Gynäkologe 2005 · 38:863–867
 DOI 10.1007/s00129-005-1751-8
 Online publiziert: 17. September 2005
 © Springer Medizin Verlag 2005

Redaktion

L. Beck, Düsseldorf
 H. Hepp, Buch am Ammersee

K. Diedrich

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Umgang mit menschlichem Leben

Ethische Probleme in der Reproduktionsmedizin

1978 wurde das erste Kind nach In-vitro-Fertilisation einer menschlichen Eizelle, Kultivierung des Embryos und Embryotransfer geboren. Diese Behandlungsmethode wurde entwickelt für ungewollt kinderlose Paare, bei denen der Ort der Befruchtung – die Ampulle der Tube – nicht funktionsfähig oder operativ entfernt worden war. Es bestand somit keine Hoffnung auf ein eigenes Kind. Dieser neue Weg in der Behandlung einer eileiterbedingten Sterilität hat sich weltweit schnell verbreitet.

■ **So sind bis Ende 2004 mehr als eine Millionen Kinder nach In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer geboren worden.**

Aus der In-vitro-Fertilisation haben sich andere Behandlungsmethoden wie die intrazytoplasmatische Spermatozoeninjektion (ICSI) entwickelt, die ein erfolgversprechender Weg bei der bisher nicht therapiefähigen schweren männlichen Subfertilität ist. Diese neuen Möglichkeiten der assistierten Reproduktion sind für viele ungewollt kinderlose Paare ein Segen geworden. Dabei muss jedoch festgestellt werden, dass die Schwangerschaftsrate, die heute bei 30% pro Behandlungszyklus liegt, nach wie vor verbessert werden muss.

Neue Möglichkeiten führen zu ethischen Problemen

Mit der In-vitro-Befruchtung – dem Eindringen einer Samenzellen in die Eizelle und Verschmelzung der Vorkerne – ist menschliches Leben entstanden. Solange dieser Embryo lediglich für den Transfer in den Uterus und zur Erzielung einer Schwangerschaft und Geburt eines eigenen Kindes kultiviert wird, werden sicherlich, für jeden erkennbar, ethisch hohe Ziele verfolgt. Deshalb ist es auch schnell zu einer allgemeinen Akzeptanz dieser Behandlungsmethode in der Gesellschaft gekommen.

Der Embryo ist jedoch auch im Labor verfügbar geworden. Dies hat zu einer breiten Diskussion über die ethischen und rechtlichen Aspekte dieser neuen Möglichkeiten auf den verschiedensten Ebenen der Gesellschaft geführt. Es besteht ein ständiger Konflikt und Verunsicherung über den auf der einen Seite nützlichen Gebrauch dieser Entwicklungen, aber auch den möglichen Missbrauch.

In Deutschland wurde das Embryonenschutzgesetz vor 14 Jahren verabschiedet, das den Reproduktionsmedizinern einen engen Rahmen für ihre Behandlungsmöglichkeiten bietet. Die Methoden der In-vitro-Fertilisation dürfen nur zur Erzielung einer Schwangerschaft bei der Pati-

entin eingesetzt werden, von der die Eizelle stammt. Das Embryonenschutzgesetz hat uns 14 Jahre lang Sicherheit gebracht. Verstöße gegen dieses Gesetz sind nur in Einzelfällen aufgetreten und wurden entsprechend hart bestraft. Dies hat sicherlich zur Beruhigung und zum Abbau der Ängste vor Missbrauch in der Gesellschaft geführt. Es gibt somit in Deutschland eindeutige Grenzen des Machbaren.

Allerdings ist der Fortschritt auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin stürmisch weiter gelaufen, sodass es nötig geworden ist, sich erneut intensiv mit diesen neuen Möglichkeiten auseinander zu setzen:

- Auswahl eines morphologisch implantationsfähigen Embryos,
- Forschung an embryonalen Stammzellen,
- Präimplantationsdiagnostik.

