

BIOETIKA U EUROPI

Hans-Martin Sass

Centar za medicinsku etiku, Bochum

UDK 614.253(4)

174:61

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 21. 2. 1996.

U članku se prikazuje razvitak bioetike kao znanstvene discipline te zakonsko i praktičko reguliranje najnovijih bioetičkih problema u Njemačkoj, Austriji i Švicarskoj. U tom kontekstu autor daje pregled najrelevantnijih pitanja suvremene bioetike: nove reproduktivne tehnologije i istraživanja na embriju, humana genetika, klinička istraživanja, pobačaj, eutanazija, pacijentovo samoodređenje, uskraćivanje liječenja, pribavljanje i presađivanje organa te analizira njihovu zastupljenost u javnim raspravama i znanstvenim djelima, kao i promjene u pravnoj regulativi na temelju koje se rješavaju navedeni problemi.

I. PRIORITETI U JAVNIM RASPRAVAMA I ZAKONI

Od 1991. godine u Europi¹ se javio velik interes za pravnu regulaciju novih reproduktivnih tehnologija (28/;76/;94/;105/) i zakonodavne i pravne postupke glede pobačaja (27/;93/;95/). Zakoni i uredbe koji se bave genetički mijenjanim organizmima preuređeni su i liberalizirani u Njemačkoj i Švicarskoj (33/;96/). U svim je raspravama dominiralo nastojanje da se izbjegnu pretjerani troškovi kao i u svim drugim zemljama s dobro razvijenim sustavom zdravstvenog osiguranja i zdravstvene njege. U Njemačkoj su poduzeti prvi koraci k sveukupnoj reformi tradicionalnog sustava zdravstvene njege (24/;25/). U spomenutim zemljama, a također i u Austriji, ispitivanja ukazuju na velika razmimoilaženja između želja pojedinaca da "umru dostojanstveno" i zakona ili uredbi koje reguliraju uskraćivanje ili prekid liječenja neizlječivih pacijenata na samrti (85/).

U Austriji, Njemačkoj i Švicarskoj, za razliku od drugih zemalja, pojam "bioetika" često izaziva negativne konotacije. "Bioetika" se često smatra akademskim racionaliziranjem moralno upitnih djelovanja u ljudskoj okolini i medicini te neetičkih pristupa u kliničkim istraživanjima. Te predrasude dijelom su poslje-

1

Članak se odnosi na zapadnoeuropske zemlje njemačkog govornog područja: Austriju, Njemačku i Švicarsku (op.ur.).

dica i trenutno aktualne debate Singer /91/. Australski filozof Peter Singer optužen je, naročito u Njemačkoj i Austriji, da zastupa čedomorstvo i osakaćenje novorođenčadi. S druge strane, te su predrasude posljedica supkulturnog tehnofobičnog stava koji preuveličava moralnu i kulturnu štetu koju može nanijeti biotehnologija i visokotehnološka medicina. Istodobno potcjenjuje njihovu korist za pacijente, kulturu, prirodu i društvo (/81/,/82/). Neposredno se povezuje suvremena bioetika i nacistički programi takozvane eutanazije (/91/, /114/). Zbog toga se u akademskim i javnim raspravama, kao i u zakonima i propisima, koristi neutralniji termin "medicinska etika", a ne "bioetika". Postoje određeni pokazatelji da bi se javno mnijenje moglo polako usmjeriti k pravednijoj procjeni biotehnologije i novih medicinskih tehnologija te da će medijsko negativno ili hipokratsko procjenjivanje bioetičkih pitanja biti uravnoteženije.

II. NOVE REPRODUKTIVNE TEHNOLOGIJE I ISTRAŽIVANJA EMBRIJA

Novе reproduktivne tehnologije su u žarištu tekuće javne rasprave i zakonskih postupaka u Njemačkoj, Austriji i Švicarskoj. Austrijski FMedG je u obliku pravilnika prihvatio umjeren pristup između rimokatoličkog odbacivanja svih ili većine reproduktivnih tehnologija /77/ i slobodnijih mogućnosti. U Njemačkoj se većina oblika nove reproduktivne tehnologije smatra nezakonitom, dok u Švicarskoj svaki kanton ima pravo na svoje zakone /77/. Nedavna izvješća o postmenopausalnim trudnoćama u Velikoj Britaniji i Italiji pokrenula su parlamentarne i javne diskusije kako bi se asistirana reprodukcija za žene preko određene dobne granice zabranila zakonom.

U Austriji je u lipnju 1992. nakon duge i žučne rasprave donesen Zakon o prokreativnoj medicini (*Fortpflanzungsmedizingesetz*, FMedG) (/73/;/74/;/76/; cf./9/;/10/;/11/;/12/). Kao što primjećuje E. Bernat, taj zakon nije remek-djelo zakonodavstva, već kompromis između konzervativnih stavova pod jakim utjecajem rimokatoličkog učenja i liberalnijih pristupa korištenju novih reproduktivnih tehnologija /9/. FMedG se bavi trima glavnim pitanjima: ljudskim dostojanstvom, najboljim interesom za buduće dijete i privatnošću i prokreativnim izborom. Po pitanju privatnosti stajalište FMedG-a je blizu onoga predloženog u 8. članku Europske konvencije o ljudskim pravima (*European Convention on Human Rights*) koja jamči "poštovanje privatnosti svake osobe"; međutim, izbor je vrlo ograničen.

Prema stavku 2(1) tog zakona, medicinski asistirana reprodukcija nije dostupna neudanim ženama, već samo vjenčanim ili nevjenčanim suprugama. To ograničenje potiče pitanje o ljudskim pravima i austrijskom ustavnom zakoniku (/11/, str. 268 i dalje). Prema tome, heterologni IVF, heterologni GIFT, darovanje jajašca i surogat-majke zabranjeni su. S druge strane, prema stavku 2(2), darovanje sperme vjenčanim i nevjenčanim parovima nije zabranjeno. Iako eugenički indicirana umjetna inseminacija sjemenom davaoca (AID) nije *expressis verbis* ozakonjena, zakon je može dozvoliti u slučaju kad se otkrije oz-

biljna nasljedna bolest. U takvim slučajevima AID bi bio indiciran i zakonski prihvatljiv na osnovi *leges artis medicinae* (/111/; str. 271).

Stavak 4 određuje da asistiranu reprodukciju mogu obavljati samo ginekolozi i ograničen broj bolnica s posebnom dozvolom. Oplođena jajašca, tj. "stanice u razvoju" (stavci /71;/91;/111/), smatraju se odvojenim pravnim entitetima. Mogu se čuvati zamrznuti do jedne godine ako, iz medicinskih ili osobnih razloga, neposredna oplodnja nije moguća. Nakon toga moraju se uništiti, a ne čuvati ili "darovati" nekom neplodnom paru. Ovo je prilično upitan pravni stav (/111/, str. 276) s obzirom na prilično jako izražene rimokatoličke tonove u FMedG-u i s obzirom na "najbolji interes djeteta" o kojem govori zakon. Destruktivno istraživanje na embrijima je zabranjeno, ali je dozvoljeno riješiti ih se tako da se otope i puste umrijeti.

U slučaju AID-a, članak 20 određuje pravo djeteta da zna identitet biološkog oca, koje se temelji na pojmu "ljudskog dostojanstva." Zakon ne opisuje u detalje moralne koristi i opasnosti za dijete ili obitelj koje proizlaze iz tog zahtjeva. AID stoga nužno uključuje i javne bilježnike i zahtijeva da se u detalje razmotre odgovarajuća zakonska prava na nasljedstvo.

O sličnim pitanjima raspravlja se i u Švicarskoj. Švicarska Akademija za medicinske znanosti preporuča AID samo vjenčanim parovima, a svoje je odrednice objavila 1981. Od tada je nekoliko kantona pokušalo staviti AID izvan zakona, ali je takve odredbe ukinuo švicarski Vrhovni sud na temelju osnovnog prava na samoodređenje i privatnost. Tijekom 1980-ih mijenjalo se javno mnijenje i 1991. pokrenuta je inicijativa kantona njemačkog govornog područja da se promijeni praksa. Godine 1992. Švicarci su prihvatili novi ustavni članak kojim se dozvoljava otkrivanje bioloških roditelja (/1051;/106/). Stalna nesigurnost liječnika i potencijalnih davalaca ili primalaca drastično je smanjila broj beba rođenih putem AID-a, od otprilike 370 rođenja godišnje sredinom 1980-ih na otprilike 100 danas /105/, premda ustavni zakon još nije pretočen u statutarne ili kantonalne uredbe. I davaoci i parovi-primaoci upoznati su s novom situacijom. Davaocima se kaže da će možda dijete saznati da je bilo začeto putem AID-a. O etičkim pravima davaoca na anonimnost nije se još šire raspravljalo, ali J. M. Thevoz zaključuje da pošten postupak mora "utvrditi koristi i štete od mogućeg uklanjanja davaočeve anonimnosti i za dijete i za davaoca" (/105/, str. 6).

