13.12.1999

Auf der Basis der Initiative vom 13.8.1999 für eine Interpretationserklärung zu Artikel 17 Absatz 2 (Schuchardt) ist inzwischen ein gemeinsamer Antragstext von Erika Schuchardt (CDU), Margot von Renesse (SPD) und Edzard Schmidt – Jortzig (FDP) erarbeitet worden,

der als Nr. I.17 in den bereits vorliegenden interfraktionellen Beschlußentwurf für den Bundestag aus der 13. Legislaturperiode (DS 13/... 03.03.1998 / 10.02.1998) eingefügt werden soll:

Der Bundestag fordert die Bundesregierung ferner auf, im Falle eines Beitritts zum vorliegenden Europaratsübereinkommen zur Biomedizin vom 4.4.1997 bereits bei der Unterzeichnung die folgende Erklärung zur Interpretation des Artikels 17 der Konvention zu hinterlegen:

1. Eingedenk ihrer durch die Geschichte begründeten hohen Verantwortung versteht die Bundesrepublik Deutschland Artikel 17 Absatz 1 und 2 der Konvention als *grundsätzliches Verbot* der nichttherapeutischen Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen.
2. Die Bundesrepublik interpretiert die *Ausnahme* (gemäß Artikel 17 Absatz 2) von diesem Verbot vor allem als Ausdruck der Absicht, eine Diskriminierung einwilligungsunfähiger Menschen zu verhindern, wie sie einträte, wenn dieser Personenkreis von jeder Aussicht auf künftige durch Forschung erweiterte therapeutische Möglichkeiten ausgeschlossen wäre.
3. Im Bewußtsein, damit dem mutmaßlichen Willen von betroffenen Menschen oder dem ausdrücklichen Wunsch ihrer Angehörigen zu entsprechen, erkennt die Bundesrepublik Deutschland die in Artikel 17 Absatz 2 eröffnete *Ausnahme von dem grundsätzlichen Verbot* an und versteht die (nach Artikel 17 Abs 1 lit. iv und Artikel 6) notwendige *schriftliche Einwilligungserklärung* des gesetzlichen Vertreters *im Sinne eines Antrags* auf Einbeziehung der einwilligungsunfähigen Person in eine Forschung für künftige Therapieoptimierung.
4. Dabei ist hinsichtlich der unterschiedlichen Belange innerhalb der großen Gruppe der entscheidungsunfähigen Menschen zu differenzieren:
 - Hat die einwilligungsunfähige Person in einem früheren Stadium ihres Gesundheitszustandes, in dem sie sehr wohl urteilsfähig war, ihre Bereitschaft zur Einbeziehung in eine nach diesem Übereinkommen zulässige Forschung erklärt oder ihren mutmaßlichen Willen durch sonstige Äußerungen oder Handlungen erkennen lassen, so ist diese Einwilligung allein maßgeblich.
 - Hat die jetzt einwilligungsunfähige Person früher im Rahmen einer Vorsorgevollmacht einen Dritten mit Entscheidungen über Gesundheitsfragen betraut, so ist allein eine Einwilligungserklärung dieses Bevollmächtigten wirksam.
 - Bei einwilligungsunfähigen Personen, die niemals in der Lage waren, einen eigenen Willen zu entwickeln oder zu artikulieren, muß den sorgeberechtigten

Eltern bzw. (bei einwilligungsunfähigen Erwachsenen) den gesetzlichen Vertretern Gelegenheit gegeben werden, vor einer Entscheidung für oder gegen die Einwilligungserklärung eine psycho-soziale Beratung in Anspruch zu nehmen, die über die vorgeschriebene medizinische Aufklärung hinausgeht.

- Für Kinder unter 7 Jahren können allein die sorgeberechtigten Eltern eine Einwilligung erklären.

Das Angebot und der Anspruch auf psycho-soziale Beratung sind auch für Eltern und Bevollmächtigte grundsätzlich sicherzustellen.

