

Johannes Bonelli

Lebensschutz heute, im Spiegel der hippokratischen Ethik

Protection of life today, as reflected in hippocratic ethics

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird das Thema Lebensschutz aus der Perspektive des Arztes betrachtet. Zur Euthanasie wird festgestellt, dass die Aufgabe des Arztes keinesfalls darin bestehen kann, Tötungsaufträge zu übernehmen. In Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch wird festgehalten, dass im Licht der modernen Zellbiologie und Human-genetik kein Zweifel daran besteht, dass es sich beim Embryo um ein menschliches Wesen handelt. Aus ärztlicher Erfahrung sind viele Frauen, die abtreiben wollen fremdbestimmt und würden ihr Kind nicht abtreiben, wenn sie sich in besseren Lebensumständen befänden. Antikonzeption schaltet vorübergehend oder endgültig die Zeugungsfähigkeit aus und verletzt daher die Integrität des Organismus. Die In-Vitro-Fertilisation ist eine Methode, bei der für ein geborenes Kind ca. 30 Embryonen getötet werden. Sie ist daher aus der Perspektive einer hippokratischen Ethik nicht zu rechtfertigen.

Schlüsselwörter: Euthanasie, Schwangerschaftsabbruch, Antikonzeption, In Vitro Fertilisation

Abstract

This article is dealing with the protection of human life. Regarding Euthanasia it is stated, that it is not the profession of a doctor to kill persons. From a biological and genetic point of view there is no doubt, that the human embryo determines all characteristics of a human being. From the doctor's experience, women who are willing to have an abortion would not do so, if they had better living conditions. Contraception destroys the reproductive capacity of men and therefore damages the integrity of the human organism. In the practice of In Vitro Fertilisation 30 embryos have to be killed to obtain one born child. From an ethical point of view this method is unjustifiable.

Keywords: Euthanasia, abortion, contraception, In Vitro Fertilisation

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli
IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
bonelli@imabe.org

Einleitung

Der Schutz des menschlichen Lebens ist neben der ärztlichen Kunst (*techné*) wohl das herausragende Leitmotiv und die unbestrittene Konstante des hippokratischen Eides bzw. des ärztlichen Berufsethos überhaupt. Abtreibung und Euthanasie, aber auch medizinische Eingriffe zur Ausschaltung der Zeugungsfähigkeit bzw. Fruchtbarkeit waren seit den Tagen der antiken Medizin zu allen Zeiten in der Ärzteschaft weitgehend verpönt. Das Prinzip der Unantastbarkeit des menschlichen Lebens ist jedoch in den vergangenen Jahrzehnten in den Gesetzgebungen zahlreicher Länder gefallen. Bis jetzt hat dies in erster Linie den Lebensanfang betroffen, in letzter Zeit wird zunehmend auch der legale Zugang zur Euthanasie gefordert. Darüber hinaus haben der Fortschritt in den biologischen Wissenschaften und deren Anwendungen auf dem Gebiet der Medizin eine Reihe von neuen ethischen Fragen in Bezug auf den Schutz des menschlichen Lebens gebracht, wie z. B. die In-Vitro-Fertilisation (IVF), die der Präimplantationsdiagnostik (PID) und die damit verbundenen schwerwiegenden ethischen Problemen.

Diese Entwicklung stellt eine große Herausforderung für das ethische Selbstverständnis der Ärzteschaft dar, weshalb eine Reflexion über die angesprochene Thematik angebracht scheint.

