Matthias Beck

Hippokrates am Scheideweg

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

Matthias Beck

Hippokrates am Scheideweg

Medizin zwischen naturwissenschaftlichem Materialismus und ethischer Verantwortung

2. korrigierte und erweiterte Auflage

Ferdinand Schöningh

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

Umschlagabbildung:
Äskulapstab © Pixi – Fotolia.com;
Molecule background © Belkin & Co – Fotolia.com

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk sowie einzelne Teile desselben sind
urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen
Fällen ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Verlags nicht zulässig.

2. Auflage (1. Auflage 2001)
© 2016 Ferdinand Schöningh, Paderborn
(Verlag Ferdinand Schöningh GmbH & Co. KG, Jühenplatz 1, D-33098 Paderborn)

Internet: www.schoeningh.de

Einbandgestaltung: Evelyn Ziegler, München
Printed in Germany
Herstellung: Ferdinand Schöningh GmbH & Co. KG, Paderborn

ISBN 978-3-506-77960-1

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 7
Vorwort zur zweiten Auflage 9

A. „ETHIK-DIAGNOSE“

I. MEDIZIN OHNE ANTHROPOLOGIE? 13

II. WEICHENSTELLUNGEN MODERNER MEDIZIN 24

III. STAND DER MEDIZINETHISCHEN DEBATTE 32
1. Medizinethische Diskussion ohne anthropologische Reflexion? 32
2. Erste Ansätze zum Thema „Ziele in der Medizin“ 35

IV. PERSPEKTIVEN VON KRANKHEITSINTERPRETATIONEN 39

B. ANTHROPOLOGISCHE GRUNDLAGEN DER MEDIZINETHIK

I. INTERDISZIPLINARITÄT VON MEDIZIN, PSYCHOLOGIE, PHILOSOPHIE UND THEOLOGIE 49
1. Allgemeine Bemerkungen 49
2. Naturwissenschaftliche Medizin 51
3. Psychologie – Psychosomatik 54
4. Philosophie 57
5. Theologie 59
6. Interdisziplinarität 63

II. BESTIMMUNG DES LEIB-SEELE-VERHÄLTNISSES 68

III. STATUS DES EMBRYOS 80

IV. ANTHROPOLOGIE UND ETHIK IM GESPRÄCH 92

V. ZWISCHENERGEBNIS UND AUSBLICK DER ANTHROPOLOGISCHEN GRUNDLEGUNG 97

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

C. ZIELE DER MEDIZIN

I. DAS WOHL DES MENSCHEN 109

II. PROPHYLAXE, DIAGNOSE, THERAPIE 121
1. Prophylaxe – Diagnose 121
2. Therapie 126

III. FRAGLICHE ERWEITERUNG DER ZIELE DER MEDIZIN 133
1. Therapie 136
a.) In-vitro-Fertilisation 136
b.) Überzählige Embryonen – Menschenwürde oder Lebensschutz 148
c.) Forschung mit Embryonen 158
d.) Embryonale Stammzellen – „Therapeutisches Klonen“ 163
e.) Reproduktives Klonen 176
2. „Diagnostik“ 183
a.) Präimplantationsdiagnostik 183
b.) Analyse des Genoms – prädiktive Diagnostik 189
3. „Prophylaxe“ 195
a.) Genetisches Enhancement 195
b.) Schwangerschaftsabbruch 202
c.) Lebensverlängerung – Lebensverkürzung 213
ca. Lebensverlängerung 213
cb. Aktive Sterbehilfe – Tötung auf Verlangen 215

IV. RESÜMEE UND AUSBLICK 223

Literaturverzeichnis 233

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

VORWORT

Die Medizin ist im Umbruch. Stammzellforschung, Klonen, Präimplantationsdiagnostik, Gendiagnose, Euthanasie sind die Stichworte. Der Mensch soll in frühesten Entwicklungsstadien zum Medikament verarbeitet werden, das Klonen von Menschen steht bevor. Gendiagnostik von Embryonen soll Auskunft über spätere Krankheiten geben. Mit der In-vitro-Fertilisation hat die Herstellung von menschlichem Leben außerhalb des mütterlichen Organismus begonnen. Im Kontext der Organtransplantationen wurde eine neue Todesdefinition eingeführt. Kranke Zellen werden gegenwärtig mit Hilfe embryonaler Stammzellen ersetzt. Das überwunden geglaubte Menschenbild vom l'homme machine, des Menschen als Maschine, feiert Renaissance. Wohin führt diese Entwicklung der modernen naturwissenschaftlichen Medizin?

Die gegenwärtige ethische Debatte würde ihren Sinn verfehlen, wenn sie in der Polarisierung zwischen Fundamentalkritik und Konsensethik steckenbliebe und nicht grundsätzlich nach den anthropologische Grundlagen der modernen Medizin fragte. Das zunehmend naturwissenschaftlich definierte Menschenbild der Neuzeit hat den Menschen in seiner innersten Mitte auseinanderbrechen lassen. Mit Descartes kam nicht nur eine Spaltung der Leib-Seele-Einheit des Menschen, sondern seither auch eine zunehmende „Materialisierung" der Medizin.

Während sich die Philosophie der Neuzeit vornehmlich mit dem Geistphänomen befasste, ging es der Medizin mehr um die materiellen Aspekte menschlichen Lebens. Diese „Materialisierungstendenz" erreicht heute ihren Höhepunkt, wenn Krankheitsursachen in der „Materie der Gene" gesucht werden und kranke Menschen mit dem „Material Mensch" geheilt werden sollen. Angesichts von chronischen Krankheiten wie Krebs, Parkinson, Alzheimer, Multipler Sklerose, Diabetes ist eine therapeutische Ratlosigkeit der traditionellen naturwissenschaftlichen Medizin eingetreten. Können embryonale Stammzellen diese Ratlosigkeit beseitigen?

Statt sich einem grundsätzlichen Paradigmenwechsel zu öffnen, der über die naturwissenschaftliche, aber auch über die psychosomatische Medizin hinausgeht, verharrt die Medizin in ihrem eindimensional materialistischen Menschenbild. Physik und Biologie haben längst ihre alten Weltbilder verlassen. Auch die Medizin darf den Menschen nicht weiterhin nur aus der Perspektive seiner materiellen oder psychologischen Verfasstheit betrachten, sondern muss ihn in seinem innersten Kern als Wesen des Geistes begreifen. Das bedeutet, dass die Medizin sich philosophisch-theologischen Zugängen zum Menschen öffnen muss.

Diese Öffnung darf nicht nur im Rahmen der gegenwärtigen medizinethischen Debatte geschehen, sondern vor allem im Kontext existentieller Fragestellungen nach dem Dasein des Menschen. Denn eine Ethik, die nur sagt, was man tun darf und was man lassen soll, erreicht nicht die Mitte des Menschen,

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

wenn sie ihm nicht zeigen kann, wie er seine innere Stimmigkeit finden und sein Leben zum Gelingen bringen kann. Die äußere Feststellung, dass etwas ethisch nicht vertretbar ist, zeigt noch keinen positiven Weg, wie das Leben zur Fülle kommen soll. Aber darum allein geht es.

Gegenwärtig steht der Mensch auf dem Spiel. In dem Maße, in dem *„draußen“* falsche Entscheidungen getroffen werden, wird auch der Einzelne möglicherweise innerlich sein Glück nicht finden können. Er ist in die gesellschaftlichen Prozesse involviert und in der gegenwärtigen medizinethischen Diskussion weitgehend dem Menschenbild der naturwissenschaftlichen Medizin ausgeliefert. Er findet sich immer schlechter zurecht in der bioethischen Debatte und steht in der Gefahr, die Übersicht über die richtigen Entscheidungen zu verlieren. Wie viel Pluralismus und Undurchschaubarkeit kann er noch ertragen, bevor er Sicherheit in fundamentalistischen Strömungen sucht?

Die vorliegende Studie bemüht sich, ein wenig mehr Klarheit zu bringen. Sie will auch dem interessierten Laien die Möglichkeit geben, sich ein Bild vom gegenwärtigen Diskussionsstand in der Medizin zu machen. Denn das Thema, das zur Zeit diskutiert wird, ist so wichtig für die Gesellschaft und den einzelnen, dass sich jedermann informieren und an der Diskussion teilnehmen sollte. Daher wurde auf einen ausgeprägt wissenschaftlichen Stil verzichtet und repräsentative Stimmen der Tagespresse in die Diskussion einbezogen.

Im Rahmen eines interdisziplinären Ansatzes und mehrdimensionalen Menschenbildes, das Medizin, Psychologie, Philosophie und Theologie integrativ miteinander verbindet, versucht die vorliegende Studie, ein tieferes Verständnis für Gesundheit und Krankheit zu entwickeln. Es geht dabei auch um die Frage, ob die angesichts der Stammzellforschung zur Debatte stehenden chronischen Krankheiten mit dem rein naturwissenschaftlichen Menschenbild noch hinreichend erfasst werden. Anhand von Krebserkrankungen werden dazu einige Hinweise gegeben.

Damit sind die ethischen Fragen zwar noch nicht gelöst, aber es wird versucht, einen Weg aufzuzeigen, der zwischen therapeutischer Ratlosigkeit und ethisch fragwürdiger Stammzelltherapie hindurchführt. Dazu ist im Kern der Arbeit einiges zum Leib-Seele-Problem und zum Status des Embryos auszuführen. Dabei werden geistes- und naturwissenschaftliche Aspekte ineinander verflochten und bewusst nicht separat dargestellt.

Trotz dieser Bemühungen muss die vorliegende Studie ein Fragment bleiben. Angesichts der Dringlichkeit der gegenwärtigen Debatte galt es einen Kompromiss zu finden zwischen einer ausgereiften Veröffentlichung, die möglicherweise die aktuelle Debatte verpasst und einer unvollkommenen Stellungnahme, die noch rechtzeitig am gegenwärtigen Diskurs teilnehmen kann.

Das vorliegende Buch entstammt einem Forschungsauftrag an der Universität Wien, der von der Österreichischen Nationalbank unter dem Titel „Ziele der Medizin“ für ein Jahr finanziert wurde. Projektleiter dieses Forschungsauftrages war Prof. Dr. Günter Virt, der mit großem Engagement und innerer Anteilnahme den Fortgang der Studie begleitet hat. Ihm sei an dieser Stelle ganz

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

herzlich für die Initiative zu diesem Forschungsprojekt und für die sehr gute und freundschaftliche Zusammenarbeit gedankt. Auch den Mitarbeitern des „Instituts für Ethik und Recht in der Medizin“ an der Universität Wien sei ein herzlicher Dank für die gute Zusammenarbeit gesagt.

Für ein letztes Korrekturlesen und für wertvolle Anregungen zur Vertiefung des Themas danke ich sehr herzlich Franziskus von Heeremann, der in mühevoller Arbeit nicht nur ein hervorragender Lektor im engeren Sinne war, sondern auch manch inhaltliche Inkonsistenz hinterfragt hat. Ihm sei herzlich gedankt, die verbliebenen Unzulänglichkeiten gehen zu Lasten des Autors.

Wien/München, im August 2001 *Matthias Beck*

VORWORT ZUR ZWEITEN AUFLAGE

Lange habe ich gezögert, eine zweite Auflage dieses Buches herauszubringen. Zu vieles hat sich in der Medizin seit der 1. Auflage geändert. Um alles auf den aktuellsten Stand zu bringen, müsste ein neues Buch geschrieben werden (was womöglich auch geschieht). Interessant ist aber hier in der 2. Auflage, die Entwicklung der letzten 15 Jahre nachzeichnen zu können. So wird diese Auflage doch vorgelegt mit den Ergänzungen, die zur Aktualisierung absolut notwendig sind. Sollte etwas nicht auf dem neuesten Stand sein, möge es der Leser verzeihen.

Schon im Vorwort zur ersten Auflage ging es um den Umbruch in der Medizin. Dieser Umbruch hat sich extrem beschleunigt und führt heute geradezu zu einem Paradigmenwechsel in der Medizin. Insbesondere die individualisierte und personalisierte Medizin sowie Erkenntnisse von Hirnphysiologie, Genetik und Epigenetik führen zu tieferen Einsichten in Krankheitsgeschehnisse. Über die naturwissenschaftliche Medizin hinaus tritt der Einzelne immer mehr in den Mittelpunkt. Dabei geht es über die naturwissenschaftlichen und psychosomatischen Ansätze hinaus immer mehr auch um die geistig-spirituelle Dimension des Menschen.