Während nach Auslegung des Embryonenschutzgesetzes die Forschung an Embryonen und Klonieren unter Strafe gestellt ist, ist die Auswahl eines Embryos nach morphologischen Kriterien und die Präimplantationsdiagnostik nach Meinung namhafter Juristen durchaus mit dem bestehenden Embryonenschutzgesetz vereinbar. Jedoch sollte um der Rechtssicherheit willen und in Anbetracht dessen, dass es um hochrangige Rechtsgüter handelt, der Ge-

setzgeber selbst die notwendige Klarstellung vornehmen.

Auswahl eines morphologisch implantationsfähigen Embryos

Ziel einer jeden Kinderwunschbehandlung muss es sein, mit möglichst hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Einlingsschwangerschaft zu kommen und alles zu tun, um eine Mehrlingsschwangerschaft zu vermeiden. Dieses Ziel kann heute dadurch erreicht werden, dass bei der In-vitro-Fertilisation aus mehreren Embryonen nach morphologischen Kriterien der Embryo ausgewählt wird, der am ehesten implantationsfähig ist und zu einer Schwangerschaft führt. Dieses Vorgehen wird bereits im europäischen Ausland mit Erfolg praktiziert, dabei werden Schwangerschaftsraten über 40% mit dem Transfer nur eines Embryos erreicht unter Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften.

► Es gilt, den Schutzanspruch für Embryonen gegen den Gesundheitsschutz der Schwangeren abzuwägen

Bei einer Mehrlingsschwangerschaft ist das gesundheitliche Wohl der Frau sowie der Feten und der frühgeborenen Kinder stark belastet. Die Schwangerschaft und Mehrlingsgeburt bergen vielfältige Risiken für alle Beteiligten. Diese Probleme können durch die Identifizierung und den Transfer nur eines Embryos, der entwicklungsfähig ist, vermieden werden. Daher ist es verantwortungsethisch geboten, die Belastung sowohl für die Mutter als auch für die Feten und Kinder, die aus einer Mehrlingsschwangerschaft resultieren, soweit wie möglich zu reduzieren.

Es gilt daher, den Schutzanspruch für Embryonen einerseits gegen den Gesundheitsschutz der Schwangeren sowie der mit medizinischer Assistenz erzeugten Embryonen und Kinder andererseits abzuwägen. Deshalb muss man – dem medizinisch ethischen Prinzip „non nocere“ gemäß – schweren Schaden, darunter den selektiven Fetozyd, vermeiden und das gesundheitliche Wohl der Schwangeren unterstützen.

In der Hierarchie ethischer Werte und Güter bildet der Gesundheitsschutz ein fundamentales Gut, das vordringlich gesichert werden muss. Er gehört zu den international anerkannten Grundrechten und ist ein ethisch hochrangiges Postulat. Für den hier zur Diskussion stehenden Wertkonflikt ergibt sich daher die Schlussfolgerung, dass die eventuelle Entstehung einiger weniger, noch unentwickelter Embryonen, die überzählig bleiben, als unbeabsichtigte Nebenfolge und als kleineres Übel in Kauf genommen werden darf.

Es wäre daher ethisch wünschenswert, wenn der Gesetzgeber die Kultivierung und Beobachtung von Embryonen mit dem Single-Embryotransfer ermöglichen und so den Kinderwunscha Paaren einen ihrem Selbstbestimmungsrecht und ihrer persönlichen Verantwortlichkeit gemäßen Entscheidungsspielraum zubilligen würde.

Es stellt sich immer wieder die Frage nach dem Umgang mit überzähligen, möglicherweise nicht implantationsfähigen Embryonen. Ein solcher Embryo müsste kryokonserviert werden und kann dann der Frau zu einem späteren Zeitpunkt, wenn es nicht zu einer Schwangerschaft gekommen ist, transferiert werden. Ferner ist es theoretisch denkbar, überzählige Embryonen, die von den potenziellen Eltern nicht mehr gewollt werden, zur pränatalen Adoption freizugeben.

