

Hermann Hepp

Wissenschaft und Gewissen

Überlegungen aus der Sicht eines Frauenarztes

Gynäkologie und Geburtshilfe als „Heil“-Kunde der Frau, eingebunden in die epochalen Umwälzungen unserer Nachkriegsgesellschaft, bewirkten und erfuhren im Sog und als Teil des medizinischen Fortschritts einen tiefen Strukturwandel. Wir sind in der Wechselwirkung von Anspruch und Forschung „konfrontiert mit Erwartungen und Hoffnungen einer Gesellschaft, die von der Medizin eine neue Heilkultur erhofft und mit ihr schließlich das Modell einer Weltbewältigung erwartet“¹, so der Heidelberger Medizinhistoriker Heinrich Schipperges. Die demographische Entwicklung, die besonders in der Geburtsmedizin ausgeprägte Verrechtlichung der Medizin und die durch den medizinischen Fortschritt stimulierten Ansprüche treiben in immer engerer Zeitspanne die Fortschritts-Ausgaben-Spirale in die Höhe und bewirken eine immer größere Spannung zwischen der Position des Frauenarztes und der Wirklichkeit der Finanzierbarkeit.

Ärztliches Handeln zwischen Heilungsauftrag und Dienstleistung

Die traditionelle Standesethik reicht nicht mehr aus. Sie war noch an der dialogischen Arzt-Patienten-Beziehung ausgerichtet und mußte die ökonomischen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns nur am Rande berücksichtigen. Unterwerfen wir uns dem Erwartungsdruck, dem Anspruch der Patientin, indem in überzogener Weise die Patientenautonomie, die „*voluntas aegroti*“, zum *alleinigen* Handlungsprinzip erhoben wird und indem wir eine Hierarchie der Gefälligkeit setzen anstelle von Kompetenz bzw. Qualität ärztlichen Handelns, dann sind wir mitverantwortlich für die sich verschärfende Krise in unserem Gesundheitswesen. „*Voluntas aegroti*“: ja, solange und soweit dieser Wille dem Heil der Patientin dient – ein Postulat, das mit der rasanten Entwicklung der prädiktiven Medizin überragende Bedeutung erhalten wird. Das Heil der Kranken, die „*salus aegroti*“, in der die Autonomie der Patientenpersönlichkeit, die „*voluntas*“ teilhat – *informed consent* –, muß für den Frauenarzt Priorität behalten. „*Voluntas*“ und „*salus*“ stehen so nicht in Konkurrenz.

Daraus wird deutlich, daß unser Handeln einer Basis des Vertrauens bedarf. An ihr haben wir täglich zu arbeiten: „Es ist (also) weniger das Vorhandensein von

Codices als das Umfeld und die Integrität des Arztes oder der Ärzteschaft in moralisch-ethischer Hinsicht, die korrektes Handeln vor allem garantiert bzw. in Gefahr bringt.“²

Die hohe Arztdichte – die wir Ärzte nicht zu verantworten haben – kann über den Anbieterdruck der Industrie zum Amortisationsdruck im ärztlichen Alltag und schließlich über den Anspruch (Erwartungsdruck) der Patientin für den einzelnen zur Versuchung der Korrumpierung führen. Wir sind aufgerufen – das ist eine Frage des Gewissens –, Denken und Handeln am Heil der Patientin zu orientieren, was eine klare medizinische Indikationsstellung begründet. Das heißt: keine ökonomisch beeinflusste Indikationsausweitung, keine unnötige und teure Apparatemedizin zur Finanzierung der zeitintensiven – jedoch nicht entsprechend honorierten – sprechenden Medizin, keine Gefälligkeitsatteste, keine unberechtigte Krankenschreibung und Rezeptierung usw.

Es geht letztlich um die Eingrenzung der schleichend sich entwickelnden Rationalisierung im Gesundheitswesen. Sie ist täglich erlebte Wirklichkeit und nur über eine geistige Gesundheitsreform in offener gesellschaftlicher Debatte aufzuhalten. Wie human sie gestaltbar ist, hängt zunächst vom Bewußtseinswandel der Gesellschaft hin zur Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung ab. Wahre Zivilisation besteht nach Mahatma Gandhi nicht in der Vervielfältigung der Bedürfnisse, sondern in der überlegten Reduzierung der Wünsche. Nicht alles medizinisch Machbare und Wünschenswerte ist bezahlbar und über Sozialversicherungssysteme abwickelbar. Das unabdingbar Notwendige der medizinischen Versorgung muß vom lediglich Wünschenswerten oder gar Überflüssigen abgegrenzt werden.

Hinzutreten muß selbstverständlich das in persönlicher Gewissensentscheidung verantwortete Handeln des Arztes in Diagnose und Therapie. Die Rede ist von der Qualität ärztlichen Handelns als ethischer Imperativ, die kontinuierliche Fortbildung zur Voraussetzung hat. Hierin sind wir nie am Ziel, nie im Besitz der ganzen Wahrheit. „Der Preis der Freiheit ist die Verantwortung“: Diese Mahnung Thomas Jeffersons war Leitmotiv des von Dieter Krebs präsierten 49. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin 1992. Noch obliegt uns in gewährter Freiheit die Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen. Seien wir uns jedoch bewußt, daß das Alternativmodell zum offenen Wettbewerb in Selbstverantwortung der Dirigismus des Staates bzw. der Krankenkassen mit Zwangssteuerung ist – gerichtet gegen Selbstbedienungsmentalitäten. An die Stelle der Freiberuflichkeit tritt dann die Fremdbestimmung, die zum Teil schon vollzogen ist. Worte stehen für Inhalte: Arzt – nicht Leistungserbringer bzw. „care provider“, Krankenhaus – nicht Profitcenter, Patientin – nicht Kundin. Sieht man in einer Patientin lediglich eine Kundin, ist es konsequent, das Prinzip des Erfolgshonorars einzuführen.

