



Positionspapier

Frauen im Spannungsfeld von Fortpflanzungsmedizin, Gesellschaft und Ethik

Frauen im Spannungsfeld von Fortpflanzungsmedizin, Gesellschaft und Ethik

Positionen der kfd

Die wissenschaftlichen **Entwicklungen** der Fortpflanzungsmedizin während der letzten Jahre betreffen in erster Linie **Frauen**: Ihre Erwartungen auf eine optimierte Schwangerschaft, auf ein Wunschkind zum rechten Zeitpunkt oder auf die Erfüllung des Kinderwunsches überhaupt werden gefördert durch die Entdeckungen der Wissenschaft und die sich daraus ableitenden Versprechungen. So geraten medizinische Verfahren in die Rolle individueller „Heilsbringer“. Eine neue Machbarkeit im Bereich der Fortpflanzungsmedizin zieht aber auch andere physische und psychische Belastungen für Frauen nach sich: Frauen werden neuem Entscheidungsdruck ausgesetzt, nicht selten stehen sie unter dem Zwang, gesellschaftlich oder kirchlich geprägten Frauenbildern und Rollenverständnissen genügen zu müssen. Angesichts individueller Wünsche, gesellschaftlicher Trends und ethischer Wertungen geraten sie in neue Konfliktsituationen. Es ist unabdingbar, die Zusammenhänge zwischen den gentechnologischen Entwicklungen, den Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin und der gesellschaftlichen Realität aus der Perspektive von Frauen zu betrachten. Frauen sind von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen gesundheitlich, seelisch und sozial anders betroffen als Männer. Das Lebens- und Erfahrungswissen von Frauen darf bei der ethischen Bewertung der Fortpflanzungsmedizin und der Erarbeitung rechtlicher Schutzstandards nicht außer Acht gelassen werden.

Impressum

- Herausgeberin:
Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd)
Bundesverband
Prinz-Georg-Straße 44
40477 Düsseldorf
Tel: 02 11/4 49 92 -0
Fax: 02 11/4 49 92 78
- E-Mail: info@kfd.de
- www.kfd.de
- Redaktion:
Margret de Haan, Referentin für Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit
- Koordination:
Marianne M. Schmidt, Assistentin für Arbeits- und
Werbemittel
- Konzeption/Gestaltung:
N.S.T.GrafikDesign, Langenfeld

Düsseldorf, April 2002

Auch im Hinblick auf die Behandlung und Verhütung von Krankheiten, auf eine Zukunft, in der Leid und Behinderungen vermieden werden können, weckt die Verbindung von Gentechnologie und Reproduktionsmedizin große **Hoffnungen**. Gleichzeitig lösen diese Möglichkeiten **Ängste** davor aus, dass die gentechnologische Forschung unser Menschenbild, unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit, unsere sozialen Beziehungen und unsere Gesellschaft grundlegend verändert.

Deshalb nimmt die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) als größter katholischer Frauenverband Stellung zu ethischen Fragen der **Präimplantationsdiagnostik** und **Pränataldiagnostik**, der **In-Vitro-Fertilisation**, der **Herstellung embryonaler Stammzellen** und des therapeutischen und reproduktiven **Klonens**,* wohl wissend, dass es außer den nachfolgend dargestellten und in den Gremien der kfd mehrheitlich akzeptierten Positionen auch andere Wertungen und Sichtweisen bei Mitgliedern des Verbandes gibt. Dieses Positionspapier soll begründete Orientierungshilfen geben. Damit führt die kfd ihren Einsatz für den Schutz allen menschlichen Lebens fort und bekräftigt die in ihren **Leitlinien '99** enthaltene Forderung:

„Die Entscheidungen über die Grenzen bio- und gentechnologischer Forschung sowie der Entwicklung, Anwendung und Vermarktung ihrer Ergebnisse müssen demokratisch und nach ethisch begründeten Kriterien erfolgen; gleichzeitig sind wirksame Strukturen für die Kontrolle zu schaffen.“

*Erläuterungen zu einzelnen Begriffen und Sachverhalten finden sich ab Seite 16.

Schutzwürdigkeit des **menschlichen Lebens von Anfang an**

Durch fortpflanzungsmedizinische Maßnahmen wird der Mensch selbst Gegenstand von Veränderung und Machbarkeit. Deshalb sind grundlegende Aussagen zum Verständnis des Menschen und seiner Würde notwendig.

„Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Das legt das deutsche Grundgesetz in Art. 2 fest: Jedem Menschen kommt die Menschenwürde aufgrund seines Menschseins zu, unabhängig davon, wie Menschsein begründet wird. Gegen die **Würde des Menschen** verstößt es, ihn nach Nützlichkeit, Einsatzfähigkeit oder Tauglichkeit zu bewerten. Deshalb steht jedem Menschen das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu, und zwar in jeder Phase seines Lebens.

Diese Aussage findet für Christinnen und Christen ihre Begründung in dem Glauben, dass jeder Mensch Abbild Gottes ist, von ihm geschaffen, in seiner Einmaligkeit gewollt und unabhängig von Leistungen und Fähigkeiten von Gott bedingungslos geliebt und bejaht ist. Dieser Glaube, dass menschliches Leben Gott verdankt ist, entzieht es von Anfang bis Ende der Verfügbarkeit durch Dritte, begründet die menschliche Autonomie und begrenzt Willkür. Deshalb ist die Würde eines jeden Menschen unantastbar und kommt – unabhängig von der Einschätzung anderer Menschen oder von ihrer Selbsteinschätzung – allen Menschen zu: den Geborenen und Ungeborenen, den Gesunden, den Kranken und den Sterbenden.¹