1. Euthanasie

In Punkt 4 des Hippokratischen Eides heißt es unmissverständlich „Nie werde ich irgendjemanden, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen“. Den Ärzten der Antike war offensichtlich klar, dass Beihilfe zum Selbstmord nie und nimmer für den Leidenden uneingeschränkten Nutzen bedeutet, sondern stets zugleich Schaden mit sich bringt, so sehr auch der Unglückliche „tödliche Mittel“ für sich wünschen und seine Umgebung ihn darin unterstützen mag.¹ Selbstmord war schon in der Antike ein Verstoß gegen die Götter, der die Seele ins Unheil stürzt. Denn hier maß sich der Mensch

Rechte der Götter an und entscheidet selbstherrlich über Leben und Tod des Leidenden. Der Arzt als Wahrer des Lebens begeht daher ein doppeltes Verbrechen, wenn er zum Mittäter beim Selbstmord wird. Denn damit schadet der Arzt nicht nur dem Delinquenten, sondern er befleckt auch sein eigenes Leben und seine Seele als Komplize einer Untat.² Er verstößt damit auch gegen den 5. Punkt im Eid, wo es heißt: „Lauter und redlich werde ich bewahren mein Leben und meine Kunst“. Heute freilich leben wir in einer pluralistischen Gesellschaft, die großteils atheistisch geprägt ist. Und schon die Figur des Ivan in dem Roman von Fjodor Dostojewski „Die Brüder Karamasow“ hat die Konsequenzen daraus gezogen und gemeint: „Wenn es Gott nicht gibt, ist alles erlaubt“. Insofern haben wir es heute erheblich schwerer, die Beihilfe zum Selbstmord so kategorisch abzulehnen wie dies seinerzeit in der Antike der berühmte Arzt Hippokrates in seinem Eid getan hat. Wir sollen uns freilich nicht täuschen. Die Prinzipien des Eides entsprachen ganz und gar nicht dem Geist seines Zeitalters, sondern sie waren auch damals das Zeugnis einer Minorität und für die Zeitgenossen ein Stein des Anstoßes.³

Heute wird das Recht auf Selbstbestimmung als tragendes Hauptargument für die Zulassung der direkten aktiven Euthanasie vorgebracht. Selbstbestimmung wird dabei auf Lebensvernichtung ausgeweitet.⁴ Mit dieser Formel wird freilich der uneingeschränkte Schutz des menschlichen Lebens praktisch ausgehebelt. Philosophisch betrachtet ist Selbstvernichtung, d. h. der Selbstmord, ebenso wie das Verlangen, getötet zu werden, keine eigentliche Selbstbestimmungshandlung. Nur formell können solche Handlungen als autonom bezeichnet werden.⁵ Schon bei Kant ist der Selbstmord nicht Ausdruck von, sondern Absage an die Autonomie und Freiheit des Menschen.⁶ Denn mit diesem Akt wird ja gerade das Subjekt von Freiheit und Sittlichkeit vernichtet. Der Mensch, der sich der Grundlage seiner Freiheit entledigt, führt damit sich selbst und seine Freiheit ad absurdum. Dass das Selbstbestimmungsrecht darüber hinaus keine

unumschränkte Gültigkeit, sondern seine Grenzen hat und Selbstvernichtung nicht nur eine private, sondern auch eine soziale Angelegenheit ist, weil sich der Mensch dadurch seiner Verantwortung gegenüber den anderen in dieser Gesellschaft entzieht, ist offenkundig für jeden, ob konfessionell gebunden oder Atheist. Das wird sofort evident, wenn man sich die Selbstmordattentate unserer Zeit mit Tausenden von unschuldigen Opfern vor Augen hält. Über die sittliche Bedeutsamkeit des Selbstmordes unabhängig von der Gottesfrage, modifiziert Ludwig Wittgenstein Dostojewskis Diktum und schreibt: „Wenn Selbstmord erlaubt ist, dann ist alles erlaubt“ (Tagebuch 10.1.1917). Damit ist gemeint, dass sich der Selbstmörder jeder moralischen Forderung entzieht, sodass ihm jedenfalls nichts weiter verboten ist. Der intendierte Selbstmord hebt damit de facto die Bestimmung des Sittlichen in dessen Wesenheit auf.⁷

