

Heute liegen diese Kämpfe glücklicherweise hinter uns, wir können uns kaum noch vorstellen, wie empfindlich sie im 19. Jahrhundert den Frieden der Konfessionen störten. Die Deutsche Frage ist zwischen Katholiken und Protestanten längst kein Zankapfel mehr. Über Kaisertum oder Republik, kleindeutsche oder großdeutsche Lösungen, Preußen oder Österreich wird heute nicht mehr gestritten – schon weil es Preußen (und auch das alte Österreich) nicht mehr gibt. Das Jahr 1848 ist in einem ganz anderen Sinn maßgeblich und erinnerungswürdig geblieben. Die Paulskirche entwarf zum ersten Mal eine freiheitliche Verfassung für ganz Deutschland; sie formulierte die Grundrechte neu und umfassend, sozial bewußter als bisher; und sie bemühte sich, Einheit und Freiheit nicht als Gegensätze zu sehen, sondern sie einander zuzuordnen. Zur deutschen Freiheitsgeschichte, zur demokratischen Kultur in unserem Land haben die Abgeordneten der Paulskirche – aber auch die Teilnehmer am ersten Deutschen Katholikentag – Entscheidendes beigetragen. Dankbar erinnern wir uns daher heute in der Paulskirche der Geschehnisse in Frankfurt und Mainz vor 150 Jahren.

Unmittelbaren Erfolg hatte die Paulskirche nicht. Ihr fehlte die jakobinische Entschlossenheit zur Gestaltung der Zukunft – wenn nötig durch Gewalt. Wie hat man schon unter den Zeitgenossen die langen und mühseligen Beratungen

über die Grundrechte in diesem Haus verspottet und verhöhnt! Vom Recht des Schwatzens und von „betrunkenen Menschen“ sprach Michail Bakunin – und nicht viel anders klingt das Bismarck-Wort vom geringen Wert der Reden und Majoritätsbeschlüsse. Bakunin empfahl als zeitgerechte Heilmittel geheime Gesellschaften und organisierten Kampf, Bismarck die Lösung der Deutschen Frage durch „Eisen und Blut“.

Aber vielleicht ahnten die Männer der Paulskirche in aller Ohnmacht doch etwas von den längerfristigen Prioritäten der Politik. Vielleicht waren sie darin moderner als ihre Gegner auf der Linken und der Rechten. Mag sein, daß sie den Machtstaat und seine Forderungen vernachlässigt haben. Aber an den Rechtsstaat haben sie mit aller Kraft gedacht. Von dem, was die Paulskirche schuf, sind gerade die Grundrechte am lebendigsten geblieben. Sie regieren heute das Grundgesetz – eine kopernikanische Wende gegenüber älteren Zeiten deutscher Politik. In dieser Option für das Recht der Bürger gegenüber dem Selbstzweck der Macht liegt die Kühnheit, das Vorbildhafte, das in die Zukunft Weisende des Werks der Paulskirche. Den Schöpfern der ersten freiheitlichen Verfassung Deutschlands bleiben wir Heutigen in Dankbarkeit verpflichtet – Katholiken wie Protestanten.

Hans Maier

## Problematische Eigendynamik

### Fortpflanzungsmedizin 20 Jahre nach dem ersten Retortenbaby

*Vor 20 Jahren, am 25. Juli 1978, wurde in der englischen Industriestadt Oldham Louise Brown, das erste Retortenbaby, geboren. Was damals als Sensationsmeldung galt, ist heute ärztliche Routine. Weltweit leben etwa 300 000 solcher Kinder, davon mindestens 80 000 in Deutschland. In der Bevölkerung trifft die Fortpflanzungsmedizin weithin auf Zustimmung und wird auch zunehmend in Anspruch genommen. Allerdings sind die einzelnen Methoden der künstlichen Befruchtung weder ethisch ausdiskutiert noch rechtlich befriedigend geregelt. Der Mainzer Moralthologe Johannes Reiter gibt einen geschichtlichen Überblick und legt einen aktuellen Sachstandsbericht vor.*

Mehr als eine Million Paare in Deutschland sind ungewollt kinderlos. Während man früher die Ursachen dafür allein bei der Frau suchte, weiß man heute, daß diese etwa gleichmäßig auf beide Partner verteilt sind. Sie liegen zu je 30 bis 40 Prozent beim Mann oder bei der Frau und zu ebenfalls 30 bis 40 Prozent bei beiden zugleich. Der Anteil der Störungen, deren Ursache ungeklärt bleiben (idiopatische Störungen), beträgt bis zu 35 Prozent. Die Gründe der Kinderlosigkeit sind vielfältig. Ein wichtiger Grund ist, daß Paare sich heute relativ spät für ein Kind entscheiden – ein für Industriestaaten typischer Trend. In Deutschland liegt das durchschnittliche Heiratsalter von Frauen bei 27 Jahren und von Männern bei 29 Jahren. Die Fruchtbarkeit der Frau nimmt

jedoch mit zunehmendem Alter ab; ihre Empfängnisbereitschaft ist mit ungefähr 24 Jahren am höchsten und nimmt ab Ende 20 bereits ab. Häufig wünschen sich auch Frauen in einer zweiten Ehe oder nach einer Sterilisation ein Kind. Weitere Ursachen der Unfruchtbarkeit können schädliche Umwelteinflüsse, aber auch die Lebensweise sein, und zwar bei Frauen wie bei Männern. So soll in den letzten Jahren die Anzahl der befruchtungsfähigen Samenzellen im Sperma der Männer leicht gesunken sein (Ärzte Zeitung, Nr. 116 v. 25. 6. 1998, 2).