U Njemačkoj je Zakon o zaštiti embrija (*Embryonenschutzgesetz* ili ESchG) (/281;/cf./56/) koji je prošao u Parlamentu 1990. još uvijek upitan. Stroži je od švicarskih i austrijskih zakona i vjerojatno će biti mijenjan. AID više nije čak ni etičko pitanje. ESchG zabranjuje i kažnjava transfer neoplođenog, izbačenog ovocita u ženinu maternicu, umjetnu oplodnju ovocita za ma koji cilj osim trudnoću, transfer više od tri embrija u tijeku jednog ciklusa, prijenos više od tri ovocita u jajovod te oplodnju većeg broja ovocita od onog koji se može preneti u jednom ciklusu. Surogat-majka i osoba koja želi dijete izuzeti su od krivične tužbe.

Zakon ESchG je izvrstan primjer kontrole reproduktivnog izbora putem krivičnog zakonika koji predviđa posebne kazne za liječnike, jer ne-liječnici ne smiju nuditi takve usluge. ESchG je nazvan zakonom kojem je namjera da simbolički proširi ustavna prava na oplođena jajašca, ali su pravni stručnjaci kritizirali njegove krute krivične kazne smatrajući ih mnogo više nego simboličnima (*/35/*, str. 90). Za sada je ESchG zaustavio većinu istraživanja ljudske plodnosti u Njemačkoj i glavninu mogućnosti primjene reproduktivne pomoći.

Teško je shvatiti zašto se zabranjuje primjena pre-implantacijske dijagnoze, čak i u slučajevima teške nasljedne bolesti. U istim slučajevima dopušta se pobačaj čak i u poodmaklom stadiju trudnoće. Ova anomalija izaziva zabrinutost i kritiku kliničara i etičara (*/57/*), a također i pravnika (*/35/*, */56/*). H. G. Koch, priznati stručnjak za medicinsko pravo, ističe kako i rimokatolička Crkva i feministički pisci koriste vrlo slične argumente kad govore o strogom ograničavanju uporabe novih reproduktivnih tehnologija (*/62/*).

III. HUMANA GENETIKA

Nedavno ispitivanje koje je proveo Ured za pregled tehnologije njemačkog Bundestaga pokazalo je da, unatoč prethodnim negativnim izvještajima u medijima, 64% njemačke populacije podržava ozakonjenje genskog testiranja. Od tog broja, 33% smatra da bi zakonski parametri o genetskom testiranju zaštitili od zloupotrebe. Isti postotak zahtijeva da o primjeni ili ne-primjeni odlučuje pojedinac, a ne industrija ili vlada (*/32/*, str. 34 i dalje). Stalni odbor za biomedicinsku etiku i procjenu tehnologije Federalne liječničke komore svojim memorandumom iz 1992. traži: (a) uključivanje genetičkog savjetovanja u genetsko testiranje; (b) povećanje kapaciteta za genetičko savjetovanje, koje bi moglo uključiti i nemedicinsko osoblje pod liječničkim nadzorom; i (c) odbijanje prisilnog testiranja bez pristanka (*/23/*, str. 5). Formulirana su tri načela: (1) genetska dijagnoza može se nuditi samo nosiocima određenih bolesti ili genetskih poremećaja; (2) osobe ili obitelji s povećanim rizikom imaju pravo na genetsku dijagnozu; i (3) sve osobe koje to traže i koje su dobile genetički savjet prije testiranja imaju pravo na genetsku dijagnozu (*/23/*, str. 4). Komisija Njemačkog društva za humanu genetiku podržava ideju da se genetsko testiranje može obavljati samo u kontekstu genetičkog savjetovanja; Društvo potvrđuje stav iz 1990. da ispitivanje radi dobivanja nemedicinske informacije (kao što je testiranje za spol) ne bi trebalo obavljati (*/45/*).

Švicarska inicijativa za asistiranu prokreaciju iz 1992.

također se bavi pitanjem genetske dijagnoze (*/94/*; */105/*; */106/*). Na temelju takozvanog Amstadt izvješća u tijeku je pregled istraživačkog rada i primjene novih genetskih tehnologija u poljoprivredi, industriji i medicini na federalnoj razini (*/68/*, str. 113 i dalje). Posebno je značajno što federalna, a ne kantonalna vlast postavlja pravila za genetsko testiranje. Novi član 24. Ustava kaže

sljedeće: "Genetsko naslijeđe pojedinca ne može se analizirati, registrirati ili otkriti bez njegova pristanka, osim na temelju zakonske naredbe" (794;/68/, str. 115). Godine 1991. Federacija švicarskih liječnika (68/, str. 118) donijela je striktnu zaključku glede opasnosti za zaposlenje ili osiguranje vezanih uza zdravlje: "Genetska analiza u medicini rada mora biti odbijena u svim slučajevima, čak i ako određena osoba da svoj pristanak i ako je osigurana zaštita podataka. Ne smiju se dozvoliti ni genetski testovi na osobama koje traže osiguranje (osim za slučajeve invalidnosti koji dolaze pred nacionalno osiguranje za invalida)". Potpuni pravni parametri ustavnih promjena još nisu uvedeni.

Švicarska akademija za medicinske znanosti, kao i Njemačka liječnička komora, naglašava da svako genetsko testiranje mora biti dio šire savjetodavne usluge /99/. Akademija podržava testiranje za: (a) dijagnosticiranje i klasifikaciju nasljednih bolesti ili poremećaja; (b) testiranje nosioca radi planiranja obitelji ili karijere; (c) presimptomatsko testiranje tamo gdje bi promjene u načinu života ili medicinska intervencija mogli smanjiti ili odgoditi bolesti ili poremećaje, i (d) genetičko savjetovanje roditelja radi zdravlja i dobrobiti njihovog potomstva. Za nasljedne poremećaje preporuka Akademije je da se ponudi jasna informacija prije testiranja te da se i drugi članovi obitelji koji bi također mogli biti nosioci podvrgnu savjetovanju i testiranju.

Prije spomenuti austrijski Zakon o prokreativnoj medicini (73;/74;/76/) bavi se pitanjem genetskog testiranja, ali je to pitanje detaljnije obrađeno u nacrtu "Federalnog zakona o zaštiti ljudskog zdravlja uključujući njihove potomke i okolinu protiv štete od genetičke manipulacije" iz 1993. (*Gentechnikgesetz* ili GTG) (75;/cf./13/). Utvrđivanje DNA otisaka u sudskoj medicini, bit će dozvoljeno samo nakon što se dobije informirani pristanak. Informirani pristanak je također potreban za testiranje za radno mjesto. Genetsko testiranje prije implantacije zabranjeno je (76;/par.9.1), ali uspješno implantirani embrio može se pobaciti do kraja prvog trimestra, a ako se predviđa teško fizičko ili mentalno oštećenje fetusa, i u tijeku cijele trudnoće /13/. Pravna situacija u Austriji je, dakle, slična onoj koju je u Njemačkoj stvorio Zakon o zaštiti embrija (28;/56/). Prema GTG-u, terapija u zametnoj lozi bit će nezakonita, kao što je i u Švicarskoj i Njemačkoj.

Krajem 1993. u Njemačkoj je prihvaćena temeljito promijenjena verzija pretjerano strogog postojećeg Zakona o tehnologiji gena /33/. Naročito je pojednostavljen i ubrzan birokratski proces prihvaćanja i izdavanja dozvola. Nije više potrebno tražiti odobrenje za genetsko istraživanje na dvije najniže od četiri rizičnih razina. Dovoljna je obavijest i registracija. Dozvoljava se međunarodna razmjena genetski izmijenjenih organizama. Opsežno regulativno odobrenje i nadzor još je uvijek potrebno za sljedeće vrste genetskog istraživanja:

– razina tri: djelatnosti koje prema sadašnjem znanstvenom znanju uključuju umjeren rizik (*mäßiges Risiko*) za ljudsko zdravlje i okolinu;

– razina četiri: djelatnosti koje prema sadašnjem znanstvenom znanju uključuju visoki rizik (*hohes Risiko*) ili opravdanu sumnju (*begründeter Verdacht*) da postoji takav rizik za ljudsko zdravlje ili okolinu (/33/, par. 7.1).

Također, od Centralne komisije za biološku sigurnost (*Zentrale Kommission für Biologische Sicherheit* ili ZKBS) Federalnog ministarstva za zdravlje treba tražiti odobrenje za oslobađanje i distribuciju genetski izmijenjenih organizama svatko tko:

(1) oslobađa genetski izmijenjene organizme, (2) plasira na tržište proizvode koji sadrže ili se sastoje od genetski izmijenjenih organizama za neku drugu svrhu od one naznačene u izdanom odobrenju. Odobrenje za oslobađanje ili distribuciju može također uključivati potomstvo i reproduktivni materijal genetski izmijenjenog organizma. Odobrenje za distribuciju može biti ograničeno na određene primjene (/33/, par. 14.1).

Federalno ministarstvo za istraživanje i tehnologiju smatra da su izmjenama zakona stvorena nova radna mjesta i ojačana istraživačka baza u Njemačkoj (*Forschungsstandort Deutschland*). Njemačka industrija danas investira skoro 700 milijuna US\$ u genetsko istraživanje, ali zbog zakonskih ograničenja samo jedna četvrtina istraživanja vrši se u samoj Njemačkoj.