„Späte Entschuldigung“ für NS-Vergangenheit

An der humanitären Katastrophe im zurückliegenden Jahrhundert war auch die Frauenheilkunde beteiligt. Wir, jeder einzelne von uns, ob noch aktiv eingebunden oder in der Gnade der späten Geburt, und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sind traumatisiert durch diese Schuld. Wenn auch spät, so haben wir uns 1994 doch zu dieser Schuld bekannt³: Anlässlich des damals 50. Kongresses unserer Gesellschaft habe ich das Schuldbekenntnis in das Zentrum dieses Jubiläumskongresses gestellt. Die wissenschaftliche Gesellschaft sprach eine „späte“ Entschuldigung dafür aus, daß wir im Prozeß des Verdrängens über fünf Jahrzehnte das von uns bewirkte körperliche und seelische Leid nicht thematisiert haben und nicht auf die leidenden Frauen zugegangen sind. Dieses Bekenntnis ist von hohem Wert. Aber es ist nicht ausreichend.

„Man muß seine Vergangenheit verstehen, um die Zukunft zu bestehen.“⁴ Diesem Verstehen dient die sehr sorgfältige Analyse der Präsidentenreden jener Jahre⁵ durch H.-J. Hilfrich⁶ für jeden von uns und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Einen gewissen Schutz bietet nur die demütige und kritische Reflexion der Vergangenheit und die stete Intensivierung der moralischen und kulturellen Diskussion um Ziele, Aufgaben und Grenzen der Frauenheilkunde. Nur so ist eine Zukunft des Gewesenen zu denken.

Bioethische Konfliktfelder

Keine Arztgruppe ist so stark wie die Gynäkologen konfrontiert mit bioethischen Konfliktfeldern am Anfang und Ende des Lebens: Geburtenregelung, assistierte Reproduktion, heterologe Insemination, In-vitro-Fertilisation als Einstiegstechnik in Gentechnologie, höhergradige Mehrlinge als Folge hormonaler und moderner reproduktionsmedizinischer Therapieverfahren mit Tötung des am besten zugänglichen Embryos (Embryozid) zur „Reduktion“ von einer Drillings- zu einer Zwillings- oder gar Einlingsschwangerschaft⁷, Schwangerschaftsabbruch, Pränatalmedizin, Frühgeburtsmedizin, Studien der Krebstherapie, Euthanasie usw. Wir sind daher auch besonders gefährdet, durch gesellschaftliche, d.h. staatliche Interessen fremdbestimmt und zu Dienstleistenden degradiert zu werden. Diesem Zugriff können wir nur entgehen, wenn wir aus der Vergangenheit gelernt haben, daß Gesetze, Verordnungen und Richtlinien gegebenenfalls Entscheidungshilfen anbieten, niemals aber die Bürde konkreter ethischer Entscheidungen – oft auch im Sinn von Güterabwägungen – abzunehmen und von der persönlichen und sittlichen Verantwortung zu entlasten vermögen.

Die scheinbare Sicherheit des Rechts versagt in Grenzfragen. Es läßt den Arzt im Stich. Positiv ausgedrückt: Ein freiheitlicher Rechtsstaat räumt das Weige-

rungsrecht ein. Dieses eröffnet dem Arzt die Möglichkeit des Rückgriffs auf sein Gewissen, die letzte Instanz sittlicher Entscheidung – wobei Gewissen kein abstrakter Begriff ist. Es will gebildet und entwickelt sein zu einem je persönlichen Berufsethos. Der Frauenarzt ist wie jeder Bürger niemals nur Ausführer und Vollstrecker des Gesetzes – zum Beispiel beim Schwangerschaftsabbruch gleichsam nach der Formel: Das Gesetz bzw. der Staat tötet. Zu diesem so konfliktreichen Bereich habe ich vielfach Position bezogen, unter anderem anlässlich der Eröffnung des 50. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 1994. Nur so viel noch einmal mit Bezug auf eine aktuelle Diskussion um den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch: Jede Indikation zu einem operativen oder medikamentösen Eingriff, und erst recht eine Indikation zu einem tötenden Eingriff, muß für jeden Arzt – und auch für die in einem schweren psychosozialen Konflikt befindliche Frau – nicht zuletzt auch aus forensischen Gründen nachvollziehbar und verantwortbar sein (kein Abbruch ohne qualifizierte Diagnose!), will er nicht unter Ausschaltung seines Gewissens bloßer Erfüllungsgehilfe einer immer heftiger proklamierten Entscheidungsfreiheit (Selbstbestimmungsrecht) der Frau bzw. des Elternpaares werden. Indikationsstellung und Gewissensentscheidung implizieren sich gegenseitig.