Konkret sollte sich daher über die Begriffe der Psychosomatik, Psychoonkologie und Psychoneuroimmunologie hinaus auch der Begriff der Psychoneuro-genetik etablieren. Mit ihm soll ausgedrückt werden, dass es Beziehungen gibt zwischen dem seelischen Befinden des Menschen (Psycho-), seinem Denken, Fühlen und seiner geistig-spirituellen Dimension (Neuro-: Nervensystem, Gehirn, Geist) sowie deren Einflüsse auf die genetisch-epigenetischen Verschaltungen, die im Buch erklärt werden.

Im Bereich der Ethik gibt es vor allem im Umfeld der Fortpflanzungsmedizin und der Genetik viele Neuerungen. Am Ende des Lebens wird aktuell über die Tötung auf Verlangen und den assistierten Suizid diskutiert.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

A. „ETHIK-DIAGNOSE“

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

I. Medizin ohne Anthropologie?

Im Umfeld der gegenwärtigen Medizin geht es um mehrere Paradigmenwechsel. Schon lange hat es in der Physik einen solchen Wechsel gegeben von der Newton'schen Mechanik hin zur Quantenphysik, die unter anderem besagt, dass nichts in der Welt starr ist, sondern alles immer zueinander in Wechselwirkung steht. In der Biologie vollzieht sich seit einiger Zeit ein Paradigmenwechsel, der die Komplexität der genetischen Grundinformation und der epigenetischen Zusatzinformationen, die Gene aktivieren und inaktivieren, betrachtet. Und schließlich findet ein solcher Paradigmenwechsel auch in der Medizin statt. Ausgehend von den sogenannten Pharmacogenomics zeigt sich, dass Patienten mit ähnlichen Erkrankungen doch ganz unterschiedlich auf dieselben Medikamente reagieren. Das hängt mit ihrem individuellen Genom und ihrer individuellen genetischen Ausstattung zusammen. Daher spricht man hier auch von individualisierter Medizin. Leider wird oft fälschlich der Begriff der personalisierten Medizin verwendet. Personal ist sie weithin noch nicht (aber auch hier bewegt sich etwas), weil zur ganzen Person eben mehr gehört als das individuelle Genom. Er gehört die ganze Biographie dazu, die Umwelt, die Mitmenschen und vor allem die gesamte Innenwelt des Menschen mit seinem Denken und Fühlen sowie seiner geistig spirituellen Ausrichtung auf das Ganze des Seins und seinen letzten Grund.

So rückt mehr und mehr der einzelne Mensch in den Mittelpunkt der Medizin. Das ist nicht selbstverständlich, da die naturwissenschaftliche Interpretation der Welt und der Medizin alles zu verallgemeinern versucht hat. Das behält auch seine Bedeutung, wird aber heute ergänzt durch den Blick auf den einzelnen Menschen.

Als die erste Auflage dieses Buches erschien, stellte sich genau diese Frage, ob der einzelne Mensch nicht aus dem Blickfeld geraten ist. Es ging um die Frage, wohin die Entwicklung der technischen, gentechnologisch und vor allem „Stammzell-orientierten" Medizin geht und wie immer aufwendigere Diagnosen und Therapien (z.B. genetische Analysen, gentherapeutische Behandlungen, Stammzelltherapie, Organtransplantationen) mit der dazu notwendigen Forschung finanziert werden kann. Vor allem ging es und geht es um die Frage, welche Rolle der Mensch noch in diesem Geschehen spielt.

Die Fragen, die damals gestellt wurden, sind nach wie vor aktuell: Geht es noch um das Wohl und die Gesundheit des Patienten, geht es um den Respekt vor dem einzelnen Menschen oder ist der junge, kranke und sterbende Mensch längst zum Gegenstand anderer Interessen geworden?

Wohin geht die Entwicklung der Medizin und welches sind ihre konkreten Ziele? Geht es im Rahmen der Stammzellforschung um einen großen Fortschritt moderner Medizin oder um einen Rückschritt, da die Medizin den Menschen aus dem Auge zu verlieren scheint? Sieht die naturwissenschaftliche Medizin noch den ganzen Menschen oder wird dieser auf seine genetische

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

Ausstattung, seine Effizienz im wirtschaftlichen Konkurrenzkampf oder gar auf seine therapeutische Verwendbarkeit im embryonalen Stadium reduziert? „Der Embryo als Therapeutikum“, das war damals im Jahre 2001 das aktuelle Thema. Es ist jetzt etwas in den Hintergrund getreten.

Wo laufen im Konflikt zwischen ärztlichem Helfenwollen und ethischen Fragestellungen die Entscheidungslinien, wenn um bestimmter Therapien willen Embryonen verbraucht werden und mit Hilfe embryonaler Stammzellen neues Organgewebe oder ganze Organe hergestellt werden? Bekommen wir eine „Spaltung des Menschlichen“, wenn junges menschliches Leben verbraucht wird, um anderen Menschen zu helfen? Beginnt bereits bei der Verwendung von Begriffen eine Verschleierung der Wirklichkeit, wenn im Unterschied zum reproduktiven Klonen vom „therapeutischen Klonen“ gesprochen wird, obwohl klar sein sollte, dass es kein therapeutisches Klonen gibt? Es gibt nur ein Klonen (allerdings zwei verschiedene Methoden), das entweder zur Herstellung eines heranreifenden Menschen oder zur Gewinnung von Stammzellen oder Organgewebe und damit zu therapeutischen Zwecken verwendet wird.

Sind In-vitro-Fertilisation, Genanalysen, Präimplantationsdiagnostik, Embryonenforschung und Euthanasie die Fortschritte der Medizin? Ist die Medizin orientierungslos geworden im „Wettlauf“ von Wissenschaft, Wirtschaft, Gesellschaft und Politik? Spielen Fragen der Standortsicherung für wissenschaftliche Institutionen, das Nicht-Zurückbleiben-Wollen hinter anderen Nationen, die Sicherung von Arbeitsplätzen im Bereich der Forschung an embryonalen Stammzellen oder gar pharmazeutische Interessen an patentiertem genetischen Material eine wesentliche Rolle bei gegenwärtigen Entscheidungsfindungen? Nutzt die Medizin noch ihre drei großen Pfeiler von Diagnose, Therapie und Prophylaxe im Dienst am Menschen oder sind an deren Stelle bereits andere Überlegungen im Blick auf internationale Finanzmärkte und Aktienkurse getreten? Hat die Medizin ihre eigentlichen Ziele noch im Blick und kann sie diese aus sich heraus noch bestimmen oder bedarf es anderer Zugänge und vertiefter anthropologischer Reflexionen, die helfen können, den Blick wieder auf den Menschen und das eine Notwendige zu wenden?

Im Hintergrund der heutigen Situation steht das Menschenbild der modernen Medizin, das seit etwa 150 Jahren vornehmlich naturwissenschaftlich geprägt ist. Diese anthropologischen Grundvoraussetzungen bestimmen die Ausrichtung der medizinischen Forschung und Therapie. Dem Patienten werden naturwissenschaftliche Erklärungen für die Interpretation von Krankheiten angeboten, die dem Stand der neuesten Erkenntnisse entsprechen. Virale und bakterielle Erreger, radioaktive Strahlung, Umwelteinflüsse oder genetische Veränderungen werden für das Entstehen von Krankheiten verantwortlich gemacht. Mangels Kompetenz können die meisten Patienten nicht übersehen, ob diese Perspektive allein zutrifft, ob naturwissenschaftliche Parameter die einzigen Gründe für das Entstehen von Krankheiten sind oder ob auch andere Einflussfaktoren am Ausbruch von Krankheiten beteiligt sind. Selbst wenn die

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

psychosomatische Medizin behauptet, es gebe auch „seelische“ Gründe für den Ausbruch von Krankheiten, gelten diese Aussagen entweder als selbstverständlich, sie werden nicht tiefer hinterfragt oder bleiben in den Augen vieler Menschen eher Vermutungen als gesicherte Erkenntnisse.

Eine erste Frage, die sich die vorliegende Studie stellt, ist, ob die rein naturwissenschaftlichen Krankheitskonzepte noch zum Verstehen insbesondere der chronischen Krankheiten genügen oder ob im Welt- und Menschenbild der Medizin ein Paradigmenwechsel stattfinden muss, wie er in Physik und Biologie längst geschehen ist? Dieser Paradigmenwechsel ist jetzt eingetreten, da zum einen in den Bereichen der Genomics, Proteinomics oder Pharmacogenomics größere Ganzheiten des Organismus erforscht werden und zum anderen gerade im Bereich der Pharmacogenomics klar wird, dass jeder Mensch ein einmaliges Genom hat und daher Medikamente trotz ähnlicher Krankheitsbilder bei jedem Patienten anders wirken. Man spricht daher heutzutage von individualisierter oder auch personalisierter Medizin. Wobei zu bedenken ist, dass der Begriff „Personalisierte Medizin“ insofern falsch ist, da hier wiederum nur die individuelle *naturwissenschaftliche* Ausstattung des individuellen Genoms des Patienten betrachtet wird und gerade nicht die ganze Person mit ihrem Umfeld und ihrer ganz persönlichen Innenwelt, die psychologische, aber auch spirituelle Anteile enthält. Die Person als menschliche Ganzheit ist *mehr* als nur das individuelle Genom.

Dieses Individuelle ist gerade nicht mehr im Sinne des naturwissenschaftlichen Paradigmas verallgemeinerbar. Hier bedarf es psychologischer, vor allem aber geisteswissenschaftlicher Zugänge aus Philosophie und Theologie. Dieser komplementäre Zugang aus geistes- und naturwissenschaftlicher Sicht ist nicht nur für die Ethik von Bedeutung, sondern vor allem für ein tieferes Verständnis von Krankheitsgeschehnissen, Krankheitsprävention, Krankheitsentstehung, Krankheitsverlauf und Heilungsprozessen. Mit dem Mehr an Wissen über das individuelle Genom sowie über die individuellen Wechselwirkungen zwischen Genetik und Epigenetik (dies sind die individuellen Zusatzeinflüsse, die die Grundinformationen der Gene modifizieren und Gene aktivieren oder inaktivieren), steigt auch die individuelle Verantwortung des Einzelnen für Krankheit und Gesundheit. Jeder Einzelne kann durch Lebensstiländerungen erheblich mehr zur Gesunderhaltung oder Gesundwerdung beitragen, als bisher angenommen wurde. Daher ist es bereits in der Schule notwendig, über diese Zusammenhänge aufzuklären. Krankheitsprävention in diesem Sinne würde – wenn die Erkenntnisse umgesetzt werden – den Krankenkassen Milliarden einsparen helfen.

Ferner ist dieser mehrdimensionale Blick für die Beurteilung der prädiktiven Medizin von entscheidender Bedeutung bei der Frage, ob man aus der Diagnostik einer bestimmten genetischen Veranlagungen auf den *sicheren* Ausbruch einer Krankheit schließen kann, oder ob auch hier Lebensführung und innere Grundhaltungen des Menschen beim Ausbruch einer solchen Krankheitsveranlagung eine Rolle spielen.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

Um hier klarer zu sehen, wird darzustellen sein, dass Krankheiten mehrdimensional zu interpretieren sind. Wie vor allem die Quantenphysik gezeigt hat, ist die Wirklichkeit nie starr, sondern immer in Wechselwirkungsgeschehnissen zu interpretieren und außerdem nur komplementär (Licht ist Welle und Korpuskel, also Materie und Nicht-Materie) zu erfassen und dies gilt auch für die Interpretation von Krankheiten. Dazu bedarf es naturwissenschaftlicher *und* geisteswissenschaftlicher Zugänge. Selbst die Biologie hat inzwischen erkannt, dass der Mensch bereits auf der genetischen Ebene nicht eindimensional sondern „multidimensional“ zu verstehen ist. Angesichts der neuesten Erkenntnisse im Bereiche der Genforschung hat die Biologie die Multidimensionalität genetischer Verschaltungen durch epigenetische Zusatzinformationen erkannt und ihr eindimensional-lineares Paradigma („ein Gen – ein Protein“ oder ein Gen – eine Information) aufgegeben zugunsten von Konzepten, welche die vieldimensionale Verschaltungen und Wechselwirkungen zwischen Genen, Epigenetik und Proteinen aufzeigen. Heute gilt der Grundsatz: „ein Gen – viele Proteine“ und „ein Protein – mehrere Funktionen.“[1]

Das heißt, Physik und Biologie haben längst ihr altes Weltbild aufgegeben, allein die naturwissenschaftliche Medizin steht in der Gefahr weiterhin in ihrem alten eindimensional-naturwissenschaftlichen Welt- und Menschenbild zu verharren, obwohl auch die Psychoneuroimmunologie inzwischen zeigen kann, dass der Mensch mehr ist als seine genetische Ausstattung. Sie kann festmachen, dass beispielsweise das Gehirn, d.h. das Denken und die Grundhaltungen des Menschen *direkten* Einfluss auf die epigenetischen An- und Abschaltmechanismen nimmt. „Auch das Gehirn ... nimmt direkten Einfluß darauf, welche Gene einer Zelle aktiviert und welche Funktionen von der Zelle infolgedessen ausgeführt werden.“[2] Es wäre hier ein neuer Begriff der Psychoneuro-genetik einzuführen, die den Einfluss des seelischen Gleichgewichtes auf das Nervensystem bis zum Gehirn und von dort auf die genetische Ebene verfolgt. Das zukünftige Forschungsgebiet wird die Kombination aus Hirnphysiologie, Genetik und Epigenetik sein.

