Gynäkologe 2009 · 42:484–486
DOI 10.1007/s00129-009-2342-x
Online publiziert: 2. Juli 2009
Springer Medizin Verlag 2009

Redaktion

G. Griesinger, Lübeck
K. Diedrich, Lübeck
H. Hepp, Buch am Ammersee

W. Küpker
Baden-Baden

„Dogma“ oder „Epigenese“

Zur Lage der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland

„Wenn der Mensch sich unaufhörlich irrt, dann deswegen, weil er niemals zu der Wahrheit als solcher Zugang hat und weil sie, wenn er ihr teilhaftig wird, immer vom Sand der Diskurse bedeckt ist, die von Epoche zu Epoche variieren.“ Dies schrieb Paul Veyne unlängst, indem er die Gedankenexperimente seines Freundes Michel Foucault punktgenau verdichtete.

Schon recht viel Sand verlegt den Blick für das Notwendige. Nahezu 20 Jahre steht das deutsche Embryonenschutzgesetz (ESchG) in Zweifel, der Fortpflanzungsmedizin zum Recht zu verhelfen. Die Literatur zum Thema ist nahezu unüberschaubar. Wie verhalte ich mich zum Embryo, wie werde ich seinem Wesen gerecht, welchgestalt ist dieses eigentlich und haben seine potenziellen Empfänger, also seine Erzeuger, überhaupt eine Bedeutung? Nota bene, hier geht es um den pränidativen, extrakorporal entstandenen und nicht um den in utero wachsenden Embryo, der sich einer rauheren Wirklichkeit konfrontiert sieht, nämlich den Anforderungen des § 218 StGB.

Aristoteles fehlten 2000 Jahre Wissenschaft, um zu erkennen, dass der Embryo seine Beseelung nicht 40 respektive 80 Tage nach Konzeption zugemessen bekommt, sondern die Menschwerdung, nein, das Menschsein mit der Kernverschmelzung von männlichem und weiblichem Vorkern in der Oocyte seinen Anfang nimmt. Dieser Erkenntnis konnte dann Papst Pius IX 1869 Rechnung tragen, um die bis heute tragende katholische Lehrmeinung des Aquinaten umzudeuten und festzulegen.

Wenn wir die eher aus protestantischen Kreisen der 50er-Jahre des letzten

Jahrhunderts stammende Sakralisierung der Gameten einmal großzügig außer acht lassen, entspricht die Lehrmeinung vom Lebensbeginn ja richtigerweise den faszinierenden Beobachtungen neuester biologischer und genetischer Forschung. Genau dieses, und nicht mehr.

Genetisch kontrolliertes Programm

Der Beginn menschlichen Lebens versteht sich als genetisch kontrolliertes Programm, als ein zur Organogenese disponierendes An- und Abschalten von Genen im Ooplasma und in den nachfolgenden Blastomeren. Menschliches Leben beginnt demnach mit der Vereinigung des maternalen haploiden Chromosomensatzes mit dem paternalen haploiden Chromosomensatz, das heißt nach Abschluss der Befruchtungskaskade. In den Zellkernen liegt nach der ersten mitotischen Teilung das neue Genom in seiner definitiven Form vor. Diese Phänomene sind gentechnisch korrumpierbar und manipulierbar, also intentional beeinflussbar. Diese kritischen Beobachtungen ermöglichen zukünftig, was die zeitgenössische Medizin mit der Stammzellforschung als ihren Skopus anerkennt, nämlich suffiziente und elegante Heilmethoden zu entwickeln. Wir beobachten also Phänomene, deren labortechnische Reproduzierbarkeit ihren anzunehmenden Wahrheitsgehalt offenbaren.

Diese Erkenntnisse beweisen zunächst rein gar nichts. In uneingeschränkter Unidirektionalität ist nicht unstrittig, dass ein neu entstandenes Genom seiner wahrscheinlich ureigensten Bestimmung –