Bei der Frage nach dem **Beginn der unbedingten Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens** gehen die Antworten von Biologen und Ethikern auseinander. Wir betonen: **Menschliches Leben beginnt mit der Kernverschmelzung von Eizelle und Spermium. Es entwickelt sich von diesem Zeitpunkt an als Mensch,**

nicht zum Menschen. Das gilt sowohl für im Mutterleib heranwachsende wie für künstlich gezeugte Embryonen, die daher in gleicher Weise geschützt werden müssen. Bereits zu diesem Zeitpunkt hat der Embryo das Recht auf die unbedingte Schutzwürdigkeit, die dem Menschen als Person zusteht und nicht vom Entwicklungsstadium abhängig gemacht werden darf.²

Den frühest möglichen Zeitpunkt für die unbedingte Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens anzunehmen stellt sicher, dass es von Anfang an umfassend geschützt und jeglicher Verfügbarkeit oder Vernutzung entzogen wird. Das entspricht den Festlegungen des Grundgesetzes und der Definition, die der deutsche Bundestag 1990 im Embryonenschutzgesetz getroffen hat. Die kfd setzt sich daher für den Erhalt des Embryonenschutzgesetzes und seiner Intentionen ein. Respekt und Sensibilität erfordern zugleich die eigenverantwortliche Gewissensentscheidungen von Frauen, die in einem individuellen Konflikt dieser Position nicht folgen können, z. B. bei der Wahl von Verhütungsmethoden oder im Fall eines Schwangerschaftsabbruchs.

■ In-Vitro-Fertilisation und Pränataldiagnostik: Schwangerschaft und Frauengesundheit

In der Diskussion um die Reproduktionsmedizin, ihre Verfahren und ihre Möglichkeiten, scheint mehr und mehr aus dem Blick zu geraten, dass die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen häufig die Voraussetzungen dafür liefern, bei Methoden der Fortpflanzungsmedizin Zuflucht zu suchen. Viele Frauen greifen jahrelang zu empfängnisverhütenden Mitteln, weil Männer die Verantwortung für Empfängnisverhütung nicht übernehmen, weil sich Kinder störend auf die Berufsbiografie auswirken können oder weil die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familienarbeit gerade für Frauen nur sehr schwer möglich ist. Wenn Frauen dann später ihren Kinderwunsch realisieren wollen, sind oft die

biologischen Voraussetzungen nicht mehr ohne weiteres gegeben. Methoden der Fortpflanzungsmedizin sollen für Abhilfe sorgen, wie die **In-Vitro-Fertilisation (IVF)**³, die jedoch mit erheblichen physischen und psychischen Risiken verbunden ist. Gleichzeitig weist sie nur eine sehr geringe Erfolgsquote auf: Die Geburtenrate liegt laut Bundesforschungsministerium auch nach wiederholter, oft mehrjähriger IVF-Behandlung bei ca. 30 Prozent. Frauen sind also Nutznießerinnen der Fortpflanzungsmedizin und zugleich Leidtragende dieser Technik.

In unserer Gesellschaft finden Alternativen zur biologischen Elternschaft gegenwärtig wenig Beachtung, etwa die Erfüllung des Kinderwunsches durch Adoption oder durch die Annahme von Pflegekindern. Frauenbilder, die ein gelungenes Frauenleben an die biologische Mutterschaft knüpfen, tragen dazu bei, im Falle ungewollter Kinderlosigkeit vorrangig Hilfe bei technologischen Methoden der Fortpflanzungsmedizin zu suchen. Deshalb ist es verstärkt auch die Aufgabe von Gesellschaft und Kirche, verschiedenen Frauenbildern gleichen Wert zuzusprechen.

Auch im Bereich der **Pränataldiagnostik (PND)**⁴ haben gesellschaftliche Realitäten eine Entwicklung beschleunigt, die aus einer Spezialuntersuchung für wenige Risikogruppen in der Praxis ein Regelangebot werden ließ: Der unbedingte Wunsch nach einem gesunden Kind wird hervorgehoben durch gesellschaftliche Strömungen, die Menschen mit Behinderungen als störend und belastend einordnen und damit ausgrenzen. So prägen intensive Untersuchungen an Ungeborenen einen vorwiegend medizinischen Umgang mit schwangeren Frauen und machen diese weitgehend abhängig von Erklärungen und Deutungen durch Expertinnen oder Experten, die Eltern bei ihrem Wunsch nach einem nicht behinderten Kind beraten.

Die kfd setzt sich dafür ein, die **Eigenverantwortung** von schwangeren Frauen weiter zu fördern und zu unterstützen. So muss es ebenfalls zur Routine der vorgeburtlichen Diagnostik gehören, dass Frauen entscheiden, welche Untersuchungen sie vornehmen lassen. Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer müssen schwangere Frauen vor eindringenden Untersuchungen informiert werden, welche gesundheitlichen Risiken sie für das Kind und für sich eingehen, doch finden diese Beratungen in der Praxis oft nicht oder nur sehr unzureichend statt. Zu fordern ist, dass Frauen vor allen vorgeburtlichen Untersuchungen über mögliche Konsequenzen im Blick auf alle erwartbaren Ergebnisse qualifiziert beraten werden.

Dazu gehört, dass ihnen Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren der IVF wie auch der PND aufgezeigt werden. Ethische, psychologische, soziale und rechtliche Auswirkungen pränataler Diagnostik sind in eine ganzheitliche Beratung einzubeziehen – und zwar während des gesamten Zeitraums vor und nach diagnostischen Maßnahmen. Ziel einer solchen prozesshaften Beratung muss es sein, menschliches Leben zu schützen und die Eigenverantwortung von Eltern zu stärken, damit sie fähig werden, im Einklang mit den eigenen Werten und dem eigenen Glauben, sich aus persönlicher Überzeugung für das zu entscheiden, was sie als ethisch gut erkannt haben. Nur so können sie eine lebenslang tragfähige Verantwortung für diese Entscheidung übernehmen. Beratung und Begleitung sollen eine solche Gewissensentscheidung fördern und ermöglichen.