Zugegeben: In unserer Gesellschaft herrscht heute eine gewisse Hilflosigkeit im Umgang mit schwerkranken Patienten und Sterbenden. Sterbende werden in Institutionen abgeschoben und oft in unmenschlicher Weise alleine gelassen. Bis zu einem gewissen Grad hat auch der Fortschritt in der Medizin zu dieser Problematik beigetragen, denn mit der Verlängerung der Lebenserwartung ist eine Multimorbidität der Alten und Schwachen einhergegangen, die viele Probleme aufwirft und so in früheren Zeiten nicht gekannt wurden. Eine menschenwürdige Kultur des Sterbens ist uns dabei weitgehend abhanden gekommen und muss daher wieder neu gewonnen werden. Auf der anderen Seite lassen sich aus Extremsituationen, wie sie so gerne exemplarisch zur Schau gestellt werden, keine Handlungsregeln ableiten. Es mag tragische Konfliktsituationen beiderseitiger Überforderung geben, an deren Ende aus Verzweiflung die direkte Tötung eines schwer kranken Menschen stehen kann. Doch daraus folgt nicht, dass solche Handlungen generell erlaubt werden müssen, sondern höchstens, dass sie einen gewissen Grad von Nachsicht und Verständnis verdienen.⁸

In den allermeisten Fällen ist der Todeswunsch eines Menschen jedoch Ausdruck und Symptom einer schweren psychischen Krise, ein verzweifelter Hilferuf nach mehr Zuwendung und Nächstenliebe. Von Freiheit und Selbstbestimmung kann da kaum mehr die Rede sein. Die Lösung kann daher nicht darin bestehen, Leidende und Sterbende einfach aus dem Weg zu räumen. Wir Ärzte sind daher aufgerufen, Selbstmorde zu verhindern, nicht aber sie zu ermöglichen. Die *Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention* (DGS) hat vor jeglicher Zulassung von direkter „Sterbehilfe“ gewarnt. Jede Durchbrechung des gesellschaftlichen Tötungsverbots „gefährdet und destabilisiert potentiell die menschliche Gemeinschaft“, erklärte die DGS anlässlich des „Welttags der Suizidprävention“ am 10. September 2007 in Berlin. Die prinzipielle Aufgabe des Arztes besteht darin, menschliches Leben zu schützen, Schmerzen zu lindern und Sterbende menschlich zu begleiten. Keinesfalls besteht seine Aufgabe darin, Tötungsaufträge zu übernehmen. Eine Institutionalisierung der Tötung auf Verlangen stellt eine Zumutung an den Arztberuf dar, die mit dem über Jahrhunderte bewährten ärztlichen Ethos unvereinbar ist.⁹

Ein kritischer Punkt ist die Fähigkeit des Arztes, die trügerischen Klippen einer überzogenen kurativen Medizin rechtzeitig zu erkennen, um sich der Palliativmedizin zu widmen.¹⁰ Es geht darum, dem Sterbenden die letzten Stunden seines Lebens so schön und friedvoll wie nur immer möglich zu gestalten. Wenn der Patient in seinen letzten Tagen und Stunden seines Lebens nicht nur technische Machbarkeit und geschäftige Routine erfährt, sondern echte menschliche Wärme, Anteilnahme und Nächstenliebe, dann wird er in einem leidvollen Leben sehr wohl auch noch einen Sinn erkennen können und kaum den Wunsch äußern, sein Leben vorzeitig zu beenden.

Gilt die Tötung auf Verlangen jedoch einmal als gesellschaftliche Normalität, so wird vielen unheilbar Kranken dieses Verlangen bald als soziale Pflicht erscheinen. Freiwilligkeit und Selbstbestimmung

kann daher gerade unter solchen Bedingungen nicht ins Treffen geführt werden. Im Gegenteil, der Tötung gegen den eigenen Willen wird – wie die Erfahrung in den Niederlanden und Belgien zeigt – Tür und Tor geöffnet: Dort scheinen sich Mediziner zunehmend selbst als die Herren über Leben und Tod ihrer Patienten zu verstehen. Laut einer Regierungsstudie leisteten niederländische Ärzte in 25% der Fälle direkte „Sterbehilfe“ bei Patienten, die gar nicht darum gebeten hatten, sondern die Mediziner waren von sich aus der Meinung, die Patienten hätten eine „zu geringe Lebensqualität“ oder „unerträgliche Leiden“. Eine in Belgien durchgeführte Studie hat ergeben, dass insgesamt 3,8% aller Todesfälle durch Euthanasie erfolgen. Davon wurde in 2% die Tötung auf Wunsch der Patienten, in 1,8%, also in fast der Hälfte aller Fälle, ohne Zustimmung der Patienten durchgeführt. Letztere waren überwiegend über 80 Jahre alte, demente oder komatöse Patienten.¹²