Trotz dieser Erweiterung der Sichtweise vom Menschen verbleibt die Medizin weithin innerhalb ihres alten Paradigmas und beginnt, neue Grenzen zu überschreiten, indem sie menschliches Leben in seinen frühesten Stadien als Lieferant bestimmter Therapeutika verwendet. So jedenfalls war die Lage um das Jahr 2001, heute ist die Forschung etwas in den Hintergrund getreten, aber es lohnt sich, die damalige Argumentation weiter zu führen. Waren lange Zeit pflanzliche und chemische Arzneimittel das Mittel der Wahl, wird heute der

---

1 Vgl. dazu u.a. das gerade in deutscher Übersetzung erschienene Buch: E. Fox Keller, Das Jahrhundert des Gens (a.d. amerikanischen von E. Schöller; Orig. Titel: The century of the Gene, Cambridge 2000), Frankfurt-New York 2001.

2 G. Huether/St. Doering/U. Rüger/E. Rüther/G. Schüßler, Psychische Belastungen und neuronale Plastizität. Ein erweitertes Modell des Streßreaktionsprozesses für das Verhältnis zentralnervöser Anpassungsprozesse, in: U. Kropiunigg/A. Stacher, Ganzheitsmedizin und Psychoneuroimmunologie. Vierter Wiener Dialog, Wien 1997, 126-139, hier 126.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

Mensch selbst als Medikament eingeführt. „Embryonale Stammzellen“ ist das Zauberwort. In einem letzten „Aufbäumen“ der naturwissenschaftlichen Medizin wird dieses Mittel gewählt, um chronische Krankheiten wie Krebs, Parkinson, multiple Sklerose, Alzheimer zu behandeln.

Statt nach tieferen Ursachen von Krankheiten zu forschen und die Komplexität von Krankheitsgeschehnissen im Rahmen einer ganzheitlichen Anthropologie genauer zu erfassen, wird der Mensch als „Therapeutikum“ eingesetzt, nicht mehr im Sinne eines helfenden Dialogpartners, sondern im Sinne der Verwendung embryonalen Lebens. Nur mit Hilfe embryonaler Stammzellen meint man sonst unheilbare Krankheiten therapieren zu können. So werden einerseits große Hoffnungen in diese Therapien gesetzt und andererseits zeigen sich bereits erste verheerende Schäden bei der Behandlung von Parkinsonkranken mit embryonalen Stammzellen. Das New England Journal of Medicine spricht von schweren Spätschäden nach der Behandlung.[3]

Der Embryo wird als Sache verwendet und sein Leben als nicht mehr absolut schützenswert erachtet, wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft neuerdings verlauten lässt:[4]

> „Die Entscheidung über diese Frage läuft auf einen Abwägungsprozeß zwischen dem verfassungsrechtlichen Lebensschutz des Embryos einerseits und der ebenfalls verfassungsrechtlich geschützten Forschungsfreiheit andererseits hinaus. Der ethische und rechtliche Schutz der Forschungsfreiheit ist nicht absolut; genausowenig wie das Lebensrecht des Embryos.“[5]

Gerade der letzte Halbsatz ist entscheidend: Das Lebensrecht des Embryos ist verhandelbar (er kann getötet werden, wenn das Leben der Mutter auf dem Spiel steht), seine Würde ist es nicht. Entscheidend für die weitere Diskussion wird sein, ob man mit dem Lebensrecht oder mit der Würde des Embryos argumentiert. Diese anthropologischen Grundentscheidungen werden zeigen, ob der medizinische Fortschritt sich langfristig als wirklicher Fortschritt oder aber als Rückschritt erweist.

Verständlicherweise setzen betroffene Patienten große Hoffnungen in die neuen Therapiemöglichkeiten und kritisieren z.T. die bremsende Haltung der ethischen Debatte. Allerdings warnen gerade „fortschrittliche“ Wissenschaft-

---

[3] C.R. Freed, Transplantation of Embryonic Dopamine Neurons for Severe Parkinson’s Disease, in: The New England Journal of Medicine, Vol 344, No. 10, March 8, 2001, 710-719. „After improvement in the first year, dystonia and dyskinsias recurrend in 15 percent of the Patients who received transplants, even after reduction or discontinuation of the dose of levodopa: ebd. 710. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) kommentiert dazu: R. Flöhl, Ein Waterloo der Zelltransplantation, dass hier beschönigend von „Dystonien“ und „Dyskinesien“ gesprochen werde und dass einer der beteiligten Ärzte die nicht zu behebenden Bewegungsstörungen als „absolut verheerend“ bezeichnet habe: FAZ, 10.3.2001. „Patienten leiden unter Zuckungen, winden sich, kauen ununterbrochen, könnten teilweise nicht mehr richtig sprechen“: ebd.

[4] Vgl. den Text zur Stellungnahme der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) unter www.dfg.de/aktuell/das_neueste.html#stamm, auch in: FAZ, 11. Mai 2001, Nr. 109, 53.

[5] Ebd. Ziffer 9.2.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

ler in Deutschland, die mit embryonalen Stammzellen forschen wollen, vor zu hohen Erwartungen und weisen auf Zeiträume von fünf bis zehn Jahren hin, in denen frühestens erste Therapieergebnisse beim Menschen zu erwarten sind (heute sind wir 14 Jahre weiter, und es gibt bisher keine validen Therapieergebnisse). Nicht einmal die Forschung kann genau sagen, welche realistischen Chancen die Stammzelltherapie bietet und welche der angestrebten Therapien wirksam und „seriös“ sind.

> „Die Zeitschiene ist eine lange. Es wird meiner Meinung nach mindestens fünf bis zehn Jahre dauern, bis man überhaupt abschätzen kann, in welchen Bereichen die Stammzellforschung klinisch zum Einsatz kommen kann. Das schließt auch den Vergleich adulter und embryonaler Stammzellen ein. Ich möchte niemanden persönlich angehen, aber es ist beispielsweise sehr unseriös, wie mit Heilsversprechen argumentiert wird. Politik und Wissenschaft haben ganz andere Zeitvorstellungen und Zeitvorgaben. Sie werden politisch Dinge mit Perspektiven auf zehn, zwanzig Jahre schwerer durchsetzen können, als mit konkreten Perspektiven. Ein Medikament braucht aber von der Konzeption bis zur Marktreife gut und gern zehn Jahre. Da ist es unseriös und utopisch, für die nächsten zwei, drei Jahre Stammzelltherapien für so komplexe Erkrankungen wie Parkinson und Multiple Sklerose anzukündigen. Utopisch ist auch die Vorstellung, aus embryonalen Stammzellen ganze Organe zu züchten.“[6]

Interessant ist in dieser Äußerung einerseits die Zurückhaltung in der Beurteilung der therapeutischen Chancen („bis man überhaupt abschätzen kann, in welchen Bereichen die Stammzellforschung klinisch zum Einsatz kommen kann“) und andererseits die klare Aussage, dass man an *menschlichen* embryonalen Stammzellen forschen muss, da deren Embryonalentwicklung grundsätzlich anders verläuft als jene bei Tieren. „Es gibt gerade bei Prozessen der Embryonalentwicklung erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Lebewesen, das heißt auch zwischen Maus und Mensch.“[7] Hier wird also einerseits auf die Ungewissheit therapeutischer Erfolge hingewiesen, andererseits aber bereits aus naturwissenschaftlicher Sicht auf den eklatanten Unterschied zwischen Mensch und Tier aufmerksam gemacht. Dieser Unterschied wird in der Debatte oft bewusst verschleiert, wenn gesagt wird, der Embryo sei nur ein Zellhaufen und noch gar kein Mensch. Offensichtlich zeigen gerade die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse, dass hier eine typisch *menschliche* Entwicklung stattfindet, dass es sich also um einen *Menschen* handelt. Bemerkenswert ist auch der Hinweis auf die Entwicklungsdauer eines Medikamentes, da hier mindestens indirekt die Aussage gemacht wird – die sonst oft nicht

---

6 Vgl. dazu das Interview mit den beiden Forschern Oliver Brüstle und Otmar Wiestler in der FAZ vom Mittwoch, 13. Juni 2001, Nr. 135, 58f. mit dem Titel: Die Heilungsversprechen sind utopisch. Was drängt deutsche Forscher so sehr zur Eile? Warum reichen Tierversuche nicht aus? Warum menschliche Embryonen? Ein Gespräch mit Oliver Brüstle und Otmar Wiestler, hier: O. Brüstle, 58.

7 Ebd. 59 (O. Wiestler).

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

so klar hervortritt –, dass aus embryonalen Stammzellen, also aus menschlichen Embryonen, *Medikamente* hergestellt werden sollen.

In dieser Ungewissheit bleibt der Patient letztlich allein und auf die Fachkompetenz der Mediziner und Molekularbiologen angewiesen. Trotz aller Forderung nach informed consent entsteht ein neuer Paternalismus und eine neue Unmündigkeit des Patienten. Angesichts der Unwissenheit der naturwissenschaftlichen Medizin kann auch der Patient sich kein Urteil über die Effizienz der neuesten Möglichkeiten in der Medizin bilden.

Darüber hinaus kann er bei der Interpretation von Krankheiten nur schwer beurteilen, wie viel Gewicht den naturwissenschaftlichen Einflüssen einer Erkrankung zukommt und wie viel andere Komponenten aus Umwelt, psychosozialer Umgebung oder eigener innerster Grundhaltung zur Entstehung einer Krankheit beitragen. Auch hier wird er verunsichert, wenn neueste *naturwissenschaftliche* Erkenntnisse (also noch nicht einmal philosophische Überlegungen) zeigen, dass bestimmte genetischen Veranlagungen noch nichts über einen Krankheitsausbruch aussagen und selbst Gentests keine sicheren Aussagen über eine vorhandene Veranlagung für eine Erkrankung machen können.[8]

Sucht der Patient im Bereich der psychosomatischen Medizin nach vertiefter Krankheitsinterpretation. wird er auch hier nicht finden, was er sucht. Er bleibt enttäuscht, da die vielen unterschiedlichen Schulen der Psychologie und Psychosomatik wegen ihrer unterschiedlichen Welt-und Menschenbilder nur unzulängliche Deutungen bestimmter Krankheitsbilder anbieten können. So ist auch hier keine Sicherheit bei der Interpretation von Krankheiten zu erreichen. Also scheint letztlich doch nur der Zugang der naturwissenschaftlichen Medizin erfolgversprechend zu sein, es sei denn, man entwickelt einen ganzheitlichen Zugang zum Menschen, der über die psychosomatische Medizin hinausgeht und den Menschen als Geistwesen erfasst, der auf einen letzten Seinshorizont verwiesen ist. Eine solch mehrdimensionale Anthropologie soll in der vorliegenden Studie vorgestellt werden.