Izmjena njemačkog Zakona o genima omogućena je u nekoj mjeri poboljšanim znanstvenim iskustvom i većim prihvaćanjem istraživanja niskog rizika, ali mnogo više je rezultat međunarodne konkurencije i blažih europskih uredbi. Švicarska komisija za biološku sigurnost (*Schweizerische Kommission für Biologische Sicherheit* ili SKBS) izdala je 1992. razrađene nove odrednice /96/; te odrednice oslanjaju se na europske odrednice, novi njemački zakon i politiku NIH.²

IV. POBAČAJ

U lipnju 1992. Bundestag, njemački parlament, izmijenio je većinom glasova članak 218 Kaznenog zakonika. Tim se člankom dozvoljavao pobačaj do kraja prvog trimestra samo ako je bio indiciran iz "medicinskih" ili "medicinsko-socijalnih" razloga. Bio je to takozvani "model indikacije" po kojem je liječnik morao potvrditi da je pobačaj indiciran. Neki liječnici i neke države bili su liberalniji u izdavanju potvrda o postojanju indikacija za pobačaj, dok su drugi rijetko izdavali takve potvrde. U bivšoj Zapadnoj Njemačkoj praksa glede pobačaja bila je vrlo raznolika: u nekim dijelovima bilo je vrlo teško naći liječnika koji bi potvrdio da je potrebno izvršiti pobačaj i drugoga koji bi izvršio sam pobačaj, ali tko god je tražio pobačaj, uspio je naći pomoć. Novi model

2

Engl. National Institute of Health, USA

nazvan je "modelom termina"; po njemu je dozvoljeno izvršiti pobačaj u tijeku prvog trimestra, ako žena pristane na razgovor sa savjetnikom prije pobačaja /30/. Po ovom je modelu žena, a ne više liječnik, u prvom redu moralno odgovorna. Ovaj je model bio na snazi u prijašnjoj Istočnoj Njemačkoj. U Zapadnoj je Njemačkoj, nakon što je njemački Vrhovni sud (Bundesverfassungsgericht) proglasio neustavnim model termina koji je 1974. bio prihvatio Bundestag, "model indikacije" postao zakonom 1975.

Bivši zapadnonjemački, a sada njemački, Ustav štiti ljudski život (*Menschenleben*), a ne ljudsku osobu (*personales Leben*). U raspravi o pobačaju obje strane koriste izraz "ljudski život": oni koji se posve suprotstavljaju pobačaju u ime *Menschenwürde* embrija, i oni koji su za pobačaj u ime *Menschenwürde* reproduktivnog izbora i samoodređenja (*Selbstbestimmung*) trudnice. S jedne strane *würde des Menschen* se izražava ponajprije svetošću života (*Heiligkeit des Lebens*), još jednim mutnim izrazom, i mogućnošću; s druge strane se *Menschenwürde* povezuje s autonomijom, samoodređenjem i privatnošću. *Bundesverfassungsgericht* 1975. zaključuje da je ljudsko dostojanstvo (*Menschenwürde*) ustavom zaštićeno od trenutka začeća. Međutim, ni pod novim ni pod starim zakonom fetusov život ne uživa istu zaštitu kao trudničin život. "Ubijanje" fetusa je medicinski, pravno i etički prihvatljivo ako se navedu "indikacije" za feticid. Dok je stari (zapadno)njemački model indikacije bio na snazi, "indikacije" u konzervativnijim državama (*Länder*) i sudovima jako su se razlikovale od onih u liberalnijima. Zahvaljujući takvom trendu bilo je čak moguće statistički predvidjeti broj indikacija koje će biti navedene u pojedinim krajevima Njemačke. Takva situacija ukazivala je na etički dvostruke standarde i pravnu neprimjenljivost u praksi modela indikacije, koji je, po nekim kritičarima, zapravo djelovao kao model termina, jer je u nekim državama omogućavao prilično lako pobačaj u tijeku prvog trimestra pod uvjetom da se poštuju neka pravila, dok je u drugim državama to bilo dosta ograničeno.

Neposredno nakon što je 1992. zakon izglasan, konzervativni članovi Parlamenta, uz jaku potporu Katoličke crkve zahtijevali su da *Bundesverfassungsgericht* ponovno proglasi zakon neustavnim. Sud je to i učinio u svibnju 1993. Ponovno je čisti model termina proglasio neustavnim i obvezatno savjetovanje prije pobačaja nije smatrao dovoljno učinkovitim za zaštitu života ljudskog fetusa. Zakonom se zahtijevalo da trudnica bude obaviještena o alternativama pobačaja, vrtićima, socijalnoj i drugoj skrbi i programima za zapošljavanje te o metodama pobačaja. Međutim, zakon nije zahtijevao neposredno savjetovanje o zaštiti fetusova života.

Glavne točke odluke Vrhovnog suda od 28. svibnja 1992. uključuju i sljedeće:

1. njemački osnovni zakon obvezuje državu da štiti ljudski život, uključujući i život još nerođenog čovjeka. Ta obveza zaštite proizlazi iz čl. 1 stavak 1 GG (osnovnog zakona). Predmet i cilj ove obveze poblize su opisani u čl. 2, stavak 2 GG: nerođeni živi stvor ima pravo na ljudsko dostojanstvo. Pravni poredak mora osigurati odgovarajuće pravne osnove za razvoj nerođenog u okviru nje-

gova prava na život. Život nerođenog ne ovisi o prihvaćanju njegove majke, već postoji prije tog trenutka.

2. Obveza zaštite nerođenog je obveza prema svakom pojedincu, ne samo prema ljudskom životu općenito.

3. Nerođeni ima pravo na pravnu zaštitu čak i od svoje majke. Takva zaštita može se pružiti nerođenom samo ako zakonodavac donese zakon kojim se zabranjuje pobačaj i ženama stavlja pravna obveza da trudnoću iznesu do kraja ...

4. Pobačaji izvedeni u ma koje doba trudnoće moraju se u osnovi smatrati pogrešnim i stoga nezakonitim. Određivanje prava na život nerođenoga ne smije se prepustiti volji treće stranke koja nije vezana zakonom, čak ni kad je treća stranka sama majka i bez obzira na to koliko je kratko vrijeme u kojem se to pravo može ostvariti.

5. Cilj obveze zaštite nerođenoga treba odrediti odmjeravanjem njegove važnosti i potrebe za zaštitom od konfliktnih interesa drugih. Ti interesi koji dolaze u konflikt s pravom nerođenoga na život uključuju – počevši sa ženinim pravom na zaštitu i poštivanje njezinog ljudskog dostojanstva – ponajprije ženino pravo na život i fizički integritet i njezino pravo na osobnost. Ženina ustavna prava, međutim, nisu toliko velika da može zahtijevati poništenje fundamentalnog zakonskog prava zaštite i da nerođenog ubije pobačajem ...

8. Minimalna zaštita brani državi da se slobodno uzdrži od krivičnog gonjenja.

9. Dužnost države da štiti nerođenoga od opasnosti koje proizlaze iz utjecaja ženina neposrednog i/ili općeg društvenog okruženja te iz sadašnjih ili predvidljivih budućih uvjeta života njezine obitelji koji, kao takvi, interferiraju s njezinom spremnošću da iznese trudnoću.

10. Dužnost države uključuje i održavanje i podizanje svijesti opće javnosti o pravima nerođenih na pravnu zaštitu.

11. Zakonodavac djeluje u skladu s ustavom kad prihvaća uredbene nacрте za zaštitu nerođenih u kojima se koristi savjetovanje kao sredstvo poticanja trudnica u tijeku ranih stadija trudnoće da iznesu trudnoću do kraja. Zakonodavac isto tako djeluje u skladu s ustavom kad se uzdržava od krivične tužbe za indicirane pobačaje kao i za određenje takvih indicacija od strane treće stranke.

12. Propis koji se temelji na savjetovanju mora biti u skladu s osnovnim ustavnim uvjetima koji nalažu potvrdne dužnosti žene u korist nerođenoga. Država snosi punu odgovornost za provođenje savjetovanja u djelo.

13. Dužnost države da zaštiti nerođenoga zahtijeva suradnju liječnika ne samo u ženinom interesu, već i za korist nerođenoga.

14. Neustavno je zakonski proglasiti postojanje djeteta izvorom štete. Iz tog razloga zabranjeno je obvezu izdržavanja djeteta proglasiti vrstom štete.

15. Pobačaji izvedeni bez određenih indikacija, kako su propisane propisima o savjetovanju, ne mogu se smatrati zakonitima. Prema neotuđivim osnovnim zakonskim načelima, iznimka može poslužiti kao pravno opravdanje samo ako sama država odredi potrebne kriterije da određeni čin izuzme iz općeg pravila /2/.

