

# Wider die „Willkür mit den Worten“ in der Heilkunde

## Die sogenannte Präimplantationsdiagnostik: ein Produktions- und Ausleseverfahren für menschliche Embryonen

von Prof. Dr. med. Ingolf Schmid-Tannwald

**Diagnostik, von den Göttern selbst vor die Therapie gesetzt, ist bekanntlich der elementare Bestandteil jeglichen verantwortungsbewussten ärztlichen Handelns. Kann sich dann ein Arzt ernsthaft gegen Diagnostik im Allgemeinen und damit auch gegen eine solche vor der Einnistung des Embryos in die Gebärmutter, gegen die sogenannte Präimplantationsdiagnostik (PID) aussprechen? Doch handelt es sich bei dem, was als PID vom wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (BÄK) vorgeschlagen wurde, wirklich um Diagnostik in diesem ursprünglichen Sinne? Ist diese Art von so genannter PID tatsächlich mit der Pränataldiagnostik (PND) vergleichbar oder ist sie nicht vielmehr ein Produktions- bzw. Ausleseverfahren von menschlichen Embryonen und damit von Menschen mit bestimmten Eigenschaften? Auslese aber wäre nicht die Aufgabe des Arztes und so stellt sich zuerst die Frage nach dem Unterschied von Diagnostik und Auslese.**

Vom griechischen Wort „diagnostikon“ abgeleitet, versteht man unter „Diagnostik“ „alle auf die Erkennung einer Krankheit gerichteten Maßnahmen einschließlich der Diagnosestellung“ (Reallexikon Roche). Den Auftrag zur Diagnostik und damit den Heilungsauftrag erteilt der Patient einem Arzt seiner Wahl und darf von ihm erwarten, dass er die Grundsätze ärztlichen Handelns respektiert („primum nil nocere“ und „salus aegroti suprema lex“, heute erweitert durch die Informationspflicht und die Respektierung der Patientenautonomie). Ärztliche Ethik besagt, dass dem Patienten kein vorsätzlicher

Schaden zugefügt werden darf. Die zweifellos rigorose, aber notwendig konsequente Forderung von C.W. Hufeland (1806): „Der Arzt soll und darf nichts anderes tun, als Leben erhalten, ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an. Und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate“, dient dem Erhalt der unaufgebbaren Vertrauensbeziehung zwischen dem Patienten und seinem Arzt. Diese ist die grundlegende und klassische Ordnungskonstante für die Heilkunde in einer humanen Gesellschaft.

Diese Forderung findet in solcher Eindeutigkeit heute keine allgemeine Anerkennung mehr. Eine der Ursachen hierfür ist die quantitative und qualitative Geburtenkontrolle, die eine individuelle Entscheidung darüber ermöglicht, ob ein neuer Mensch auf die Welt kommen darf und ob er so, wie er ist, kommen darf.

In der Frauenheilkunde hatte dies innerhalb einer Generation zur Folge, dass die „Ausübung der Heilkunde“ und der ärztliche Heilungsauftrag um den Schwangerschaftsabbruch ‚erweitert‘ wurde, d.h. um das Töten ungeborenen menschlichen Lebens. Viele Frauenärzte haben, wie es vor wenigen Jahren der damalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in aller Offenheit bekannte, „die Last des Tötens auf sich genommen aus Verständnis und Hilfsbereitschaft für die Frauen“. Die ‚Erweiterung‘ des Heilungsauftrages hat mittlerweile auf andere Fachgebiete übergreifen, wie die Legalisierung der aktiven Euthanasie in mehreren Nachbarländern zeigt.

Dabei handelt es sich nicht etwa lediglich um eine Erweiterung des Katalogs der Leistungen, die moderne Ärzte neuerdings im Rahmen der Ausübung der Heilkunde anbieten bzw. erbringen. Vielmehr wird in dem Maße, in dem das Töten eine Form der „Behandlung“ und der Arzt nicht mehr „Diener des Lebens“ ist bzw. sein will, die klassische Grundlage der Arzt-Patientenbeziehung aufgekündigt, womit die heilkundlichen Fachbegriffe, die Rolle des Arztes und die Heilkunde eine Umwertung ihres Wesens erfahren haben.