Forschung an embryonalen Stammzellen

Weltweit wird derzeit sehr intensiv die Forschung an embryonalen Stammzellen voran gebracht, und es wird nach Anwendungsmöglichkeiten gesucht. Es wird möglich sein, die menschliche embryonale Entwicklung mit der Zelldifferenzierung und der Reifung zu spezialisiertem Gewebe wie Haut, Nervengewebe, Muskeln usw. zu erforschen. Es können die molekularen Mechanismen der Zelldifferenzierung während der Embryonalentwicklung untersucht werden.

Eine besonders visionäre Forschungsperspektive bietet die mögliche Therapieentwicklung mit Zelltransplantationen für Erkrankungen, für die derzeit noch keine Therapieverfahren zur Verfügung stehen, wie z. B. die multiple Sklerose, und für Er-

krankungen, für die eine Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten unbedingt erforderlich wäre, wie z. B. der Diabetes mellitus und Krebserkrankungen. Im Tierexperiment sind bereits aus embryonalen Stammzellen entstandene Kardiomyozyten, Nervenzellen, Gliazellen und hämatopoetische Stammzellen erfolgreich transplantiert worden.

Auch wenn es nur eine Option ist, auf diesem Weg zu neuen Heilungsverfahren zu kommen, muss betont werden, dass derzeit die molekularen Grundlagen der Differenzierung der frühen menschlichen Embryonalentwicklung noch nahezu unbekannt sind. So müssen die Steuerungsprogramme der embryonalen Stammzellen genau studiert werden, damit eine gezielte Modifikation in der Entwicklung dieser Embryonalzellen möglich wird. Zwar ist man heute noch in der Phase der Grundlagenforschung, dennoch erscheint die Beschäftigung mit diesen embryonalen Stammzellen vielversprechend und sollte deshalb unter strenger Kontrolle voran gebracht werden.

Damit stellt sich die Frage, ob verwaiste Embryonen, die von ihren potenziellen Eltern nicht gewollt sind, für die Gewinnung von embryonalen Stammzellen eingesetzt werden können. Das Schicksal dieser Embryonen besteht entweder darin, aufgetaut zu werden und abzustorben oder statt dessen für hochrangige Forschungsziele eingesetzt zu werden.

In der Gesellschaft besteht zwar Einheit darüber, dass der Schutz menschlichen Lebens ein vorrangiges, moralisches und verfassungsrechtliches Gut darstellt. Uneinigkeit herrscht jedoch über die Reichweite des Schutzanspruchs, der menschlichem Leben während seiner frühen Embryonalentwicklung zukommen sollte, und ob es nicht in bestimmten Grenzsituationen ethisch vertretbar ist, den Schutz des Lebens abzustufen und abzuwägen gegen andere hohe ethische Ziele.

— Man muss abwägen zwischen dem Lebensrecht des Embryos und dem Recht der Kranken, die auf neue Therapiehilfen und Heilung hoffen.

Nach dem derzeitigen deutschen Embryonenschutzgesetz ist die Tötung von überzähligen und verwaisten Embryonen zu

Forschungszwecken und zur Gewinnung embryonaler Stammzellen nicht zulässig. Es besteht die Möglichkeit, embryonale Stammzellen zu importieren und die Forschung mit diesen importierten embryonalen Stammzellen zu betreiben. Den Import von embryonalen Stammzellen für die Forschung hat das Parlament in seiner Diskussion am 30.01.2002 unter strengen Auflagen zugestimmt. In einer langen und schwierigen Debatte im Parlament hat man sich auf der einen Seite der Würde des Menschen und dem Schutz menschlichen Lebens verpflichtet gefühlt, man hat jedoch auch die Verpflichtung erkannt, die durch die medizinische Forschung eröffneten Perspektiven von Hilfe und Heilung zu nutzen. Zwar hat damit das Parlament einen wichtigen ersten Schritt zur Freigabe der Forschung mit embryonalen Stammzellen vollbracht, jedoch lässt diese Entscheidung auch eine gewisse Doppelmoral nicht verkennen: mit dem Import der embryonalen Stammzellen zu Forschungszwecken wird das Abtöten von Embryonen im Ausland, das in Deutschland nach dem Embryonenschutzgesetz verboten ist, billigend in Kauf genommen.