Der naturwissenschaftliche Zugang, der trotz der angedeuteten Unsicherheiten nach wie vor den wesentlichen Horizont zur Interpretation von Krankheiten darstellt, birgt die Gefahr, den Menschen auf seine naturwissenschaftlichen Aspekte zu reduzieren, den medizinischen Blick auf einzelne Organe und Organfunktionen einzuengen und so den Menschen in seiner Ganzheit aus dem Blick zu verlieren. Dieser verengte Blick hat nicht nur den hohen Preis, den Menschen in seiner Ganzheit zu verfehlen, sondern auch seinen Preis im ökonomischen Sinn: Die naturwissenschaftliche Forschung deren Sinn nicht zu bezweifeln ist – muss finanziert werden. Jedes zu entwickelnde Medikament, jedes neue Gerät, jede gentechnologische Entwicklung, jede genetische Diagnostik und jede neue Therapieform lassen hohe Kosten entstehen. Da die pharmazeutische Industrie ständig neue Medikamente mit großem For-

[8] Siehe auch dazu den neuesten Artikel in der FAZ: Th. Weber, Schattenspiele im Kern. Auch das noch: Gentests sagen nur halbe Wahrheiten, in: FAZ, Freitag, 22. Juni 2001, Nr. 142, 44.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

schungsaufwand entwickelt, Universitäten auf dem neuesten Stand der Erkenntnis sein müssen und Kliniken dem jeweils aktuellen Standard der technischen Ausstattung entsprechen sollten, ist eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen nicht zu vermeiden.

Die Last dieser Entwicklung trägt letztlich der Patient, (umverteilt auf Krankenkassen- und Versicherungsbeiträge), denn zu seinem Heil werden die Forschung und deren Umsetzung in die Therapie ja betrieben. Da die Krankenkassen offensichtlich am Rande ihrer finanziellen Kapazitäten angekommen sind, nehmen private Finanzierungen von ärztlichen Leistungen zu. Damit taucht das Problem der Gerechtigkeit in der Gleichbehandlung von Patienten auf. Finanziell besser Gestellte können sich bestimmte Diagnosen und Therapien (Gendiagnosen und -therapien, Präimplantationsdiagnosen) leisten, andere hingegen nicht. So verstärkt sich zunehmend eine Zweiklassenmedizin.

Zwar kann hinter die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse nicht zurückgegangen werden und naturwissenschaftliche Forschung bleibt notwendig, aber es ist zu fragen, ob angesichts der gegenwärtigen Entwicklung der Medizin über deren Grundansatz und Menschenbild genauer nachgedacht werden muss. Auf den Patienten zugeschnitten heißt dies zu fragen, ob er durch eine mehrdimensionale Krankheitsinterpretation – wie sie hier dargestellt werden soll – nicht eine vertiefte Einsicht in sein Krankheitsgeschehen gewinnen und so an seiner Heilung mitwirken kann. Das würde ihn langsam aus seiner Unmündigkeit befreien und etwas unabhängiger von der (möglicherweise bald nicht mehr bezahlbaren) Medizin machen.

Die Patienten selbst spüren die Unzulänglichkeit westlich naturwissenschaftlicher Medizin, können aber aus eigener Kraft keine Alternativen anbieten. So drängen asiatische und esoterische Konzepte auf den Markt. Auch die westliche Medizin versucht mit komplementären Zugängen Lösungen anzubieten. Komplementär-oder Alternativmedizin heißen die Stichworte. Hier wird naturwissenschaftliche Medizin mit anderen, z.B. naturheilkundlichen Methoden oder mit Akupunktur kombiniert. Daraus entstehen möglicherweise Fortschritte in der Krankheitsbewältigung, aber der Mensch wird durch diese Zugänge noch nicht in seinem Innersten erfasst.

Bei allem Respekt vor diesen Therapiekonzepten ist festzuhalten, dass auch ihnen oft ein wirklich ganzheitliches Menschenbild fehlt. Um dieses zu entfalten muss der naturwissenschaftliche, aber auch der psychomatsche Ansatz überschritten werden hin zu einer dreidimensionalen Sicht des Menschen, die diesen vor allem in seiner geistigen Ausrichtung auf das gesamte Sein erfasst. Die psychosomatische Medizin erreicht diese letzte Ebene nicht uns ist auch wegen ihrer Leib-Seele-Konzepte nicht als Ganzheitsmedizin zu bezeichnen.[9] Zwar besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass Umweltgegebenheiten, zivilisatorische und psychosozialen Gründe krankheitsauslösend und krankheits-

[9] Vgl. dazu M. Beck, Seele und Krankheit, Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie, Paderborn-München-Wien-Zürich ^{3}2003.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

fördernd sein können. Aber kaum Beachtung findet die Tatsache, dass auch die existentiellen Fragen menschlicher Existenz nach Sinn und Ziel des menschlichen Lebens, nach seinem Woher und Wohin, nach Leben und Tod, nach Zeit und Ewigkeit, nach Gott und den religiösen Grundeinstellungen eine Rolle bei Krankheitsentstehung, Krankheitsverlauf und späterer Heilung spielen.[10]

Auf die Beachtung dieser Zusammenhänge hat für die Psychiatrie bereits Rainer Tölle in der neuesten Auflage seines Lehrbuches „Psychiatrie" hingewiesen, ähnliches gilt auch für die anderen medizinischen Fächer.

> „Während die Psychiatrie von den philosophisch-anthropologischen Bemühungen profitierte, läßt sich Entsprechendes für die Beziehungen zwischen *Psychiatrie* und *Theologie* feststellen. Von den Weltreligionen ist wenig Einfluß auf die Psychiatrie ausgegangen, und die Psychiatrie befaßte sich wenig mit der Religiösität der Patienten. Die Gründe hierfür dürften sowohl in der medizinisch-positivistischen Einstellung der traditionellen Psychiatrie als auch in dem Unverständnis und der Abwehr liegen, mit denen Theologie und Kirchen auf die Triebthematik und die Religionskritik der Psychoanalyse reagierten. Die heutige klinische Psychiatrie versucht, die Religiösität des Patienten in ihrer existentiellen Bedeutung zu beachten."[11]

Zu wenig scheint in der Medizin bewusst zu sein, dass gerade die innersten Ausrichtungen des Menschen auf das Sein, auf Wahrheit, Gutheit und einen letzten Sinnhorizont über die innere Stimmigkeit und den inneren Frieden des Menschen entscheiden. Eine solche innere Stimmigkeit bietet ihrerseits gute Voraussetzungen für die Gesundheit (wenngleich noch keine Garantie).

Andersherum kann ein Nichtbeachten dieser Grundausrichtung, ein Nicht-Achten auf die Vorgaben des Seins, ein Vorbeileben an der eigenen Wahrheit und das Verfehlen der eigenen „Berufung" zu ständiger innerer Unstimmigkeit und über diese hinaus zu einem geschwächten Immunsystem mit Krankheitsfolge führen. Insofern sollten Krankheitsphänomene neben der naturwissenschaftlichen und psychologisch-psychosomatischen Analyse vor allem auf derartige Hintergründe befragt werden. Die Psychoneuroimmunologie hat – wie oben schon erwähnt – bereits erkannt, dass das Gehirn und damit das Denken und die Grundhaltungen des Menschen direkten Einfluss auf die Aktivität von Genen und so auf Krankheit und Gesundheit hat.[12]

Von hier aus müssen vor allem tiefere Therapieansätze entwickelt werden, die das Innerste des Menschen betreffen und nicht nur zusehen, wie man von

---

[10] Neuere amerikanische Untersuchungen zeigen z.B., dass „religiöse" Menschen (leider ist dieser Begriff oft negativ besetzt und muss in seiner eigentlichen Bedeutung neu herausgearbeitet werden) im Durchschnitt länger leben, mit Krankheiten anders umgehen und insgesamt weniger krank sind. Eine Vielzahl dieser Studien sind zusammengefasst in dem Buch mit dem (etwas unglücklichen) Titel: H. Amberger, Wer glaubt, lebt länger. Glauben heilt – Beten hilft – Und Ärzte können es beweisen, Wien 2000, 173-180.

[11] R. Tölle, Psychiatrie, Berlin-Heidelberg-New York u.a. [12]1999, 12.

[12] Vgl. Zitat Anm. 2.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

außen mittels Stammzellen degeneriertes Gewebe ersetzen kann. Wenn heutzutage viel von der Selbstverantwortung des Patienten gesprochen wird, dann kann er diese nur wahrnehmen, wenn er über die *ganze* Komplexität der Zusammenhänge von Krankheitsentstehung und -verlauf informiert ist und nicht nur über deren naturwissenschaftliche Anteile.

Die naturwissenschaftliche Medizin selbst erkennt inzwischen ihre Grenzen. Auf einem der großen Krebskongresse in Berlin im Juni 1998 wurde von einigen Medizinern im Blick auf die Therapie von Tumorerkrankungen – ähnliches gilt für andere Krankheitsbilder – konstatiert, dass man in der Tumorbekämpfung *letztlich* – bei allen kurzfristigen Erfolgen – keine großen Fortschritte gemacht habe. Es wurde bemerkt, dass die „bislang propagierten onkologischen Strategien ... zwar in Einzelfällen zu vermehrter Lebensqualität führten, nicht aber zu einem wirklichen therapeutischen Durchbruch.“[13] Zwar kann man die Meinung vertreten, dieser Durchbruch sei nur noch eine Frage der Zeit und die Stammzellforschung wird den Durchbruch bringen. Man kann aber auch fragen, ob die naturwissenschaftliche Sicht des Menschen – gerade in der Krebsforschung – zum Erfassen der Krankheitsphänomene noch hinreichend ist, ob die psychosomatische Medizin darüber hinaus wesentlich Neues beitragen kann oder ob erst die oben angesprochen dritte Ebene der menschlichen Geistverfasstheit die eigentliche Größe ist, welche die naturwissenschaftliche und psychosomatische Sicht zu einem ganzheitlichen Erfassen von Krankheitsphänomenen integriert.

Diese „dreidimensionale Sicht“ setzt den naturwissenschaftlichen (und psychosomatischen) Zugang nicht außer Kraft, sondern bringt ihn erst in seiner ganzen Bedeutung für eine komplementäre Betrachtung eines komplexen Krankheitsgeschehens zum Leuchten. Stillschweigend wurde lange Zeit vorausgesetzt, dass die Medizin den Menschen kennt und ihm mit ihrem naturwissenschaftlichen Zugang dienen und helfen kann. Dies soll auch heute nicht grundsätzlich bezweifelt, aber doch das Menschenbild auf andere Dimensionen hin erweitert werden.

Daher ist es Aufgabe und Ziel der vorliegenden Studie, eine Anthropologie vorzustellen, die den Menschen in seiner Mehrdimensionalität erfasst, um von dort aus einerseits einen Blick auf die Interpretation von Krankheiten zu werfen sowie andererseits zu aktuellen ethischen Fragen der Embryonenforschung, Stammzelltherapie, Präimplantationsdiagnostik, Klonen und Euthana-

[13] So die Aussagen namhafter Wissenschaftler auf dem 23. Kongress der Deutschen Krebsgesellschaft in Berlin (Juni 1998). Zitiert ist aus dem zusammenfassenden Kongressbericht von B. Nickolaus, Die Blutversorgung des Tumors unterbinden. 23. Kongress der Deutschen Krebsgesellschaft in Berlin – „Blockade“ der Gefäßbildung wird in Phase-I-Studie geprüft, in: Deutsches Ärzteblatt 95, Juli 1998, 21-22. (A-1713-1714), hier 21 (A-1713). Ähnlich Äußerungen kommen auch aus dem Jahre 2000. Eine vergleichbar schwierige Situation einer „Heilung“ mit naturwissenschaftlichen Methoden zeigt sich bei vielen anderen Erkrankungen wie beispielsweise AIDS, multipler Sklerose, Allergien und Autoimmunerkrankungen, dann im Bereich der Psychiatrie bei Schizophrenien und etlichen weiteren Krankheitsbildern.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

sie Stellung zu beziehen. Zwar sind die unterschiedlichsten ethischen Fragestellungen in der aktuellen medizinethischen Debatte schon häufig reflektiert worden, aber die Frage nach der jeweils zugrunde liegenden Anthropologie kam dabei oft zu kurz. Die vorliegende Studie will daher einen Beitrag zu einer Grundsatzreflexion über die Medizin, ihr Bild vom Menschen und ihre weiteren Entwicklungen leisten.