Der heilkundliche Fachbegriff „Diagnostik“ steht nunmehr für Untersuchungen, Tests, aber auch für Auslese; „Therapie“ kann Heilung, Hilfe, Pflege, aber auch Schwangerschaftsabbruch, „Verwerfen“ oder Töten bedeuten. Dieser neuen Logik folgend ist etwa das „Ob“ eines Abbruchs seit Jahren nicht mehr Gegenstand einer medizinisch-fachlich begründeten Entscheidung des Arztes, also einer Indikation, sondern ergibt sich allein aus dem „Verlangen“ der Frau, wie es §218 a Abs.1 StGB formuliert; das Abortivum Mifegyne gilt nunmehr lt. Arzneimittelgesetz als „Heilmittel“ - nicht zuletzt nach dem befürwortenden Votum der zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaft beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte; das „Wie“, ob also „medikamentös“ oder operativ „behandelt“, also getötet wird, soll alleinige Sache der Frau sein. Das, was gesagt wird, ist also nicht mehr das, was letztlich gemeint ist.

Diese Sprach- und Begriffsverwirrung verhindert die ethische Reflexion, fördert so die Unordnung („Wertungswidersprüche“) und mündet in einen Teufelskreis. Kann man etwa das Verwerfen ei-

niger Embryonen, die bei der Behandlung von ca. 100 genetisch belasteten Paaren pro Jahr anfallen, heute noch ernsthaft verbieten, wenn doch auffällige Foeten in weit fortgeschrittenen Stadien der Schwangerschaft nach § 218 a Abs. 2 StGB rechtmäßig getötet werden dürfen? Kann man die Tötung kranker oder behinderter Ungeborener, den selektiven Abbruch bei Mehrlingen, deren „Reduktion“ noch ächten, wenn doch nach dem „Abtreibungsrecht“ jährlich ca. 200 000 Abbrüche bei gesunden Ungeborenen bis zur 14. Schwangerschaftswoche straflos durchgeführt und aus öffentlichen Kassen bezahlt werden?

Konfuzius, seinerzeit im alten China mit der Frage konfrontiert, womit er beginnen würde, um das Land in Ordnung zu bringen, antwortete, er würde den Sprachgebrauch verbessern. Das habe doch nichts mit der ursprünglichen Aufgabe zu tun, entgegnete man ihm damals, so wie man es wohl auch heute täte. Darauf er: „Wenn die Sprache nicht stimmt, so ist das, was gesagt wird, nicht das, was gemeint ist. Ist das, was gesagt ist, nicht das, was gemeint ist, so kommen die Werke nicht zustande. Kommen die Werke nicht zustande, so gedeihen Moral und Kunst nicht. Gedeihen Moral und Kunst nicht, so trifft die Justiz nicht, trifft die Justiz nicht, so weiß die Nation nicht, wohin Hand und Fuß setzen. Also dulde man keine Willkür mit den Worten. Das ist es, worauf es ankommt.“

Von Konfuzius lernen bedeutet folglich, keinesfalls mehr „Willkür mit den Worten“ zu dulden. Vorgeburtliche Untersuchungen in der Medizin sind somit zu präzisieren. Ihre Bewertung hat im Kontext des Handelns zu erfolgen, d.h. muss sich am „Gemeinten“ orientieren. Untersuchungen können daher keinesfalls schon per se als ärztliche Diagnostik gelten, auch wenn sie ein Absolvent einer medizinischen Hochschule im weißen Kittel an denselben Geräten und nach denselben Methoden durchführt, an denen soeben noch Ärzte ethisch verantwortete und lebensdienliche Diagnostik betrieben haben. Vorgeburtliche Untersuchungen sind erst dann als Pränataldiagnostik zu bezeichnen, wenn sie im Rahmen des ärztlichen Heilungsauftrages auch im Sinne des Ungeborenen durchgeführt werden, d.h. wenn der Arzt grundsätzlich das Gesundheits- und Überlebensinteresse der Mutter und des ungeborenen Kindes wahr.

Wenn man aber vorgeburtliche Untersuchungen in der Absicht durchführt, be-

stimmte Ungeborene nach bestimmten Qualitätskriterien auszulesen und zu beseitigen, dann ist dies pränatale Selektion („search and destroy“). Pränatale Auslese als Pränataldiagnostik zu bezeichnen, ist „Willkür mit den Worten“, die wir nicht länger dulden dürfen. Wir müssen fortan wieder die ärztliche Pränataldiagnostik (PND) scharf von der Pränatalselektion (PNS) unterscheiden. Dann erst eröffnet sich uns wieder die notwendige Auseinandersetzung mit unseren medizinischen Denkbildern und deren Konsequenzen, den aktuellen wie denen der Vergangenheit, was der Wahrheitsfindung dient. Andernfalls entsteht eine Situation, die Camus bezüglich politischer Verbrechen und der Möglichkeit diese abzuurteilen in „Der Mensch in der Revolte“ so beschreibt: „Aber die Sklavenpferche unter dem Banner der Freiheit, die Massentötungen, gerechtfertigt durch Menschenliebe oder den Hang zum Übermenschen, stürzen in gewissem Sinne das Urteil um. Am Tage, an dem das Verbrechen sich mit den Hüllen der Unschuld schmückt, wird - durch eine seltsame, unserer Zeit eigentümlich Verdrehung - von der Unschuld verlangt, sich zu rechtfertigen.“ Wer heute als Mediziner ‚therapierend‘ oder ‚diagnostizierend‘ tötet, braucht sich nicht mehr zu rechtfertigen. Doch der Arzt, der es ablehnt, „die Last des Tötens aus Verständnis und Hilfsbereitschaft für die Frauen“ auf sich zu nehmen, muss sich rechtfertigen. Ist das nicht auch eine „seltsame, unserer Zeit eigentümlich Verdrehung“, die neuerdings auch gilt, wenn man von ihm erwartet, dass er z.B. vor der Übertragung von Embryonen genetische Untersuchungen im Rahmen der sog. PID durchführt? In Wirklichkeit wird doch nicht früher diagnostiziert, sondern der Auftraggeber verfolgt die Herstellung und Auslese von bestimmten („so nicht!“) Embryonen.

Dulden wir also nicht länger, dass man eindeutige Präimplantationsselektion schönredet; dulden wir keine Camouflage in der Heilkunde!

Unsere Unduldsamkeit gegenüber der „Willkür mit den Worten“ erlaubt es nicht, die Auslese von Embryonen im Reagenzglas als „vorgezogene Pränataldiagnostik“ auszugeben. Sie ist doch nur für den eine vorgezogene „Pränataldiagnostik“, der pränatale Untersuchungen am Ungeborenen in Ausleseabsicht durchführt. Nur als Selektionsverfahren zu verschiedenen Zeitabschnitten sind beide vergleichbar. Sonst sind sie unvergleichbar, wie Äpfel und Birnen. Der sog. PID fehlt die Quali-

tät einer ärztlichen Diagnostik u.a. mangels bestehender Behandlungsmöglichkeiten für die Frucht vor der Einnistung und vor allem wegen der vorab eingegangenen Einstandspflicht für den Selektionserfolg. Der missverstandenen PND (der „PNS“) fehlt die Qualität von Diagnostik wegen der Ausleseabsicht des Untersuchers. Zur Qualität einer vorgeburtlichen Diagnostik kann ihr auch die größte Sorgfalt bzw. Zuverlässigkeit des Untersuchers nicht verhelfen. Beides sind keine Unterscheidungskriterien zwischen Diagnostik und Selektion. Denn, während ärztliche Diagnostik es gebietet, dem Patienten nicht durch mangelnde Sorgfalt zu schaden, verfolgen Sorgfalt und Zuverlässigkeit bei den Selektionsverfahren wesentlich auch den Zweck, Schaden vom Untersucher abzuhalten. Daher selektiert der Selektor lieber einmal zu viel als einmal zu wenig, zieht er doch – anders als der Diagnostiker – im Zweifelsfall die eigene Sicherheit vor, denn Ausgelesene klagen nicht an. So wächst bei Medizinern, Müttern und deren sozialem Umfeld die Angst, die Geburt eines behinderten Kindes „verantworten“ und – beim Mediziner – Schadensersatz leisten zu müssen. So wächst insgesamt der Selektionsdruck. Beenden wir also die „Willkür mit den Worten“ und grenzen wir die ärztliche Diagnostik von der pränatalen Selektion ab; auch aus Verständnis und Hilfsbereitschaft für die Frauen, für deren soziales Umfeld und damit letztlich zu unser aller Heil.

Die sog. Präimplantationsdiagnostik, wie sie der wissenschaftliche Beirat der BÄK vor drei Jahren in die Diskussion brachte, ist weder eine frühe Diagnostik, noch ein schlichtes Selektionsverfahren für menschliche Embryonen. Vielmehr handelt es sich um ein aus mehreren Schritten bestehendes, sehr komplexes extrakorporales Herstellungs- und Ausleseverfahren von bestimmten Embryonen, wobei der behandelnde Mediziner eine Einstandspflicht für sein Produkt „Embryo bzw. Kind“ übernimmt. Gedacht zur „Behandlung“ von genetisch belasteten, aber fruchtbaren Paaren, die ausdrücklich ein unbelastetes leibliches Kind und damit ausschließlich eine reproduktionstechnische Lösung ihres Problems verlangen, erfordert die sog. PID zuerst einmal eine Ausweitung der Indikation für die Herstellung von Embryonen nunmehr auch auf fruchtbare Paare. Denn nur so ist die auftragsgemäße genetische Untersuchung und Auslese der eigens im Reagenzglas hergestellten Embryonen vor dem Transfer in die Gebärmutter möglich.

Mit der Indikationsausweitung geht einher, dass die ärztlich gebotene Lebensschutzverpflichtung, die nach klassischem Verständnis auch gegenüber den solcherart hergestellten Embryonen besteht (und dem das Embryonenschutzgesetz Rechnung trägt), mit Abschluss des Behandlungsvertrages zwischen dem belasteten Paar und dessen Arzt, d.h. von vorneherein vorsätzlich außer Kraft gesetzt wird. Dies beinhaltet ferner, dass der „Erfolg“ der Auslese der Embryonen vor der Einnistung („PID als solche“), so die allgemeine Empfehlung, durch ein zweites, nachgeschaltetes Selektionsverfahren in der Schwangerschaft („control prenatal diagnosis“) gesichert wird – im Interesse der erwachsenen Beteiligten und ggf. auf Kosten des Lebens des ungeborenen Kindes.

Der ärztliche Heilungsauftrag wird so in ein Produktionsverfahren von menschlichen Embryonen und damit von Menschen umfunktioniert, die bestimmte Eigenschaften, wie genetisch oder chromosomal auffällig, nicht haben dürfen. Wird dann nicht schon bald der Auftrag lauten, sie dürfen „nicht weiblich“, „nicht heterosexuell“, „auf alle Fälle taub“, „gewebekompatibel mit dem lebenden Geschwisterkind“ sein?

Ärzte werden dadurch instrumentalisiert und vom jeweiligen Auftraggeber heteronom bestimmt, ob er nun von angeblicher Menschenliebe oder dem Hang zum Übermenschen geleitet sein mag. Einem solchen Verfahren kann der Arzt nicht zustimmen, ohne sich aufzugeben, und ohne dass sein Beruf das Wesen eines freien Berufs verliert. Tut er dies dennoch, gehorcht er den Gesetzen der Sach- und Warenwelt, unterliegt Markt- und Machtstrukturen (Produktionsleistung, Produkthaftung, Qualitätssicherung, Einstandspflicht etc.) und wird zum Dienstleister in einem Dienstleistungssystem. Mit einer Ausübung der Heilkunde aber hat dies nichts mehr zu tun.

Wer dieses angebliche Behandlungsverfahren für erblich belastete Paare ablehnt, setzt sich schwerwiegenden Vorwürfen aus, wie etwa unbarmherzig, unärztlich, inhuman, unmodern oder gar „fundamentalistisch“ zu sein. Er gerät in die Situation, sich rechtfertigen oder nach Camus seine „Unschuld“ beweisen zu müssen. Dies und die Art, mit der man dieses Produktionsverfahren in die Öffentlichkeit gebracht und es seither dort behandelt hat, hat bei vielen Menschen Misstrauen und vielfältige Ängste hervor-

gerufen und das Bestreben verstärkt, etwa in Gesetzesvorgaben Argumentationshilfen zu suchen, wie im Art. 1 des Grundgesetzes (Unantastbarkeit der Menschenwürde) und dem Embryonenschutzgesetz (EschG), das ja der Menschenwürde des im Reagenzglas hergestellten Embryo voll Rechnung trägt. In beiden Gesetzen sehen viele Zeitgenossen, vor allem auch jene, die sich um ein Verständnis des Missbrauchs der Medizin in der Vergangenheit mühen, eine wichtige Bastion gegen die „wachsende Relativierung des Menschen“ bzw. dessen Herabwürdigung zu einer Ware.

Durch den Widerstand, der sich gegen die Einführung des vorgeschlagenen Verfahrens formiert hat (105. Deutscher Ärztetag 2002, Parteien, Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages 2002, Kirchen, gesellschaftliche Gruppen aller Art etc.), hat die Kommission den sterilen Paaren, die eine IVF-Behandlung brauchen, möglicherweise einen Bärendienst geleistet. Mit der Verbesserung von Untersuchungsmethoden während der Präimplantationsphase eröffnen sich nämlich den Reproduktionsmedizinern Möglichkeiten, die befruchteten Eizellen (wie erlaubt) nicht nur morphologisch, sondern die erzeugten Leibesfrüchte vor dem Transfer (wie bisher hierzulande gesetzlich verboten) auch chromosomal zu untersuchen und so den Transfer genetisch auffälliger Embryonen zu vermeiden. Im „Für“ und „Wider“ der öffentlichen Diskussion um den Kommissionsvorschlag zur „PID“ ging die kritische Auseinandersetzung mit den neuen Untersuchungsverfahren und deren Vereinbarkeit mit dem ärztlichen Berufsethos unter.