Die Diskussion über die Sinnhaftigkeit dieser Entscheidung ist derzeit wieder in vollem Gange angesichts der jüngsten Erfolge der Forschung mit embryonalen Stammzellen. Jüngst wurde von der Forschungsministerin festgestellt, dass es falsch ist, den Wissenschaftlern vorschnell Optionen aus der Hand zu nehmen.

Eine Alternative könnten in naher Zukunft durchaus auch adulte Stammzellen werden. Der Einsatz dieser adulten Stammzellen ist bisher noch begrenzt. Die Forschung auf diesem Gebiet muss intensiviert werden, da es hierbei weniger ethische und rechtliche Probleme gibt.

Der Weg zu einem therapeutischen Einsatz dieser embryonalen und auch adulten Stammzellen als Gewebeersatz bei degenerativen Zellerkrankungen ist sicherlich noch sehr weit. Es wird jedoch weltweit intensiv auf diesem Sektor gearbeitet und es ist gut, dass auch deutsche Forscher sich jetzt an dieser wichtigen Entwicklungsarbeit beteiligen können.

Präimplantationsdiagnostik

Auch dieser dritte Bereich des Umgangs mit menschlichem Leben wirft ethische Probleme auf. Die Präimplantationsdiagnostik bietet die Möglichkeit, bei einem hohen Risiko für eine schwere genetische Erkrankung, die nicht therapierbar ist und das Leben des Kindes deutlich beeinflussen und verkürzen kann, die Krankheit bereits vor einem Schwangerschaftseintritt festzustellen, und damit zum einen den Eltern mit einem Wunsch nach einem eigenen Kind neues Leid zu ersparen, und zum anderen einen möglichen Schwangerschaftsabbruch nach pränataler Diagnostik zu verhindern.

Die Präimplantationsdiagnostik setzt voraus, dass Eizellen nach hormoneller Stimulation und Follikelpunktion der Patientin entnommen werden und durch In-vitro-Fertilisation befruchtet werden. Dabei werden dem Embryo am 3. Tag nach der In-vitro-Kultivierung im 10.-16. Zellstadium 2 Einzelzellen entnommen, die zur weiteren Diagnostik zur Verfügung stehen. Die Blastomeren werden dann molekulargenetisch untersucht, um zu erkennen, ob die genetische Erkrankung bei dem Kind zu erwarten ist.

Es geht also nicht um das „Kind nach Maß“ oder das „Designerkind“, sondern lediglich um den Ausschluss einer genetischen Erkrankung bei hoher familiärer Belastung. Ebenso geht es nicht um das Recht der Eltern auf ein gesundes Kind. Dieses Recht gibt es nicht, und es kann auch durch die Präimplantationsdiagnostik nicht geleistet werden. Es kann lediglich den berechtigten Wunsch der Eltern nach einem gesunden und nicht erkrankten Kind unterstützen.

In dem Richtlinienentwurf des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zur Präimplantationsdiagnostik wurde festgestellt, dass es keinen Indikationskatalog geben kann, sondern dass es genetische, nicht therapierbare Erkrankungen gibt, bei denen die Präimplantationsdiagnostik lediglich eine Möglichkeit in der Beratung ist. Hierzu gehört z. B. die Muskeldystrophie, M. Duchenne, von der jeder 2. Junge in einer derartig belasteten Familien betroffen wäre. Somit besteht ein hohes Risiko für diese Erkrankung, die oft zum frühen Tod des Kindes führt.

Obwohl die Präimplantationsdiagnostik seit über 10 Jahren durchgeführt wird, wurden weltweit erst 4000 Behandlungen im umliegenden Ausland zur Präimplantationsdiagnostik gemacht. Diese sehr geringe Zahl zeigt, wie verantwortungsbewusst mit der Indikation in anderen Ländern umgegangen wird, und dass nur sehr wenige Paare bereit sind, zu diesem mühsamen Weg der In-vitro-Fertilisation.

Es gibt zahlreiche ethische und rechtliche Überlegungen, die für und gegen die Präimplantationsdiagnostik sprechen.