Denn trotz aller vermeintlichen Wertfreiheit der Wissenschaft entscheidet das Menschenbild über den Fortgang der Entwicklung in der Medizin. Die dem medizinischen Handeln zugrunde liegende Anthropologie treibt das Suchen und Forschen nach Krankheitsursachen und Krankheitstherapien in eine bestimmte Richtung voran. Es sind – mit einem Wort von Max Weber – nicht zuletzt „Wertinteressen ..., welche auch der rein empirisch-wissenschaftlichen Arbeit die Richtung weisen."[14]

[14] M. Weber, Der Sinn der „Wertfreiheit" der soziologischen und ökonomischen Wissenschaften, in: ders., Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, Tübingen 1988, 512.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

II. Weichenstellungen moderner Medizin

Ein großer Teil der heute anstehenden ethischen Probleme im Bereich der Embryonenforschung oder der Gewinnung embryonaler Stammzellen nahm seinen Ausgang von der seit 1978 praktizierten In-vitro-Fertilisation. Diese war offiziell dazu gedacht, kinderlosen Eltern zu einem Kind zu verhelfen. Allerdings wurde ihre eigentliche Zielsetzung bereits frühzeitig von R.G. Edwards, einem der beiden „Väter" des ersten Retortenbabys, offengelegt. Es ging ihm – wie er selbst sagt – von Anfang an darum, embryonale Stammzellen zu gewinnen, chromosomale Erkrankungen zu erforschen, genetische Diagnostik vor der Implantation zu betreiben und Methoden zur verbesserten Kontrazeption zu entwickeln. Er schreibt zusammenfassend zu den eigentlichen Zielen der In-vitro-Fertilisation:

> „Original purposes of the introduction of IVF
>
> Gain fundamental knowledge on human conception
>
> Investigate the ethics of human conception involved in studies on IVF, contraception, gamete donation, embryo research, etc
>
> Attempt to alleviate infertility
>
> Understand and improve methods of contraception
>
> Identify the causes of human chromosomal disorders
>
> Design methods for diagnosing and avoiding genetic disease before implantation
>
> Produce human stem cells in vitro for analyses on differentiation and transplantation"[15]

Mit der Möglichkeit der *Herstellung* (nicht Zeugung!) menschlichen Lebens außerhalb des mütterlichen Organismus durch einen Arzt (oder Tierarzt) wurde der Weg frei zur Forschung mit Embryonen mit allen Möglichkeiten der Manipulation und anderweitiger „Verwendung".[16] Der Mensch bekam den Menschen in seinen Anfangsstadien in die Hand und konnte ihn von jetzt an frühzeitig verwenden und verzwecken.

Die In-vitro-Fertilisation war der Beginn einer langen Entwicklung, die erst heute in ihrer eigentlichen Problematik zum Vorschein kommt. Sie hat nicht nur grundsätzliche Weichen medizinischer Intervention gestellt, die zu den heute diskutierten Problemen führen, sondern bereits die herkömmlichen Ziele der Medizin von Prophylaxe, Diagnostik und Therapie überschritten. Sie be-

---

[15] Vgl. dazu R.G. Edwards, Introduction and development of IVF and its ethical regulation, in: E. Hildt/D. Mieth (Hrsg.), In vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Alderhot 1998, 3-18, hier 6.

[16] Vgl. dazu u.a.: I. Schneider, Föten. Der neue medizinische Rohstoff, Frankfurt a.M.-New York 1995.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

Ebene zum Erfassen des Menschen und zum tieferen Verständnis von Krankheiten.

Wenn im Folgenden aktuelle ethische Fragestellungen diskutiert werden, dann scheinen diese Themen mit den vorhergehenden nichts zu tun zu haben. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich aber, dass sie doch unmittelbar zusammengehören. Denn die Medizin steht an einem zentralen Wendepunkt. Da sich bei der Therapie vieler Krankheiten eine gewisse Ratlosigkeit breit macht (es wurde zitiert, dass man bei Krebserkrankungen letztlich nicht recht weiter gekommen ist), die Medizin aber als zentralen Auftrag hat, den Menschen zu helfen, muss sie nach neuen Therapien Ausschau halten. Dies ist ihre Aufgabe, wenn sie das Leid der Menschen bekämpfen will. Allein die Frage, wo und wie sie diese Therapeutika sucht, ist entscheidend. Sie beginnt gerade heute, Wege einzuschlagen, die ethisch möglicherweise nicht mehr vertretbar sind. Es gilt also nach Alternativen zu suchen.

Man kann natürlich die Themen auch unabhängig voneinander diskutieren und sagen, dass die These mit dem ganzheitlichen Menschenbild zwar einleuchtet, dass man aber trotzdem eine Therapie für Parkinsonkranke mittels Stammzellen fördern will. Oder man kann umgekehrt argumentieren und sagen, man lehnt Stammzelltherapie grundsätzlich ab, kann aber auch mit dem ganzheitlichen Menschenbild nichts anfangen. Man kann aber auch behaupten – und das ist die gegenwärtige Haltung – es gäbe nur einen naturwissenschaftlichen Zugang zu den Krankheiten und auch die adäquate Therapie müsse naturwissenschaftlich vorgenommen werden und das sei zzt. eben die in Aussicht gestellte Stammzelltherapie.

Die beiden Themenbereiche auseinanderzureißen, hieße aber – ähnlich wie beim Problem der Leib-Seele-Einheit – zwei zusammengehörende Pole, die in sich verschieden sind aber doch zusammengehören, auseinanderzureißen. Diese Sichtweise der Identität von Identität und Differenz (Hegel), also der Einheit von Einheit und Verschiedenheit oder einfacher gesagt der Einheit in Verschiedenheit kann zwar niemandem aufgezwungen werden, aber man kann versuchen, sie anzudemonstrieren.

1. „Therapie“

a.) In-vitro-Fertilisation

Die In-vitro-Fertilisation, die eigentlich dafür gedacht war, kinderlosen Ehepaaren ein Kind zu ermöglichen, stellt – das wurde schon gesagt – insofern eine Veränderung der traditionellen Ziele der Medizin von Diagnose, Prophylaxe und Therapie dar, als nicht mehr die „Kranken“ behandelt werden, sondern deren Zeugungs- oder Empfängnisunfähigkeit durch die Hilfe der In-vitro-

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

Fertilisation substituiert wird. Eine solche Substitutionstherapie gehört zu den Zielen der Medizin und sie wird vielfach vorgenommen, wenn z.B. fehlende Hormone, Elektrolyte oder andere Stoffe ersetzt werden. Es stellt sich aber die Frage, ob die Substitutionsleistung einer In-vitro-Fertilisation mit jener des Ersetzens fehlender Elektrolyte oder anderer physiologischer Stoffe vergleichbar ist.

Denn offensichtlich gibt es einen grundsätzlichen Unterschied zwischen dem Ausfall einer Hormonproduktion, die beim Patienten selbst substituiert wird und dem Verlust einer Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, deren Ausfall „außerhalb" des Patienten durch das künstliche Verfahren der In-vitro-Fertilisation ersetzt wird. Bei eine normalen Substitution nimmt der Patient ein Medikament und so werden fehlende Stoffe ersetzt. Hier bei der In-vitro- Fertilisation gibt jeder der Partner etwas ab (Samen und Eizelle) und der *Arzt* wird zum „Hersteller" neuen Lebens, indem *er* Samen und Eizelle außerhalb des mütterlichen Organismus zusammenführt (zu Beginn der IVF waren es Tiermediziner, die die IVF durchführten, da sie bereits mehr Erfahrung mit der künstlichen Besamung von Tieren hatten). Bei der normalen Zeugung geht es um ein Beziehungsgeschehen zwischen Mann und Frau, hier ist letztlich ein Dritter der „Erzeuger" neuen Lebens. Ob man daher die In-vitro-Fertilisation ablehnen sollte, weil dieses Beziehungsgeschehen hierbei nicht *direkt* gegeben ist und ein Dritter als „Assistent" bei Herstellung neuen Lebens zugegen ist, soll hier nicht diskutiert werden.

Anderseits ist zu fragen, ob Infertilität eine Krankheit ist, die unbedingt behandelt werden muss. Wenn es keine Krankheit ist, steht offensichtlich die Bewältigung des Leidens an der Sterilität im Vordergrund.[266] Sollte sie als Krankheit anerkannt werden, müssten Krankenkassen die nicht unerheblichen Kosten für eine Behandlung übernehmen, andernfalls müssten die Betroffenen selbst die Kosten tragen. In Deutschland werden bis zu vier Versuche einer In-vitro-Fertilisation durch Krankenkassen finanziert, wenn sie innerhalb einer Ehe stattfinden.[267] In Österreich werden derzeit bis zu drei Versuche von einem Fond bezahlt, früher lehnten Österreich und die Schweiz eine Bezahlung aus grundsätzlichen Erwägungen ab.[268] Selbst wenn Zeugungs- und Empfängnisunfähigkeit und damit Kinderlosigkeit nicht als Krankheit eingestuft wird, gehört eine Hilfeleistung auf diesem Gebiet im Sinne einer Leidensverminderung der kinderlosen Eltern durchaus zu möglichen Zielen der Medizin. Es sollte Ziel ärztlichen Handelns sein, Patienten in Not (auch seelischer) zu hel-

[266] Vgl. dazu u.a.. S. Reiter-Theil/W. Kahlke, Fortpflanzungsmedizin, in: W. Kahlke/S. Reiter-Theil (Hrsg.), Ethik in der Medizin, Stuttgart 1995, 34-45, hier 38.

[267] Vgl. dazu § 27a, Deutsches Sozialgesetzbuch V.

[268] In Österreich und der Schweiz werden „die Leistungspflicht des Versicherungsträgers für Maßnahmen der Reproduktionsmedizin schon grundsätzlicher Überlegungen wegen abgelehnt": E. Bernat, Das Recht der Fortpflanzungsmedizin 1995: Ein Dreiländervergleich (Deutschland, Österreich, Schweiz), in: Fischl (Hrsg.), Kinderwunsch, 261.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

fen, und Kinderlosigkeit kann in diesem Sinne als große Not erfahren werden.[269]

Allerdings ist hierbei mehreres zu bedenken: Zunächst sollte vor zu großen Erwartungen gewarnt und eine Fixierung auf die technischen Möglichkeiten der Medizin vermieden werden. Denn trotz aller Fortschritte führt die In-vitro-Fertilisation – je nach Statistik und unterschiedlicher Methode – nur in etwa 20-25% der Fälle zum Erfolg.[270] Außerdem ist der Aufwand der Eizell-Gewinnung mittels vorangegangener Hormonstimulation und Eientnahme mittels Kurzzeitnarkose oder Lokalanästhesie sehr hoch. Weiterhin ist die Frau nicht beliebig oft hormonell zu stimulieren, da dies doch eine hohe psychische und physische Belastung darstellt. Insofern ist die Zahl der Versuche nacheinander und insgesamt aus gesundheitlichen Gründen begrenzt.

Neues Leid kann also einerseits durch die Prozedur der In-vitro-Fertilisation selbst, aber auch – bei Misslingen – durch enttäuschte Erwartungen entstehen. Jede neue Enttäuschung führt zu einer neuen Belastung der Betroffenen und der Beziehung beider. Wenn trotz aller Bemühungen der Kinderwunsch unerfüllt bleibt und der Mensch auf den je neuen Versuch fixiert ist, kann dies zu einer weiteren Krise zwischen den Eheleuten führen, wenn diese nicht ohnehin schon durch die Kinderlosigkeit gegeben ist. Daher müssen diese Patienten vor, während und nach einer solchen Behandlung – zumal wenn sie scheitert – psychologisch betreut werden. Aus diesem Grund bemerkt Barbara Maier: „Patients *after* unsuccessful IVF are a majority which should be taken care of. Psychological support after unsuccessful proceders should be available to them.“[271] Hier gilt die alte ethische Regel: Das Leid, das durch die

[269] Allerdings sind Fragen anzumelden, wenn man weiß, dass zur Entwicklung dieser Methode Embryonen in der Forschung verbraucht wurden und viele „Fehlversuche“ notwendig waren.