Es ist eine uns stets belastende Wirklichkeit, daß wir durch staatliche Interessen fremdbestimmt sind, indem man uns im Sinn einer Dienstleistung die Exekutive aufdrängt. Wir sind eingebunden in ein gesetzliches Tötungssystem⁸ und müssen (leider) konstatieren, daß sich in der zur Fristenregelung mit Beratungspflicht mutierten ehemaligen Notlagenindikation ein weiterer Bewußtseinswandel hinsichtlich der Rollenverteilung (Arzt–Patientin) vollzogen hat, der für die Medizin ganz allgemein, für das Berufsbild des Arztes und die Gesellschaft unabsehbare Folgen hat. Daher müssen wir uns auch fragen, inwieweit wir unsere eigene Menschenwürde durch bestimmte Handlungen verletzen, wenn nicht sogar aufgeben. Diese Position schließt nicht aus, daß im Verwobensein, im Sicheinlassen im tiefsten emotionalen Sinn, das Gegenteil des bloßen medizinischen Handelns, es in ausweglos erscheinender Situation im Individualfall zur Schuldaufnahme durch Töten kommt⁹.

So verstanden kann auch die Verweigerung eines Abbruchs einmal nicht frei von Schuld sein. „Nicht Schuldlosigkeit, sondern die Bereitschaft, Befähigung zur Schuldübernahme (ist) die Bedingung dafür, daß ein Mensch diesen Beruf annehmen darf.“¹⁰ Wir Frauenärzte sind eingebunden in das Rechtsbewußtsein einer Gesellschaft, am Beginn des Lebens nicht nur Helfer zum Leben, sondern auch Helfer zum Tod¹¹ zu sein. Es ist nicht abwegig, daß eines nicht so fernen Tages die Fremdbestimmung der Ärzte durch die Politik zur rechtswidrigen, aber straffreien Tötung Ungeborener hineinwirkt in eine wegen ökonomischer Unzumutbarkeit und begleitender Mitleidsethik¹² erfolgende aktive Tötung siechender Greise, Behinderter und Moribunder. Die Euthanasiedebatte wird unter anderem

vor allem von der Tötung der intrauterin als krank diagnostizierten Kinder weitere geistige Impulse erhalten.

Es ist und bleibt ein sehr schwer nachvollziehbarer moralischer Spagat, daß ethisch und „ärztlich“ vertretbar sein soll, etwas Rechtswidriges – eine Straftat – zu begehen. Das Bundesverfassungsgericht setzt in seinem Spagat auf eine Frauenärzteschaft, die in Anerkennung einer hohen Norm – das Lebensrecht des Ungeborenen – und der von ihr abgeleiteten Rechtswidrigkeit dennoch, weil straflos, tötet. Es gibt keinen Berufsstand, dem dies von seiten des Staates zugemutet wird.

Pervertierungen ethischer Grundwerte drohen allerorten und zu allen Zeiten. Der Zeitgeist, dessen Mitgestalter und Opfer wir gleichermaßen sind, darf niemals das Maß unseres Handelns sein: „Nur wer in gewissem Maße seiner Zeit entgegenwirkt, kann mit sich selbst zufrieden sein. Denn im anderen Fall treibt er wie eine losgerissene Boje in den Strömen der Zeit“ (Ortega y Gasset).

Medizin mit Gewissen ist Medizin mit Menschlichkeit

Die Medizin der Gegenwart und die Frauenheilkunde als Teil des Ganzen ist primär Wissenschaft. Frauenheilkunde als Wissenschaft bedingt Forschung: neben der Grundlagenforschung auch das Experiment am Menschen, nicht mit dem Menschen. Hiermit ist bereits ausgesprochen, daß Wissenschaft niemals abstrakt, sondern auch und vor allem „gewissen“-haft zu denken ist. Medizin ohne Gewissen ist Medizin ohne Menschlichkeit – ein von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke¹³ geprägtes Begriffspaar.

Wissenschaft in der Medizin induziert Fortschritt, der seinerseits interdependente Ursache und Folge des sozioökonomischen Fortschritts ist. Die Wünsche der Gesellschaft stehen in steter Wechselwirkung zum wissenschaftlichen Fortschritt. Es ist müßig zu fragen, ob es neue Bedürfnisse sind, welche den Fortschritt induzieren, oder ob es der medizinische Fortschritt ist, der den Anspruch weckt. Es gibt nicht nur eine Verantwortung für die Forschung, sondern auch zur Forschung. Nichtforschen wird zur verweigerten Hilfeleistung¹⁴.

Hiermit rede ich keiner unkontrollierten und unbegrenzten Wissenschaftsgläubigkeit das Wort. Die Problematik der Forschung liegt heute unter anderem auch in ihrer zeitlichen Dynamik. Die Wissenschaft muß sich an Entwicklungen anpassen, die anderen Gesetzmäßigkeiten als denen der Ethik folgen¹⁵. Das von Hans Jonas¹⁶ aufgestellte Postulat einer Zukunftsethik, welche alle Forschung unter das Prinzip der Verantwortung stellt, ist ein Aufruf zu einer präventiven Begründungsethik anstelle einer nachträglichen Bedürfnis- oder Anpassungsethik¹⁷. Hierbei ist von dem allseits erkannten und anerkannten Problem der Technik-Folgenabschätzung die Rede.

Präventiv-ethisches Denken und Handeln ist jedoch nicht bei jedem Forschungsansatz möglich. Ethische Fragen entwickeln sich nicht selten erst im Verlauf der Forschung und bedürfen dann eines Moratoriums. Das individuelle und kollektive Risiko ist Gefahr und Chance zugleich. Null-Risiko bedeutet auch Null-Chance. Auf dem Hintergrund dieser Prämisse stehen die folgenden Gedanken. Ethos in der Wissenschaft fragt nach dem Gewissen in der Wissenschaft. Auf zwei Ebenen sind wir gefordert, „gewissen“-haft Wissenschaft zu gestalten und zu verkünden: Auf der einen Ebene planen, organisieren, gestalten und publizieren wir Wissenschaft, auf der anderen, der letztlich entscheidenden, stehen nicht nur die Idee, die Planung und das Objekt der Forschung, sondern auch deren Folgenabschätzung – soweit wie möglich – in der persönlichen Verantwortung des Forschers.