Po starom modelu indikacije primarni moralni faktor za odluke glede prenatalnog života ili smrti bio je liječnik, a ne žena, društvo ili zakon; prijedlog modela indikacije stavlja naglasak na direktivno savjetovanje protiv pobačaja. Međutim, budući zakon će se vjerojatno tumačiti manje kruto nego što bi se to po oštrim riječima u njemu moglo zaključiti. Cilj savjetovanja nije podržati ženu u njezinoj odluci – koja može biti za pobačaj ili protiv njega – već je ono samo jedan od koraka i konačna odluka prepušta se trudnici. Jasno je da sud mora sačuvati svoj obraz i podržati prethodne stavove više nego stari zakon, ali predložene izmjene zakona vjerojatno neće utjecati na već ionako često prilično liberalnu praksu izvođenja pobačaja /53/.

Tekst odluke Vrhovnog suda i suci Mahrenholz i Sommer u opisivanju posebnog odnosa fetusa i majke koriste pojam "dvoje u jednome" (*Zweiheit in Einheit*). Ne uspijevaju objasniti kako se to odražava u okvirima ustavnog zakona i građanskih prava radi najbolje zaštite onoga unutar drugoga. Budući da odluka suda ne štiti u potpunosti nerođeni ljudski život u njegovoj najranijoj dobi i budući da je direktivno savjetovanje, uz dodatne socijalne i druge programe, jedini instrument koji se nudi radi zaštite života, zakon neće imati posebno stroge posljedice i zapravo će dopustiti da i dalje postoje dvostruki standardi između zakona i prakse. Čini se da su snage koje se bore za detaljniju pravnu analizu pojma "dvoje u jednome" i izraženije prepoznavanje dostojanstva ljudskog života preslabile da izmijene dominaciju suda nad zakonodavnim procesima, pojedinačnoj savjesti i javnim raspravama /84/.

Rasprava o etičkim pitanjima vezanim uz trudnoću moždano mrtvih žena koja se nedavno vodila u Njemačkoj /50/, potaknula je preispitivanje istolikh i krutih medicinsko-tehničkih formula za određivanje početka i kraja života. Bilo je prijedloga da se "klauzula savjesti", uključena u obje odluke, iskoristi za jačanje osjećaja osobne odgovornosti, zaštitu mnoštva različitih religioznih i kulturnih stajališta u multikulturalističkom društvu te za smanjivanje društvenih tenzija i dvostrukih standarda između pisanog i primjenjivanog zakona ili između zakona i prakse /84/.

Medicinski časopisi navode podatke o smanjenju medicinskog rizika zahvaljujući upotrebi mifepristina. Mifepristin nije zakonski dozvoljen u Njemačkoj ni u Švicarskoj, ali u Švicarskoj liječnik može privatno uvesti pilulu RU 486 iz Francuske (/49/, str. 843). U Njemačkoj se sve više strahuje da će "privatizacija" pobačaja, dostupnost abortifacijenata, kao i postupno omalovažavanje zakona pomaknuti težište diskusija s "da ili ne" pobaciti na "kako" pobaciti /49/. Hoechst, njemački vlasnik francuskog proizvođača Roussel-Uclaf, čeka poziv njemačke vlade prije nego što pristupi kliničkom ispitivanju mifepristina.

U Švicarskoj je pokrenuta parlamentarna inicijativa za promjenu švicarskog kaznenog zakonika. Pobačaj u tijeku prvog trimestra neće se krivično tužiti (model termina); nakon prvog trimestra pobačaj će biti dozvoljen samo ako je medicinski indiciran radi spašavanja ženina života ili zaštite žene od teških fizičkih ili psiholoških trauma /95/.

V. EUTANAZIJA, SAMOODREĐENJE PACIJENTA I USKRAĆIVANJE LIJEČENJA

U Njemačkoj nije moguće upotrijebiti riječ "eutanazija" a da se pritom ne podsjeti na smisao te riječi u nacističkom kontekstu. Ubijanje "drugih" tijekom Trećeg Reicha u nacističkoj Njemačkoj je još uvijek sjena koja se nadvija nad svim raspravama o eutanaziji i još će dugo to biti. Nacistički ideolozi zaključili su da su drugi ljudi raso ili genetski "niži" ili da zbog svojeg kompromitiranog mentalnog ili fizičkog statusa žive "životom nevrjednim življenja"; stoga su poduzimali akcije "likvidacije" ili "eutanatizacije" tih nesretnika (/40;/41/). Vodi se opširna rasprava o nemoralnosti nacističkih dokumenata za istrebljenje, čiji se dugotrajni učinak u njemačkoj javnoj kulturi može nazvati "sindromom holokausta". Taj sindrom s jedne strane izaziva duboki sram i osjećaj tabua koji prethodi svakoj raspravi o pitanjima koja se tiču "ubijanja drugih". S druge strane, nacistička prošlost usadila je strahovit osjećaj diskriminacije "bogalja" i "nižih rasa" i služi kao podloga za stajališta "skliske nizbrdice" prema eutanaziji /89/.

Zbog te sjene holokausta, u Njemačkoj nije moguće voditi razumnu raspravu o eutanaziji, kao što je ona u Nizozemskoj. Njemačka javnost je toliko svjesna nacističkih okrutnosti da je u posljednjih nekoliko godina svaki pokušaj održavanja predavanja Petera Singera ili Helge Kuhse u Njemačkoj ili Austriji rezultirao ili zabranom ili protestima /91/. Bilo je prijedloga da se riječ eutanazija koristi s većom pomnjom i diferencijacijom, kako bi se izbjeglo pogrešno shvaćanje toga pojma. Na primjer, P. Koller čini razliku između aktivne ("činiti nešto") i pasivne ("uzdržati se od činjenja") mogućnosti, a u svakoj mogućnosti razlikuje još namjeru, nenamjeru i nenamjerno puštanje-da-umre od ubijanja /63/. R. Winau pravi razliku između "pomoći u umiranju" ("Hilfe im Sterben"), kao što je palijativna njega i njega koja ublažava patnju koja prati umiranje, i "pomoći da umre" ("Hilfe zum Sterben"), tj. ubrzavanje i izazivanje smrti osoba koje još nisu blizu smrti. On zatim nabroja subjektivne argumente za "pomoć da umre", koji mogu biti samoubojstvo, asistirano samoubojstvo ili ubojstvo na zahtjev, i objektivne argumente za "prekidanje objektivno bezvrijednog života". On također razlikuje "pomoć" umirućem od njegovog "njegovanja". Naglašava da "njega umirućeg uvijek ima visoki prioritet" i uključuje "stavove za praćenje posljednjeg putovanja umiruće osobe" i "dozvole umirućem na osobnu smrt" (/109;/110/). Ispitivanje provedeno 1993. potvrdilo je podatke iz 1980-ih godina da je 68% njemačke populacije za pomoć u pro-

cesu umiranja (tj. ubrzanje umiranja /*Sterbenhilfe*), a 30% protiv njega /85/.

Njemačko društvo za humano umiranje (*Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben*, ili DGHS) laička organizacija bez veće potpore medicinske ili pravne zajednice, opskrbljuje svoje članove obrascima za izražavanje posljednje želje, darovanje organa ili davanje punomoći DGHS-u da tuži stručnjake i institucije koji ne budu poštivali zahtjeve izražene u tim dokumentima (/36;/37;/38/). Društvo je nedavno izdalo knjižicu s numeriranim primjercima u kojoj su navedeni recepti i savjeti za samo-oslobađanje (*self-deliver*)/2/. Navodno se ta knjižica, iako s ograničenim brojem primjeraka, može se nabaviti u knjižarama /54/. Društvo je izazvalo kritike i pozornost medija kad je njegov predsjednik bio optužen zbog privatne prodaje cijanida članovima društva (po astronomskim cijenama) /18/. Neke su kritike bile usmjerene na suvremeno poimanje intervencije u proces patnje i umiranja, jer to ne omogućava umirućoj osobi da potpuno iskusi granice života. L. Bartholomäus-Leggewie postavlja pitanje treba li kršćanski odgovor na tešku patnju bližnjega i terminalnu bolest biti "pokolj iz potrebe ili blagoslov" i poziva se na kršćanski "ars moriendi" i njegovu svijest o konačnosti života /4/. Poziva se i na benediktinsko pravilo po kojem slobodni život treba imati, kao običaj i pravilo, svakodnevno pred očima trajnu i nepredvidljivu prijetnju smrti, "morem cotidie ante oculos suspectam habere" (RB4, 47). R. Spaemann smatra da oko smrti i umiranja postoji tabu koji ne treba uklanjati i da bismo se trebali uzdržati čak i od racionalnih diskusija o prednostima i nedostacima upletanja u proces umiranja. Konferencija katoličkih svećenika, kao i Protestantska crkva, u više su navrata odlučno govorile protiv eutanazije u ma kojem obliku, istodobno podvlačeći potrebu i dužnost humanog i kršćanskog njegovanja umiruće osobe /61/. Svećenici su podržali hospicijski pokret kao "pomoć katoličkom shvaćanju" njege umirućeg /32/. Sve je veći broj publikacija koje se obraćaju zdravstvenim radnicima ili obrazovanim laicima savjetima kako da se suoče s patnjom i umiranjem (/1;/3;/62;/64;/66;/67;/69/). Neke od njih naglašavaju komunikacijsku interakciju s umirućim (/17;/69/); druge govore o značenju dostojanstva umiranja na intenzivnoj njezi ili jedinicama za dijalizu /111/, brizi za pacijenta na palijsativnoj njezi /61/, procjeni kvalitete života oboljelih od karcinoma (/11,/70/) te o uskraćivanju hrane i pića umirućoj osobi /103/.