[270] Die Zahlen über die Erfolgsraten der In-vitro-Fertilisation in den letzten Jahren liegen z.T. erheblich auseinander. Vgl. dazu die divergierenden Zahlen, die je nach Methode der künstlichen Befruchtung (GIFT, ICSI) bis zu 30% Erfolgsrate pro Punktion aufwiesen: vgl. D. Krebs, In-vitro-Fertilisation, in: Lexikon der Bioethik (hrsg. v. W. Korff/ L. Beck/P. Mikat), Bd. 2, Gütersloh 1998, 293f. Es ist bei der Interpretation der Statistiken aber genau zu prüfen, ob es sich um die Erfolgsraten der Befruchtung innerhalb *eines* Zyklus oder mehrerer Zyklen (z.T. bis zu zwölf) handelt. Die Erfolgsrate *pro Zyklus* liegt wohl eher um die 10%. Auch ist zu hinterfragen, ob es sich bei den positiven Ergebnissen um einen Befruchtungserfolg innerhalb eines oder mehrerer Zyklen handelt oder ob die tatsächlichen Geburten (die „Baby-take-home-Rate) erfasst werden. Das Erfassen der erfolglosen Versuche ist deshalb wichtig, weil daran die Belastung für die Frau und die ganze Familie abgelesen werden kann. Vgl. dazu z.B. U. Wiesing, Success rates in IVF, in: E. Hildt/D. Mieth, In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot u.a. 1998, 163-169, bes. 166. Weitere Zahlen z.B. bei B. A. Lieberman, Success of in vitro fertilisation, in: Hildt/ Mieth (Hrsg.), In Vitro Fertilisation in the 1990s, 159-162. Die Erfolgsrate bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) liegt wohl höher, bei etwa 30%: vgl. dazu: B. Maier, The effects of IVF on the women involved, in: Hildt/Mieth, In Vitro Fertilisation in the 1990s, 187-194, 190.

[271] B. Maier, The effects of IVF on the women involved, in: Hildt/Mieth, In Vitro Fertilisation in the 1990s, 187-194, hier 192.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

neue Methode möglichweise zustande kommt, darf nicht größer sein als das Leid ohne die neue Methode.

Neben der Inanspruchnahme technischer Möglichkeiten medizinischer Hilfeleistung sollte es ein Ziel der Behandlung sein, gemeinsam mit den Patienten nach möglichen Ursachen der Kinderlosigkeit zu forschen. Diese Suche sollte wiederum über die psychologische Betrachtungsebene und die Suche nach Umwelteinflüssen hinausgehen und bis zu existentiellen Seins- und Sinnfragen des Lebens hinabreichen. Denn häufig liegen die Probleme der kinderlosen „Eltern" auf dieser Ebene. Urban Wiesing stellt zu Recht die Frage, ob ein Erfolg bei einer In-vitro-Fertilisation in jedem Fall auch ein Erfolg für den oder die Patienten ist („a medical success should be helpfull for the patient"[272]), da die Grundproblematik der Beteiligten meist sehr viel tiefer liegt. „Is ‚success' of reproductive medicine always a ‚success' for the patient, is it helpful for the patient? The answer is: No, in a double sense"[273]

Dieser doppelte Sinn meint, dass erstes eine erfolgreiche In-vitro-Fertilisation noch kein Garant für ein lebendiges und gesundes Baby ist und zweitens, dass mit der Geburt eines Kindes noch lange nicht alle Probleme gelöst sind, die hinter der Kinderlosigkeit liegen können. Daher betont Wiesing: „A baby is not in every case helpful for the patient, because childlessness is a more complex suffering than only the lack of child."[274] Auf der psychologisch-psychosomatischen Ebene hat auch Christina Hölzle Einwände gegen die In-vitro-Fertilisation erhoben. Diese lauten vor allem, dass der Kinderwunsch – eine Studie von Stauber unterscheidet „überstarken", „starken" und „gesunden" Kinderwunsch[275] – oft zur Kompensation eigener Defizite oder unaufgearbeiteter Konflikte genutzt wird.[276]

Damit besteht die Gefahr, dass Kinder zur Lösung der Probleme der Eltern missbraucht und damit verzweckt werden, was allerdings bei normaler Zeugung auch möglich ist. Auch ist nicht immer gesagt, dass ein unbedingt gewünschtes Kind die Erwartungen der Eltern erfüllt. Im Gegenteil: Es kann passieren, dass Eltern gerade mit diesen „Wunschkindern" nicht zurechtkommen, da sie diese entweder mit ihren Wünschen überfrachten (die von den Kindern gar nicht erfüllt werden können) oder aber es stellt sich im Laufe der Elternschaft heraus, dass die eigentlichen Wünsche hinter dem Kinderwunsch, wie z.B. eine bessere gesellschaftliche Stellung durch das Kind gar nicht befriedigt werden können. Es gibt sogar Hinweise darauf, dass Studien darüber

---

[272] Wiesing, Success rates in IVF, in: Hildt/Mieth, In Vitro Fertilisation in the 1990s, 167.

[273] Ebd. 166f.

[274] Ebd. 167. Vgl. dazu auch C. Hölzle/U. Wiesing, In-vitro-Fertilisation – ein umstrittenes Experiment. Fakten – Leiden – Diagnosen – Ethik, Berlin u.a. 1991, bes. Kap. 3.

[275] Vgl. M. Stauber, Zur Psychosomatik der modernen Reproduktionsmedizin, Praxis in Psychotherapie und Psychosomatik 31 (1986) 285-297.

[276] Vgl. dazu z.B. C. Hölzle, Psychologische Aspekte der Sterilitätsbehandlung, in: J.S. Ach/M. Bedenbecker-Busch/M. Kayß (Hrsg.), Grenzen des Lebens, Grenzen der Medizin. Ist moralisch erlaubt, was medizinisch machbar ist? Münster 1997, 65-89.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

existieren, dass in-vitro-fertilisierte Kinder zur Adoption freigegeben werden, da Eltern nicht mit ihnen zurechtkommen. Solche Studien werden aber offensichtlich nicht veröffentlicht, da sie die In-vitro-Fertilisation in ihrem Wert in Frage stellen und eine ganze „Industrie“ zum Widerspruch herausfordern würden. Immerhin ist mit der IVF viel Geld zu verdienen. Dennoch soll nicht verschwiegen werden, dass es auch glückliche Eltern und glückliche Kinder in diesem Kontext gibt.

Sicher ist es im Einzelfall schwierig, die genauen Hintergründe der Kinderlosigkeit und die Motive des unbedingten Kinderwunsches der Eltern herauszufinden. Dennoch kann es von Nutzen sein, diese Hintergründe zu erforschen, da tiefere Erkenntnis entweder zur Akzeptanz der Kinderlosigkeit führen kann oder sich durch vertiefte Einsichten bei den Eltern bestimmte Vorstellungen, Lebenshaltungen, Verkrampfungen und Fixierungen auf ein Kind lösen können. Gerade dadurch kann sich wiederum der Kinderwunsch noch erfüllen. Es ist bekannt, dass beispielsweise nach einer Adoption eines fremden Kindes häufig noch eigene Kindern geboren werden, da offensichtlich die Fixierung, endlich ein Kind zu bekommen, nachlässt und durch eine gewisse Entspannung doch noch eine Schwangerschaft möglich wird. Auch nach In-vitro-Fertilisationen und erfolgreicher Geburt sind oft noch eigene, natürlich gezeugte Kinder geboren worden, da auch hier der Druck, unbedingt ein Kind haben zu müssen, nach dem ersten in-vitro Kind nachlässt und so auch eine normale Zeugung möglich wird.

Die Fixierung auf ein Kind beinhaltet nicht nur die Gefahr einer „inneren Verkrampfung“, sondern auch jene, alle Hoffnung allein auf die technischen Möglichkeiten der Medizin zu setzen.[277] Statt angesichts der Situation die Chance einer tiefergehenden Auseinandersetzung zu nutzen und die Zusammenhänge der Kinderlosigkeit auf einer existentielleren Ebene zu suchen und durch Erkenntnis und Lebensumkehr möglicherweise von der Kinderlosigkeit „geheilt“ zu werden, wird alle Erwartung in die Möglichkeiten der Medizin gesetzt. Die IVF soll deshalb nicht zu sehr kritisiert, aber in ihrem Wert und ihrer Erfolgschance relativiert werden.

Sollte trotz Erkenntnis und Lebensumkehr (was ja meist ein längerer Prozess ist) der Kinderwunsch unerfüllt bleiben und weder natürliche Zeugung noch eine IVF zum ersehnten Kind führen, müsste die Kinderlosigkeit – möglicherweise „unverstanden“ – akzeptiert werden. Daher ist mit der In-vitro-Fertilisation auch eine eingehende Beratung und Begleitung zu gewährleisten, die zunächst die Möglichkeiten, Risiken und Erfolgschancen dieser Technik bespricht, dann aber auch hilft, den „Misserfolg“ einer In-vitro-Fertilisation zu verarbeiten.

[277] B. Maier erhielt bei Interviews von kinderlosen Eltern u.a. folgende Antwort eines Patienten: „Once, I had eccepted remaining childless ... then I have learned about IVF – and all the troubles started again. Yet my whole life is oriented around this unfulfilles desire for a child and the increasing hope that this desire will be met through IVF-procedures“: Maier, The effects of IVF on the women involved, 191.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

Wegen der Komplexität der möglichen Risiken und Gefahren für Mutter und Kind, aber auch der seelischen Probleme vor und nach einer möglicherweise erfolglosen In-vitro-Fertilisation sieht das „Österreichische Fortpflanzungsmedizingesetz“ und das „Schweizer Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung“ eine eingehende Beratung der betroffenen Paare vor.[278] So heißt es im österreichischen Gesetz: „Der Arzt hat vor der Durchführung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung die Ehegatten oder Lebensgefährten über die Methode sowie über die möglichen Folgen und Gefahren der Behandlung für die Frau und das gewünschte Kind eingehend aufzuklären und zu beraten.“ (§ 7 Abs. 1 FmedG). Diese Beratung soll durch eine psychologische Betreuung ergänzt werden: „Der Arzt hat eine psychologische Beratung oder eine psychotherapeutische Betreuung der Ehegatten oder Lebensgefährten zu veranlassen, sofern diese eine solche nicht ablehnen“ (§ 7 Abs. 2 FmedG). Auch das Schweizer Gesetz sieht eine eingehende Beratung vor. Und zwar zunächst über

> „a.) die verschiedenen Ursachen der Unfruchtbarkeit; b.) das medizinische Verfahren sowie dessen Erfolgsaussichten und Gefahren; c.) das Risiko einer allfälligen Mehrlingsschwangerschaft; d.) mögliche psychische und physische Belastungen; und e.) die rechtlichen und finanziellen Aspekte“ (Art. 6, Nr. 1 FMedG).

Dabei ist im Beratungsgespräch auch „auf andere Möglichkeiten der Lebensgestaltung und der Erfüllung des Kinderwunsches hinzuweisen“ (Art. 6, Nr. 2 FMedG). Zwischen dem Beratungsgespräch und der Behandlung muss „eine angemessene Bedenkfrist liegen, die in der Regel vier Wochen dauert“ (Art. 6, Nr. 3 FMedG). Insgesamt ist „vor, während und nach der Behandlung eine psychologische Begleitung anzubieten“ (Art. 6, Nr. 4 FMedG). In Deutschland fehlt bislang im Gesetz eine genauere Festlegung für derartige Begleitmaßnahmen.

Abgesehen von Fragen nach den Hintergründen einer Infertilität stellen sich über die Behandlung von kinderlosen Ehepaaren mit der In-vitro-Fertilisation weiterreichende Probleme. Ursprünglich war sie gedacht – abgesehen von den oben schon genannten Gründen – um Eltern ein Kind zu ermöglichen. Die künstliche Zeugung von Kindern blieb damit im Sozialverband der Familie. Eine ganz andere Problematik tut sich auf – oft diskutiert –, wenn Kinder außerhalb von Familien „hergestellt“ werden und wenn Frauen unter Verwendung von Samenbanken Kinder bekommen oder wenn hergestellte Zygoten ge- und verkauft werden können.

Insofern ist mit der Entwicklung der In-vitro-Fertilisation nicht nur der Embryo dem Schutzraum des mütterlichen Organismus entzogen und damit allen Manipulationen und Forschungsmöglichkeiten preisgegeben, sondern durch die Möglichkeit des Kinderzeugens außerhalb des Familienverbandes ist auch eine „Therapie“ geschaffen worden, die es Müttern möglich macht, mit-

[278] Diese Beratung sollte ihrerseits einer Qualitätssicherung unterliegen.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

tels Samenspende Kinder zu bekommen, ohne dass diese Kinder je einen Vater zu Gesicht bekommen.