2. Schwangerschaftsabbruch

Im selben Abschnitt 4 des Eides, in dem die Beihilfe zum Selbstmord abgelehnt wird, heißt es im zweiten Satzteil „Ebenso werde ich keiner Frau ein keimvernichtendes Vaginalzäpfchen verabreichen“. Dieser Satz ist wohl eindeutig. Auffällig ist auch, dass die beiden Verbote der Beihilfe zum Selbstmord und zur Abtreibung im Hippokratischen Eid so nahe beieinander liegen, formal und inhaltlich.¹³ Die tiefsten Gründe dafür liegen nach C. Lichtenthaler in der „von allen Griechen gepflegten Haus- und Familienreligion mit ihrer heiligen Ehrfurcht vor dem Leben, als einem von allem Beginn an unantastbarem Gut“. Dies ist umso erstaunlicher, als in der griechischen Welt über den Augenblick der Entstehung eines Menschen keinesfalls so klare Fakten zu Tage lagen wie dies heute der Fall ist.

2.1 Embryonalentwicklung

Laut dem klinischen Standardlexikon Pschyrembel¹⁵ beginnt eine Schwangerschaft nach heu-

tigen wissenschaftlichen Erkenntnissen bereits bei der Befruchtung der Eizelle durch eine Samenzelle. Manche Gynäkologen versuchen, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch umzudefinieren und sie auf einen bereits in der Gebärmutter implantierten Embryo einzuengen. Diese Definitionsänderung ist nicht ideologiefrei, denn damit soll der Anschein erweckt werden, es sei zwischen Befruchtung und Einnistung jede gynäkologische Manipulation am Embryo inklusive seiner Tötung ethisch unbedenklich. Bei den sogenannten nidationshemmenden Methoden des Schwangerschaftsabbruchs, aber auch bei der In-Vitro-Fertilisation und der Präimplantationsdiagnostik (PID) hat dies eine erhebliche Relevanz.

Mit den modernen Methoden der Zellbiologie kann heute eindeutig nachgewiesen werden, dass die menschliche embryonale Entwicklung bereits in ihren frühesten Phasen ihrer äußeren Form und inneren Struktur nach von Anfang an spezifisch menschlich verläuft.¹⁶

Auch die moderne Humangenetik hat den Nachweis erbracht, dass die gesamte genetische Information, die für alle Eigenschaften des Menschen verantwortlich ist, bereits bei der Befruchtung festgelegt ist.¹⁷ Es gibt ab dem Zeitpunkt der Befruchtung im Verlauf der Embryonalentwicklung kein Stadium, das man als nichtmenschlich bezeichnen könnte, sondern die Entwicklung verläuft in allen Phasen kontinuierlich fließend und ohne Zäsur.

Mit einem Wort: Ab dem Zeitpunkt der Befruchtung entwickelt sich der Mensch *als* Mensch und nicht *zum* Menschen, wie dies der renommierte Embryologe Erich Blechschmidt treffend formuliert hat.¹⁸

Allerdings: Auch wenn nach den Kriterien der medizinisch-biologischen Wissenschaften der Embryo von der Befruchtung an ein Mensch ist, kann nicht verschwiegen werden, dass diese Tatsache von den Abtreibungsbefürwortern nicht zur Kenntnis genommen oder zumindest relativiert wird, indem sie behaupten, dass der Keimling, der in der Gebärmutter der Frau heranwächst, sich zwar zu

einem Menschen entwickelt, dass er aber in keiner Weise jene Schutzwürdigkeit beanspruchen kann, die sonst allen Menschen als Personen zukommt.