Prema Schobertu, glavnom tajniku Njemačkog društva za humano umiranje, "poštovanje prema procesu umiranja" može se primijeniti samo kroz "pomoć u patnji" ("Leidhilfe") i "slobodu izbora" ("Freiheit der Wahl"). S druge strane, Konferencija katoličkih biskupa oštro osuđuje ma koji oblik eutanazije, ali se slaže s odrednicama Njemačke liječničke komore iz 1979. da ako je nešto moguće, ne znači i da se mora ili treba učiniti (/16;/17/). Još se uvijek rijetko čuju pozivi da se medicinski "terapeutski aktivizam" zamijeni "empatičkim druženjem" /72/. Pristup "pregleda vrijednosti" je tek nedavno postao temom rasprava u Njemačkoj /58/, i još je prerano predviđati hoće li zdravstveni radnici, laici ili sud prihvatiti metode povijesti vrijednosti. Čini se da nijedan od glavnijih pokreta nije dovoljno snažan da promijeni sadašnju situaciju uvođe-

njem odgovarajućih oblika i postupaka za profile vrijednosti, unaprijed dane upute ili trajnu punomoć za zdravstvenu njegu.

Nedavno izglasan njemački Zakon o njezi (*Betreuungsgesetz*) preporuča upotrebu obaju instrumenata /26/. Promocijski materijal iz Saveznog ministarstva za pravosuđe sadrži nacrt i prijedlog teksta za oba instrumenta, ali se njegov autoritet na sudu, kao ni reakcija medicinske zajednice, još nije imao prilike ispitati. Povrh toga, neki pravnici smatraju da se ti oblici neće uspjeti primijeniti ni u Njemačkoj /56/, ni u Austriji /87/, a niti u Švicarskoj /20/. R. Wasserman smatra da je po njemačkim zakonima nezakonito ubrzati smrt /108/. W. Uhlenbruck tvrdi suprotno, ali traži da se promijeni opći zakonski okvir u smjeru "Alternativnog prijedloga za pomoć u umiranju" /5/. Savezno udruženje pravnih stručnjaka podržalo je 1991. te promjene. Međutim, na tu se raspravu negativno odrazio spektakularni slučaj liječnika koji je svojoj terminalno bolesnoj pacijentici dao smrtonosnu dozu cijanida i zatim snimio njezinu smrt kao dokaz za svoju zaštitu.

VI. PRIBAVLJANJE ORGANA

U Austriji, Njemačkoj i Švicarskoj, kao i u drugim zemljama, prisutna je nestašica organa za transplantaciju. Poduzimaju se razne inicijative kako bi se informirala i educirala javnost o darovanju organa i strogoći kriterija za proglašavanje smrti prije nego što se uzmu organi. Inicijative koje je pokrenuo Europski parlament u Strassbourgu trebale bi regulirati nabavljanje organa na europskoj razini /71/.

Nakon četverogodišnje rasprave, u Njemačkoj je u rujnu 1993. uveden novi Zakon o transplantacijama i sad ga proučavaju ministarstva za zdravstvo pojedinih država. Nije postignut dogovor o tome treba li transplantaciju organa regulirati na državnoj ili na saveznoj razini. Tijekom mnogih godina pitanje pribavljanja organa izazivalo je žučne rasprave, dijelom zbog navodne prodaje organa od vlasti u prijašnjoj Istočnoj Njemačkoj prije ujedinjenja 1989., a dijelom zbog bojazni da se ne poštuju uvijek kriteriji za utvrđivanje smrti prije uzimanja organa. Nacrt zakona naglašava model "informacije", tj. model koji osigurava edukativne inicijative i javnu debatu o sigurnosti i tehničkoj kvaliteti kriterija za određivanje smrti i o koristi za umiruće ili teško bolesne primaoca organa. Prema tom nacrtu, uobičajeni kartoni davalaca bit će zamijenjeni kartonima informacija, koji će se nalaziti u većini ureda lokalne vlasti, u kojima će biti zabilježeno pristaje li određena osoba darovati svoje organe ili ne /31/. Model informacije nalazi se negdje između postojećeg kartona davatelja i modela koji bi podrazumijevao automatski pristanak potencijalnog davaoca ukoliko izričito ne izjavi suprotno.

Vođe Katoličke i Protestantske crkve opisuju "darovanje" organa kao častan "znak ljubavi prema bližnjem" /60/; ostali teolozi se ne slažu s tim i optužuju

Crkvu da brka ljubav prema bližnjem s "kršćanskom dužnošću darivanja" /54/. Ovi potonji također izjavljuju da kriteriji za utvrđivanje moždane smrti gaze kršćansko poimanje jedinstva tijela i duše te, stavljanjem naglaska na spašavanje života svim sredstvima, uključujući transplantaciju, poriču kršćansko vjerovanje u zagrobni život /54/. Ovi kritičari također izjavljuju da mnogi primaoci organa imaju osjećaj krivnje te da su mnogi centri za transplantaciju pretjerano marni u nabavljanju organa. Istaknuti nefrolog R. Kielstein odgovara na te optužbe tvrdnjom da nisu zabilježeni osjećaji krivice primalaca, ali da su zato bolesnici bez izgleda za ozdravljenje često skloni depresijama. Ona također tvrdi da kriterije za utvrđivanje smrti striktno primjenjuju i medicinske zajednice i javnost, a naglašava i koristi za primaoce glede spašavanja njihova života ili poboljšanje njegove kvalitete /59/. Njezino stajalište čvrsto podržavaju grupe bolesnika.

U Austriji *Krankenanstaltengesetz* iz 1982. dozvoljava uzimanje organa od "davaoca" ukoliko se njegov zastupnik tome ne protivi; nije potreban izričit pristanak /51/. Švicarsko društvo za transplantaciju osnovalo je odbor koji bi trebao razraditi odrednice za edukaciju javnosti o opasnostima primanja organa u zemljama Trećeg svijeta kao i o potrebi većeg poklanjanja organa u samoj Švicarskoj /101/.

Sve češće rasprave u novije vrijeme o pribavljanju organa potaknule su Njemačku liječničku komoru /21/ i austrijsko Ministarstvo za zdravlje /51/ da ponovno potvrde obvezu strogog poštivanja kriterija za utvrđivanje moždane smrti prije uzimanja organa. Dvije odvojene komisije Njemačke liječničke komore (/15;/46/) nepobitno su potvrdile njemačke kriterije za smrt, djelomično potaknute sumnjičavošću javnosti glede nabave organa, a s druge strane i kao odgovor na nedavno objavljene diskusije u medicinskim časopisima o valjanosti originalnih harvardskih kriterija iz 1968. (/15;/46;/84/). Ti kriteriji nude integrativni model koji zahtijeva "nepovratni prestanak kompletne funkcije (*Gesamtfunktion*) svih dijelova mozga uključujući moždano deblo" (/21/, cf. /84/), u usporedbi s američkim modelom koji zahtijeva "nepovratni prestanak svih funkcija cijelog mozga uključujući moždano deblo" i koji nalikuje aditivnom modelu.

Zbog svojih striktnih kriterija za utvrđivanje smrti, njemačka formula vrši strahovit pritisak na umiruće pacijente, njihove obitelji i njegovatelje, koji moraju pružati intenzivnu medicinsku njegu sve dok se ne zadovolje ti strogi kriteriji. Pored toga, nedavni slučajevi moždano mrtvih trudnica i uspješno porađanje zdravog djeteta tri mjeseca nakon utvrđivanja moždane smrti majke, oživjelo je rasprave o (1) valjanosti istolikih kriterija koji ne dopuštaju klauzule o savjesti u unaprijed danim uputama za slučaj trudnoće i o (2) potrebi za manje krutim kriterijima, na primjer prestanku samo neokortikalnih funkcija /84/. Oba argumenta mogla bi dovesti do promjene formule o cerebralnoj smrti iz 1991., koja je samo potvrdila prethodno ustanovljene iste kriterije uvođenjem novih i poboljšanih oblika mjerenja. Prema tim odrednicama, kriteriji za utvrđivanje smrti anencefaličnih osoba bili su podjednako podudarni.

VII. KLINIČKA ISTRAŽIVANJA

Sve tri zemlje imaju svoje istraživačke etičke komitete Kliničko istraživanje vrši se pod nadzorom *Wiener Krankenanstaltengesetz* u Austriji, od 1990., uputa švicarske Akademije medicinskih znanosti od 1979. i njemačkih Saveznih uputa, posljednji put revidiranih 1987. U periodu od 1991. do 1993. u Švicarskoj (178/196/197/102) i Njemačkoj (33) naglasak je bio na donošenju detaljnih propisa za genetska istraživanja u poljoprivredi, istraživanju lijekova i terapiji genima. Švicarska akademija medicinskih znanosti raspravljala je o strategiji poboljšanja kliničkog istraživanja. Jedan od prijedloga bila je i preporuka da se poboljša kvaliteta etičkih komiteta kroz edukaciju članova o etičkoj procjeni (197, str. 463). Formalni bolnički etički komiteti za nadzor kvalitete bolesničke njege ne postoje ni u jednoj od ove tri zemlje, s iznimkom dvaju komiteta u Švicarskoj: jednog pri Zavodu za gerijatriju Ženevskog sveučilišta, a drugog pri Sveučilišnoj bolnici u Zürichu (104).