Mit Hilfe der Fortpflanzungsmedizin kann solchen Paaren – wenn sich nach ein oder zwei Jahren noch keine Schwangerschaft eingestellt hat – geholfen werden, ihren Kinder-

wunsch zu erfüllen. Dies geschieht durch Behandlung der gestörten Fortpflanzungsfunktionen mit Methoden der Psychotherapie, Hormonbehandlung, Mikrochirurgie und Insemination sowie den verschiedenen Verfahren der künstlichen Befruchtung, insbesondere der In-vitro-Fertilisation (IVF) (vgl. H. M. Beier, *Assistierte Reproduktion. Zum Stand der Therapieverfahren in der Bundesrepublik Deutschland 1997*, München 1997; M. Stauber, *Diagnose und Therapie der Unfruchtbarkeit*. Manuskript, München 1996). Die Krankenkassen erleichtern die Entscheidung für die aufwendigen Therapieverfahren und bezahlen bei der In-vitro-Fertilisation bis zu vier Versuche, von denen jeder etwa 3000 DM kostet. Für die aufwendige Mikroinjektion, deren Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden, zahlen die privaten Krankenkassen 7000 bis 9000 DM. Man schätzt, daß für die Fortpflanzungsmedizin in Deutschland jährlich rund 300 Millionen DM von den gesetzlichen und 70 Millionen von den privaten Krankenversicherungen verausgabt werden.

---

### Ein breites Spektrum von Verfahren

---

In Deutschland gibt es laut Internet-Recherche derzeit 105 *Fertilitätszentren und -praxen* (vor fünf Jahren waren es 55 und vor zehn Jahren 28), allerdings teilten davon im vergangenen Jahr nur 75 ihre Ergebnisse dem Deutschen IVF-Register mit, mit der Folge, daß sich die übrigen damit auch der Kontrolle entziehen. Medizinische Hilfen zur Optimierung der Fortpflanzung sind nicht neu. Von einer erfolgreichen künstlichen (intravaginalen) Insemination wird schon aus dem Jahre 1770 berichtet. Forschungen zur IVF wurden 1944 von den Amerikanern J. Rock und M. F. Menkin durchgeführt, wobei es bei zwei von 1938 inseminierten menschlichen Eizellen zu einer Befruchtung und Entwicklung eines Embryos bis zum Zweizellstadium gekommen ist. Erst in neuerer Zeit kam es zu einer solchen Verbesserung der Methode, daß die IVF (seit 1978 in England und seit 1981 in Deutschland) als therapeutische Maßnahme angewendet wird. Bis dahin war man insbesondere auf die *Insemination* als assistierte Fortpflanzungstechnik angewiesen. Diese Methode wird aber auch heute noch angewandt und kommt vor allem bei eingeschränkter Fruchtbarkeit des Mannes in Betracht. Hierbei wird mittels spezieller Instrumente eine große Anzahl normaler oder im Labor aufbereiteter Spermien in den Gebärmutterhals, in die Gebärmutterhöhle oder in den Eileiter eingebracht.

Ein weiterer Schritt auf dem Feld der Fortpflanzungsmedizin ist die schon genannte *In-vitro-Fertilisation* (IVF); sie ist die ursprüngliche Retorten-Baby-Methode. Die IVF kommt zur Anwendung, wenn bei der Frau beide Eileiter fehlen oder völlig verschlossen sind und auch nicht operativ geöffnet werden können, wenn die Frau an Endometriose (versprengter Gebärmutterschleimhaut) leidet oder Antikörper gegen männliche Samenzellen produziert. Eine erheblich verminderte Zeugungsfähigkeit des Mannes, zum Beispiel

durch Spermadefekte, ist ebenfalls eine Indikation zur IVF. Bei diesem Verfahren werden dem Eierstock Eizellen entnommen und außerhalb des Mutterleibes (in vitro) mit dem (aufbereiteten) Samen befruchtet und etwa zwei Tage nach der Befruchtung in die Gebärmutter übertragen; den Vorgang der Übertragung bezeichnet man als *Embryotransfer* (ET). Wie aus dem Deutschen IVF-Register zu ersehen ist, fanden 1997 in Deutschland 9902 Behandlungen mit dieser Methode statt.