Begründung

1 Problemstellung

Die in Art. 17 des Menschenrechts-Übereinkommens zur Biomedizin enthaltenen Regelungen zur Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen gehören zu den in der Bundesrepublik Deutschland umstrittensten Passagen des Menschenrechts-Übereinkommens. Kritiker befürchten, daß hierdurch der Weg freigemacht werde für Versuche, die nach ihrer Auffassung mit der Garantie der Menschenwürde und dem Recht auf körperliche Unversehrtheit nicht vereinbar sind. Unter Rückgriff auf das "Dammbruch"-Argument werden Verletzungen der Menschenrechte befürchtet, wie sie in der Zeit des Nationalsozialismus auch in der medizinischen Forschung verübt wurden.

Das Menschenrechts-Übereinkommen zur Biomedizin ist insgesamt als ein wichtiger Schritt zur Herbeiführung einheitlicher Mindeststandards in Europa zu begrüßen. Daher ist es notwendig, derartige Befürchtungen auszuräumen. Die deutsche Vergangenheit erfordert besondere Sensibilität und großes Verantwortungsbewußtsein der Bundesrepublik gegenüber schwachen und hilfsbedürftigen Mitmenschen. Es muß daher versucht werden, den dargestellten Sorgen auch mit rechtlichen Mitteln Rechnung zu tragen. Abgesehen vom völligen Verzicht auf einen Beitritt zum Menschenrechtsübereinkommen ist hierfür die Abgabe einer Interpretationserklärung zu Art. 17 geeignet.

2 Erläuterungen zur Interpretationserklärung

Die Bundesrepublik Deutschland sollte gegenüber den anderen Vertragsparteien ihre Bedenken gegen die nichttherapeutische Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen durch eine förmliche Interpretationserklärung zum Ausdruck bringen. Gleichzeitig sollten die Grenzen ausnahmsweise erlaubter nichttherapeutischer Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen konkretisiert werden. Sie ergeben sich aus einer Interpretation des Art. 17 Abs. 2 als Ausdruck der Absicht, eine Diskriminierung einwilligungsunfähiger Menschen zu verhindern, wie sie einträte, wenn einwilligungsunfähige Menschen selbst dann von Forschungsmaßnahmen, das heißt auch von den Vorteilen künftiger durch Forschung erweiterter therapeutischer Möglichkeiten ausgeschlossen wären, wenn die Teilnahme ihrem mutmaßlichen Willen - bzw. bei Personen, die noch nie einwilligungsfähig waren, dem Willen des dazu befugten Vertreters - entspricht. Ein Beispiel wäre der Wunsch mancher

Eltern, die Erforschung der Krankheit ihres Kindes möge künftig anderen von der gleichen Krankheit oder Störung betroffenen Kindern zugute kommen.

Die nach Art. 17 Abs. 1 lit. iv) und Art. 6 zwingend erforderliche (schriftliche und eigens auf die fragliche Forschungsmaßnahme bezogene) Einwilligung des dazu befugten Vertreters sollte deshalb bei erwachsenen einwilligungsunfähigen Menschen zunächst voraussetzen, daß der Vertreter aus der Kenntnis der vertretenen Person die Bereitschaft zur Teilnahme an der Maßnahme schließen kann. Diese Forderung wird zu Recht bereits in der Stellungnahme der ZENTRALEN ETHIKKOMMISSION BEI DER BUNDESÄRZTEKAMMER 'Zum Schutz nicht-einwilligungsfähiger Personen in der medizinischen Forschung' erhoben. Entsprechendes gilt für den Fall, daß ein Bevollmächtigter der einwilligungsunfähigen Person für die Abgabe der Einwilligung eine ausdrückliche Vollmacht erhalten hat. Solche schriftlichen Einwilligungen sind im Sinne eines Antrags zu bewerten, mit dem der Vertreter im Namen der vertretenen Person begehrt, den betroffenen einwilligungsunfähigen Menschen – entsprechend seinem mutmaßlichen Willen – in die Forschung mit einzubeziehen.