VIII. REFORMA STATUTARNIH ZDRAVSTVENIH SUSTAVA

Smanjenje troškova najčešća je tema svih javnih i političkih rasprava. Pokušava se pronaći pravilni omjer načela solidarnosti, podređenosti i samoodređenja. Dosad je načelo solidarnosti bilo jedino moralno načelo kojim su se opravdavali sve veći troškovi zdravstvene njege. Traže se načini da se ograniče troškovi ili da se cijeli sustav izmijeni tako da se plaćaju samo one usluge koje se procjene nužnima, obuhvatnima i učinkovitima (129/147/183).

U Njemačkoj je 1992. stupio na snagu Zakon o ustrojstvu zdravstva (*Gesundheitsstrukturgesetz* ili GSG) koji osigurava i poboljšava ustrojstvo propisanog osiguranja od bolesti. U prvoj fazi namjera mu je smanjiti troškove ograničavanjem troškova, a u drugoj izvršiti bitne promjene u modelima plaćanja i participacije u troškovima (29). Dosad je prva faza uspjela ograničiti troškove istjerivanjem sredstava iz pretjerano napuhanog sustava zdravstvene njege i socijalne pomoći. S druge strane, povećane su participacije: ta su povećanja mala za lijekove, a znatna za zubarske usluge i naočale; ukinut je povrat novca za određene lijekove, kao što su vitamini i lijekovi koji se izdaju bez liječničkog recepta; bolnice i liječnici ne smiju prijeći razinu prethodnih troškova; i, nakon prilične muke, farmakološke istraživačke kompanije su prisiljene da smanje cijene lijekova. Dok je 1992. zdravstveni fond bilježio gubitak od preko 9 milijardi njemačkih maraka, 1993. uspio je zabilježiti višak od preko 10 milijardi; dok su se troškovi za umjetna zubala 1992. popeli za 18%, 1993. su se smanjili za 26%, a cijene lijekova uz liječnički recept su pale za 19%, nakon porasta od 9% zabilježenog 1992. (23). Vijeće za zajedničku akciju stručnjaka obavještava Savezno ministarstvo za zdravlje o rezultatima prve faze i određivanju druge (25). Izvješće tog Vijeća o "Zdravstvenoj njezi i osiguranju 2000. godine"

imalo je podnaslov "Samoodgovornost, podređenost i solidarnost u uvjetima promijenjenih parametara". Sve se više nastoji preustrojiti sustav tako da se manje oslanja na solidarnost, a više na osobnu odgovornost i podređenost. To nastojanje ima etičko opravdanje /83/. Ograničavanje troškova postalo je primarno načelo zdravstvene politike. K. H. Hanke, predsjednik Vijeća za zajedničku akciju, opisuje novi smjer sljedećim riječima:

Paket beneficija u socijalnom zdravstvenom osiguranju treba politički odrediti u skladu s potrebama stanovništva. Bez obzira na veličinu i ustrojstvo tog paketa, beneficije koje on pruža trebaju biti dovoljne i učinkovite u skladu sa standardima medicinske prakse; taj zahtjev je teško i definirati i jamčiti. Zatim, treba odlučiti hoće li se troškovi gradnje bolnica i nabave teške opreme, medicinskog obrazovanja, promocije zdravlja, programa prevencije i rehabilitacije također financirati iz socijalnog zdravstvenog osiguranja ili ih treba financirati iz općih prihoda, o čemu bi se tada odlučivalo kroz uobičajeni parlamentarni postupak (/48/,str.261 i dalje).

U Švicarskoj federalne i kantonalne službe pregledavaju prijedlog izmjena Zakona o zdravstvenom osiguranju iz 1992., kojim se nastoji beneficije pravilnije raspodijeliti na različite populacijske grupe i potaknuti suparništvo među davaocima zdravstvene njege i osiguravajućim kompanijama. Mnoge političke partije dale su svoje prijedloge promjena i potaknule rasprave. Za sada se, međutim, ti prijedlozi još uvijek proučavaju i još nije donesena nikakva odluka /80/.

U Austriji je 1993. usvojen federalni zakon o financiranju zdravstva (*Bundespflegegeldgesetz* ili BPGG) kojim se na razini države reguliraju usluge zdravstvenih centara i njege. Taj će se zakon primjenjivati postupno, a u cijelosti će se primijeniti tek 1997.

U Njemačkoj se razmatra Zakon o njezi, ali zbog ogromnih troškova nema potporu ni većine javnosti ni Bundestaga.

LITERATURA

1. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bullinger M.: 1991, The EORTC core quality-of-life questionnaire. Interim results of an international field study, *Effects of cancer on quality of life*, D. Osoba ed., Boca Raton, CRC Press.
2. Arott H. H.: 1990, Menschenwürdiges und selbstverantwortetes Sterben (a not publicly available brochure for members of the Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben e.V., Postfach 110529, W-8900 Augsburg 11, each copy numbered).
3. Arott H. H., Pohlmeier H., ed.: 1990, *Sterbehilfe in der Gegenwart*. Regensburg.
4. Bartholomäus-Leggewie L: 1993, Notschlachten oder segnen? *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 39, 90-94.
5. Baumann, J. et al.: 1986, *Alternativentwurf Sterbehilfe*. Stuttgart: Enke.

6. Beger H. G., Oettinger W., Roessler D., Schreiber H.L.: 1991, Grenzen der Intensivtherapie in der Chirurgie, *Deutsches Ärzteblatt*, 80 (50) D4657-4662.
7. Bernat E.: 1992, Die rechtliche Regelung von Fortpflanzungsmedizin und Embryonenforschung in Deutschland, Österreich und der Schweiz, *Fertilität*, 8, 223-229.
8. Bernat, Erwin: 1993, Das Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod: Zum Stand der Diskussion in den USA, Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod, Erwin Bernat ed., Graz: Leykam, 141-195.
9. Bernat, E.: 1992, Regulating the Artificial Family: an Austrian Compromise, *International Journal of Bioethics*, 3(2), 103-108.
10. Bernat, E.: 1992, Das Fortpflanzungsmedizinengesetz: Neue Aufgaben für das Notariat, *NZ*, 124 (10), 224-246.
11. Bernat, E., Straka U.: 1992, Austria. A Legal Ban on Surrogate Mothers and Fathers, *University of Louisville Journal of Family Law*, 31, 267-282.
12. Bernat, E.: 1993, Das Fortpflanzungsmedizinengesetz: Neue Rechtspflichten für den österreichischen Gynäkologen, *Gynäkol Geburtsh Rundsch*, 33, 2-10.
13. Bernat, E.: 1993, Die Genomanalyse im österreichischen Recht. Eine Bestandaunahme, *Genome Analysis: Legal risks and Practical Applications*, E. Deutsch, J. S. Inde Monteiro (eds.), Coimbra.
14. Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Berufsverband Deutscher Chirurgen: 1993, Vereinbarung zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie, *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 34: 28-32.
15. Birnbacher D., Angstwurm H., Eigler F. W., Wurmeleing H. B.: 1993, Der vollständige Ausfall der Hirntätigkeit als Todeszeichen des Menschen-Anthropologischer Hintergrund, *Deutsches Ärzteblatt* 90 (44), A2926-2929.
16. Bischofskonferenz, Deutsche: 1975, Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie, Hirntenschriften der Deutschen Bischöfe, Bonn.
17. Bischofskonferenz, Deutsche: 1993, Die Hospizbewegung – Profil eines hilfreichen Weges im katholischen Verständnis, Bonn, Deutsche Bischofskonferenz.
18. Bönisch G., Leyendecker H.: 1993, *Das Geschäft mit der Sterbehilfe*, Göttingen, Steindl.
19. Bonnabry J. P., P. H. Soret, B. Indermuhle: 1992, : Cadre 20. legal de la recherche clinique en Suisse, *Medicine et Hygiene* 78, 1132-1134.
20. Brückner, C. H.: 1989, Was leisten Patientenverfügung und Freitoderklärung Kommunikationsmittel zwischen Unterzeichner und Drittperson? *Schweizerische Ärztezeitung* 70, 1149-1158.
21. Bundesärztekammer: 1991, Kriterien des Hirntodes, *Deutsches Ärzteblatt*, 88 (49), A 4396-4407.
22. Bundesärztekammer, Wissenschaftlicher Beirat: 1992, Der gegenwärtige Stand der Gerontologie und der Geriatrie. Empfehlungen zu ihrer künftigen Entwicklung, *Deutsches Ärzteblatt*, 89 (47), A4133-4138.
23. Bundesärztekammer, Zentrale Kommission: 1992, Memorandum: Genetisches Screening, *Deutsches Ärzteblatt* 89 (25/26), A2357-2364.
24. Bundesminister für Gesundheit: 1994, Pressemitteilung. Gesundheitsstrukturgesetz ist erfolgreich, *Pressemitteilung* No. 21 (March).
25. Bundesminister für Gesundheit, Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung, Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachstandsbericht 1994.

26. Bundesminister für Justiz: 1992. *Das neue Betreuungsgesetz*, Bonn, Bundesministerium für Justiz.
27. Bundesverfassungsgericht: 1993, Urteil des Zweiten Senats vom 28. Mai 1993 (2 BvF 2/90; 2 BvF 4/92; BvF 5/92), als Manuskript.
28. Bundesrepublik Deutschland. 1992, Embryonenschutzgesetz, *Bundesgesetzblatt I*, No. 37, 1398-1404 (4. August 1992); English translation in *International Digest of Health Legislation*, 1992, 43, 740-745.
29. Bundesrepublik Deutschland: 1992, Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG). *Bundesgesetzblatt I*, 59, 2266-2334.
30. Bundesrepublik Deutschland: 1992, Gesetz zum Schutz des vorgeburtlichen/werdenden Lebens, zur Forderung einer kinderfreundlichen Gesellschaft, für Hilfen im Schwangerschaftskonflikt und zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (Schwangeren und Familienhilfegesetz), *Bundesgesetzblatt I*, July 27, 1992.
31. Bundesrepublik Deutschland, Bundesminister für Gesundheit: 1993, Entwurf eines Mustergesetzes zur Transplantation, *Ethik in der Medizin*, 5, 211-215.
32. Bundesrepublik Deutschland, Büro für Technologiefolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag: 1992
33. Bundesrepublik Deutschland: 1993, Erstes Gesetz zur Änderung des Gentechnikgesetzes, *Bundesgesetzblatt I*, 67, 2059-2083.
34. Bundesrepublik Österreich (1992) Fortpflanzungsmedizinergesetz (FMedG), *Bundesgesetzblatt* 275.
35. Deutsch E.: 1992, Fetus in Germany. The Fetus Protection Law of 12. 13. 1990. *International Journal of Bioethics* 3 (2), 85-93.
36. Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben: 1992, Betreuungsverfügung. *Formblatt*, Augsburg, DGHS.
37. Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben: 1992, Patientschutzbefugung. *Formblatt*, Augsburg, DGHS.
38. Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben: 1992, Freireitungsverfügung, *Formblatt*, Augsburg, DGHS.
39. Diggelmann H.: Orientierung über Arbeiten mit gentechnisch veränderten Organismen in der Schweiz im Jahre 1992, *Schweizerische Ärztezeitung*, 74, 1581-1583.
40. Doelle, Wolfgang: 1976 *Der manipulierte Tod? Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe in medizinischer Sicht, Der Mensch und sein Tod*, Johannes Schwartlander ed., Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 45-60.
41. Doelle-Oelmueller, Ruth: 1993, Euthanasie – philosophisch betrachtet. Ein Diskussionsbeitrag zu Argumenten von Spaemann und Singer, *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 39, 41-54.
42. 11. Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit: 1992, Nachdruck des Protokolls der 99. Sitzung des Bundestages mit der Debatte zum Paragr. 218 und den dazugehörigen Bundestagsdrucksachen, Bonn.
43. Eser, Albin, and Koch, Hans G.: *Materialien zur Sterbehilfe*. Freiburg: Max Planck Institut für ausländisches und internationales Strafrecht.
44. Evangelische Kirche in Deutschland, Deutsche Bischofskonferenz: 1989, Gott ist ein Freund des Lebens, Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Gutersloh, Mohr.
45. Gesellschaft für Humangenetik, Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen: 1993, Gegenwärtiger Stand der Diskussion zur nichtinvasiven Pränataldiagnostik von

Chromosomenstörungen an fötalen Zellen aus mütterlichem Blut, Freiburg, Gesellschaft für Humangenetik.

46. Haupt, W. F., Schober O., Angstwurm H., Kunze K.: (1993), Die Feststellung des Todes durch den irreversiblen Ausfall des gesamten Gehirns (Hirntod), *Deutsches Ärzteblatt* 90 (45), A3004-3008.

47. Henke K. D.: 1992, *Beitragsstabilität und Allokationswirklichkeit, Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen*, E. Nagel, Ch. Fuchs (eds.), Berlin, Springer, 51-77.

48. Henke K. D.: 1992, Financing a national health insurance, *Health Policy* 20, 253-268.

49. Hepp H.: 1992, Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch durch Mifepriston (RU 486), *Münchener Medizinische Wochenschrift* 134, 842-846.

50. Hinrichsen K. V., hg (1994) *Sterben und Schwangerschaft*, mit Beiträgen von E. J. Reichelt, M. Bissinger, I. Wolf, H. M. Sass, K. E. Siegel, Bochum, Zentrum für Medizinische Ethik (Medizinethische Materialien No. 88).

51. Holczabek W., Kopetzki C. H.: 1986, Rechtsgrundlagen von Organtransplantationen, *Wiener klinische Wochenschrift* 98, 417-420.

52. Humphry, D.: 1992, *In Würde sterben: Praxis Sterbehilfe und Selbsttötung*, Hamburg, Calsen (original edition Final Exit: 991, Eugene, O. R., The Hemlock Society).

53. Jakobs G.: 1994, *Geschriebenes Recht und wirkliches Recht beim Schwangerschaftsabbruch*, Bochum, Zentrum Medizinische Ethik.

54. Jörns K. P., Kernstock-Jörns W.: 1993, Thesen zur Ethik der Organtransplantation und zu einem Transplantationsgesetz, *Ethik in der Medizin*, 5, 214-217.

55. Jürgens, A.; Kroger, D.: 1992, *Das neue Betreuungsrecht*, München, Beck.

56. Keller, Gunther, Kaiser: 1992, *Kommentar zum Embryonenschutzgesetz*, Stuttgart, Kohlhammer.

57. Kielstein R., Sass H. M.: 1992, Right not Know or Duty to Know? Prenatal Screening for Polycystic Renal Disease, *Journal of Medicine and Philosophy* 17, 395-405.

58. Kielstein R.; Sass, H. M.: 1993, Using stories to assess values and establish medical directives, *The Kennedy Institute of Ethics Journal* 3: 303-325.

59. Kielstein R.: 1994, Inkompetenz und Demagogie: Replik auf die Berliner Initiative für die Zustimmungslösung, *Der Dialysepatient*, 19(1), 31-39 and 3 (editorial: Ein Ja zum Leben).

60. Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland: 1992, *Bericht des Ratsvorsitzenden vor der Herbstsynode in Suhl 1992*, Hannover, Kirchenamt der EKID, manuscript.

61. Klaschik E., Nauck F.: 1993, Erfahrungen einer Palliativstation, *Deutsches Ärzteblatt*, 90 (Heft 48), 3226-3230.

62. Koch H. G.: 1992, Das deutsche Embryonenschutzgesetz vom 13. 12. 1990, *Journal for Fertility and Reproduction* 2(1), 21-25.

63. Koller P.: 1993, *Personen, Rechte und Entscheidungen über Leben und Tod, Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod*, Erwin Bernat ed., Graz, Leykam, 71-95.

64. Kuhse H.: 1990, *Menschliches Leben und seine Würde*, Bochum, Zentrum für medizinische Ethik.

65. Lauter H.: 1993, Tötung ohne Verlangen – Tötung bei unterstelltem Verlangen, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 87, 46-51.

66. Lutterotti M. von: 1992, Der Arzt und das Tötungsverbot, *Medizinrecht*, (1) 7-14.

67. Lutterotti N. von: 1993, Grenzen ärztlicher Behandlungshilflichkeit und passive Sterbehilfe, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 39, 3-14.

68. Mauron A.: 1993, The Swiss Debate on Human Genome Analysis, *Ethics of Human Genome Analysis*, H. Haker et (eds.), Tübingen, Attempo, 113-121.
69. Muschaweck-Kürten P.: 1993, Sterbebegleitung, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 87, 90-93.
70. Muthny F. A., Koch U., Stump S.: 1993, Praxis und Bedeutung der Lebensqualitätsforschung für die Onkologie, *Onkologie im psychosozialen Kontext*, F. Muthny and G. Haag (eds), Heidelberg, Asanger.
71. Nagel E.: 1993, Anmerkungen zu Bemühungen der gesetzgebenden Instanzen um ein Transplantationsgesetz, *Ethik in der Medizin*, 5, 203-205.
72. Nolte S. H.: 1993, Emphatische Begleitung und Beratung statt therapeutischem Aktionismus, *Deutsches Arzteblatt*, 90 (40), C1773-1775.
73. Österreich, Nationalrat: 1991, Regierungsvorlage: Fortpflanzungsmedizingesetz, *Beilagen zu den Stenografischen Protokollen des Nationalrats*, No. 216 (30. Juli 1991).
74. Österreich, Nationalrat: 1991. Bericht des Justizausschusses: Fortpflanzungsmedizingesetz *Beilagen zu den Stenografischen Protokollen des Nationalrats*, No. 490.
75. Österreich, Bundesregierung: 1993, Ministeriumsentwurf: Bundesgesetz über Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit des Menschen einschließlich seiner Nachkommen und der Umwelt vor Schäden durch gentechnische Eingriffe (Gentechnikgesetz-GTG), Wien.
76. Österreich: 1992 Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG), Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 1992, 105, Stück, No. 275 (4. Juni 1992).
77. Papst Johannes Paul II: 1993, *Enzyklika Veritatis Splendor*, Vatikanstadt.
78. Poliwoda S.: 1993, Bioethische Probleme bei der Definition des Lebensbeginns im Judentum, *Wiener Medizinische Wochenschrift, Diskussionsforum Medizinische Ethik* No. 4, XIII-XVI.
79. Pohlmeier H.: 1993, Alternativentwurf: Sterbehilfe – eine psychiatrische Position, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 87, 85-90.
80. Sahli H. R.: 1993, Der Entscheidung entgegen: DIE KVG-Revisionsvorlage nach den Beratungen im Nationalrat, *Schweizerische Ärztezeitung*, 74 (44), 1693-1695.
81. Sass H. M.: *Risiko aus der Medizinethik*, Risiko, K. Giel, R. Breuninger, Ulm, Humboldt-Studienzentrum, 125-174.
82. Sass H. M.: 1992, Generalisierender Moralismus und Differentialethik, Politik und Kultur nach der Aufklärung, *Festschrift für Hermann Lübbe*, Basel, Schwabe, 186-205.
83. Sass H. M.: 1993, Der Beitrag der Medizinethik zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 87, 579-585.
84. Sass H. M.: 1994, *Die Würde des Gewissens und die Diskussion um Schwangerschaftsabbruch und Hirntodkriterien*, Bochum, Zentrum Medizinische Ethik.
85. sb. 1993. Einstellung zur Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland. *Humanes Leben. Humanes Sterben*, Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben, 13 (3), 1.
86. Schaber P.: 1993, Recht auf den eigenen Tod? Arbeitsblätter, January 1993, *Schweizerischer für ethische Forschung*, no. 29, 43-35.
87. Schick P. J.: 1993, Todesbegriff, Sterbehilfe und aktive Euthanasie. Strafrechtsdogmatische und kriminalpolitische Erwägungen. *Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod*, Erwin Bernat ed, Graz, Leykam, 121-140.
88. Schmitz Ph.: 1993. Euthanasie – verschiedene Wege ethischer Orientierung in einem christlichen Umfeld, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 39, 27-40.
89. Schmuhl H. W.: 1992, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Göttingen
90. Schobert K. F.: 1993, Die Ehrfurcht vor dem Sterben. *Humanes Leben-Humanes Sterben*, 13 (4), 2.

91. Schöne-Seifert, Bettina: 1991, Silencing the singer: Antibioethics in Germany, *The Hastings Centre Report*, 21 (6), 20-27.
92. Spaemann R.: 1992, Wir dürfen das Tabu nicht aufgeben, *Die Zeit*, no. 25, June 12, 1992, 14.
93. Schutz des Ungeborenen Lebens. Öffentliche Anberung des Sonderausschusses Schutz des ungeborenen Lebens des Deutschen Bundestages: 1992, Zur Sache: *Themen parlamentarischer Beratung*, January 1992.
94. Schweiz, Initiative populaire federale: 1992, Initiative populaire pour la protection de la vie et de l'environnement contre les manipulations génétiques, *Feuille fédérale* 18 (II), 1619-1621 (May 12, 1992).
95. Schweiz, Nationalrat: 1993, Parlamentarische Initiative Haering Binder. Schwangerschaftsabbruch. Revision des Strafgesetzbuches. Revision des Strafgesetzbuches, Nationalrat, Sondersession, April 1993 (93.434).
96. Schweiz, Swiss Interdisciplinary Committee for Biosafety in Research and Technology (SCBS): 1993, *Guidelines for Work With genetically modified Organisms*, Zürich, SKBS/CSSB.
97. Schweizerische Akademie der medizinische Wissenschaften: 1993, Maßnahmen zur Verbesserung der klinischen Forschung in der Schweiz, *Schweizerische Ärztezeitung* 74 (12), 461-463.
98. Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften: 1993, Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und cerebral schwerst geschädigter Patienten, *Schweizerische Ärztezeitung* 74 (39), 1490-1492.
99. Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften: 1993, Medizinisch-ethische Richtlinien für genetische Untersuchung am Menschen, *Schweizerische Ärztezeitung* 74 (38), 1449-1453.
100. Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Enterale und Parenterale Ernährung: 1993, Richtlinien zur künstlichen Ernährung zu Hause (Heimernährung), *Schweizerische Ärztezeitung*, 74 (10), 389-392.
101. Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie, Transplantationskommission: 1992, Ethische Empfehlungen betreffend Nierentransplantation in der Schweiz, *Schweizerische Ärztezeitung*, 73 (3), 66-67.
102. Sprumont D. 1993. *In Protection des Suites de Recherche Bern Staempfli*.
103. Strebel, U., ed. 1993. Herbsttagung der Schweizerischen Gesellschaft für biomedizinische Ethik Gilt die Pflicht zu ernähren, bis zum Tode. *Schweizerische Rundschau Medizin (Praxis)* 82, 1025-1058.
104. Thevoz J. M.: 1992, Research and Hospital Ethics Committees in Switzerland, HEC Forum 4(1), 41-47.
105. Thevoz J. M.: 1993, AIDS in Switzerland: Must Secrecy and Anonymity be lifted? (unpublished presentation at the workshop on Sperm Donation, organized by P. Jouannet, Paris, November 22-23.
106. Thevoz J. M., Mauron A.: 1992, Genetique et procreation dans la Constitution: des choix ethiques importants en perspective, *Plaidoyer* 5, 50-54.
107. Uhlenbruck W.: 1992. *Selbstbestimmung im Vorfeld des Sterbens*. Bochum, Zentrum für Medizinische Ethik.
108. Wassermann R.: 1993, Begriffsbestimmung: Sterbehilfe, Sterbebeihilfe, Euthanasie, unterlassene Hilfeleistung fahrlässige Tötung – aus juristischer Sicht, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 87, 13-18.
109. Winau R.: 1993, Begriffsbestimmung: Sterbehilfe, Sterbebeihilfe, Euthanasie, unterlassene Hilfeleistung fahrlässige Tötung – aus ärztlicher Sicht, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 87, 19-21.

110. Winau R.: , Der eigene und der fremde Tod: Überlegungen zur Geschichte der Sterbehilfe, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 87, 3-12.
111. Windels-Buhr D., ed.: 1990, Grenzen der Behandlung in der Anästhesie, Intensivmedizin, Dialyse, Lengerich, Pabst.
112. Wolf J. C.: 1991, Sterben, Tod und Tötung, Praktische Philosophie: Grundorientierungen angewandter Ethik, Kurt Bayertz ed., Reinbek, Rowohlt, 243-277.
113. Wolkinger A.: 1993, Todesbegriff, Sterbehilfe und aktive Euthanasie: Ein moraltheologischer Beitrag, Ethik und Recht an der Grenze zwischen Leben und Tod, Erwin Bemat ed., Graz, Leykam, 43-60.
114. Wunder M., I. Genkel: 1991, Memorandum gegen die neue Lebensunwert-Diskussion, Hamburg, Arbeitskreis zur Erforschung der Euthanasie Geschichte (M. Wunde)

BIOETHICS IN EUROPE

Hans-Martin Sass

Center for Medical Ethics, Bochum

In the article, the author presents the development of bioethics as a scientific discipline, as well as legal and practical regulation of the latest bioethical issues in Germany, Austria and Switzerland. Within this context, the author gives a survey of the most relevant questions of contemporary bioethics: new reproductive technologies and research of the embryo, human genetics, clinical research, abortion, euthanasia, the patient's self-determination, denial of treatment, obtaining and transplanting organs. He also analyzes the presence of these issues in public debates and scientific works, and the changes in legal regulations on the basis of which they are being dealt with.

BIOETHIK IN EUROPA

Hans-Martin Sass

Zentrum für Medizinische Ethik, Bochum

Der Artikel stellt die Entwicklung der Bioethik als wissenschaftlicher Disziplin sowie die gesetzliche und praktische Regulierung der jüngsten bioethischen Probleme in Deutschland, Österreich und der Schweiz dar. In diesem Zusammenhang gibt der Verfasser einen Überblick über die relevantesten Fragen der zeitgenössischen Bioethik: neue Reproduktionstechnologien und Forschungen am Embryo, Humangenetik, klinische Forschungen, Abtreibung, Euthanasie, Selbstbestimmung des Patienten, Behandlungsverweigerung, Beschaffung und Transplantation von Spenderorganen. Es folgt eine Analyse der Präsenz dieser Themen in öffentlichen Diskussionen und wissenschaftlichen Publikationen sowie eine Untersuchung gesetzlicher Änderungen, aufgrund deren die angeführten Probleme gelöst werden.