Weiterentwicklung und Differenzierung – nachkommt. Doch gewinnt dieses prozessuale Kontinuum eine Qualität, die richtigerweise mit dem Begriff der Potenzialität belegt wird. Allein diese aber wird zum Selbstzweck einer Schutzwürdigkeit, die sich sowohl im juristischen als auch in moralischem Sinne durch sich selbst rechtfertigt. Sie wird zu einer Rechtsfigur ungleicher Tragweite, dabei sagt der Begriff nur, dass mit anzunehmender Wahrscheinlichkeit Menschwerdung so und nicht anders geschieht. Allein die Potenzialität lässt die Entwicklungsfähigkeit offen. Inwieweit ein Embryo fähig ist, sich aus sich selbst heraus zu entwickeln, ist nicht beweisbar. Augenscheinlich ist jedoch, dass dieses prozessuale Kontinuum in erheblichem Maß auf das maternale Milieu im Zuge des Nidationsprozesses angewiesen ist, um Implantation und Wachstum erst zu ermöglichen. Hier schon das Postulat von Identität und Individualität als „causa sui generis“ der Statuszumessung zu reklamieren, und hieraus Würde- und Lebensschutz im verfassungsrechtlichen Sinn abzuleiten, ist nicht zwingend.

Gesellschaftlicher Diskurs wegen veralteter Gesetzgebung

Seit die assistierte Reproduktion Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch, die nach medizinischen Kriterien als infertil gelten, beratend und therapeutisch zur Seite steht, befindet sie sich in einem Kontinuum scharfer Kritik. Trotz des Voranschreitens eines enormen Erkenntniszuwachses über die Grundlagen der Zellbiologie und der menschlichen Entwicklung

und den daraus resultierenden therapeutischen Optionen nicht nur für Kinderwunschpaare verzehrt sich die Reproduktionsmedizin, vornehmlich im deutschsprachigen Europa, im Kampf um gesellschaftspolitische Akzeptanz. Befürworter und Kritiker erleiden den gesellschaftlichen Diskurs gebunden an die Fußfesseln einer unstrittig veralteten Gesetzgebung, in Deutschland dem Embryonenschutzgesetz von 1991.

➤ Die Reproduktionsmedizin verzehrt sich im Kampf um gesellschaftspolitische Akzeptanz

Wenngleich die Grundlagen verantwortbarer Handlungsmaximen weltweit durchgesetzt sind von diverser kultureller Vielfalt und daraus resultierenden unterschiedlichen standesrechtlichen und gesetzlichen Regularien, gilt für den deutschen Diskurs die deutsche Gesetzgebung. Schlechthin gilt eine Ethik, die ein verantwortbares ärztliches Handeln unter den kontinuierlich wechselnden Bedingungen wissenschaftlicher Erkenntnis zum Wohle der Gesundheit der Patientinnen und Patienten zur Reflexion bringt, gar nichts angesichts klarer gesetzlicher Vorgaben, die gewagte Interpretamente *sensu strictu* nicht zulassen und auch nicht zulassen können, ohne dass Zweifel an ihrer Konsistenz aufkämen, wenngleich in jüngster Zeit zwei deutsche Gerichtsurteile diese Zweifel bestätigen.

Deklariertes Ziel: die selektive Einlingsschwangerschaft

Das deutsche Embryonenschutzgesetz untersagt deshalb, innerhalb eines Behandlungszyklusses mehr als drei Embryonen zu kultivieren und zu transferieren. Diese strikte Regelung ist ohne Zweifel im Ansatz ein geeignetes Instrument, der erhöhten Inzidenz von Mehrlingsschwangerschaften und den damit verbundenen geburtsmedizinischen Problemen, wie Frühgeburtslichkeit und postpartale Morbidität, zu begegnen. Liegt die Mehrlingsrate in der fertilen Bevölkerung etwa bei 1% aller Geburten, so ist sie nach assistierter Reproduktion weltweit, auch in Deutschland, seit Jahren kons-

tant erhöht gewesen. Umso mehr gilt es weiterhin, die Einlingsschwangerschaft als Ziel reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zu etablieren. Eine qualitative Embryonenselektion nach morphologischen und/oder genetischen Kriterien erhöht nachgewiesenermaßen den Erfolg, dieses Ziel auch zu erreichen. Dies ist jedoch mit dem deutschen Embryonenschutzgesetz nicht vereinbar, da die Embryonenselektion und konsekutive Verwerfung von Embryonen in jedweder Form unzulässig ist. Die selektive Einlingsschwangerschaft als deklariertes Behandlungsziel, das es unter allen Umständen zu erreichen gilt, vermeidet ausserdem den des selektiven Fetozids bei eingetretener, aber nicht erwünschter Mehrlingsschwangerschaft. Immerhin zeigten skandinavische Erfahrungen schon früh, daß nach Embryonenselektion und unter konsequenter Inanspruchnahme der Konservierung überzähliger Embryonen nach elektivem Transfer von nur einem Embryo hohe Schwangerschafts- und Geburtsraten möglich sind bei dramatisch gesunkenen Mehrlingsraten.