Auf der ersten Ebene sind wir immer wieder mit Verfehlungen konfrontiert, die im Kampf um knapper werdende Forschungsmittel und Planstellen und dem damit verbundenen persönlichen Karriere-Ranking wie auch dem der Institution Fairneß und Anstand berühren. Als Beispiele sind zu nennen: bewußtes Zurückhalten eines wissenschaftlichen Gutachtens und somit zeitliche Verzögerung eines Forschungsprojekts, schlimmer noch ablehnende Begutachtung verbunden mit Ideendiebstahl, bewußte Fälschung, falsche Reihung der Autoren, Plagiat von Gedanken und Formulierungen, zum Beispiel versteckt in einer vermeintlich weniger zugänglichen Zweitpublikation, bewußtes Verschweigen eines Mitautors. Schließlich gibt es auch die Vernachlässigung der Aufsichtspflicht durch die Verantwortungsträger.

Auf die bei Verdacht auf wissenschaftliches Fehlverhalten vom Senat der Max-Planck-Gesellschaft 1997 entwickelte Verfahrensordnung¹⁸ sei verwiesen. Auch die Kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft „Selbstkontrolle der Wissenschaft“ sah sich aufgrund eines in der Öffentlichkeit im In- und Ausland breit diskutierten Falles wissenschaftlichen Fehlverhaltens veranlaßt, Ursachen von Unredlichkeit im Wissenschaftssystem nachzugehen, präventive Gegenmaßnahmen zu diskutieren, die existierenden Mechanismen wissenschaftlicher Selbstkontrolle zu überprüfen und 16 Empfehlungen zu ihrer Sicherung zu geben¹⁹. Derartige Codices sind wichtig, aber beginnen muß die Selbstkontrolle in uns, in einer Gewissensbildung für Wissenschaft.

Auf der zweiten Ebene, auf der die Mittel und vor allem die Ziele der Forschung jeweils auf den Prüfstand zu stellen sind, ereignet sich die eigentliche ethische Herausforderung. In der Grundlagen-, aber auch in der klinischen Forschung können sich nicht nur die Mittel, sondern auch die Ziele als unethisch erweisen. Es existiert, so Schmid-Matthiesen²⁰, neben wirklich Großem auch Unechtes im medizin-akademischen Leistungsbetrieb, das mehr der persönlichen bzw. kollektiven Werbung als dem Nutzen für den Kranken verpflichtet ist.

Die durch Art. 5 Abs. 3 des Grundgesetzes gewährleistete Forschungsfreiheit

hat ihre Geltung nur innerhalb der Menschenwürde, die durch Art. 1 Abs. 1 GG garantiert ist. Die in immer engerer Zeitfolge sich vollziehende Erweiterung der ärztlichen Handlungsmöglichkeiten durch die modernen biomedizinischen Wissenschaften – künstliche Befruchtung, Samen-/Eispende und Leihmutterschaft, Gendiagnose und Gentherapie, Organtransplantation, intensivmedizinische Lebensverlängerung, Pränatalmedizin, Präimplantationsdiagnostik usw. – macht eine Konsensfindung in der biomedizinischen Ethik außerordentlich schwierig. Dies zeigt etwa die Diskussion um die Europäische Bioethikkonvention. Auf dem Podium „Ethik und Medizin nach dem Nürnberger Ärzteprozeß“²¹ beim Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 1998 hat der Philosoph Ludwig Honnefelder²² in seinem Referat „Bioethik im Streit“ betont, daß nur eine Verantwortungsethik, die den unabdingbaren ethischen Anspruch auf die Bedingtheit der menschlichen Handlungssituation zu beziehen vermag, den Problemen gewachsen ist. Anthropozentrisch müsse diese Verantwortungsethik sein, und zwar in dem Sinn, daß jeder sittliche Anspruch sich über Einsicht und Vernunft an die Verantwortung des Menschen wendet.

Präimplantationsdiagnostik

In der Konsequenz dieses Gedankens sei beispielhaft für das Thema Wissenschaft und Gewissen – und da gerade aktuell – auf den durch einen „Diskussionsentwurf über Richtlinien zur Präimplantationsdiagnostik“ der Bundesärztekammer ausgelösten Streit in unserer Gesellschaft verwiesen²³. Wie bereits beim Aufbruch in die Welt der assistierten Reproduktion sind wir auch auf diesem Feld der ethischen Verpflichtung nachgekommen, *initiativ* Richtlinien zu erarbeiten und früh, d.h. vor Anwendung am Menschen, diese öffentlich zur Diskussion zu stellen, um Grenzen der Akzeptanz durch die Öffentlichkeit wahrzunehmen. Als Federführender der Kommission der Bundesärztekammer habe ich die Gedankenlinien im Deutschen Ärzteblatt nachgezeichnet²⁴.

Unter Präimplantationsdiagnostik versteht man die Diagnostik an einem Embryo nach In-vitro-Fertilisation vor dem intrauterinen Embryotransfer. Sie ist im Gegensatz zur invasiven und noninvasiven Pränataldiagnostik nur im weiteren Sinn ein pränatalmedizinisches Verfahren, da die Diagnostik vor der Implantation des Embryos, d.h. *vor* Beginn der Schwangerschaft, angesetzt ist.