Ein der IVF ähnelndes Verfahren ist der *intrauterine Gametentransfer* (GIFT, engl. gamete intrafallopian transfer). Hierbei werden jedoch die dem Eierstock entnommenen Eizellen zusammen mit den aufbereiteten Spermien in den Eileiter zurückgebracht. Die eigentliche Befruchtung findet also nicht in vitro statt, sondern in der natürlichen Umgebung, dem Eileiter. Die Anzahl der Behandlungen mit dieser Methode nimmt ständig ab, während 1992 noch 1283 Behandlungen durchgeführt wurden, waren es 1997 nur noch 104.

Der *intrauterine Zygotentransfer* (ZIFT, engl. zygote intrafallopian transfer) ist eine Kombination aus IVF und GIFT, bei der die ersten Phasen der Befruchtung im Labor stattfinden können, bevor die Übertragung in den Eileiter erfolgt. Bei dieser Methode werden die Vorteile der IVF (kontrollierte Bedingung der Befruchtung) mit den Vorteilen der GIFT-Technik (natürliches Milieu für die frühe Embryonalentwicklung) kombiniert. Auch diese Behandlungsmethode wird immer seltener angewandt; 1992 waren es 620 Behandlungen, 1997 lediglich 64.

Kommt es auch auf diese Weise nicht zur Schwangerschaft, weil die männliche Zeugungsfähigkeit massiv gestört ist, kann man noch einen Schritt weitergehen und durch *Mikroinjektion* (MI) direkt in den Befruchtungsvorgang eingreifen. Die bisher erfolgreichste MI-Technik ist die *intracytoplasmatische Sameninjektion* (ICSI). Hierbei wird eine einzige Samenzelle direkt in die Eizelle injiziert. Wie seinerzeit die IVF als Lösung für die Unfruchtbarkeit von Frauen angesehen wurde, so scheint sich ähnliches mit der ICSI als Lösung bei unfruchtbaren Männern abzuzeichnen. Somit wundert es nicht, daß die Anwendung dieser Methode sprunghaft zunimmt. Während 1994 5856 Behandlungen durchgeführt wurden, waren es 1997 bereits 15 365.

---

### Die gesellschaftliche und medizinethische Diskussion

---

Die ethische Bewertung der Fortpflanzungsmedizin ist nach wie vor unterschiedlich. Die gesellschaftliche und medizinethische Diskussion, die mehr oder weniger von der theologisch-ethischen abgekoppelt verläuft, ist in erster Linie an den erkennbaren Vor- und Nachteilen der einzelnen Methoden interessiert und macht daran auch das ethische Urteil fest. Sowohl die Insemination als auch die In-vitro-Fertilisation werden aus dieser Sicht für grundsätzlich unbedenklich

angesehen, insofern sie im *homologen System* (Insemination mit Samen des Ehemannes) stattfinden. Dem Paar, so die Argumente, werde mit diesen Methoden, die inzwischen medizinischer Standard seien, zu einem eigenen Kind verholphen. Bezüglich der *quasi-homologen Insemination* (Insemination unter Partnern einer nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft) und der *heterologen Insemination* (Insemination mit Spendersamen) werden zwar Vorbehalte formuliert, aber mehrheitlich möchte man sie nicht verbieten.

Die Vorbehalte werden zunächst im Hinblick auf das Wohl des Kindes vorgebracht, das durch die Trennung genetischer, leiblicher und sozialer Elternschaft gefährdet sei. Und kann das Kind erfüllen, was sich die Eltern nach all dem Aufwand von ihm erhoffen? (Darüber, ob und inwieweit das Kindeswohl tatsächlich durch heterologe Insemination beeinflusst wird, scheinen bislang noch keine aussagekräftigen Studien vorzuliegen.) Zudem könne es zu Spannungen in der Ehe dadurch kommen, daß sich die Mutter gedanklich mit dem genetischen Vater befasse und so dem Ehemann die Vaterrolle nicht voll zugestehe. Auch wird von Fällen berichtet, in denen Frauen den Reproduktionsmediziner als den eigentlichen Erzeuger ihres Kindes ansehen. Oder aber der Ehemann distanzieren sich als lediglich sozialer Vater von dem Kind, insbesondere bei dessen ungünstiger Entwicklung.

---

## Welchen Stellenwert hat noch das Leitbild Familie angesichts dieser Entwicklungen?

---

Als Gründe für eine heterologe Insemination werden angeführt: Das Kind sei – anders als bei einer Adoption – wenigstens mit einem Elternteil verwandt. Die Methode werde seit längerem praktiziert, ein Verbot sei kaum kontrollierbar und führe zur Diskriminierung der mit Hilfe dieser Methode bereits geborenen Menschen. Man sieht aber auch die durch das Auseinanderfallen von genetischer und sozialer Vaterschaft möglicherweise entstehenden Probleme und möchte die Methode nur unter bestimmten Bedingungen zulassen: umfassende psychosoziale Beratung des Ehepaares vor der Behandlung; Anonymität des Samenspenders gegenüber den Eltern, das Kind dagegen hat nach Ablauf des 16. Lebensjahres ein Auskunftsrecht gegenüber der Stelle, die die Spenderdaten dokumentiert; kein Entgelt für den Samenspender; die Samenspende soll nur bei *einem* Paar eingesetzt werden; keine Verwendung von Samengemischen; die Samenspende soll nicht länger als zwei Jahre aufbewahrt werden.