Da eigenverantwortliches Handeln auch in Abhängigkeit von historischen, sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen und Zielsetzungen zu sehen ist, müssen diese auch in der Beratung der Frauen bzw. Paare Berücksichtigung finden: Sie brauchen insbesondere dann Unterstützung und Ermutigung, wenn sie in einer bestimmten Situation eine andere Entscheidung treffen wollen als die, die ihr Umfeld

von ihnen erwartet, und wenn sie dabei erkennen, welche für sie negativen Konsequenzen ihre Entscheidung haben kann.

Der kfd ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass der individuelle Kinderwunsch von Frauen in einem gesellschaftlichen Kontext entsteht, in dem der Wert einer Frau immer noch über die biologische Mutterschaft und über die Geburt gesunder Kinder mit definiert wird. Viele Frauen verspüren einen gesellschaftlichen Druck, unbedingt ein gesundes Kind zur Welt zu bringen. Wenn sie dann von einer möglichen chronischen Erkrankung oder Behinderung ihres Kindes erfahren, suchen sie im Schwangerschaftsabbruch nach einer Möglichkeit, sich und ihrer Familie Leid und der Gesellschaft Kosten zu ersparen. Andererseits wissen Frauen, dass die Geburt eines chronisch kranken oder behinderten Kindes ihre Lebensplanung und beruflichen Ziele in der Regel mehr einschränkt als die der Partner. Gerade in solchen Situationen brauchen Frauen die Ermutigung, gemäß ihrer eigenen Überzeugung von Menschenwürde zu handeln. Bei einer solchen Beratung kann ferner deutlich werden, dass der individuelle Wunsch nach eigenen, gesunden Kindern kein Ziel ist, das den Einsatz aller Mittel rechtfertigen kann. Vielmehr sind Frauen, die ungewollt kinderlos sind, in ihrer individuellen Sinnsuche zu ermutigen und zu unterstützen.

Da es kaum Therapien an Ungeborenen gibt, wird bei vielen Krankheitsdiagnosen Frauen der Abbruch der Schwangerschaft nahe gelegt. Dies kommt zwar Eltern bzw. Frauen bei ihrem Wunsch nach einem gesunden Kind entgegen, bedeutet aber faktisch eine „Eugenik von unten“ und eine Aushöhlung der im § 218 verankerten rechtmäßigen medizinischen Indikation, die so nicht tolerierbar ist.

■ Präimplantationsdiagnostik

Für Paare, die um eine genetische Belastung in ihrer Familie wissen und deren Weitergabe an ein eigenes Kind befürchten, eröffnet die **Präimplantationsdiagnostik (PID)**⁵ die Möglichkeit, ein gesundes Kind zu bekommen bzw. ein krankes Kind nicht zu bekommen. Ziel der PID ist nämlich, künstlich gezeugte Embryonen auf genetisch bedingte Merkmalsveränderungen zu untersuchen und im Zweifelsfall zu töten. PID dient also nicht therapeutischen Zwecken, sondern der Selektion, nämlich dem Ausschluss von Krankheit vor Beginn der Schwangerschaft. Im Vordergrund steht die Entscheidung über das Leben eines Embryos aufgrund von „Gesundheits- und Krankheitsmerkmalen“. Deshalb ist zu befürchten, dass die Anwendung von PID zu tief greifenden Veränderungen in der Einstellung gegenüber Krankheit und Leid führt: PID eröffnet Wege, Behinderungen zu verhindern; sie führt damit auch zu der Gefahr, alle anzu-treffenden Behinderungen und Behinderte abzuwerten.

Die kfd spricht sich deshalb für die **Beibehaltung des Verbots der Präimplantationsdiagnostik (PID) im Embryonenschutzgesetz** aus. Sie fordert die Bundesregierung auf, sich dafür einzusetzen, dass dieses Verbot international durchgesetzt wird. Auch die Einführung von PID in engen Grenzen kann die kfd nicht befürworten. Ehepaaren, die mit einer genetisch bedingten Erkrankung leiblicher Kinder rechnen müssen und die eine Abtreibung im Rahmen der medizinischen Indikation (§ 218 StGB) ablehnen, könnte durch PID zu einem gesunden, eigenen Kind verholfen werden. Im Konflikt wäre abzuwägen zwischen der Nicht-Austragung eines in vitro gezeugten Embryos und einer (Spät-)Abtreibung. Gegen die Zulassung von PID für solche Risikogruppen ist jedoch einzuwenden, dass konkret befürchtet werden muss, dass die Anwendung von PID nicht auf diese wenigen Fälle begrenzt bleiben wird: Welche Risikokonstellationen sind zulässig für PID, bei welchen ist PID zu verweigern?

Die Entwicklung wird unweigerlich dazu führen, jede Form von „Belastung“ für die Familie als ausreichenden Grund für PID zu akzeptieren. Die Fragen um die Zulassung von PID – ebenso wie Probleme rund um IVF und PND – fordern heraus, Probleme von Kinderlosigkeit und Kinderwunsch zu bedenken. Kinderlosigkeit kann die Ursache von schwerem psychischen Leid bei Männern und Frauen sein, das zur Solidarität herausfordert. Dennoch bleibt die Frage, ob ein berechtigter Kinderwunsch um jeden Preis erfüllt werden muss. So wie keine Frau zur Geburt eines Kindes verpflichtet werden kann, so kann auch keine Frau das Recht auf die Geburt eines Kindes durchsetzen. Angesichts von PID ist insbesondere zu fragen, welches Gewicht dem genetisch eigenen Kind zuzumessen ist und welche Wege Paare für sich finden können, um die Trauer um nicht Mögliches zuzulassen bzw. um sinn erfüllte Alternativen zu finden. Solche Paare müssen sich dafür auf eine ganzheitliche Begleitung stützen können.