Bei Minderjährigen steht das verfassungsrechtlich garantierte Recht der Eltern zur Pflege und Erziehung ihrer Kinder gemäß Art. 6 GG im Vordergrund. Die Bundesrepublik Deutschland ist insoweit der Auffassung, daß die in Art. 17 Abs. 2 enthaltene Ausnahme vom grundsätzlichen Verbot der nichttherapeutischen Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen so verstanden werden soll, daß die sorgeberechtigten Eltern im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht gemäß Art. 6 des GG anstelle ihrer Kinder in Versuche einwilligen dürfen, die dem Wohl des Kindes nicht widersprechen.

Immer dann, wenn ein Dritter als Vertreter einer einwilligungsunfähigen Person in deren Namen eine Einwilligung zur Einbeziehung in ausschließlich fremdnützige Forschung erklärt, muß das Angebot zur psycho-sozialen Beratung – über die medizinische Aufklärung hinaus – gemacht werden. Nur so kann sicher gestellt werden, daß sich der Vertreter über den Hintergrund seiner eigenen Erklärungen – insbesondere über die Einbettung seiner Erklärung in die Beziehung zu der vertretenen Person – ein tragfähiges Urteil bilden kann.

4 Fazit

Das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin fußt auf der Europäischen Menschenrechts-Erklärung ('KONVENTION DER MENSCHENRECHTE UND GRUNDFREIHEITEN DES EUROPARATES') von 1950. Es ist – nach Meinung von Fachwissenschaftlern - vereinbar mit dem Menschenbild, das im Grundgesetz verankert ist^{46[46]}, und in der Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichtes^{47[47]}. „In seinen wesentlichen Bestimmungen entspricht das Abkommen dem geltenden deutschen Recht. Zum Teil wird es auch für Deutschland sogar eine Anhebung des Schutzniveaus zur Folge haben“.^{48[48]}

46[46] Siehe GG, Art.1, Abs.1.

47[47] BverfGE 30,1,26.

48[48] J. TAUPITZ, Die Menschenrechtskonvention zur Biomedizin – akzeptabel, notwendig oder unannehmbar

für die Bundesrepublik Deutschland?, in: VersR 1998, S.546.

Auch aus christlicher Sicht ist das zentrale Anliegen des Abkommens – Schutz der Würde, Identität und Integrität der menschlichen Lebewesen – zu bejahen. Beide großen Kirchen sagen „nicht Nein“ zu dem Vertragswerk, nennen aber Bedingungen, die bei der Unterzeichnung und Ratifizierung des Übereinkommens durch die Bundesrepublik Deutschland unbedingt zu erfüllen wären: Die Evangelische Kirche in Deutschland in der Stellungnahme des Rates der EKD vom 24.3.1998 und im Beschluß ihrer Synode vom 5. November 1998⁴⁹[49] und die Katholische Kirche in der Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe vom 24.3.1999⁵⁰[50].

49[49] SYNODENBESCHLUß der EKD vom 5.11.1998: „Die Zeichnung und Ratifizierung durch die

Bundesrepublik Deutschland ist überhaupt nur tolerierbar, wenn

- der Deutsche Bundestag sich im Ratifizierungsgesetz verpflichtet, im Falle eines Beitritts bestehende höhere Schutzstandards – insbesondere beim Schutz des menschlichen Lebensrechts und der menschlichen Würde im Embryonenschutz – ausdrücklich zu bewahren;
- die Bundesregierung bei der Ausarbeitung weiterer Zusatzprotokolle (Protokolle zum Schutz menschlicher Embryonen und Föten, zur Organtransplantation, zur medizinischen Forschung und zur Humangenetik) im Lenkungsausschuß für Bioethik des Europarates auf die Festlegung von Schutzbestimmungen hinwirkt, die der Rechtslage in der Bundesrepublik Deutschland entsprechen;
- die Bundesrepublik auf die Ausarbeitung weiterer Zusatzprotokolle (etwa zur Eingrenzung und
Präzisierung der im Übereinkommen zugelassenen fremdnützigen Forschung an nicht-einwilligungsfähigen Personen) hinwirkt;
- der gerichtliche Rechtsschutz und das Auskunftsrecht beachtet werden.“