In die 1998 überarbeiteten, aber bislang noch nicht verabschiedeten IVF-Richtlinien der Bundesärztekammer hat man nunmehr auch die quasi-homologe und heterologe Insemination einbezogen und sie bewilligt, sofern vorher eine Beratung erfolgt ist bzw. ein zustimmendes Votum der jeweiligen Landesärztekammer vorliegt. Das Leitbild der Familie ist offenbar in unserer Gesellschaft nicht mehr stark genug, um eine solche (Fehl-) Entwicklung zu verhindern (vgl. A. Laufs, *Arzt und Recht – Fortschritte und Aufgaben*, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 51 [1998], 1753).

Die Bedenken gegenüber dem heterologen Element, also der Samenspende durch Dritte, entfallen bei der *Mikroinjektion*. Als weiteren Vorteil dieser Methode nennen ihre Befürworter die Tatsache, daß damit auch jenen Paaren zu einem Kind verholphen wird, die sonst aufgrund der eingeschränkten bzw. fast fehlenden Zeugungsfähigkeit des Mannes darauf verzichten müßten. Allerdings gibt man auch zu bedenken, daß es durch die sozusagen „erzwungene Befruchtung“ (unter Umgehung der natürlichen Selektion) bei den so gezeugten Kindern zu einer erhöhten Fehlbildungsrate kommen könne. Bislang liegen darüber und über mögliche Spätfolgen noch keine ausreichenden Untersuchungen vor (vgl. FAZ, 24.6.1998). Die Gynäkologische Fachgesellschaft hat 1995 Empfehlungen zur Mikroinjektion vorgelegt, die 1996 neu gefaßt wurden.

Im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin stellt sich auch die Frage nach der *Altersgrenze*, jenseits derer eine künstliche Befruchtung nicht mehr praktiziert werden soll. Im Ausland beispielsweise sind noch bei über sechzigjährigen Frauen künstliche Befruchtungen durchgeführt worden. Während die Richtlinien der Bundesärztekammer als Grenze das Klimakterium der Frau vorsehen, nennen die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine Altersgrenze von vierzig Jahren, ausnahmsweise fünfundvierzig Jahren, wenn die Erfolgsaussichten durch einen Gutachter als positiv beurteilt werden. Es ist nicht uninteressant, daß die Richtlinien der Bundesärztekammer auf die Natur (Klimakterium) als Kriterium rekurren, während man mit der künstlichen Befruchtung doch gerade die Natur zu umgehen versucht. In diesem Zusammenhang bleibt auch zu fragen, wieweit die Natur auch Schutz der Person ist (K. Demmer). Eine Altersgrenze scheint geboten zu sein, insbesondere im Hinblick auf die Sozialisation des Kindes; sie sollte allerdings nicht nur die Frau betreffend festgelegt werden, sondern auch den Mann im Blick haben.

---

## Reprogenetik – vorgeburtliche Qualitätskontrolle

---

Im Mittelpunkt der Diskussion steht derzeit die *Präimplantationsdiagnostik* (vgl. R. Kollek und K. Held, *Voraussetzungen und Implikationen der Präimplantationsdiagnostik*. Gutachten, Hamburg 1997). Die Präimplantationsdiagnostik (PID bzw. PGD = Preimplantation Genetic Diagnosis) gehört zwar nicht zu dem Methodenspektrum der Fortpflanzungsmedizin, ist aber ohne diese nicht denkbar. Mit Hilfe der PID ist eine genetische Untersuchung von in vitro erzeugten Embryonen schon vor einer Übertragung in den weiblichen Körper möglich. Als Indikation gilt die Gefahr der Vererbung einer schweren genetisch bedingten Erkrankung; der Embryo wird nur dann übertragen, wenn bei ihm die Krankheit ausgeschlossen wird. Das erste Kind, an dem eine solche Diagnostik durchgeführt wurde, kam 1990 in den USA zur Welt, bis heute wurden etwa 170 Kinder nach Anwendung dieser Methode geboren.

Die Kosten für eine PID liegen bei 10000 Dollar. In Deutschland ist die PID durch das Embryonenschutzgesetz (ESchG) verboten. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat in ihrer Denkschrift „Forschungsfreiheit“ (1996, 37) ebenso wie die Gesellschaft für Humangenetik eine Ausnahmeregelung für die PID gefordert. 1995 wurde bei der Ethikkommission der Medizinischen Universität zu Lübeck der Antrag zur Durchführung einer PID gestellt, dem aber vorerst nicht stattgegeben wurde. Eines der Hauptargumente des Antrages war, daß die Entnahme der Zellen im 12-Zell-Stadium des Embryos erfolgen würde, also nach dem Stadium der Totipotenz, und somit läge in dieser Hinsicht kein Verstoß gegen das ESchG vor.