Diese Samenspende eines dritten ist in Österreich unter bestimmten Auflagen erlaubt (§ 11 FmedG, siehe unten neues FmedG aus 2015), auch das Schweizer Gesetz sieht eine solche Samenspende als möglich an (Art. 18ff. FMedG), allerdings dürfen die Samenzellen eines Spenders „für die Erzeugung von höchstens acht Kindern“ verwendet werden. (Art. 22, 2 FMedG). In Deutschland ist sie nicht verboten (es sei denn, man befruchte eine Eizelle zu anderen Zwecken als zur Implantation (vgl. § 1 ESchG), aber so geregelt, dass der behandelnde Arzt eventuell unterhaltspflichtig für das erzeugte Kind wird, so dass diese Methode de facto wohl kaum durchgeführt wird.

In diesem Bereich hat es in den letzten Jahren wohl die größten Veränderungen gegeben. Österreich hat seit Anfang 2015 ein neues Fortpflanzungsmedizingesetz. Darin wird die Fremdsamenspende auch in Zuge einer IVF erlaubt, bisher war dies nur mittels Insemination, also des direkten Einbringens des Samens in die Gebärmutter der Frau erlaubt. Weiterhin ist die Eizellspende erlaubt, die bisher verboten war. Die Eindringtiefe in den Organismus der Frau ist wesentlich tiefer als bei der Samenspende des Mannes und außerdem muss man, um mehrere Eizellen zu gewinnen, die Frau mit Hormonen stimulieren und das ist nicht ungefährlich und hat schon zu Todesfällen geführt. Aus diesen Gründen war die Eizellspende bisher verboten, ist jetzt aber auf verschiedene Klagen hin (auf Gleichberechtigung oder Nicht-Diskriminierung) zugelassen worden.

Weiterhin ist die Samenspende und die IVF für lesbische Paare erlaubt worden. Zwei Frauen können sich also mit Hilfe eines Samenspenders zu einem Kind verhelfen lassen. Die Frau, die das Kind austrägt, ist dann die Mutter des Kindes und die Partnerin, die nicht der Vater sein kann, ist dann „Eltern zwei“. Es werden daher wohl die Gesetzestexte geändert werden müssen – in Frankreich zum Teil schon geschehen –, dass man nicht mehr von Vater und Mutter spricht, sondern von „Eltern eins“ und „Eltern zwei“. Kinder wachsen dann also mit zwei Müttern auf, aber ohne Vater. Sie haben aber durch den Samenspender einen genetischen Vater und sie haben auch das Recht, diesen kennen zu lernen. Bisher war das bei „normaler“ Samenspende erst ab dem 14. Lebensjahr möglich (ab dann sind Kinder einsichts- und urteilsfähig), jetzt muss es den Kindern schon früher gewährt werden, weil sie sicher schon früher auf die Idee kommen, dass es irgendwo auch einen Vater geben muss.

So ist es also möglich, dass ein Mann seinen Samen spendet, eine Frau ihre Eizelle und ein dritte Frau (z.B. eine aus einer lesbischen Beziehung) das Kind austrägt. Das Kind hat dann zwei genetische Eltern, die in der Familie gar nicht vorkommen (den Vater als Samenspender und die Mutter als Eizellspender) und wachsen dann mit zwei Frauen auf. Sie werden sehr bald ihre genetischen Eltern suchen und hier kann es zu großen Konflikten kommen. Bei bestimmten Erkrankungen haben die Mitochondrien der Eizelle einen geneti-

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

schen Schaden. Daher hat man schon begonnen, diese Mitochondrien zu ersetzen und so den Schaden zu korrigieren. Dann bekommen Kinder ein Mischgenom vom Vater, von der Mutter und der Mitochondrienspenderin. Die Kombinationsmöglichkeiten nehmen ständig zu.

Eine IVF für zwei Männer bleibt weiterhin verboten, da man hierzu eine Leihmutter braucht, die das Kind austrägt. In vielen Ländern ist diese Leihmutterschaft aber erlaubt. Und viertens ist es nach dem neuen FmedG in Österreich unter bestimmten Bedingungen erlaubt, den Embryo in vitro auf bestimmte genetische Defekte zu untersuchen, wenn entweder die Eltern eine Veranlagung für eine derartige Erkrankung haben oder schon schwer erkrankte Kinder entstanden sind oder nach drei Fehlversuchen bei der IVF oder wenn schwere (Hirn-)schädigungen zu erwarten sind. Diese Untersuchung nennt man Präimplantationsdiagnose (PID). Auch hier kam es dazu, weil Eltern in Italien geklagt haben (Italien hat ein ähnliches Gesetz wie Österreich), dass sie aufgrund elterlicher genetischer Veranlagung schon ein schwer behindertes Kind bekommen haben, dann ein zweites gezeugt haben, das wieder schwer behindert war und dieses ließen sie abtreiben. Daraufhin klagten sei darauf, dass es in solchen Sonderfällen erlaubt sein müsse, eine IVF mit anschließender PID durchzuführen. Denn es bestünde ein Wertungswiderspruch, dass man zwar eine Schwangerschaft auf Probe durch normale Zeugung mit anschließender Abtreibung durchführen könne, aber keine Diagnose im Reagenzglas, um eine Schwangerschaft mit Abtreibung zu verhindern. Sie bekamen Recht, das Gesetz musste geändert werden und von Brüssel aus wäre es dann wohl auch in den nächsten zwei Jahren auf Österreich zugekommen. Deshalb hat man dieses Problem im neuen österreichischen Gesetz gleich mit behandelt. In Deutschland bleibt die PID weiterhin grundsätzlich verboten, aber doch in gewissen Ausnahmefällen ist sie nicht rechtswidrig.

Weiterhin gibt es die Möglichkeit (in Österreich und Deutschland verboten), sogenannte Rettungsgeschwister herzustellen. Das heißt konkret: Ein Kind hat z.B. Leukämie und die Ärzte sagen den Eltern, sie könnten dem Kind nur helfen, wenn sie ein neues Kind zeugen würden, von dem man dann Nabelschnurblut, Stammzellen, Knochenmark oder sogar Organe entnehmen. Da aber nicht jeder Mensch wegen der Gewebeunverträglichkeiten als ein solcher Spender infrage kommt, muss man viele Embryonen herstellen und dann den gewebemäßig besten herausfiltern und der Mutter implantieren.

Diese Methode kommt sehr nahe an eine Totalverzweckung des Menschen heran und widerspricht damit der Menschenwürde. Denn dieses Geschwisterkind ist nicht nur nicht gefragt worden, ob es leben will (das sind wir alle nicht), sondern es ist auch nicht gefragt worden, ob es auf diese Weise hergestellt werden will und schon gar nicht, ob es zu diesem Zweck der Knochenmark„spende“ oder gar Organ„spende“ hergestellt werden will. Es kann sein, dass das Leben des Geschwisterkindes nach der Transplantation gut gelingt, das eigene aber scheitert. Außerdem gibt und viele weitere psychische und ethische Probleme z.B. der geschwisterlichen Abhängigkeiten und Konkur-

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

renzverhalten. Es könnte der Tag kommen, wo Kinder ihre Eltern verklagen, dass sie sie zu diesem Zweck hergestellt haben.

In all diesen Fällen tauchen viele ethische und psychologische Probleme auf, die in dieser Zusammenschau nur aufgelistet werden können. Es geht um die In-vitro-Fertilisation an sich und ihre Folgen für Eltern und Kinder. Es geht um die Gefahren der Hormonstimulation für die Frau, die epigenetischen Veränderungen und Antibiotikabehandlung bei den Embryonen in der Petrischale und die Möglichkeit, ein geschädigtes Spermium in die Eizelle einzubringen. Daraus folgend geht es um die seelische und körperliche Gesundheit der Kinder. Es geht um das Problem des sogenannten Fetocids, dass bei einer In-vitro-Fertilisation oft mehr als ein Embryo eingepflanzt wird und außerdem die IVF Embryonen zusätzlich zur Zwillingbildung neigen und man so eine Mehrlingsschwangerschaft bekommt. Und Mehrlingsschwangerschaften sind immer Risikoschwangerschaften, sodass dann von den zwei oder drei heranwachsenden Embryonen/Föten (ab dem dritten Monat so genannt) ein oder zwei nach dem dritten Monat mittels Fetocid (direkte Infusion einer Kaliumchloridlösung ins Herz und damit Herzstillstand) wieder getötet werden. Die beiden getöteten Embryonen/Föten bleiben dann die folgenden fünf bis sechs Monate neben dem einen zu gebärenden im Mutterleib. Man tut dies, weil Mehrlingsschwangerschaften immer Risikoschwangerschaften sind und außerdem IVF Kinder zur Frühgeburt neigen. Ob dieses Eingreifen nicht doch erhebliche Auswirkungen auf den überlebenden Fötus hat, ist zu hinterfragen. Aus Zwillingsforschungen weiß man, dass der Tod eines Zwillings im Mutterleib sehr wohl Auswirkungen auf das Leben des anderen hat. Und hier wird ein viel massiverer Eingriff mit stark wirksamen Medikamenten vorgenommen, die manchmal auch noch einmal nachgespritzt werden müssen, wenn das Herz wieder anfängt zu schlagen. Die seelischen Folgen werden für den verbleiben Fötus und das spätere Kind – soweit bisher zu sehen – nicht erforscht. Es darf nicht Ziel der Medizin sein, die Wünsche der Eltern zu befriedigen, ohne auf das Wohl der Kinder zu achten. Von daher hat z.B. das „Schweizer Bundesgesetz über die medizinisch unterstütze Fortpflanzung“ einen extra Paragraphen mit dem Titel „Kindeswohl“ (Art. 6 FMedG) eingeführt, in dem festgelegt ist, dass Fortpflanzungsverfahren nur angewendet werden dürfen, „wenn das Kindeswohl gewährleistet ist“ (Art. 6, Nr. 1 FMedG) und das heißt, dass diese Verfahren nur bei Ehepaaren angewendet werden dürfen (Art. 6, Nr. 3 FMedG) und zwar nur bei Paaren, zu denen ein Kindesverhältnis begründet werden kann und die aufgrund ihres Alters die Möglichkeit haben, für ihre Kinder bis zur Mündigkeit Pflege und Erziehung zu gewährleisten (Art. 6, Nr. 2 a, b FMedG).

Auch das österreichische Fortpflanzungsmedizingesetz sah bisher vor, dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung „nur in einer Ehe oder eheähnlichen Lebensgemeinschaft zulässig“ ist (§ 2 Abs. 1 FmedG) und dies ist jetzt 2015 erweitert worden auf gleichgeschlechtliche lesbische Paare, da diese auf Gleichberechtigung geklagt hatten. In Deutschland werden In-vitro-Fertilisati-

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

onen nur dann durch Krankenkassen (wie oben bemerkt: bis zu vier „Versuche“) finanziert, wenn sie *innerhalb einer Ehe* stattfinden. Ansonsten steht in Deutschland eine genauere gesetzliche Regelung der In-vitro-Fertilisation mit der Regelung von Detailproblemen wie z.B. die Frage nach einer Beratung oder Überlegungen zum Kindeswohl noch aus.

Abgesehen von den Möglichkeiten der In-vitro-Fertilisation, dass Menschen außerhalb des menschlichen Leibes hergestellt werden können und damit der freien Verfügung durch andere ausgeliefert sind, soll hier zunächst eine kurze Einschätzung der In-vitro-Fertilisation erfolgen, die zur Erfüllung eines Kinderwunsches verwendet wird. Die anderen Probleme, die sich mit dieser neuen Möglichkeit ergeben, dass man mit den verfügbaren Embryonen forschen kann, dass sie eingefroren werden, dass ihre Gene manipuliert werden, dass sie zur Gewinnung embryonaler Stammzellen hergestellt und im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik anhand ihres genetischen Status ausgesondert werden könne, soll im Folgenden eingegangen werden.