2.2 Der Status des Embryos aus der Perspektive der betroffenen Frau

Während sich die Abtreibungsgegner am Embryonenschutz festgefahren haben, berufen sich die Befürworter einer gesetzlichen Freigabe der Abtreibung als Hauptargument auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau. Die Frage ist freilich: Inwieweit wird unter den heutigen Verhältnissen dem Recht der Frau auf Selbstbestimmung überhaupt Rechnung getragen?⁹ Selbstbestimmt im eigentlichen Sinn ist nur jemand, der sich in Freiheit für etwas entscheiden kann, das er bzw. sie für erstrebenswert hält. Nach ärztlicher Erfahrung geht es vielen Frauen, die abtreiben wollen, nicht primär darum, ihr Kind zu beseitigen, sondern es sind oft schwierige Begleitumstände, die die meisten Frauen veranlassen, etwas zu tun, was sie unter anderen Umständen vielleicht nicht tun würden. In diesem Sinne kann von Selbstbestimmung bei den meisten Frauen, die abtreiben, nicht die Rede sein, sondern im Gegenteil: Sie sind durch ihre schwierigen Lebensumstände oft hochgradig fremdbestimmt. Sie betrachten die Abtreibung niemals als erstrebenswert, sondern bestenfalls als notwendiges Übel. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass alles daran gesetzt werden sollte, dass Frauen niemals in die Zwangslage geraten, ihre Schwangerschaft unter dem Druck der Umstände abzuberechnen. Als erster Schritt müsste wohl eine Statistische Motivationserhebung darüber durchgeführt werden, was Frauen dazu bewegt abzutreiben. Das verlangt sowohl die intellektuelle als auch die politische Redlichkeit. Es ist kaum vorstellbar, dass unsere Bevölkerung, die einem rasanten demographischen Desaster entgegengeht, kein Interesse daran hat, über die Gründe Bescheid zu wissen, warum ein so großes Nachwuchspotential unserer Gesellschaft vernichtet wird. Die Schätzungen liegen bei mindestens 40.000 Abtreibungen/Jahr in Österreich.

2.3 Zur sogenannten medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch

Medizinische Indikation im eigentlichen und korrekten Sinne bedeutet, dass der Abbruch der Schwangerschaft angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder für eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Gesundheit der Schwangeren abzuwenden. Sie kommt allerdings heute aufgrund des medizinischen Fortschrittes sehr selten vor. In den meisten Fällen gelingt es heute durch eine umfassende und lückenlose medizinische Betreuung, die Risiken für die Gesundheit der Mutter so zu minimieren, dass medizinisch gesehen lebensbedrohliche Situationen kaum mehr vorkommen. In diesem Zusammenhang sei aber auch darauf hingewiesen, dass es Situationen gibt, bei denen sich eine schwangere Frau (z. B. aufgrund einer Krebserkrankung) einer Therapie unterziehen muss, bei der die Leibesfrucht indirekt getötet wird. In einem solchen Fall spricht man von einer Handlung mit Doppelleffekt, die unter bestimmten Bedingungen ethisch durchaus gerechtfertigt sein kann.

2.4 Die sogenannte „eugenische“ Indikation

Von eugenischer oder embryopathischer Indikation wird dann gesprochen, wenn eine Abtreibung durchgeführt wird, weil das Kind aller Wahrscheinlichkeit geistig oder körperlich schwer behindert ist. Aus medizinisch-ethischer Perspektive ist diese sog. Indikation höchst bedenklich, da sich Mutter und Kind hier primär in keiner Notsituation befinden. Behinderte werden in den meisten Fällen nur deshalb abgetrieben, weil die Eltern ein Kind mit einem körperlichen oder geistigen Defizit ablehnen. Das kommt allerdings einer Diskriminierung aller behinderten Menschen gleich²⁰ und bedeutet die Herrschaft von Menschen über das Leben anderer Menschen. Menschenrechte und das Prinzip der Menschenwürde sind angeboren und können daher nicht von Menschen an Menschen „verliehen“ werden. Aus der Perspektive des ärztlichen Berufsethos ist daher die eugenische Indikation abzulehnen, denn der Arzt hat die

Aufgabe, Leben zu retten, Krankheiten zu heilen, Schmerzen zu lindern, aber er ist keinesfalls dazu berufen, Krankheiten dadurch zu bekämpfen, indem er den Kranken selbst beseitigt. Hier schließt sich der Kreis und trifft sich mit den Grundsätzen des Arztes zur Sterbehilfe.