Anstelle der für den deutschen Sprachraum sich anbietenden Abkürzung PID wird das englische Kürzel PGD (engl. Preimplantation Genetic Diagnosis) bevorzugt. Der Hinweis auf „genetic“ signalisiert bereits in der Definition eine Eingrenzung des diagnostischen Verfahrens.

Eine *Indikation* zur Preimplantation Genetic Diagnosis wird derzeit bei anamnetisch stark belasteten Paaren gesehen, bei deren Nachkommen ein hohes Risiko

für eine bekannte und schwerwiegende genetisch bedingte Erkrankung besteht, zum Beispiel Muskeldystrophie Duchenne, Fragiles-X-Syndrom usw.

Allen an der intensiven Beratung teilnehmenden Wissenschaftlern war im Verlauf der 14monatigen, zum Teil kontroversen Debatte bewußt geworden, daß über eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dieser das Menschenbild und die Menschenwürde berührenden Thematik auch eine jeweils persönliche Gewissensentscheidung gefordert ist. Die ethische Diskussion kreist unabhängig von der rechtlichen Entscheidung um den Konflikt, daß mittels In-vitro-Fertilisation die Entwicklung menschlichen Lebens mit dem Ziel einer Schwangerschaft eingeleitet, der so gezeugte Embryo unter Umständen jedoch nicht in die Gebärmutter transferiert wird und so – nach einer Zeugung unter Vorbehalt – im Fall einer schweren genetischen Erkrankung eine gezielte Selektion des Embryos erfolgt. Mit diesem ethischen Problemkreis in unmittelbarem Zusammenhang steht schließlich die Frage, ob die Preimplantation Genetic Diagnosis lediglich eine zeitlich vorgezogene, noninvasive Pränataldiagnostik sei?

Im Zentrum der ethischen Diskussion steht die Frage nach dem moralischen Status des Embryos, d.h. nach dem Beginn personalen Lebens, woraus sich wiederum die Schutzwürdigkeit und die Bemessung deren Umfanges ableitet. Die Rechtsordnung geht im Deutschen Embryonenschutzgesetz davon aus, daß die Schutzwürdigkeit des Embryos vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an besteht, und begründet diese mit den Wertentscheidungen des Grundgesetzes für Menschenwürde und Lebensschutz.

Die Menschenwürde von Embryonen und ihre Schutzwürdigkeit

Die Frage ist, ob die Preimplantation Genetic Diagnosis die Menschenwürde berührt, nachdem nach unserer Rechtsordnung menschliches Leben bereits mit der Befruchtung unter das Gebot der Achtung der Menschenwürde fällt und daher zu schützen ist. Jede medizinische Diagnostik und Forschung an und mit Embryonen, die – im Sinn einer Einstiegstechnik – durch In-vitro-Fertilisation erst möglich wurden, werfen die Frage nach dem Menschen und dem Menschenbild des Forschers auf. Es geht um den Status dessen, an dem wir handeln. Das Problem liegt also nicht in der Forschung selbst, sondern im „Objekt“ der Forschung.

Es stellen sich zwei zentrale Fragen. Erstens: Ab wann ist dem neuen menschlichen Leben „Würde und damit Lebensrecht und Schutz zuzubilligen“? Zweitens: Worin liegt die Begründung, und wie ist der Umfang der zu gewährenden Grundrechte bemessen? Über die Frage des Beginns menschlichen Lebens aus naturwissenschaftlicher Sicht besteht Konsens. Nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis beginnt neues menschliches Leben mit Abschluß der Befruchtungskaskade²⁵,

d.h. mit der abgeschlossenen Fusion der Zellkerne. Die Frage nach dem Beginn *personalen* Lebens ist mit den Denkkategorien der Naturwissenschaft nicht zu beantworten. Es geht hierbei nach meiner Überzeugung um die Einführung eines Wertaxioms: ob und inwieweit wir neuem artspezifischen und in seiner Potentialität auf personales Leben hin angelegtem Leben Wertschätzung und damit Schutzwürdigkeit zuerkennen und vor allem, wie absolut wir diese setzen.

So besteht auch ein weitgehender Konsens darüber, daß sich die Schutzwürdigkeit des Embryos auf seine Natur als früheste Form einer individuellen menschlichen Existenz gründet. Ebenso besteht weitgehend Übereinstimmung darüber, daß die Schutzwürdigkeit des Embryos mit der Bildung des Genoms beginnt, wenngleich einzelne für den Umfang der Schutzwürdigkeit und damit des Rechtsschutzes terminologische Abstufungen – Zygote, Konzeptus oder Präembryo – einführen, um hiermit im Fall einer gebotenen ethischen Güterabwägung auch Abstufungen des Rechtsschutzes einzufordern. In Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ist verankert: „Das Leben des Menschen ist *von Anfang an* in seinen Schutz genommen.“

In der Diskussion um den *Beginn der Schutzwürdigkeit* beziehen sich einzelne auf die Möglichkeit der Zwillingsbildung und meinen, daß der Terminus a quo *personaler* menschlicher Existenz frühestens mit dem Ende der orthischen Teilbarkeit gegeben sein kann. So stellt auch Josef Fuchs fest: „Solange Zellen noch teilbar sind, können sie nicht schon menschliches Individuum und Person sein, diese Möglichkeit besteht aber gemäß der Biologie im allgemeinen bis zum 14. Tag.“²⁶ Für Fuchs wäre die Eliminierung des Embryos in diesem frühen Stadium oder die Verhinderung der Implantation nicht tötender Abortus, könnte jedoch nur aus wichtigen Gründen gestattet sein; sie stünde zwischen Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch. Die „Individuation“ nach der ersten Zellteilung wäre danach potentiell, aber nicht zwangsläufig in jedem Fall individuelles menschliches Leben, wenngleich auch im Regelfall die damit ausgelöste Dynamik für die individuelle Menschwerdung bestimmend ist.

Bei der Bemessung des *Umfangs der Schutzwürdigkeit* menschlicher Embryonen sind wir heute im nationalen und vor allem im internationalen Dialog mit zwei Positionen konfrontiert: Die einen erkennen das Lebensrecht und den Schutz im umfassenden Sinn kategorisch an, was jede Güterabwägung hinsichtlich eines Ziels – auch von hohem medizinischen Rang – ausschließt. Die anderen relativieren in grundsätzlicher Anerkennung des Lebensschutzes dieses Prinzip im Sinn einer Güterabwägung auf Zwecke hin, was nach sorgfältiger Prüfung eines nachgewiesenen hochrangigen Ziels eine Forschung an und mit Embryonen zuläßt. Diese Position beruft sich auf die prozeßhafte Verwirklichung individuellen personalen Seins in Realisierungsstufen und plädiert daher für einen diesen Stufen entsprechenden abgestuften Rechtsschutz.

Die Menschenrechtskonvention zur Biomedizin des Europarates von 1997 (Bioethik-Konvention) verbietet in Art. 18, 2 die Herstellung von Embryonen zu

Forschungszwecken. Art. 18, 2 fordert von den Mitgliedsstaaten, in denen Embryonenforschung zugelassen ist, die Gewährleistung eines „angemessenen Schutzes“ des Embryos. Ein explizites Verbot zur verbrauchenden Forschung an Embryonen, das im deutschen Embryonenschutzgesetz ausgesprochen ist, enthält die Regelung in Art. 18, 1 nicht, doch betrachtet sie den Embryo als schützenswertes Rechtsgut und schiebt die Beweislast für den Nachweis angemessenen Schutzes dem nationalen Gesetzgeber zu²⁷.

„Schwangerschaft auf Probe“?

Im Zentrum der ethischen Diskussion über die Preimplantation Genetic Diagnosis steht die Tatsache, daß der während der Diagnostik in Warteposition befindliche Embryo im Fall seines Geschädigtseins selektiv „stehen gelassen“ und so dem Untergang preisgegeben wird.

Konkret auf die Präimplantationsdiagnostik abgestellt resultiert die Frage – in der Präambel des Diskussionsentwurfs zum Ausdruck gebracht –, ob mit Rücksicht auf die gesundheitlichen und/oder sozialen Lebensinteressen der Mutter die Schutzwürdigkeit eines Embryos im Achtzellstadium „in vitro“ einer positiven Güterabwägung unterworfen werden darf und daraus ein abgestufter Rechtsschutz resultiert – ähnlich der Situation „in vivo“, wo der Gesetzgeber in Abwägung der Interessenkollision Rechtsschutz des Embryos versus Ermöglichung der Nidationshemmung als kleineres Übel gegenüber einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund fehlender Antikonception auf den Strafrechtsschutz verzichtet.

Der Interessenkonflikt wird bestimmt durch die Interessen der betroffenen Paare, den Therapieauftrag der behandelnden Ärzte, den in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG verankerten anerkannten Status des Embryos und den daraus abgeleiteten Lebensschutz „von Anfang an“. Eine klare ethische Lösung des Konflikts ist nur über den Verzicht auf eine oder eine weitere Schwangerschaft und/oder Adoption möglich. Ob der Gesetzgeber mit Rücksicht auf die Interessenkollision eine derartige persönliche Entscheidung verlangen kann, ist zumindest fraglich. Im Zentrum der ethischen Abwägung steht die Frage, ob das für ein friedliches Zusammenleben einer Gesellschaft höchste Gut, nämlich die Achtung des Lebensrechts von Anfang an, in Anerkennung der Antizipation des etwaigen Konfliktes relativiert und eine Preimplantation Genetic Diagnosis zugelassen werden darf. Das Lebensrecht würde nicht absolut in Frage und menschliches Leben nicht generell wegen einer genetischen Schädigung als lebensunwertes Leben zur Disposition gestellt. Dies setzt voraus, daß die Preimplantation Genetic Diagnosis nur für Paare zugelassen wird, die um ihr Risiko der Weitergabe einer unheilbaren genetischen Krankheit wissen und mit Hilfe der Präimplantationsdiagnostik eine „Schwangerschaft auf Probe“ mit Spätabbruch vermeiden wollen.