Für diese Methode, so die Befürworter, spreche das Faktum, daß eine spätere Abtreibung vermieden wird, wenn statt dessen der Embryo *in vitro* verworfen werde. Das Argument läßt allerdings die völlig neue ethische Dimension außer Sicht, die sich daraus ergibt, daß bei der Präimplantationsdiagnostik – im Unterschied zu einem Schwangerschaftsabbruch – die Verantwortung für die Verwerfung des Embryos in der Hand des Arztes liegt. Aus rechtlicher Perspektive läßt sich dieser Unterschied ebenfalls verdeutlichen: Die in ethischer Hinsicht zwar viele Fragen offenlassende Neuregelung des Paragraphen 218 StGB stellt dennoch die Schutzwürdigkeit des Embryos nicht zur Diskussion.

Sie trägt dabei allerdings der Tatsache Rechnung, daß es sich bei der Schwangerschaft um eine einzigartige Situation der körperlichen Verbundenheit zwischen Frau und Embryo handelt; und nur insofern gesteht der Gesetzgeber der Frau das Recht zu, sich in dieser konkreten und einzigen Situation gegen die Weiterexistenz des Embryos zu entscheiden. Bei der Präimplantationsdiagnostik geht es jedoch nicht um den Konflikt, der bei einer existierenden Schwangerschaft zwischen dem Lebensrecht des Embryos und dem Recht der Frau auf Gestaltung ihres eigenen Lebens besteht, sondern um das Recht auf Leben (des Embryos), das nicht zur Disposition stehen darf. Angesichts dieses Unterschiedes kann also nicht von einer rechtlichen Gleichwertigkeit beider Handlungen gesprochen werden.

Zur Legitimation der Präimplantationsdiagnostik bedient man sich des Vergleichs mit der nicht verbotenen *Pränataldiagnostik*. Auch dieser Vergleich hinkt. Die konventionelle pränatale Diagnostik wird nicht ausschließlich mit dem Ziel durchgeführt, Embryonen mit einer genetischen Krankheit abzutreiben, sondern hat auch lebenserhaltende Motivationen. Anders als die Pränataldiagnostik bietet die Präimplantationsdiagnostik die Möglichkeit, zur Etablierung einer spezifischen Schwangerschaft unter mehreren Embryonen auszuwählen; es wird also unterschieden zwischen Embryonen, deren Entwicklung fortgesetzt, und solchen, bei denen sie beendet werden soll. „Die Präimplantationsdiagnostik (...) hat i. S. einer Zeugung unter Vorbehalt die Selektion (...) zum primären Ziel. Um dieses Ziel sicher zu erreichen, wird auch bei unauffälliger Präimplantationsdiagnostik in jedem Fall eine spätere konventionelle Pränataldiagnostik empfohlen.“ (H. Hepp, Jahres- und Tagungsberichte der Görresge-

sellschaft 1997, Köln 1998, 78.) Indem Embryonen einer *Qualitätskontrolle* unterzogen werden – und die Möglichkeit auch nach Geschlecht und anderen Merkmalen zu selektieren, ist mit der Präimplantationsdiagnostik grundsätzlich eröffnet – werden *eugenische Strategien* angewandt.

Gegen die Präimplantationsdiagnostik wird auch vorgebracht, sie könne sich zu einer Schlüsseltechnologie entwickeln, die die Tür zur Embryonenforschung, zur Keimbahntherapie und sogar zum Klonen öffne. Nun wird von den Befürwortern der Methode gesagt, man könne solche Mißbräuche durch Richtlinien unterbinden und die Präimplantationsdiagnostik einschränken auf Frauen mit sehr hohem Risiko bzw. Wiederholungsrisiko. Es scheint aber – wie Erfahrungen aus dem Ausland zeigen – eine solche Einschränkung der Methode nicht praktikierbar zu sein. Dort kommt es zu einer Ausweitung und Verschiebung der Indikationen für eine Präimplantationsdiagnostik über den Nachweis monogen bedingter Erkrankungen hinaus, indem die Präimplantationsdiagnostik fraglos auch zum Screening von *in-vitro*-fertilisierten Embryonen eingesetzt wird, also auf eine Fallgruppe angewendet wird, für die die Präimplantationsdiagnostik gar nicht gedacht ist. Die IVF wurde entwickelt, um kinderlosen Eltern den Wunsch nach einem Kind zu erfüllen; in Verbindung mit der Gentechnik kann sie nun den Wunsch nach einem bestimmten Kind erfüllen.