Eine Ablehnung der PID steht nicht in einem Wertungswiderspruch zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs: Zu unterscheiden ist zwischen einer im Verlauf einer Schwangerschaft, also einem einzigartigen Abhängigkeitsverhältnis zwischen Frau und Embryo, unvorhersehbar eintretenden Konfliktsituation und einer im Labor vorsätzlich herbeigeführten und von vornherein vorentschiedenen Handlungsalternative. Das Verbot des Schwangerschaftsabbruchs und seine Straffreiheit nach einer Beratung, die auf Leben gerichtet und ergebnisoffen ist, soll Frauen in einer existenziellen Not- und Konfliktlage stärken, ohne den schon vorhandenen persönlichen Belastungen noch Androhungen aus dem Strafrecht hinzuzufügen. Wenn ein Embryo hingegen durch IVF im Labor gezeugt wird, ist er dem Zugriff der Wissenschaft besonders ausgesetzt. Dieser besonderen Situation muss unsere ethische und juristische Tradition durch besondere Schutzregeln gerecht werden.

■ Zur Freiheit und zu den Grenzen medizinischer Forschung

Medizinische Forschung sollte immer dem Ziel dienen, Krankheiten zu heilen. Eine solche Forschung befürwortet die kfd nachdrücklich. Der Respekt vor der Menschenwürde setzt der Freiheit der Forschung jedoch ethische Grenzen, die eines gesetzlichen Schutzes bedürfen. Keine medizinische Forschung darf das Tabu brechen, menschliches Leben zu instrumentalisieren. Der freiwillige und der gesetzlich verpflichtende Respekt dieser ethischen Grenze behindert die Innovationskraft der Forschung unserer Auffassung nach nicht, da die Verlagerung des forschenden Interesses auf andere Therapiefelder angeregt wird. Mit der Behauptung, ohne diese Forschung leide der Wirtschaftsstandort Deutschland Schaden, dürfen keine politischen Entscheidungen erzwungen werden, die ethische Grenzen überschreiten. Die meisten Erkrankungen resultieren zudem aus einer komplexen Wechselwirkung zwischen der genetischen Disposition eines Menschen, seiner persönlichen Lebensführung und dem sozialen Umfeld. Es ist daher ethisch problematisch, wenn die zur Verfügung stehenden Finanzen in den kommenden Jahren auf die Genforschung und Biomedizin konzentriert werden, während etwa die Bereiche Präventions- und Sozialmedizin oder die Versorgung von Langzeitpatienten vernachlässigt würden.

Weil die Würde des Menschen in jeder Phase des Lebens unantastbar ist, lehnen wir die Herstellung **embryonaler Stammzellen**⁶ aus so genannten „überzähligen“ (bzw. „verwaisten“) Embryonen ab. In Deutschland dürfen durch IVF jeweils nur so viele Embryonen entstehen, wie pro Zyklus der Frau implantiert werden können. Sollten in Deutschland dennoch „überzählige Embryonen“ existieren, muss ein Umgang mit ihnen gefunden werden, der ihrer unbedingten Menschenwürde entspricht. Dabei stellt sich die Frage, ob solche Embryonen nicht zum Vorteil schwerkranker Menschen für die Forschung freigegeben werden.

Es wird erwogen, diese Frage in einer **Güterabwägung**⁷ zugunsten der Forschung zu beantworten. Da jedoch zu befürchten ist, dass ein einmal zugestandenes kleineres Übel neue Begehrlichkeiten weckt, z. B. nach Herstellung von Embryonen eigens zu Forschungszwecken, lehnen wir die Herstellung embryonaler Stammzellen aus „verwaisten Embryonen“ ab.

Die kfd bleibt bei ihrer Forderung nach eindeutigen rechtlichen Regelungen, die den Import von im Ausland gewonnenen embryonalen Stammzellen verbieten. Auch wenn die Einfuhr nur unter strengen Auflagen und in eng begrenzten Fällen ermöglicht würde, ist zu befürchten, dass diese Regelungen nicht dauerhaft durchzuhalten sind. Zudem sind wirksame Kontrollen für die im Ausland erzeugten embryonalen Stammzellen kaum möglich. Gerade aus der Sicht von Frauen ist nicht auszuschließen, dass der weibliche Körper künftig zur „Produktionsstätte verwertbarer Eizellen“ degradiert wird. Die kfd befürwortet und fordert hingegen die verstärkte Forschung an **adulten Stammzellen**. Auszuschließen ist jede Lockerung des Embryonenschutzgesetzes, das verbrauchende Embryonenforschung erlaubt sowie eine Verwendung von Embryonen zulässt, die nicht darauf gerichtet ist, eine Schwangerschaft zu erzielen.

Mit Entschiedenheit spricht sich die kfd gegen **therapeutisches und reproduktives Klonen**⁸ aus. Beim therapeutischen Klonen entstehen Embryonen, die anschließend vernichtet werden. Durch reproduktives Klonen wird ein Embryo erzeugt, der die genetische Kopie eines anderen Menschen ist. Beim therapeutischen wie beim reproduktiven Klonen wird das in der Menschenwürde und der Gottesebenbildlichkeit des Menschen begründete Recht auf genetische Individualität verletzt.

Vor jedem Klonen müssen Frauen Eizellen entnommen werden. Beispielsweise werden in den USA oder England

Frauen zur Eizellspende unter anderem durch Kostensenkung für eine IVF-Behandlung motiviert, wenn sie sich mit der zusätzlichen Entnahme von Eizellen zu Forschungszwecken einverstanden erklären. Diese Frauen gehen ein Gesundheitsrisiko zugunsten Dritter ein. Beim Klonen entsteht die Gefahr, dass Eizellen zu einem handelbaren „Rohstoff“ werden, für den wirtschaftliche Notlagen oder die Selbstlosigkeit von Frauen ausgebeutet werden. Bei der Debatte über das Klonen muss also auch gefragt werden: Wie kamen die Forscher zu den dafür nötigen Eizellen? Warum hat die Frau einer Eizell-Entnahme zugestimmt? Es geht beim Klonen auch um die Würde von Frauen.

■ Leid, Krankheit und Behinderung als Teil menschlichen Lebens

Was Menschen über Krankheit und Gesundheit denken, bezieht sich nicht nur auf naturwissenschaftliche Tatbestände. Die Bewertung von Krankheit und Gesundheit ist einem kulturellen Wandel unterworfen. Die Entwicklungen der biotechnologischen Forschung und der reproduktionsmedizinischen Anwendung von Forschungsergebnissen machen es notwendig zu betonen, dass jeder Mensch – ob alt oder jung – ein **Recht auf „gesundheitliche Unvollkommenheit“** hat. Es kann keine Garantie auf ein Leben ohne körperliche, seelische oder geistige Einschränkungen geben. Zu fragen ist vielmehr, wie heute tatsächliches Leid, unvermeidbare Krankheit und Behinderung individuell und gesellschaftlich besser akzeptiert werden können.

Zu den humanitären Pflichten unserer Gesellschaft gehört es, **Rahmenbedingungen** zu schaffen, die es Eltern erleichtern, ein krankes oder behindertes Kind anzunehmen. Die dazu notwendigen materiellen und sozialen Hilfen müssen rasch und unbürokratisch geleistet werden, und behinderten wie chronisch kranken Menschen sind Integra-

tion und gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen. Wir dürfen unser Menschenbild nicht dahingehend verändern, dass wir – vor dem Hintergrund ökonomischer Entscheidungen, die als „Sachzwänge“ dargestellt werden – nur noch leistungsfähige Menschen ohne Beeinträchtigungen akzeptieren, weil Menschen mit Beeinträchtigungen die Solidargemeinschaft zu viel kosten könnten. Die neuen Wahl- und Selektionsmöglichkeiten durch PID bergen die konkrete Gefahr, behinderte und chronisch kranke Menschen noch mehr als bisher gesellschaftlich zurückzuweisen. PID und Pränataldiagnostik, die einen Zugewinn an Information, Freiheit und Autonomie versprechen, etablieren neue Zwänge: Wenn die Geburt eines behinderten bzw. kranken Kindes erkannt und durch Abtreibung verhindert werden kann, dann muss dies auch erfolgen. Nicht jene Frauen, die sich zu einem Schwangerschaftsabbruch entscheiden, müssen sich rechtfertigen, sondern Paare, die sich trotz zu erwartender Krankheit für das Kind entscheiden. Die Geburt eines behinderten Kindes darf jedoch nicht zur Frage der persönlichen Schuld einer Frau oder eines Arztes/einer Ärztin werden. Das Arzthaftungsrecht ist demzufolge zu verändern. Paare, die sich im Fall eines vorhandenen familiären Erbkrankheitsrisikos gegen eine pränatale oder präimplantive genetische Untersuchung entscheiden, dürfen weder rechtlich noch von Versicherungen benachteiligt werden. Der erhöhte zeitliche und ökonomische Aufwand für die Versorgung und Pflege behinderter oder chronisch kranker Kinder, der nach wie vor hauptsächlich von den Müttern geleistet wird, muss etwa bei Rentenberechnungen angemessener berücksichtigt werden als bisher.

■ Erläuterungen

¹In der Berliner Rede von Bundespräsident Johannes Rau am 18. Mai 2001 findet dieses Verständnis Niederschlag, wenn er daran erinnert: „Nichts darf über die Würde des einzelnen Menschen gestellt werden.“ Die Menschenwürde setze der Wissenschaft unüberschreitbare Grenzen. Dagegen stehen Auffassungen aus dem wissenschaftlichen Bereich, so vertreten in der Rede des Präsidenten der Max-Planck-Gesellschaft, Hubert Markl, am 23. Juni 2001, der betont, die Menschenwürde sei der Imperativ, Grenzen zu überschreiten, um die Bedingungen des Lebens zu verbessern. Wer Embryonen selektiere oder Sterbehilfe leiste, treibe in Wahrnehmung von Verantwortung die Sache der Evolution voran. Der Philosoph Peter Sloterdijk hat mit seiner so genannten Elmayer Rede im Juli 1999 pränatale Selektion gefordert, um damit „Merkmalsplanung“ des Menschen zu ermöglichen.

²Die Begriffe **Mensch** und **Person** betrachten wir als identisch. Menschsein und Personsein sind durch die grundsätzlich angelegte Fähigkeit bestimmt, Träger eines freien und guten Willens zu sein. Der Moment der Zeugung ist der Anfang der Lebensgeschichte eines oder mehrerer Menschen; das Recht auf Leben gilt für die gesamte Dauer des so entstehenden Lebens. **Jede Person besitzt unbedingten Wert.** Potenziell steht einer befruchteten Eizelle Personalität zu. Deshalb hat der Embryo zu diesem Zeitpunkt das Recht auf unbedingte Schutzwürdigkeit. Diese wird also nicht vom Entwicklungsstadium des Embryos abhängig gemacht, denn seine Entwicklung – so stellt die Biologie fest – vollzieht sich kontinuierlich und nicht in qualitativen Sprüngen, die eine Annahme der Schutzwürdigkeit von einem bestimmten Stadium an rechtfertigen würden. Nicht alle Biologen, Mediziner und Ethiker teilen diese Position. Da die befruchtete Eizelle der Mutter bedürfe, die dieses Leben austrage, sei erst mit der Einnistung die unbedingte Schutzwürdigkeit des Menschen gegeben; so äußern sich Naturwissenschaftler und auch katholische Moraltheologen. Ferner wird die Auf-

fassung vertreten, dass die Ausbildung des Nervensystems mit dem Beginn der Hirntätigkeit als Anfang des menschlichen Lebens zu sehen ist (analog zum Ende menschlichen Lebens mit dem Hirntod). Andere Stimmen vertreten die Meinung, dass mit dem Ausschluss der Möglichkeit der Zwillingsbildung erst vom Embryo als menschlicher Person zu reden sei und hier erst die unbedingte Schutzwürdigkeit einsetze. Schließlich wird ein Unterschied zwischen der Schutzwürdigkeit eines Embryos in vivo und der Schutzwürdigkeit eines künstlich gezeugten Embryos gesehen, da im Reagenzglas Zustände erzeugt werden, die in natürlichen Zusammenhängen nicht vorkommen. Die kfd dagegen vertritt diese Auffassung: Gerade, weil der Anfang des menschlichen Individuums umstritten und sicher nicht allein naturwissenschaftlich bestimmbar ist, sollte Embryonen ab dem Vorliegen eines doppelten Chromosomensatzes im Zellkern „vorsorglich“ Personsein zugesprochen und ein für Personen geltender Rechtsschutz zuerkannt werden.

³Bei der **In-Vitro-Fertilisation (IVF)** handelt es sich um eine künstliche Befruchtung. Bei der klassischen IVF werden Eizelle und Spermien in der Petrischale gemischt, damit es zur Befruchtung kommt. Dieses Verfahren wird insbesondere dann angewandt, wenn die Eileiter der Frau undurchlässig sind. Wenn die Spermien des Mannes von schlechter Qualität sind, kommt eine Sonderform der künstlichen Befruchtung zur Anwendung, die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI): Ein einzelnes Spermium wird mit Hilfe einer Kanüle direkt in eine Eizelle injiziert. Um Eizellen zu gewinnen, werden die Hormone einer Frau so stimuliert, dass in ihren Eierstöcken in der Regel gleichzeitig mehrere Eizellen reifen. Durch Punktion werden die reifen Eizellen den Eierstöcken entnommen, sodass pro Zyklus mehrere Embryonen außerhalb eines Frauenkörpers gezeugt werden können. Durch die Anwendung der PID entsteht so die Möglichkeit, unter mehreren verschiedenen Embryonen eine Auswahl zu treffen, welche(r) von ihnen in die Gebärmutter eingepflanzt werden sollen und welche nicht.

Bei der IVF beträgt die Schwangerschaftsrate bei Anwendung innerhalb eines Zyklus weniger als 10 Prozent, bei wiederholter, oft mehrjähriger Anwendung ca. 30 Prozent. Das heißt, nur ein geringer Teil der eingesetzten Embryonen überlebt und wächst weiter heran. Demzufolge muss jede Frau, die sich zu IVF und PID entschließt, damit rechnen, sich mehrfach der Belastung einer Hormonbehandlung mit Follikelpunktion und Embryonentransfer unterziehen zu müssen. Jeder der zum Verfahren der extrakorporalen Befruchtung gehörenden Schritte ist mit Hoffnungen, Ängsten, Warten und Stress verbunden, deren psychische Belastung für Frauen nicht unterschätzt werden darf. Da die IVF zudem zu einer deutlich erhöhten Rate von Zwillings- und Drillingsgeburten führt, ist mit verstärkten Risiken für die Schwangerschaft und für die körperliche Entwicklung der Kinder sowie mit Belastungen für die Mutter und für die Eltern-Kind-Beziehung zu rechnen. Bei mehrfacher Anwendung der IVF steigt das Risiko, an hormonabhängigen Karzinomen (Brustkrebs, Gebärmutterkörperkrebs, Eierstockkrebs) zu erkranken.

⁴Bis Anfang der sechziger Jahre gab es keine differenzierten Methoden der **Pränataldagnostik**: Ein ungeborenes Kind konnte nicht direkt untersucht werden. Es gab keine Möglichkeit, etwas über seinen aktuellen oder zukünftigen Gesundheitszustand zu erfahren. Mit der Weiterentwicklung medizinischer Technik können seit mehr als 30 Jahren ungeborene Kinder mit Hilfe von Ultraschall, biochemischen und genetischen Verfahren direkt untersucht werden. Während bei der Pränataldagnostik die Untersuchung am Embryo im Mutterleib erfolgt, wird sie bei der PID im Reagenzglas und außerhalb des weiblichen Körpers durchgeführt. Durch Ultraschalluntersuchung können die äußeren Merkmale des Fötus erkannt werden. Ultraschalluntersuchungen, die nach (u. a. genetisch bedingten) Auffälligkeiten beim Ungeborenen suchen, sind heute zu einem festen Bestandteil der Schwangerenvorsorge geworden. Genetisch wie nicht genetisch bedingte Erkrankungen können durch die Untersuchung von Körperzellen des Ungeborenen diagnosti-

ziert werden. Dabei gelangen die folgenden Verfahren zur Anwendung:

- **Der Triple-Test** gibt Auskunft darüber, ob der Fötus das Down-Syndrom aufweist. Untersucht wird die Höhe des Spiegels dreier Substanzen im mütterlichen Blut: des Alpha-Fetoproteins, des Choriongonadotropins sowie des freien Östriols. Zusammen mit anderen Faktoren – wie z. B. dem Alter der Mutter – ergeben die gemessenen Werte einen Hinweis auf das individuelle Risiko. Seine Höhe kann als Entscheidungshilfe für oder gegen invasive Eingriffe zur pränatalen Chromosomen- oder Gendiagnostik dienen. Der Triple-Test wird heute praktisch jeder Schwangeren angeboten, die älter als 35 Jahre ist, was u. a. aufgrund der relativen Unsicherheit seiner Aussagen nicht ohne Kritik bleibt.
- **Bei der Amniozentese** wird eine Hohlnadel, deren Führung im Ultraschallbild beobachtet wird, in die Fruchtblase eingeführt um etwas Fruchtwasser (Amnion) zu entnehmen. Hierbei besteht ein Abortrisiko von circa einem Prozent. Im Fruchtwasser befinden sich einige vom Embryo abgestoßene Zellen, die kultiviert und weiter untersucht werden. Das endgültige Ergebnis liegt nach zwei bis drei Wochen vor. Da die Amniozentese in der Regel zwischen der 14. und 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird, liegen die Ergebnisse oft erst im 5. Schwangerschaftsmonat vor. Falls sich die Frau bei einem Krankheitsbefund zu einem Abbruch der Schwangerschaft entschließt, wird dieser noch im 5. oder auch erst im 6. Monat durchgeführt. Die so genannte Spätabtreibung kann nicht mehr durch die Absaugmethode erfolgen, sondern nur durch die Einleitung einer Totgeburt. Dies wird von den meisten Frauen, aber auch von Ärzten als große Belastung empfunden. Mittlerweile wird nämlich davon ausgegangen, dass ein frühgeborener Embryo ab der 22. Woche lebensfähig ist.
- **Bei der Chorionzottenbiopsie** werden embryonale Zellen für die Analyse der Plazenta (Chorion) entnommen. Die Plazenta wird aus mütterlichem und embryonalem Gewebe gebildet; die aus embryonalem Gewebe gebildeten Teile der Plazenta enthalten die gleichen genetischen Informationen wie die Zellen des Embryos. Unter Ultraschallkontrolle

wird eine kleine Menge embryonalen Plazentagewebes entnommen, weiter kultiviert und untersucht. Dieses Verfahren kann in der 8. oder 9. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden; Ergebnisse liegen noch vor Beendigung des 3. Schwangerschaftsmonats vor. Allerdings sind die Ergebnisse nicht so zuverlässig wie die einer Amniozentese; das Risiko einer Fehlgeburt liegt bei circa zwei bis vier Prozent.

⁵Die **Präimplantationsdiagnostik (PID)** gehört zu den vorgeburtlichen Untersuchungsmethoden. Sie setzt eine Reagenzglasbefruchtung (In-Vitro-Fertilisation, s. u.) voraus und wird vorgenommen, bevor der im Reagenzglas durch künstliche Befruchtung entstandene Embryo in die Gebärmutter eingesetzt wird. Bei der PID wird eine Zelle des Embryos auf Chromosomenanomalien untersucht, die auf eine genetische Erkrankung schließen lassen. Meistens am dritten Tag nach der Befruchtung mehrerer Eizellen wird jedem Embryo eine Zelle entnommen. Findet sich kein Fehler, wird der Embryo mit den verbleibenden Zellen in die Gebärmutter eingepflanzt. Werden genetische Defekte entdeckt, wird der Embryo vernichtet. Bis heute ist nicht abschließend geklärt, ob die mikro-chirurgischen Eingriffe durch PID dem Embryo oder dem sich daraus entwickelnden Fötus oder Kind schaden. Unklar ist auch, ob sich später im Leben oder bei nachfolgenden Generationen schädliche Nachwirkungen der PID zeigen. Durch genetische Untersuchungen an einer embryonalen Zelle kann heute nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass der Embryo nicht doch eine Chromosomenanomalie aufweist. Daher wird Frauen zusätzlich eine Pränataldiagnose (s. u.) empfohlen.

PID ist in den USA, in Australien, in Israel und in zehn Ländern der Europäischen Union, u. a. in Großbritannien, Frankreich, Belgien und den Niederlanden erlaubt. In Deutschland ist diese Untersuchungsmethode durch das Embryonenschutzgesetz verboten, allerdings gibt es auch Interpretationen dieses Gesetzes, die PID als nicht verboten ansehen. Gefordert wird, dass in Deutschland durch eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes solchen Paaren

die Anwendung der PID gesetzlich erlaubt wird, bei denen ein hohes Risiko für eine schwere genetische Erkrankung der Kinder besteht. Zur Bewertung von PID muss man zudem um die folgenden Zahlen wissen: Etwa drei Prozent aller Kinder kommen gegenwärtig behindert zur Welt. Zwei Prozent werden während der Schwangerschaft oder im Verlauf der Geburt geschädigt. Dagegen entstehen im Verlauf des späteren Lebens 90 Prozent aller Behinderungen.

⁶Mit der Forschung an **Stammzellen** verbinden Forscherinnen und Forscher sowie viele erkrankte Menschen große Hoffnungen im Kampf gegen Krebs, Alzheimer oder Parkinson. Weil embryonale Stammzellen noch nicht auf bestimmte Funktionen festgelegt sind, hoffen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, daraus gesundes Gewebe und gesunde Organe entwickeln zu können. **Adulte Stammzellen** sind Stammzellen im Körper bereits geborener Menschen. Nach Angaben von Wissenschaftlern wurden sie im Nabelschnurblut von Neugeborenen und in einigen Organen des Körpers entdeckt. Adulte Stammzellen, die aus dem Knochenmark gewonnen werden, kommen heute schon bei der Bekämpfung von Blutkrebs zum Einsatz. Es ist unklar, ob adulte Stammzellen ebenso flexibel und vermehrungsfähig sind wie embryonale Stammzellen. **Embryonale Stammzellen** können auf mehreren Wegen gewonnen werden: aus den Vorläufern der Geschlechtszellen abgetriebener Embryonen werden sie isoliert und dann kultiviert (fetale Stammzellen); aus Embryonen, die bei künstlicher Befruchtung entstanden, die aber nicht in eine Gebärmutter eingesetzt wurden, werden Zellen entnommen. Der Embryo wird dabei vernichtet. Die dem Embryo entnommenen Zellen können pluripotent oder totipotent sein. Aus **totipotenten** Zellen kann sich ein vollständiger Mensch, aus **pluripotenten** Zellen können sich verschiedene menschliche Körperzellen entwickeln. – Schließlich hofft man, embryonale Stammzellen gezielt für das therapeutische Klonen herstellen zu können (s. u.).

In Deutschland ist gegenwärtig nur der erste Weg erlaubt. Eine Gesetzeslücke macht zudem den Import menschlicher Stammzellen aus dem Ausland möglich. Das Embryonenschutzgesetz verbietet nur, embryonale Stammzellen in Deutschland herzustellen. Es verbietet nicht, im Ausland hergestellte embryonale Stammzellen nach Deutschland einzuführen, sofern dafür nicht eigens Embryonen getötet werden müssen. Wissenschaftler hoffen, dass es ihnen gelingt, aus embryonalen Stammzellen alle menschlichen Körperzellen zu züchten und sie bei der Heilung von Krankheiten auf vielfältige Weise einzusetzen.

7 Die Güterabwägung, sie betrifft immer den einzelnen Fall, bei dem es darum geht, zwischen verschiedenen Möglichkeiten verantwortlich zu wählen. Güterabwägung kann dann Anwendung finden, wenn es um zwei Rechte geht, die auf gleicher Ebene gegeneinander stehen, (z. B. das Recht eines menschlichen Lebens gegen ein anderes), nicht jedoch um Rechte, die auf unterschiedlichen Ebenen einzuordnen sind, wie z. B. das Recht auf Leben gegen das Recht auf Gesundheit.

Bei einer ethischen Bewertung der Erforschung embryonaler Stammzellen ist zu unterscheiden zwischen Verfahren, mit denen embryonale Stammzellen nach der Tötung des Embryos gewonnen werden, den bei der Erforschung selbst angewandten Verfahren und den angestrebten Forschungszielen, schwere und bislang nicht heilbare Krankheiten zu beseitigen.

Bei der Erforschung embryonaler Stammzellen ist die Verwerfung des Embryos gegen die Forschungsziele abzuwägen. Diese Abwägung setzt voraus, dass alle ethisch unbedenklichen Alternativen, also die Forschung mit fetalen und mit adulten Stammzellen, ausgeschöpft sind. Sodann müssen die angestrebten Forschungsziele mit großer Wahrscheinlichkeit erreichbar sein. Die Forschenden tragen die Verantwortung dafür, dass sie keine übertriebenen Erwartungen in die Möglichkeiten des biomedizinischen Fortschritts wecken. Schließlich müssen geregelte Verfahren zur ethischen Begutachtung von Forschungsvorhaben durch

spezielle Kommissionen gefunden werden. Da diese Voraussetzungen nicht vorliegen, und da menschliches Leben ein höherwertiges Gut als Gesundheit ist, lehnt die Kfd die Gewinnung und Erforschung embryonaler Stammzellen ab.

8 Beim Klonen wird ein Embryo künstlich hergestellt, der dasselbe Erbmaterial wie ein anderer Mensch aufweist. Bekannt geworden ist das Schaf Dolly, das aus Genmaterial eines anderen Schafes erzeugt wurde. Bis zur Geburt des Klonschafs waren über 200 Experimente erforderlich, bei denen Schafen Eizellen entnommen, Embryonen künstlich hergestellt und Schafen eingepflanzt wurden. Das Dolly-Verfahren könnte auch bei Menschen angewandt werden: Der Zellkern aus einer menschlichen Körperzelle, der das Erbmaterial enthält, wird in eine entkernte weibliche Eizelle eingepflanzt. Wenn die daraufhin beginnt, sich zu teilen, und wenn sie in eine Gebärmutter eingepflanzt wird, entwickelt sich ein Embryo, der dieselben Gene wie ein anderer Mensch aufweist. Beim **reproduktiven Klonen** würde dieser Mensch geboren werden. Beim **therapeutischen Klonen** würde der Embryo im frühen Stadium vernichtet, da die Zellen als embryonale Stammzellen zur Züchtung von spezialisierten Körperzellen, Gewebe und Organen verwandt würden, die einem erwachsenen, erkrankten Menschen eingespritzt oder eingepflanzt würden. So sollen schwere Krankheiten wie Alzheimer oder Parkinson geheilt oder erkrankte durch gesunde Organe ersetzt werden. Solcherart gezüchtete Organe würden vom Körper des Erkrankten nicht abgestoßen. Das therapeutische Klonen ist gegenwärtig in Großbritannien erlaubt, nicht jedoch in anderen europäischen Ländern.

Kritikerinnen und Kritiker dieser Verfahren weisen darauf hin, dass damit die Heilung von Krankheiten in Aussicht gestellt wird, obwohl das nicht dem Stand der Forschung entspricht. Ob es jemals möglich sein wird, solche Therapien zu entwickeln und anzuwenden, sei gegenwärtig nicht absehbar.