Wenn die klassischen Grundsätze der Heilkunde noch gelten würden, wie sie in Hufelands Zitat und im Genfer Ärztegelöbnis zum Ausdruck kommen, könnte sich die Gesellschaft diese Debatte ersparen und sie ihren Ärzten anvertrauen.

## Zusammenfassung:

Noch schützt das Embryonenschutzgesetz den außerhalb des Mutterleibes erzeugten und jeglicher Begehrlichkeit preisgegebenen menschlichen Embryo. Es achtet dessen Menschenwürde und Lebensrecht in einer Weise, wie sie dem ungeborenen Menschen in der Schwangerschaft im Zusammenhang mit der quantitativen Geburtenkontrolle und der qualitativen Auslese zunehmend genommen wurde. Die PIS ist ein Beispiel

dafür, wie ausgerechnet eine Kommission des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer versucht, durch eine Ausweitung der IVF-Indikation auf fruchtbare, aber vorbelastete Paare ein qualitätssicherndes Herstellungs- und Selektionsverfahren für bestimmte Menschen gesellschaftsfähig zu machen, wobei dem Arzt eine Einstandspflicht zugewiesen wird, die jedoch mit seiner klassischen Aufgabe unvereinbar ist.

Nur frei von der „Willkür mit den Worten“ ist es möglich, solche neuen Untersuchungs- und „Behandlungs“-Verfahren kritisch zu bewerten und sie ggf. in das weiter zu entwickelnde ärztliche Berufsethos zu integrieren.

## Literaturverzeichnis:

1. Modifizierte Fassung eines Vortrags gehalten beim Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) am 4. 4. 2003 in Würzburg
2. Schmid-Tannwald I.: Pränatale Diagnostik oder Kinder ohne Fehl und Tadel? Pränatale Untersuchungen zwischen Heilungsauftrag und vorgeburtlicher Selektion. In: Vorgeburtliche Medizin zwischen Heilungsauftrag und Selektion. Hrsg.: Schmid-Tannwald I., M. Overdick-Gulden. München, Bern, Wien, New York, 2001, S. 55
3. Stengel-Rutkowski S.: Vom Defekt zur Vielfalt. Ein Beitrag der Humangenetik zu gesellschaftlichen Wandlungsprozessen. [www.aerzte-fuer-das-leben.de](http://www.aerzte-fuer-das-leben.de)
4. Schmid-Tannwald I. (Hrsg.): Gestern „Lebensunwert“ heute „unzumutbar“. Wiederholt sich die Geschichte doch? München, Bern, Wien, New York, 2. Aufl., 2000 ([www.aerzte-fuer-das-leben.de](http://www.aerzte-fuer-das-leben.de))
5. Philipp W.: Einstandspflicht für den Tod. Die Rolle der Arzttaftung bei der vorgeburtlichen Selektion behinderter Kinder. In: Vorgeburtliche Medizin zwischen Heilungsauftrag und Selektion. Hrsg.: Schmid-Tannwald I., M. Overdick-Gulden. München, Bern, Wien, New York, 2001, S. 71 ([www.aerzte-fuer-das-leben.de](http://www.aerzte-fuer-das-leben.de))
6. Schmid-Tannwald I.: Kontra Pränataldiagnostik. Selektion widerspricht dem Heilungsauftrag. Geburtsh Frauenheilk 2001; 61, 904
7. „Die auf das Angstempire zurückgeführte, damit durch Ihren Zweck definierte und legitimierte „Würde“ des Menschen setzt diese als das Medium ein, das den technisch-wissenschaftlichen Verstand der Gesellschaft mit deren moralisch-rechtlicher Vernunft in Übereinstimmung hält. Die Bedeutung dieser vielfach als störend empfundenen „Würde“ nimmt damit zu, je mehr die moderne Gesellschaft Gefahr läuft, von ihren eigenen Schöpfungen überwältigt zu werden.“ Picker E.: Menschenwürde und Menschenleben. Das Auseinanderdriften zweier fundamentaler Werte als Ausdruck der wachsenden Relativierung des Menschen, Stuttgart 2002.



Prof. Dr. med. Ingolf Schmid-Tannwald, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universität München im Klinikum Großhadern, 81377 München, Marchioninistr. 15 und 1. Vors. „Ärzte für das Leben“ ([www.aerzte-fuer-das-leben.de](http://www.aerzte-fuer-das-leben.de))