➤ Die Einlingsschwangerschaft ist als Ziel reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zu etablieren

Die uneingeschränkte Schutzwürdigkeit des Embryos ist der Kernpunkt nicht nur im Hinblick auf die Frage der Selektion bei der Präimplantationsdiagnostik bei der Behandlung genetisch belasteter Kinderwunschpaare, sondern eben auch bei der Auswahl von Embryonen mit hohem Implantationspotenzial im Rahmen konventioneller reproduktionsmedizinischer Maßnahmen bei der Kinderwunschbehandlung.

Das deutsche Recht formuliert mit dem im Januar 1991 in Kraft getretenen Embryonenschutzgesetz in § 8,1 den Rechtsstatus des Embryos und garantiert ihm uneingeschränkte Schutzpflicht vom Zeitpunkt der abgeschlossenen Kernverschmelzung an. Es existiert kein Raum für die Annahme einer rechtlich ungeschützten Frühphase des Menschen. Handlungen gegen den Embryo *in vitro* sind hiernach rechtswidrig und unter Strafe gestellt.

Konflikt für die Mutter

Für den intrauterinen Konzeptus gelten andere Bedingungen. Mit der Regelung des Schwangerschaftsabbruchs, dem § 218, hat der Gesetzgeber die Schutzwürdigkeit des Embryos nicht zur Disposition gestellt, denn er hat bei dieser Regelung weder die Erkrankung noch die bloße Existenz des Embryos im Visier, sondern fokussiert auf die psychischen und physischen Konsequenzen für die schwangere Frau und die mögliche Unzumutbarkeit des Austragens einer Schwangerschaft, basiert somit auf dem Rechtsstatus der Mutter, der in Konflikt zum schützenswerten Lebensrecht des Embryos oder Feten treten kann. Der Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland nicht strafbewehrt, weil hier der Rechtsstatus der Mutter mehr wiegt als der des Embryos oder Feten. Mit dem § 218 bleibt auch die Nidationsverhütung straffrei. Hier wird die Kollision zweier Rechtsgüter, die prinzipielle Schutzwürdigkeit des Embryos und die Familienplanung der Frau, billigend in Kauf genommen, wenngleich der Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig bleibt. Zwischen den Bestimmungen zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in seiner Novellierung von 1995 und dem Embryonenschutzgesetz, das seit 1991 unverändert besteht, gibt es einen klaren und tiefen Wertungswiderspruch. Die Tötung eines Embryos bis zur 12. Schwangerschaftswoche *post conceptionem in vivo* ist straffrei, wenngleich rechtswidrig, die Tötung eines Embryos *in vitro* ist rechtswidrig und strafbewehrt.

Hauptargument zur Auflösung dieses offensichtlichen Wertungswiderspruchs ist das Konfliktargument. Dem Schwangerschaftsabbruch zugrunde liegt eine aus der symbiotischen Verbindung zwischen schwangerer Frau und ungeborenem Kind erwachsene, höchst persönliche und gegenwärtige Konfliktsituation, während diese Konfliktsituation im Hinblick auf die Tötung eines *in vitro* gezeugten Embryos offenbar nicht besteht und nicht als antizipierbar gilt. Das Embryonenschutzgesetz, und damit geltendes Recht, betont die kompromisslose Schutzwürdigkeit des Konzeptus nicht nur gegen die juristische Eleganz des § 218, sondern letztlich gegen Art. 1 des Grundgesetzes und

seinen Würdeschutz aller Menschen. Jedoch hat sich das Gesetz nicht uneingeschränkt den absoluten Embryonenschutz zu eigen gemacht. So ist es unzulässig, gegen den Willen der Empfängerin einen Embryotransfer durchzuführen. Nur an dieser Stelle betont das Gesetz den Vorrang der Autonomie der Frau gegen den Schutz des Embryos. Immerhin tritt hier das verfassungsrechtlich verbriefte Recht auf Selbstbestimmung und körperliche und psychische Unversehrtheit auf den Plan. Das ist nicht unerheblich, erkennt man hier doch das Prinzip des „nihil nocere“ und des „salus aegroti“.