Bei der Verwendung der In-vitro-Fertilisation zur Erreichung einer Schwangerschaft ist zu bedenken, dass es zunächst um das Wohl der Kinder gehen sollte. Es ist im Laufe der Zeit zu erforschen, ob Embryonen, die in einer Petrischale hergestellt werden, dieselben psychologischen Grundvoraussetzungen und Prägungen haben, wie jene, die natürlich gezeugt wurden und von Anfang an im organismischen Verbund mit der Mutter mit allen Kautelen der Geborgenheit und Beziehung zur Mutter aufwachsen?[279]

So stellt sich die grundsätzliche Frage, ob bei in-vitro hergestellten Kindern häufiger Krankheiten auftreten, als bei normal gezeugten Kindern. Hier divergieren die Angaben[280] und es gibt große Streitigkeit dazu (u.a. wegen des großen Marktes). Es gibt die Meinung, es gäbe keine signifikant höheren Schädigungsraten[281], es gibt aber auch die gegenteilige Auffassung.[282] Inzwischen scheint (im Jahr 2015) doch klar zu sein, dass vor allem bei der sogenannten ICSI Methode (intracytoplasmatische Spermieninjektion) spätere Schäden z.B. an Herz und Niere oder anderswo nicht ausgeschlossen werden können. „Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass die ICSI das Risiko für große Fehlbildungen gegenüber der natürlichen Zeugung erhöht. Dies gilt jedoch in

---

[279] Gefragt werden müsste einmal nach den unterschiedlichen Empfindungen von „Retortenbabies“ und „normal zur Welt gekommenen“. Gibt es Unterschiede? Fragen Kinder nach ihrer Genese, wie sie zustande gekommen sind, haben sie unterschiedliche „Empfindungen“ im Nachhinein?

[280] Vgl. C. Breuer, Person von Anfang an? Der Mensch aus der Retorte und die Frage nach dem Beginn menschlichen Lebens, Paderborn 1995, 172-175.

[281] Vgl. D. Krebs, In-vitro-Fertilisation, in: Lexikon der Bioethik (hrsg. v. W. Korff/L. Beck/P. Mikat) Bd. 2, Gütersloh 1998, 294; M. Plachot, Chromosome analysis of spontaneus abortions after IVF. A European survey, in: Human Reproduction 3 (1988), 125-127.

[282] Vgl. z.B. J.-P. Relier, Ich frage mich: Was soll das?“ Interview mit einem französischen Kinderarzt über Risiken bei der Retortenzeugung, in: Der Spiegel, 8/1990, 241-244; R.R. Angell u.a., Chromosome abnormalities in human embryos after In vitro Fertilisation, in: Nature 303 (1983), 336-338.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

gleichem Maße auch für die IVF. Die Auswertung der Metaanalysen zu dieser Frage ergaben eine relative Risikoerhöhung um circa 30 %."[283]

Bei dieser Methode wird ein Spermium direkt mit der Spritze in die Eizelle injiziert. Die Qualität dieses Spermiums kann zwar auf Morphologie (also Aussehen und Gestalt), Beweglichkeit und Zahl der Spermien im Ejakulat hin getestet werden, nicht aber auf die genetische Ausstattung, da Spermien bei diesem Test zerstört würden. So kann es passieren, dass ein genetisch geschädigtes Spermium in die Eizelle injiziert wird und so die höhere Schädigungsrate zu erklären ist. Außerdem wird bei dieser Methode die Eizellhülle durchstochen und verletzt. Obendrein sind Paare, die IVF in Anspruch nehmen oft schon älter. Aus dem Zusammentreffen dieser verschiedenen Faktoren ist wohl zu erklären, warum gerade diese ICSI Kinder höher Schädigungsraten aufweisen als normal gezeugte.

Die Studien, die zeigen, dass es doch größere epigenetische Unterschiede zwischen normal gezeugten und in-vitro hergestellten Embryonen gibt (und daher die Möglichkeit späterer Schäden bei IVF Kindern), deuten darauf hin dass sie eben nicht in der physiologischen Umgebung des Eileiters heranwachsen, sondern in der Petrischale. Immerhin müssen die Embryonen etwa fünf bis sechs Tage (länger ist bisher nicht möglich) in Petrischalen gehalten werden, um möglichst nahe an den Tag der physiologischen Implantation in die Gebärmutter heranzukommen (etwa achter bis zehnter Tag). Dazu müssen die Embryonen in der Petrischale jeden Tag in eine neue Nährlösung umgebettet werden, die wiederum mit Antibiotika durchsetzt ist, um die Embryonen, die ja noch kein Immunsystem besitzen, vor Infektionen zu schützen. Ob diese Zusätze das spätere Immunsystem beeinflussen, womöglich zu Antibiotikaresistenzen führen oder die Bildung des Immunsystems beeinflussen, ist bisher wohl nicht untersucht worden. Sehr wohl aber zeigt sich, dass die Nährlösungen, die weder eindeutig deklariert noch standardisiert sind, erhebliche epigenetische Veränderungen im Sinne von „ungewöhnlichen Gefäßschäden" und Bluthochdruck hervorrufen können.[284] Arzneimittel mit diesen Nebenwirkungen (zynisch gesagt: hier geht es ja „nur" um heranwachsende Kinder) würden niemals eine Zulassung bekommen. Aber Nährlösungen, die epigenetische Schäden hervorrufen können, sind offenbar zugelassen.

So geht es bei den ethischen Fragen der In-vitro-Fertilisation zum einen um die IVF selbst mit der Hormonstimulation für die Frau und deren Gefahren (es gab schon Todesfälle). Es geht um die epigenetischen Veränderungen beim Embryo in den antibiotikahaltigen Lösungen der Petrischale, die zu späteren Schäden beim Kind führen können. Es geht um Mehrlingsschwangerschaften, die immer ein Risiko darstellen. Entweder werden Frauen hormonell stimu-

[283] Deutsches Ärzteblatt Jg. 105, Heft 1-2, 7. Januar 2008, Vgl. Auch: New England Journal of medicine, 5. Mai 2012.

[284] M. Lenzen-Schulte, Künstliche Befruchtung. Fehlerhafte Programmierung in der Retorte, FAZ 29.10.2015.

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

liert, es reifen mehrere Eizellen heran und durch normalen Verkehr entstehen dann Mehrlinge. Oder aber es werden mehrere Embryonen eingepflanzt (zusätzlich kann sich ein Embryo noch zum Zwilling teilen) und die überzähligen Embryonen werden dann mittels Fetocid wieder getötet mit allen seelischen Folgen für das überlebende Kind. Auch kann es seelische Folgen haben, wenn Kinder mit zwei Frauen oder zwei Männern aufwachsen. Bei Männern stellt sich noch das Problem der Leihmutterschaft. Diese Frauen tragen für Geld ein fremdes Kind aus mit allen Risiken einer Schwangerschaft, einer Mehrlingsschwangerschaft oder auch der Geburt eines behinderten Kindes, das dann von den Bestellern nicht mehr abgenommen wird. Auch über psychische Auffälligkeiten ist bisher wenig bekannt. Aber auch hier mehren sich die Anzeichen, dass vielleicht Magersucht und autistisches Verhalten bei IVF Kindern vermehr vorkommt. Es müsste insgesamt besser untersucht werden, ob die Eltern mit ihren IVF Kindern gut zurechtkommen oder ob sich ein Wunschkind dann vielleicht gar nicht so wunschgemäß verhält. Wird es womöglich mit Vorstellungen der Eltern überhäuft wird, die es gar nicht erfüllen kann. Es stellt sich die Frage, welche Details in Studien untersucht werden, welche Antworten gefunden werden und welche Parameter zu diesen Einschätzungen herangezogen werden. Gerade bei Studien über das Wohlergehen von Kindern bei gleichgeschlechtlichen Paaren gibt es hier viel Nachholbedarf. Gerade wegen bestimmter „Undurchsichtigkeiten“ auf diesem Gebiet, muss die Frage nach den seelischen und biographischen Folgen immer wieder im Auge behalten werden, da z.B. Probleme in der Lebensmitte oder im Alter noch gar nicht bekannt sein können, weil das erste Kind, das 1978 auf diese Weise gezeugt wurde, heute erst 37 Jahre alt ist. Insgesamt darf also bei der Frage der In-vitro-Fertilisation das Wohl des Kindes nicht aus dem Auge verloren werden.

Für die Eltern liegt die Problematik dieser Therapie zum einen in der nach wie vor relativ niedrigen Erfolgsquote sowie der hohen seelischen und körperlichen Belastung für die Betroffenen. Bei der Fremdverwendungsmöglichkeit von Samen und Eizellen besteht die Gefahr der möglichen Auflösung von Familienverbänden, wenn die Zeugung von Kindern von der zwischenmenschlichen Beziehung zweier Partner abgekoppelt wird und die Kinder andere genetische als soziale Eltern haben. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass durch die Verfügbarkeit des Embryos auch genetische Manipulationen vorgenommen werden, die den Embryo bereits in vitro in eine bestimmte Richtung manipulieren.

Diskutiert wird gerade das sogenannte Genom-Editing, das zum Beispiel erkrankte Gene durch gesunde ersetzen will und zwar schon einem sehr frühen Stadium der Embryonalentwicklung, sodass davon auch die Keimzellen betroffen sind und damit alle weiteren Generationen. Sollte der Austausch von geschädigten Genen durch gesunde gelingen (was bisher nicht der Fall war) wäre das zum Beispiel für die Präimplantationsdiagnostik wichtig, da sie dann wirklich eine Diagnose wäre, auf die eine Therapie folgt. Da aber bei diesem Genom-Editing die Keimbahn und damit alle weiteren Generationen betroffen

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn

sind und man Auswirkungen der genetischen Manipulation nicht kennt (bisher veränderte sich das ganze Genom, wenn man an einer Stelle gentherapeutisch durch Austauschen von Genen eingriff.

Da man also die Auswirkungen nicht kennt und folgende Generationen davon betroffen sind, wird man lange Zeit davon Abstand nehmen. Keimbahninterventionen sind in den „zivilisierten“ Ländern nahezu weltweit verboten. Die Methode wird aber diskutiert und erforscht. Es lohnt sich daher auch ethisch darüber nachzudenken, was das bedeutet, wenn die Methode fehlerfrei funktionieren sollte. Dann wäre zum Beispiel eine Präimplantationsdiagnose nicht mehr nur eine Methode zur Selektion von kranken Embryonen, sondern eine echte Chance für eine Therapie. Danach sieht es aber zur Zeit noch nicht aus.

Ferner besteht ein nicht unerhebliches Problem bei der Frage der Verwendung der bei der Befruchtung übrig gebliebenen Embryonen. Die genauen Zahlen sind nicht bekannt, da es nicht überall valide Register gibt, aber es sind weltweit sicher einige Millionen. In vielen Ländern liegen tausende in den Kühlschränken. Gerade das Einfrieren von Embryonen hat seine eigene ethische Problematik, die im folgenden Kapitel zu bedenken ist. Hier aber sei noch auf einen andere Frage hingewiesen: Wenn es darum geht, möglicherweise Sinn und Bedeutung in einer Krankheit zu finden (hier also der Unfähigkeit, Kinder zu bekommen), dann könnte möglicherweise die Annahme der Unfruchtbarkeit zum Finden der eigentlichen „Berufung“ führen. Diese könnte z.B. in einer besonderen Aufgabe liegen, die mit Kindern nicht zu leisten wäre. Insofern bleibt die Frage, ob die In-vitro-Fertilisation – ganz unabhängig von der Frage, ob man sie befürwortet oder nicht – überhaupt die rechte Entscheidung ist oder ob man nicht gerade angesichts von Kinderlosigkeit zu einer tieferen geistig-existentiellen Erkenntnis kommen kann. Immerhin bietet gerade die Kinderlosigkeit, die oft eine große Not darstellt, die Chance, tiefer über deren möglichen Sinn nachzudenken.

b.) Überzählige Embryonen – Menschenwürde oder Lebensschutz

Ein nach wie vor aktuelles und wesentliches Problem stellt das schon oft diskutierte Problem der bei der In-vitro-Fertilisation eventuell anfallenden überzähligen Embryonen dar. Es geht darum, dass mehrere Embryonen hergestellt werden, damit die Wahrscheinlichkeit eines Erfolges, dass ein implantierter Embryo zur Reife gelangt, möglichst groß ist. In Deutschland dürfen nur so viele Embryonen hergestellt werden, wie auch tatsächlich implantiert werden. Im deutschen Embryonenschutzgesetz sind es maximal drei, in Österreich so viele, „wie nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung innerhalb eines Zyklus für eine aussichtsreiche und zumutbare medizinisch unterstützte Fortpflanzung notwendig ist“ (§ 10 FmedG). Die drei hergestellten Embryonen müssen nach der Herstellung auch implantiert werden. Im deutschen Embryonenschutzgesetz heißt es: „(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei

Urheberrechtlich geschütztes Material.
© 2016 Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn