

Bioethics in the Baltic Sea Region

Vilnius, Litauen, 10.–12. Oktober 2003

„**E**igene moralische Positionen reflektieren, weiterentwickeln und argumentativ vertreten können“ – so heißt eines der Lehrziele für Medizinethik im Medizinstudium in Deutschland. Der grenzübergreifende Kongress „Bioethics in the Baltic Sea Region“ in Vilnius, Litauen, zielte nicht nur auf die Weiterbildung in medizinischem Basiswissen ab, sondern war zugleich der Förderung von Meinungsbildung und Diskussionsfähigkeit der Studierenden gewidmet. Tatsächlich ermöglichte vor allem der interkulturelle Austausch die Sensibilisierung für die eigene moralische Position.

Organisiert wurde der Kongress von der *Lithuanian Medical Student Association* (LIMSA) unter Mithilfe der Medizinischen Fakultät Vilnius, der Litauischen Bioethikkommission sowie der entsprechenden studentischen Organisationen IFMSA-Lettland, IFMSA-Russland, IFMSA-Polen, EstMSA (Estland), FiMSIC (Finnland) und IFMSA-Schweden. Es nahmen 58 Studierende und Lehrende bzw. Forschende aus baltischen Staaten teil. Medizinethiker aus Europa sowie Professoren der Universität Vilnius waren als Experten und Vortragende eingeladen.

Im Laufe der drei Kongresstage wuchs die Faszination für die unerwarteten interkulturellen Aspekte der Zusammenkunft. Dies so plastisch mitzuerleben, war für viele ein erstaunliches Ergebnis: Innerhalb der Diskussionen wurde deutlich, wie sehr die eigene Kultur mit Einstellungen, Argumentation und Entscheidungsfindung verwoben war. Nicht nur eine verstärkte Reflexion über die eigene Denkweise, sondern auch Verständnis für zuvor als abwegig verworfene Argumente wurden so zu einem zentralen Erlebnis des Kongresses.

Nach allgemein einführenden Vorträgen von Expertenseite war es Aufgabe der Studierenden, sich ein Arbeitsthema aus den angebotenen Workshops auszusuchen. Folgende Themenkomplexe waren vorgesehen: Forschung und Genetik; künstliche Befruchtung; Arzt-Patienten-Beziehung; Verschreibung von Medikamenten. In Kleingruppen und unter jeweiliger Fachleitung wurde innerhalb der Gruppe zunächst zusammengetragen, was die Teilnehmer an Vorwissen oder Wissenslücken mitbrachten. Die daraus abgeleiteten Fragenkomplexe wurden in anschließenden Diskussionen erörtert. Optional war es, aus den Ergebnissen mögliche Forschungsprojekte zu entwerfen. In den einzelnen Arbeitsgruppen wurden folgende Untertemen von den Studierenden erarbeitet und kontrovers diskutiert:

■ *Forschung und Genetik:*

1. informiertes Einverständnis, Risiko, Nutzen, Respektierung der Autonomie,
2. Vertraulichkeit von Patientendaten,
3. Einfluss der Pharmaindustrie durch Finanzierung von Forschungsprojekten,
4. Tierversuche,
5. Stammzellforschung,
6. Eugenik.

■ *Künstliche Befruchtung:*

1. Status von nichteingepflanzten Embryonen,
2. Samenspende,
3. genetisches Screening,
4. „Leihmütter“,
5. Selektion von Ei- und Samenzelle,
6. Einfluss der Kirche auf Entscheidungsprozesse.

— *Arzt-Patienten-Beziehung:*

1. Pflichten des Arztes und Rechte des Patienten: Paternalismus vs. Autonomie?,
2. Vertraulichkeit, informiertes Einverständnis und Weitergabe von Informationen im Kontext von Gruppenarbeit,
3. Bestechungsgelder im medizinischen und forschenden Alltag.

— *Verschreibung von Medikamenten:*

1. ethische Verpflichtungen des verschreibenden Arztes,
2. Marketingstrategien von Pharmafirmen,
3. Compliance der Patienten,
4. Beziehung zwischen klinischer Forschung und der Pharmaindustrie,
5. staatliche Regelungen von Verschreibungen.

In nicht unerheblichem Maße hingen die Gewichtung und die Wahrnehmung von medizinethischen Themen stärker als zunächst vielleicht vermutet von Einflussfaktoren aus dem jeweiligen Herkunftsland ab. Identifikation und Anerkennung dieser Faktoren waren elementarer Bestandteil des Verständnisses und des Respektierens der variierenden Standpunkte untereinander.

So konnte der unterschiedliche Stand der Technologie Einfluss haben auf die grundsätzliche Annäherungsweise an ein medizinethisches Problem. Medizinethische Fragestellungen wurden je nach den gegebenen technischen Möglichkeiten eines Landes als dringlich oder weniger dringlich eingestuft. Beispielsweise wurde die Frage nach ethischer Vertretbarkeit von Stammzellforschung vorrangig von den Studierenden dort als ein vielschichtiges, kontroverses und vor allem dringliches Thema anerkannt, wo den Forschern die Möglichkeiten aktuell dafür bereitstehen.

In der Frage nach künstlicher Befruchtung konnte der Einfluss von Religion bzw. Kirche bemerkt werden. Zweifel an künstlicher Befruchtung wurde von einigen Studierenden aus überwiegend katholischen Ländern auf ihren religiösen Hintergrund zurückgeführt – der Konflikt zwischen eigenem Glauben und der Vertretbarkeit von künstlicher Befruchtung stand im Vordergrund. Dagegen behaupteten einige Studierende aus einem evangelischen Umfeld, keinen Konflikt mit Kirche oder Glauben zu sehen. Ein ethi-

sches Problem entstand z. B. in der Frage, ob homosexuelle Paare Zugang zu künstlicher Befruchtung haben sollten oder nicht.

Auch die zugrunde liegende wirtschaftliche Lage spielte eine Rolle. In manchen Ländern hing mehr als in anderen die Qualität der klinischen Forschung und der medizinischen Betreuung von Höhe und Frequenz der Bestechungsgelder ab, vor allem, wenn Gehälter und Forschungsgelder keine sicheren Einkommensquelle waren. Wo Bestechung als bittere, aber übliche Praxis angesehen wurde, konnte die Wahrnehmung über informiertes Einverständnis und eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung einen anderen Charakter annehmen, als bei Studierenden, die die Möglichkeit einer Bestechung kaum in Betracht zogen.

Ein weiterer Faktor, der die Wahrnehmung zu beeinflussen schien, war das traditionelle Verständnis für die Arzt-Patienten-Beziehung. Studierende, die nach Landestradiation von einer paternalistischeren Prägung ausgingen, sympathisierten eher mit der „non-disclosure“ von Informationen. Beispielsweise hielten es einige für völlig abwegig, einem Patienten mitzuteilen, dass der operierende Chirurg die anstehende Operation zum ersten Mal durchführe. Wurde das Konzept des „informed consent“ von vorneherein nicht infrage gestellt und der gleichgestellte Dialog zwischen Arzt und Patient als selbstverständlich angesehen, führten die Reaktionen eher zu dem Schluss, dem Patienten grundsätzlich die Wahrheit zu sagen und im Einzelfall abzuwägen.

Die Konferenz in Vilnius war ein mögliches Medium, Studierenden die Grundlagen der Medizinethik nahe zu bringen. Die Zusammenführung von Theorie und Praxis durch begleitende Vorträge und Diskussionen anhand aktueller Problemfelder gelang ausgezeichnet. Der interkulturelle Diskurs und mehrtägige Austausch ermöglichten die Sensibilisierung für eine kritische Beurteilung und Reflexion der eigenen Wahrnehmung medizinethischer Fragestellungen. Das Verständnis von Werten und Konflikten, das innerhalb der eigenen Landesgrenzen von den Teilnehmern bisweilen als selbstverständlich, wenn nicht sogar als universell, anerkannt erscheinen mochte, wurde vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Herangehensweisen und Perspektiven in Frage gestellt und erneut überdacht.

Eine derartige Auseinandersetzung mit Medizin und Ethik kann zu überlegterem und verständnisvollerem Agieren im Umgang mit Patienten oder Kollegen in- und außerhalb des eigenen Landes beitragen. Im Rahmen des medizinischen Curriculums findet noch wenig Sensibilisierung statt für die Wahrnehmung der Entwicklung der eigenen medizinethischen Position sowie die kritische Auseinandersetzung mit deren möglicher Beeinflussung durch kultur- und landestypische Strukturen. Sorgfältig vorbereitete medizinethische Seminare und internationaler Austausch können ihren Beitrag dazu leisten, einen offenen, respektvollen und bewussteren Umgang miteinander zu fördern – eine Grundvoraussetzung für ärztliches Handeln in einer sich globalisierenden Welt.