Sicherlich bleibt dem einzelnen immer noch die Möglichkeit, sich in Freiheit gegen die Inanspruchnahme der Präimplantationsdiagnostik, sollte sie denn bei uns zugelassen werden, zu entscheiden. Dies wird jedoch schwierig, wenn die Methode erst einmal etabliert ist. Neuere englische und amerikanische Untersuchungen zeigen, daß die Inanspruchnahme genetischer Tests *angebotsgesteuert* ist, und schwedische und amerikanische Studien zur Pränataldiagnostik, die hier vergleichsweise herangezogen werden können, kamen zu dem Ergebnis, daß es fast allen Frauen schwierig erschien, die Untersuchung abzulehnen, wenn sie ihnen angeboten wurde, in gewisser Weise fühlten sie sich zu dem Test verpflichtet.

---

### Ungelöste Folgeprobleme der Fortpflanzungsmedizin

---

Die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg kommt aufgrund des schon zitierten Gutachtens von Kollek und Held zu einem eher negativen Votum gegenüber der PID: Werden die im Embryonenschutzgesetz aufgewiesenen Grundpositionen angetastet, und „wird diese deutliche Grenze in Frage gestellt, indem eine Präimplantationsdiagnostik für bestimmte Fälle erlaubt wird, so besteht die Gefahr, daß es künftig keine klaren ethischen Grenzen mehr gibt. Es stünde zu befürchten, daß mit dem Aufweichen der Grenze dem Mißbrauch der Methode zur Selektion der Weg geöffnet wird.“ In dem Gemeinsamen Wort der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Woche des Lebens

1997 „Wieviel Wissen tut uns gut? Chancen und Risiken der voraussagenden Medizin“ wird die Präimplantationsdiagnostik abgelehnt. Die Bundesärztekammer berät derzeit über eine Richtlinie zur PID.

Darüber hinaus führt die Fortpflanzungsmedizin zu einer Reihe bislang ungelöster Folgeprobleme, z. B. der *Umgang mit überzähligen Embryonen*. Das Embryonenschutzgesetz verbietet es, im Rahmen der künstlichen Befruchtung mehr als drei Embryonen zu erzeugen. In der Regel entspricht dies der Zahl an Embryonen, die auf die Frau übertragen werden. Überzählige bzw. verwaiste Embryonen würden somit nur dann entstehen, wenn deren Übertragung aus medizinischen Gründen aktuell nicht möglich ist und die Übertragung in einem späteren Zyklus erfolgen soll. Nur aus diesem Anlaß ist eine *Kryokonservierung* nach ärztlichem Berufsrecht erlaubt. Im ungünstigsten Fall, wenn der Embryo also nicht auf seine Mutter übertragen wird und auch nicht durch Embryonenspende adoptiert wird, stellt sich auch hier die Frage nach dem weiteren Vorgehen. Eine Regelung bezüglich einer Aufbewahrungsfrist gibt es in Deutschland nicht. Geht man davon aus, daß die aktive Tötung von Embryonen verboten und strafbar ist, müßten diese eingefrorenen Embryonen unbefristet verwahrt werden. Andere europäische Länder haben eine Aufbewahrungsfrist festgelegt: England und Frankreich jeweils fünf Jahre, Dänemark, Norwegen, Österreich und Schweden jeweils ein Jahr. Nach einer Entschließung des Europäischen Parlamentes aus dem Jahre 1989 darf die Kryokonservierung die Zeit von drei Jahren nicht überschreiten.

Dem Problem der überzähligen Embryonen begegnet man in der deutschen Ärzteschaft inzwischen durch Kryokonservierung von *Vorkernstadien* (Pronukleus-Stadien). Da bei Vorkernstadien – das Spermium ist in die Eizelle eingedrungen, die Zellkerne sind aber noch nicht verschmolzen – die Befruchtung noch nicht stattgefunden hat, liegt auch noch kein neues Leben vor (vgl. u. a. *Chr. Kummer*, Extrauterine Abtreibung? Sachargumente für eine Bestimmung des embryonalen Lebensbeginns, in: *Stimmen der Zeit* 122 [1997], 11–16). Außerdem überleben Eizellen in diesem Zustand das Einfrieren wesentlich häufiger als nicht imprägnierte. Die imprägnierten Eizellen kann man, so sehen es die Richtlinien der Bundesärztekammer vor, dann absterben lassen, wenn dies von einem Elternteil verlangt wird, oder wenn ein Elternteil verstorben ist. Damit ist den Ärzten in Deutschland das Problem erspart, das 1996 nicht nur England erschütterte, als dort 3000 tiefgefrorene Embryonen vernichtet wurden. Allerdings ist auch der moralische Status von Vorkernstadien nicht ausreichend geklärt, und der Umgang mit ihnen keineswegs ethisch unproblematisch.

Ein weiteres, mit der künstlichen Befruchtung einhergehendes Problem sind die *Mehrlingsschwangerschaften*. Diese liegen bei der physiologischen, also „normalen“ Befruchtung bei ein Prozent und bei der künstlichen zwischen 20 und 30 Prozent. Da solche Mehrlingsschwangerschaften (zwei oder mehrere Embryonen) einhergehen mit Fehlbildungen, höhe-

ren Geburtskomplikationen, höheren Frühgeborenenraten, höheren Gefährdungen der Embryonen und auch der Mutter, stellt sich für den Arzt gegebenenfalls die Frage nach einer Mehrlingsreduktion durch Fetozyd, also der Abtötung einzelner Feten im Mutterleib, in der Regel durch eine Kaliumchloridinjektion in das Herz des Kindes. Der Eingriff, so argumentiert man, sei gerechtfertigt, weil dadurch den restlichen Ungeborenen eine größere Überlebenschance verschafft und/oder das Leben der Mutter gerettet werde.