Es gibt nicht nur die unter Vorbehalt stehende (bedingte) Zeugung, sondern im Hinblick auf die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik auch die unter Vorbehalt stehende Schwangerschaft. Die klinische Wirklichkeit läßt uns immer wieder erleben, daß Paare im Wissen um die medizinischen Möglichkeiten der Pränataldiagnostik, zum Beispiel bei Bestehen eines deutlich erhöhten Altersrisikos für die Empfängnis eines Kindes mit Down-Syndrom, eine „Schwangerschaft auf Probe“ anstreben, erleben und nach „positiver“ Pränataldiagnostik den Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen. Die sogenannte „Altersindikation“ zur Pränataldiagnostik ist nicht mehr und nicht weniger als die Antizipation dieses Konfliktes. Die im Bereich der Pränataldiagnostik Handelnden stehen zudem unter dem Druck des Haftungsrechts. Man kann mit Hilfe der Pränataldiagnostik die Geburt eines gesunden Kindes gleichsam erzwingen, indem man aufeinander folgende Schwangerschaften so oft abbricht, bis ein nachweislich gesundes Kind empfangen wird. Bei diesem Ansatz ist die Preimplantation Genetic Diagnosis eine zeitlich vorverlegte Pränataldiagnostik – mit anders gearteten und derzeit höheren medizinischen Risiken.

Für ein Hochrisikopaar ist der Konflikt auch ohne Schwangerschaft antizipierbar, vergleichbar jenem Paar, das erst durch die Pränataldiagnostik in einen Konflikt gestürzt wird. In der geistigen Vorwegnahme des zu erwartenden schweren Konflikts nimmt das Hochrisikopaar beim Wunsch nach einer Preimplantation Genetic Diagnosis das auch nicht vollkommen risikofreie Verfahren der In-vitro-Fertilisation auf sich. Unstrittig ist, daß ein später Schwangerschaftsabbruch für die Betroffenen wie auch für den tötenden Arzt psychisch und körperlich eine außerordentliche Belastung darstellt.

Die Anerkennung und Zulassung der Preimplantation Genetic Diagnosis in streng definierten Indikationsbereichen ist mit Blick auf die Handhabung der Pränataldiagnostik nur über eine Güterabwägung bzw. über das kleinere anstelle des größeren Übels möglich. Dem schwerwiegenden Argument gegen eine Zulassung der Preimplantation Genetic Diagnosis, nämlich die Öffnung einer weiteren Tür zur Selektion und zu einem Dambruch hin zur Eugenik im Sinn „Kind nach Maß“ und zur verbrauchenden Embryonenforschung, ist durch die gesetzgeberische Festlegung auf eng umschriebene Sonderfälle entgegenzuwirken. Der mögliche Mißbrauch verbietet nicht den rechten Gebrauch. Diesem Ziel dienen unter anderem die von der Arbeitsgruppe des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer vorgelegten Vorschläge von Richtlinien für die Anwendung der Preimplantation Genetic Diagnosis.

Nimmt man diese medizinische Wirklichkeit zur Kenntnis und bejaht für bestimmte Fallkonstellationen die aufgezeigte Analogie von Pränataldiagnostik zu Preimplantation Genetic Diagnosis, dann ist in einem zu erwartenden Fortpflanzungsmedizingesetz die Preimplantation Genetic Diagnosis nur dann strafrechtlich zu verbieten, wenn auch eine „Schwangerschaft auf Probe“ ausdrücklich als ein

Verstoß gegen § 218 a, Abs. 2 geahndet wird. Anderenfalls bestünde ein Wertungswiderspruch zwischen § 218 a, Abs. 2 und dem Embryonenschutzgesetz.

Der Mensch als „Rohstoff“ und die menschliche Würde

Der Bedarf und die klinische Notwendigkeit einer Preimplantation Genetic Diagnosis für sich allein genommen ist ebensowenig ein ethisches Argument wie der Hinweis auf die Praxis in benachbarten Ländern. Der Zweck bzw. das Ziel heiligt nicht das Mittel. Dennoch sind wir durch das neue Machbare herausgefordert, uns mit den medizinischen, ethischen und rechtlichen Aspekten ernsthaft, d. h. ergebnisoffen, jedoch ausgerichtet auf die Not der Patientin „gewissen“-haft auseinanderzusetzen.

Unabhängig davon, ob die Gesellschaft sich in einem zu erwartenden Fortpflanzungsmedizingesetz pro oder contra Zulassung der Preimplantation Genetic Diagnosis ausspricht, wird die Debatte über den vorliegenden Diskussionsentwurf eine erneute und, wie ich hoffe, ehrlichere Diskussion über die tatsächlichen Inhalte der Pränataldiagnostik und ihre Folgen bewirken und so das Problembewußtsein für die medizinische und gesellschaftliche Wirklichkeit der Pränatalmedizin fördern.

Ohne das Thema Preimplantation Genetic Diagnosis geistig bewältigt zu haben, sind wir bereits eingebunden in die wissenschaftliche und öffentliche Debatte über verbrauchende Embryonenforschung zur Gewinnung embryonaler Stammzellen. Auf das Moratorium der Deutschen Forschungsgemeinschaft als ein Beispiel für Sorgfalt und Besonnenheit im Umgang mit neuer Biotechnologie sei verwiesen. Der „Mensch als Rohstoff“ für Organbanken führt wieder zur Kernfrage des moralischen Status des Embryos und des Umfangs dessen Schutzwürdigkeit.

Die Verantwortung des Arztes und Forschers ist niemals von der Verantwortung jedes einzelnen und der Gesellschaft zu trennen. Das Machbare reicht oft über das berufsethische und rechtliche Dürfen und Sollen hinaus. Nicht Regression in eine zaudernde Defensivmedizin und Repression der Forschung, sondern die traditionelle und jeweils neu herausfordernde Ethik der ärztlichen Verantwortung ist gefordert. Ethik fragt letztlich nach dem Menschen- und Weltbild, die unser Handeln und Verhalten bestimmen. „Ohne Anerkennung der Menschenwürde gibt es keine rationale Ethik, ohne rationale Ethik kein sittliches Verhältnis zwischen den Menschen.“²⁸ Diese Erkenntnis des Moraltheologen Alfons Auer führt zum Arztbild des Arztes und Philosophen Karl Jaspers: „Das Tun des Arztes und Forschers ist stets konkrete Philosophie.“²⁹

ANMERKUNGEN

- ¹ H. Schipperges, Möglichkeiten, Grenzen u. Rechtfertigung ärztlichen Handelns, in: Archives Gynec. and Obstet 228 (1978) 949.
- ² R. Pichlmeier, Haltung u. Verantwortungsbewußtsein der deutschen Ärzte in den letzten 50 Jahren, in: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Mitteilungen 2 (1998) 99.
- ³ Vgl. M. Stauber, Gynäkologie im Nationalsozialismus – Oder: „Die späte Entschuldigung“, in: Archives Gynec. and Obstet 257 (1995) 753.
- ⁴ W. Gerok, Fortschritt als Orientierungsproblem, in: Therapiewoche 39 (1989) 3249.
- ⁵ Vgl. H. Ludwig, Die Reden (Berlin 1999).
- ⁶ Vgl. H.-J. Hilfrich, Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshilfe im gesellschaftlichen u. politischen Umfeld der Zeit. Teil I., in: Frauenarzt 40 (1996) 752.
- ⁷ Vgl. H. Hepp, Höhergradige Mehrlinge. Ein klinisches u. ethisches Problem der Reproduktionsmedizin, in: GebFra 49 (1989) 225.
- ⁸ Vgl. R. Esser, Der Arzt im Abtreibungsrecht, in: Schriften zum öffentl. Recht 24 (Berlin 1992).
- ⁹ Vgl. H. Hepp, Zwei Leben. Anspruch u. Wirklichkeit, in: Archives Gynec. and Obstet 257 (1995) XVII.
- ¹⁰ Vgl. H. Grewel, Medizin am Scheideweg. Kritische Anfragen an eine technologisch orientierte Medizin, in: Ethik Med. 5 (1993) 170.
- ¹¹ Vgl. P. Stoll, Arzt u. Schwangerschaftsabbruch. Überlegungen zur ärztl. Ethik, in: Dt. Ärzteblatt 77 (1980) 607.
- ¹² Vgl. Th. Noetzel, Der perfekte Körper. Krankheit u. Tod in dynamischen Zeiten, in: Die neue Gesellschaft/ Frankfurter Hefte (1990) 792.
- ¹³ Vgl. A. Mitscherlich u. F. Mielke, Medizin ohne Menschlichkeit (Stuttgart 1985).
- ¹⁴ Vgl. K. Pinkau, Vorbehalte gegenüber der Technik?, in: Zur Debatte 14 (Nov./Dez. 1993).
- ¹⁵ Vgl. S. Wehowski, Die Ethik kommt immer zu spät, in: SZ, 28./29. 3. 1991.
- ¹⁶ Vgl. H. Jonas, Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technische Zivilisation (Frankfurt 1984).
- ¹⁷ Vgl. J. Fuchs, Seele u. Beseelung im individuellen Werden des Menschen, in: dieser. Zs. 207 (1989) 522.
- ¹⁸ Verfahren bei Verdacht auf wissenschaftl. Fehlverhalten: Verfahrensordnung. Senat der Max-Planck-Gesellschaft, in: Jahrbuch für Wissenschaft u. Ethik, hg. v. L. Honnefelder u. C. Streffer, Bd. 3 (Berlin 1998) 323.
- ¹⁹ Vorschläge zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis: Empfehlungen der Kommission „Selbstkontrolle in der Wissenschaft“. Deutsche Forschungsgemeinschaft, in: Jahrbuch für Wissenschaft u. Ethik (A. 18) 289.
- ²⁰ Persönliche Mitteilung an den Verf. (1997).
- ²¹ Vgl. H. Hepp, „Nürnberger Kodex“. Ethik u. Medizin nach dem Nürnberger Ärzteprozeß, in: Archives Gynec. and Obstet 263, Suppl. 2 (1999) 527.
- ²² Vgl. L. Honnefelder, Bioethik in Europa. Orientierungslinien u. Desiderate, Thesen-Tagung der Kath. Akademie in Bayern, 27. 11. 1998.
- ²³ Vgl. Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik, in: Dt. Ärzteblatt 97 (2000) A 525; vgl. auch J. Römel, Präimplantationsdiagnostik. Anmerkungen zu einem Diskussionsentwurf der Deutschen Ärztekammer, in: dieser Zs. 218 (2000) 827 ff.
- ²⁴ Vgl. H. Hepp, Präimplantationsdiagnostik. Medizinische, ethische u. rechtliche Aspekte, in: Dt. Ärzteblatt 97 (2000) H. 18a, 1213.
- ²⁵ Vgl. H. M. Beier, Die molekulare Biologie der Befruchtungskaskade u. der beginnenden Embryonalentwicklung, in: Ann. Anatomy 174 (1992) 491.
- ²⁶ Vgl. Fuchs (A. 17).
- ²⁷ Vgl. Honnefelder (A. 22).
- ²⁸ Vgl. A. Auer, Gentechnologie. Autonomie u. Grenze der wissenschaftlichen Forschung, in: Arbeitsgruppe „Gentechnologie“ der Dt. Bischofskonferenz 1985.
- ²⁹ K. Jaspers, Die Idee des Arztes, in: ders., Philosophie u. Welt: Reden u. Aufsätze (München 1958) 169.