Argumente dafür sind:

- Der Wunsch des Paares ist menschlich verständlich. Es ermöglicht im Konfliktfall eine frühe Entscheidung des Paares vor dem Schwangerschaftseintritt (antizipierter Konflikt).
- Der frühe Zeitpunkt der Diagnosestellung wird emotional leichter verkraftet als der späte Schwangerschaftsabbruch.
- Im internationalen Bereich ist menschliches Leben vor der Nidation noch nicht im gleichen Maße schutzwürdig (abgestufter Lebensschutz).
- Maßnahmen zur Verhinderung der Nidation des Embryos sind zulässig.
- Operative Schwangerschaftsabbrüche mit physischen und psychischen Folgen werden bei einem hohen Risiko dafür erspart.

Argumente dagegen:

- Menschliches Leben entwickelt sich schon vor der Nidation,
- Dammbuchgefahr und Indikationsausweitung,
- Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben wird beeinträchtigt,
- Einstellung zu behinderten Menschen kann sich ändern.

Es muss jedoch eindeutig festgestellt werden, dass die Präimplantationsdiagnostik nicht gegen Behinderte gerichtet ist, sondern lediglich eine Diagnosemöglichkeit in einer für die Eltern schwierigen Situation ist. Wir sind uns einig, dass für Behinderte nie genug getan werden kann. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass 97% der Behinderungen nicht aufgrund von genetischen Erkrankungen, sondern, entweder in der Schwangerschaft, um die

Geburt oder später (z. B. durch einen Unfall) eintreten.

Die Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnostik sollte gesetzlich geregelt werden. Derzeit besteht ein deutlicher Wertungswiderspruch zwischen der Zulässigkeit für einen Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik einer genetischen Erkrankung und dem Verbot der Diagnostik der selben genetischen Erkrankung vor einem Schwangerschaftseintritt an dem Embryo im Reagenzglas, wie es im Embryonenschutzgesetz festgelegt ist. Die kontroverse Diskussion hat gezeigt, dass eine rechtliche Klärung der Zulässigkeit durch den Gesetzgeber notwendig ist, Richtlinien der Bundesärztekammer allein sind hier nicht ausreichend.

In anderen Ländern ist die Präimplantationsdiagnostik bereits gesetzlich geregelt und zugelassen. So wurde in Frankreich 1994 ein Bioethikgesetz verabschiedet und u. a. die Präimplantationsdiagnostik zugelassen. Entscheidend für die Zulassung war der Wunsch der Eltern nach dieser Diagnostik zum Ausschluss einer schweren genetischen Erkrankung und nicht das Lebensrecht des Embryos analog zur Fristenlösung beim Schwangerschaftsabbruch. Es wurde der Widerspruch betont zwischen dem möglichen Verbot der Präimplantationsdiagnostik und der bereits bestehenden Zulässigkeit der Pränataldiagnostik mit der möglichen Konsequenz eines Schwangerschaftsabbruchs. Die Gefahr des Missbrauchs wurde erkannt und unter Strafe gestellt.

In Frankreich liegt im Übrigen ein positives Votum der französischen Gesellschaft für Mukoviszidose und Muskelerkrankungen (Myopathie) für die Präimplantationsdiagnostik vor als eine diagnostische Möglichkeit in der Beratung.

Status des Embryos

Es wurden 3 ethische Problemfelder in der Reproduktionsmedizin aufgezeigt. Das entscheidende sowohl bei der morphologischen Embryonenauswahl als auch der PID und der embryonalen Stammzellforschung ist, ob es in Anerkennung des Schutzes der Menschenwürde und des Lebensschutzes des Embryos gerechtfertigt ist, im Sinne eines abgestuften Lebensschutzes Embryonen für eine Forschung

mit hochrangigen therapieorientierten Zielen einzusetzen oder den Embryo nach Diagnose einer genetischen Erkrankung absterben zu lassen.

■ Es gilt, den Wertkonflikt zwischen dem Bemühen um Gesundheit und dem Embryonenschutzgesetz zu lösen.