### Mehr Probleme geschaffen als gelöst

Daß der Fetozyd mit schweren ethischen und rechtlichen Problemen belastet ist und im Widerspruch zu dem ärztlichen Grundsatz vom Erhalt des Lebens steht, ist den daran Beteiligten bewußt und wird auch ausdrücklich in der Stellungnahme der Zentralen Kommission der Bundesärztekammer aus dem Jahre 1989 festgestellt. In der Stellungnahme der Kommission wird daher dem Arzt empfohlen, alle geeigneten und angemessenen Maßnahmen zur Vermeidung einer Mehrlingsschwangerschaft zu ergreifen; z. B. vorzugsweise zwei und nicht mehr als drei Embryonen zu implantieren (so auch die Erklärung des Weltärztebundes zu den ethischen Aspekten der Embryonenreduktion aus dem Jahre 1995).

Für den Fall, daß eine Mehrlingsreduktion erforderlich ist, empfiehlt die Stellungnahme der Bundesärztekammer eine unselektive Reduktion mittels Fetozyd der am besten zugänglichen Embryonen. Hier greift die Bestimmung des Paragraphen 218 a StGB, näherhin die medizinische Indikation, wonach ein Abbruch nicht rechtswidrig ist, wenn dadurch eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter abgewendet wird. Bricht der Arzt die Schwangerschaft allein deswegen ab, um die Überlebens- oder Gesundheitschancen der übrigen Embryonen zu erhöhen, handelt er ohne strafrechtliche Indikation. Bei aller Akzeptanz in der Gesellschaft müßte man spätestens an dieser Stelle nach der Perversion der Fortpflanzungstechnik fragen. Die Fortpflanzungsmedizin, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, Leben zu schaffen, tötet in eben diesem Interesse Leben ab, was ethisch nicht zu rechtfertigen ist.

Die Fortpflanzungsmedizin kann sich in einigen Fällen als heilsam erweisen, in anderen Fällen ist sie jedoch zweifelhaft, in einigen extremen Anwendungen eine Tat menschlicher Hybris. Insgesamt scheinen die Probleme, die sie erzeugt, größer als jene, die sie löst. Jedenfalls gilt es, besonders bei der In-vitro-Fertilisation, den hohen Einsatz im Zusammenhang des gesamten medizinischen Vorgangs, seines Ertrages und seiner Gefahren zu sehen und abzuwägen. Nach neueren Untersuchungen erweist sich das *Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken* der In-vitro-Fertilisation als keineswegs überzeugend (vgl. *E. Barbian* und *G. Berg*, Die Technisierung der Zeugung. Die Entwicklung der In-vitro-Fertilisation in der Bundesrepublik Deutschland, Pfaffen-

weiler 1997). Wohl zu schnell wurde die Methode innerhalb des wissenschaftlichen Kollektivs für unverzichtbar gehalten; und ihre Verbreitung vollzog sich, wie es scheint, jenseits einer vernünftigen Effektivität und eines abschätzbaren Nutzen-Kosten-Kalküls.

Denn die In-vitro-Fertilisation als Therapie des unerfüllten Kinderwunsches erreicht ihr Ziel, eine Geburt, nur in 15 Prozent der Fälle; und die unerwünschten Wirkungen und Gefährdungen sind beträchtlich. Sie äußern sich nicht nur in der hohen Quote erfolgloser Behandlungen, sondern auch in vermehrten Komplikationen beim Schwangerschafts- und Geburtsverlauf. Auch kann mit der künstlichen Befruchtung nicht jedem Paar geholfen werden. Psychosomatische Untersuchungen zeigen, daß persönliche, partnerschaftliche und sexuelle Probleme häufig ursächlich an der Fruchtbarkeitsstörung beteiligt sind oder sich daraus ergeben. Eine medizinisch induzierte Schwangerschaft kann diese Probleme nicht lösen (Chr. Hölzle und U. Wiesing, In-vitro-Fertilisation – ein umstrittenes Experiment, Berlin – Heidelberg 1997).

Bei den meisten Methoden der Fortpflanzungsmedizin ist das Handeln des Arztes nicht mehr, wie bislang, auf den konkreten Patienten und dessen gestörte Funktion ausgerichtet. Hier kommt vielmehr ein „Therapiekonzept“ zur Anwendung, das den Patienten sogar teilweise ausklammert, so im Fall der heterologen Insemination, insbesondere im Extremfall der Ersatzmutterchaft. Das Argument, es handle sich – wie bei vielen anderen ärztlichen Tätigkeiten – um eine Substitutionstherapie (wie etwa eine Prothese, ein Herzschrittmacher usw.) überzeugt nicht, denn dem Patienten wird die gestörte Funktion gerade nicht ermöglicht. In diesem Zusammenhang ist dann auch die Rede von einer „Medizin ohne Indikation“.