Warum braucht Deutschland ein neues Fortpflanzungsmedizinengesetz?

Eine Neuformulierung des Embryonenschutzgesetzes als Fortpflanzungsmedizinengesetz würde die Chance bergen, substantiell den medizinischen, juristischen und ethischen Diskurs der letzten nahezu 20 Jahre zu nutzen, um ärztlich verantwortbares Handeln für die Zukunft zu sichern. Der Autonomie und dem Selbstbestimmungsrecht der Kinderwunschpaare, und damit dem gesundheitlichen Wohl der Paare und ihrer Wunschkinder, kann Rechnung getragen werden, wenn unter den Prämissen der gegenwärtigen und zukünftigen medizinischen Erkenntnisse und international geltenden Behandlungsstandards Behandlungsstrategien, wie z. B. der selektive „Single-Embryo-Transfer“ zulässig werden. In Abwägung der Güter und unter Berücksichtigung einer ergebnisoffenen Wertschätzung der Potenzialität von Menschwerdung kann der Würde- und Lebensschutz unserer Verfassung gelebt werden.

► Eine Neufassung des ESchG als Fortpflanzungsmedizinengesetz birgt die Chance, ärztlich verantwortbares Handeln für die Zukunft zu sichern

Einzig und allein dem Primat der Verfassung und dem Streben nach Menschenwürde und Gesundheitsschutz folgend lässt sich eine zeitgemäße und zukunftsorientierte Kinderwunschbehandlung realisieren, die dem Pluralitätsanspruch und

den globalen Erfordernissen standhält. Das „Dogma“ sollte der vielschichtigen „Epigenese“ des Diskurses eines medizinischen, juristischen und ethischen Netzwerkes weichen, das eine kritikbegabte Institution begründet und eine politisch korrekte oder interessen geleitete Performanz unbeachtet lässt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. W. Küpker
Bismarckstr. 15 D, 76530 Baden-Baden
wkupker@hotmail.com

Durchbruch bei der Behandlung von Gebärmutterhalskrebs

Mediziner der Universitätsklinik in Leipzig haben eine neue Operationsmethode beim Zervixkarzinom entwickelt. Die totale mesometriale Resektion (TMMR), ermöglicht eine sichere und schonende Behandlung bei Gebärmutterhalskrebs. Grundlage bei der Entwicklung des neuen chirurgischen Verfahrens sind aktuelle Erkenntnisse bezüglich der Tumorausbreitung im menschlichen Gewebe innerhalb eines anatomischen Kompartiments. Demnach ist das Ausbreitungsgebiet des Tumors maßgeblich durch die Embryonalentwicklung determiniert. Folglich breitet sich der Krebs nicht einfach räumlich aus, sondern wächst in den Geweben gleicher embryonaler Herkunft. Aus diesem Grund wird die angrenzende Harnblase während der frühen Karzinomausbreitung nicht vom Gebärmutterhalskrebs befallen, während andere Gewebe vom diesem infiltriert werden können, trotz relativer anatomischer Entfernung zum Primärtumor.

Die Leipziger Chirurgen entfernen daher den Gebärmutterhalskrebs konsequent in seinen anatomischen Kompartimenten und schonen artfremdes Gewebe wie Harnblase, Enddarm und angrenzende Nerven. Die TMMR-Operation ist aber nicht nur schonender, sondern aufgrund ihrer Radikalität auch sicherer. Mit einer Heilungsrate von 97% (früher 80-85%) übertrifft sie bisherige Behandlungsstandards bei weitem. Auch eine postoperative Strahlentherapie ist durch das Entfernen des kranken und für den Befall geeignete Gewebes bei der TMMR nicht mehr nötig.

Nach Ansicht der Leipziger Chirurgen eignet sich das Behandlungsprinzip der TMMR über die Behandlung des Zervixkarzinoms hinaus auch als erfolgsversprechende Therapie anderer Genitalkarzinome.

Originalpublikation:

Höckel M, Horn L C, Manthey N et al. (2009) Resection of the embryologically defined uterovaginal (Müllerian) compartment and pelvic control in patients with cervical cancer: a prospective analysis. The Lancet Oncology 10: 683 - 692

Quelle: Universitätsklinikum Leipzig, ufk.uniklinikum-leipzig.de