Dabei stellt sich die entscheidende Frage, ob man an Embryonen forschen, diagnostizieren und sie verbrauchen kann, um therapeutische Einsichten bis hin zur Krebstherapie oder Verbesserung der Reproduktionsmedizin selbst zu erlangen. Zurzeit wird diese Frage zu einem Schlüsselproblem in der Medizinethik: eine Abwägung zwischen der Förderung von Gesundheit einerseits und dem Eigenwert von Embryonen auf der anderen Seite.

Es ist im Grundgesetz festgelegt, dass die Menschenwürde ein unbedingtes und unabänderbares Prinzip darstellt und unantastbar ist. Das Recht auf Leben ist im Grundgesetz in der Weise verankert, dass der Lebensschutz nicht vorbehaltlos und uneingeschränkt wie die Menschenwürde gilt. Im Konfliktfall sind beim Lebensschutz Abwägungen zulässig. Auch nach der deutschen Rechtsprechung ist ungeborenes Leben kein absolutes Rechtsgut, wodurch eine Güterabwägung möglich wird. So steht in der Schwangerschaft die Gesundheit der Mutter über dem Lebensrecht des Embryos. Nur durch diesen abgestuften Rechtsschutz in der Entwicklung des Embryos können nidationshemmende Mittel straflos vertrieben und verwendet werden. Ebenso wird dadurch das Abtöten eines Embryos durch Abtreibung straflos zulässig.

So betrachtet, erscheint es vorstellbar, auch den Lebensschutz früher Embryonen in eine ethische Abwägung zu stellen und in begründeten Ausnahmefällen das Leben von Embryonen zu relativieren. Verfassungsrechtliche Geltung und kulturelle Akzeptanz der Menschenwürde werden hierdurch nicht beeinträchtigt. Dies gilt dann, wenn es wie bei der embryonalen Stammzellforschung um sehr weitreichende therapeutische Anliegen und die Heilbehandlung von schwer kranken Menschen geht. Sofern diese embryonale Stammzellforschung transparent unter eingegrenz-

ten Bedingungen und öffentlicher Kontrolle erfolgt, mit dem eindeutigen Ziel zu helfen, wird hierdurch nicht der Grundsatz der Menschenwürde außer Kraft gesetzt. Konkrete Gefährdung der Menschenwürde droht dagegen an zahlreichen anderen Stellen, so etwa bei der Diskriminierung von Behinderten im Lebensalltag, sodass in dieser Hinsicht große Sensibilität geboten ist. Die Verrohung der Gesellschaft ist ein zentrales Problem unserer Zeit. Durch ein Verbot der Forschung an embryonalen Stammzellen wird es nicht gelöst. Stellvertreterkriege helfen niemandem. Es ist deshalb wünschenswert, dass in der Zukunft Gesetze in diesem Bereich nicht mit der deutschen Überempfindlichkeit zementiert werden, sondern im europäischen Sinne nach europäischen Lösungen und Grenzen in der Forschung gesucht wird.

Die Diskussion dieser Probleme wird teilweise heftig geführt und ist gekennzeichnet durch weltanschauliche Kontroversen zwischen einer mehr pragmatischen utilitaristischen Richtung, die die Chancen und Risiken der Medizin rational abzuwägen versucht, und einer im Gegensatz dazu eher grundsätzlich argumentierenden humanistischen Richtung, die das überkommene Menschenbild gegen vermeidlich zuviel Technikgläubigkeit und dem kommerziell motivierten Fortschrittsoptimismus verteidigt. Tief greifende Konflikte sind unvermeidlich, und ist es die Aufgabe der Medizin und einer vernünftigen Politik, sie in einer sozial verträglichen Weise auszutragen.