Vor diesem Hintergrund, aber auch aus grundsätzlichen theologisch-ethischen Erwägungen lehnt die *offizielle katholische Position* alle Methoden der künstlichen Befruchtung ab. Bereits 1897 hatte das Heilige Offizium die moralische Unzulässigkeit der künstlichen Befruchtung betont (vgl. Denzinger/Hünemann 3323). Pius XII. bekräftigte in verschiedenen Stellungnahmen diese ablehnende Haltung. Das bedeutsamste Dokument, das sich eingehend mit den einzelnen Methoden der Fortpflanzungsmedizin auseinandersetzt, ist die Instruktion der Glaubenskongregation „Donum vitae“ von 1987, deren Kernaussagen auch in die 1995 erschienene Enzyklika „Evangelium vitae“ eingegangen sind.

In „Evangelium vitae“ drückt Johannes Paul II. die grundsätzlichen Vorbehalte des Lehramtes sehr deutlich aus, wenn er schreibt: „Auch die verschiedenen Techniken künstlicher Fortpflanzung, die sich anscheinend in den Dienst am Leben stellen und die auch nicht selten mit dieser Absicht gehandhabt werden, öffnen in Wirklichkeit neuen Anschlägen gegen das Leben Tür und Tor“ (Nr. 14). Bei seiner Ablehnung sämtlicher Methoden der Fortpflanzungsmedizin im homologen ebenso wie im heterologen System beruft sich das Lehramt im wesentlichen auf die Würde der

ehelichen Fortpflanzung (Auflösung des Zusammenhangs von Liebe und Zeugung) und auf die Gefährdung der Würde und Rechte des Kindes (Geschenk der Liebe und nicht Produkt einer Labortechnik). Darüber hinaus wird die ablehnende Haltung mit den Umständen und Folgen begründet, die mit der Fortpflanzungsmedizin verbunden sind (vgl. J. Reiter, Art. Fortpflanzungsmedizin, in: Lexikon Medizin, Ethik, Recht, Freiburg 1992, 354–359). Auch die *Evangelische Kirche in Deutschland* rät von der IVF ab: „Gewichtige Gründe sprechen gegen die extrakorporale Befruchtung. (...) Der Wunsch nach einem Kind rechtfertigt (...) nicht jede medizinische Maßnahme“ (Kundgebung der Synode der EKD, Berlin 1987).

### Es bräuchte ein zusammenfassendes Gesetz

Die Fortpflanzungsmedizin bewegt sich keineswegs im rechtlichen Niemandsland, sie findet sogar in einem komplexen rechtlichen Rahmen statt. Die grundsätzliche Therapiefreiheit des Arztes wird hier aufgrund der besonderen Risiken der Fortpflanzungsmedizin durch gesetzliche Vorschriften und berufsständische Richtlinien eingegrenzt. Ein grundlegendes Regelungsinstrument ist das 1991 in Kraft getretene *Embryonenschutzgesetz* mit seinen strafrechtlichen Verboten mißbräuchlicher Fortpflanzungstechniken; darüber hinaus gibt es reproduktionsmedizinische Vorschriften im 5. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V, §§ 27 a und 121 a), ferner Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Daneben gibt es das ärztliche Berufsrecht. In der Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte von 1997 werden diese in § 13 auf die Einhaltung der „Richtlinien zur IVF der Bundesärztekammer“ verpflichtet. Schließlich sind auch noch die als Standard geltenden Leitlinien und Empfehlungen der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften von den Ärzten zu beachten.

Etlche Probleme sind in den bisherigen Regelungen aber noch nicht erfaßt oder nur unzureichend geregelt, andere sind durch den rasanten Fortschritt der Fortpflanzungsmedizin erst jetzt zutage getreten, so z. B. ein eventuelles Verbot der Präimplantationsdiagnostik, Regelungen bezüglich der Aufbewahrungsfrist von Embryonen, Umgang mit verwaisten Vorkernstadien, eventuelle Zulassung und Regelung der heterologen Insemination, Zulassungs- und Meldepflicht der Zentren. Die genannten Probleme könnten zum Teil im ärztlichen Berufsrecht und zum Teil durch Ergänzung oder Änderung der bestehenden Gesetze geregelt werden. Es gibt aber auch den ernstzunehmenden und derzeit von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu prüfenden Vorschlag, die jetzt schon bestehenden verstreuten Einzelbestimmungen zusammen mit den neu zu schaffenden Regelungen in einem *geschlossenen Fortpflanzungsmedizinengesetz* zusammenzufassen. Ein solches Gesetz würde sicherlich mehr Transparenz, Rechtsklarheit und Rechtssicherheit schaffen.

Johannes Reiter