50[50] P. BOCKLET, Kommissariat der deutschen Bischöfe, Stellungnahme zum Übereinkommen zum Schutz

der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und

Medizin, Bonn, 20.3.1998, in: epd-Dokumentation 16/98, S.11: „Es muß aber ..., möglichst bereits bei

der Unterzeichnung, deutlich gemacht werden, daß das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomed-

izin als erstes völkerrechtliches Dokument nur der Beginn eines evolutiven Prozesses sein kann und

Das Übereinkommen ist eine europäische Initiative mit dem Ziel, den Herausforderungen der modernen Bio-Medizin zu begegnen durch Schaffung von europaweit einheitlichen Mindest-Schutz-Standards. Wie wir gesehen haben, ist dieses Ziel noch nicht in allen Teilen erreicht worden, aber es bleibt in Sicht; denn seine Form als Rahmenkonvention verlangt die dynamische Weiterentwicklung des Vertrages und eine präzisierende Ausarbeitung von Details zum Beispiel in Zusatzprotokollen.

Aus deutscher Sicht gibt es begründete Beanstandungen und offene Wünsche. Daraus läßt sich, wie ich glaube, nur dieser Schluß ziehen: Wir können unsere Verantwortung für solche – nach unserem Fühlen und Denken – wesentlichen Fragen nicht abgeben. Wir sollten nach gründlicher parlamentarischer und öffentlicher Diskussion dem Übereinkommen beitreten, damit wir mit den anderen europäischen Staaten im Gespräch bleiben und unsere Sorgen und Vorschläge mitteilen.

Durch ihren Beitritt zum Übereinkommen kann die Bundesrepublik Deutschland glaubhaft machen, daß sie eine wichtige politische Aufgabe darin sieht, die Verwirklichung und den Schutz von Menschenwürde und Menschenrechten weltweit zu unterstützen und zu fördern.

Das Übereinkommen ist seit 1997 von 28 Mitgliedstaaten des Europarates (darunter 10 Staaten der Europäischen Union) unterzeichnet worden. Die Annahme ist begründet, daß es eine positive Wirkung auch außerhalb Europas entfalten kann. Die internationale Beachtung der Konvention hängt aber entscheidend von der Zahl und dem Einfluß der zeichnenden Staaten ab. Es ist einsichtig, „daß eine Weigerung Deutschlands, das Übereinkommen zu unterzeichnen, dessen internationale Schutzwirkung schwächen könnte“^{51[51]}. Auch dies ist ein wichtiger Grund für unseren Beitritt.

Wir neigen dazu, die Fortschritte der Bio-Medizin-Wissenschaften - in der Molekular-Biologie, in der Gen-Technik und in der Reproduktions-Medizin - noch als Utopie anzusehen, die den Blick für reale Gefahren und Risiken verstellt und uns nur langsam begreifen läßt, daß wir in der EINEN WELT nach gemeinsamen Normen des Handelns suchen müssen, damit uns die Entwicklung nicht aus der Hand gleitet.

Sichtbares Zeichen des Scheiterns am Turmbau zu Babel war das verfügte Unvermögen der Menschen, sich über die Konstruktion zu verständigen.

bereits in den Protokollen ein höheres Schutzniveau eindeutig zu fixieren ist, welches der Umgehung

keinen und der Auslegung nur einen sehr engen Raum läßt“.

51[51] P. BOCKLET, Kommissariat der deutschen Bischöfe, Stellungnahme zum Übereinkommen zum Schutz

der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und

Medizin, Bonn, 20.3.1998, in: epd-Dokumentation 16/98, S.10.