Solche Konflikte sind in allen Ländern vorhanden, in Deutschland jedoch besonders ausgeprägt. Biologistische und rassistische Lehren führten in Deutschland zu extremen Entwicklungen und Missbrauch im Dritten Reich. Das gibt gerade uns die Aufgabe und Verantwortung, bioethisch sorgfältig zu handeln und den Entwicklungen gegenüber wachsam zu sein. Es gibt uns aber nicht das Recht, neue Entwicklungen ohne Abwägung der Chancen und Risiken a priori zu verurteilen und zu verwerfen. Es ist die Aufgabe der Wissenschaftler, die potenzielle Nutzung ihrer Forschungsergebnisse von vornherein zu berücksichtigen und Vorsorge zu treffen, um Missbrauch einzudämmen. Dies bedeutet für den Wissenschaftler, dass er nicht nur Forschungsfreiheit in Anspruch nehmen darf,

sondern auch für Forschungsfolgen verantwortlich ist. Max Weber hat 1919 gesagt, dass die Medizin ihre Forschungsfreiheit mit Leidenschaft und Augenmaß praktizieren sollte und sie sich ihrer Forschungsfolgen verantwortlich zu stellen hat.

Eine besondere Rolle in der Diskussion über ethische Probleme beim Umgang mit menschlichen Leben spielt die Kirche. Es fragt sich allerdings, ob die strikte Ablehnung der Präimplantationsdiagnostik und auch der embryonalen Stammzellforschung und die kompromisslose Position der katholischen Kirche in der Sache tragfähig ist und darüber hinaus, ob der heutige Staat, der weltanschaulich neutral ist, sich diese kirchliche Position auf jeden Fall uneingeschränkt zu eigen machen muss. Allerdings wird die offizielle Position der katholischen Amtskirche auch innerhalb der katholischen Theologie und Morallehre durchaus kritisiert.

► Fortschritt erfordert Forschung

Es ist eine ärztliche Aufgabe, zu forschen und neue diagnostische und therapeutische Verfahren zu erarbeiten, insbesondere, wenn es um die Möglichkeiten geht, große Volkskrankheiten zu therapieren, und hochrangig zu bewertende Therapieverfahren erarbeitet werden. Fortschritt erfordert Forschung. Wir müssen uns deshalb darum bemühen, die positiven Aspekte in dieser neuen Entwicklung zu erkennen und zu akzeptieren. Dennoch muss eine tiefgreifende Diskussion über die ethischen und rechtlichen Fragen geführt werden mit der Abwägung von Rechtsgütern der verschiedensten Art. Es muss vor allen Dingen der Status des Embryos definiert und die Würde und der Lebensschutz entsprechend dem Grundgesetz diskutiert werden. Weiterhin muss versucht werden, im Parlament einen Kompromiss zu finden zwischen der Anerkennung des Schutzes der Menschenwürde, dem abgestuften Lebensschutz des Embryos und der Forschung für hochrangige therapiefundierte Wecke. Dieser Kompromiss darf weder den moralischen Maximalforderungen einzelner Gruppen noch den Minimalstandards von anderen, die mit dem Grundrecht nicht vereinbar sind, folgen.

Diese Diskussionen haben stattgefunden und es liegen die Argumente für

und Wider auf dem Tisch. Deshalb muss nun versucht werden, eine gesetzliche Regelung auf der Basis von Kompromissen zu erarbeiten. Unter Wahrung angemessener ethischer Grundsätze müssen gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den wissenschaftlichen und ärztlichen Erfordernissen gerecht werden. Einem Missbrauch der in Frage kommenden Techniken muss darin wirksam entgegen getreten werden. Nur so können wir auch in Deutschland an diesen Fortschritten teilnehmen.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. K. Diedrich

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
E-Mail: diedrich@medinf.mu-luebeck.de

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Leser fragen – Experten antworten

Haben Sie Fragen aus Ihrer täglichen Praxis? Dann wenden Sie sich an die Herausgeber der Rubrik „Leser fragen – Experten antworten“. Ausgewiesene Experten des jeweiligen Fachgebiets beantworten Ihre Fragen kompetent und schnell. Beiträge von allgemeinem Interesse werden anschließend ohne Nennung Ihres Namens in „Der Gynäkologe“ publiziert.

Bitte schicken Sie Ihre Fragen am einfachsten per E-Mail mit dem Betreff „Der Gynäkologe – Leserfrage“ an die Rubrikherausgeber:

- Prof. Dr. Klaus Diedrich
- PD Dr. Michael Friedrich

Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
E-Mail: diedrich@medinf.mu-luebeck.de