3. Antikonzepktion

Die Frage nach der Weitergabe des Lebens ist ein Anliegen, das alle Generationen bis heute nachhaltig und sehr persönlich beschäftigt hat. Dabei standen aus ärztlicher Sicht immer empfängnisbegünstigende Maßnahmen und nicht solche zur Erlangung der Zeugungsunfähigkeit im Vordergrund. Das Prinzip „primum nil nocere“ im Hippokratischen Eid war auch und sehr konkret auf die Fortpflanzungsfähigkeit fokussiert. Wenn im Punkt 6 des Eides der Steinschnitt abgelehnt wird, so war ein wesentlicher Grund dafür, dass durch diesen Eingriff die Zeugungsfähigkeit des Mannes gefährdet und damit das Sprießen neuen Lebens zunichte gemacht werden konnte.²¹ Der Arzt hat also keineswegs unbeschränkte Befugnis zu Zerstörungs- und Verstümmelungshandlungen, weder bei seinen Patienten noch bei sich selbst (Integritätsprinzip). Der Mensch ist nach alter hippokratischer Lehre nicht Eigentümer, sondern Sachwalter seines Leibes. Danach muss er bestimmte unüberschreitbare Grenzen respektieren, denn in jeder einzelnen ärztlichen Handlung hat sich die göttliche Ordnung widerzuspiegeln.²² Das „primum nil nocere“ richtet sich nicht gegen jeden Eingriff in den Organismus (da müssten die Ärzte ihren Beruf sofort aufgeben), sondern es verbietet Eingriffe, die naturgegebene Organfunktionen willkürlich schädigen. Derartige Schädigungen können nur dann ethisch gerechtfertigt werden, wenn sie im Sinne einer Heilbehandlung erfolgen, d. h. wenn sie die Existenz des Gesamtorganismus sichern oder wenn schwerwiegende Schäden dadurch behoben werden (Totalitätsprinzip).

Als Arzt wird man sich daher die Frage stellen müssen, ob und inwieweit antikonzepktive Maß-

nahmen in die Kategorie „Heilbehandlung“ eingereiht werden können und – wichtiger noch – ob dabei das Fundament ärztlicher Ethik, nämlich der Grundsatz „primum nil nocere“, also die Integrität des Leibes (Integritätsprinzip), geachtet wird.

Aus medizinischer Sicht ist klar, dass dem ehelichen Akt neben der Bezeugung gegenseitiger Liebe entsprechend den biologischen Gegebenheiten von Natur aus auch der Sinngehalt (d. h. die Zielbestimmung) der Fortpflanzung innewohnt. Die Fähigkeit, durch einen Geschlechtsakt Leben zu wecken, kann schwerlich als Krankheit bezeichnet werden. Krankheit ist im Gegenteil gegebenenfalls die Unfähigkeit dies zu tun. Die Verursachung von Unfruchtbarkeit durch Antikonzepktion kann daher sicher nicht als ärztliche Heilbehandlung betrachtet werden. Aus ärztlicher Sicht wäre also zu bedenken, dass Antikonzepktion den Grundsatz „primum nil nocere“ durchbricht. Sie durchbricht ihn wegen der Absicht, vorübergehend oder für immer die Zeugungsfähigkeit auszuschalten. Heilbehandlung wäre genau das Gegenteil: Ein Eingriff, der die Zeugungsfähigkeit des Organismus ermöglicht bzw. schützt. Antikonzepktion hingegen macht den ehelichen Akt für die Zeugung untauglich und schädigt daher den Organismus in seinen natürlichen Funktionen.

Man kann über die moralische Relevanz dieser Überlegungen geteilter Meinung sein. Keinesfalls aber sollte das Urteil darüber unter falschen Prämissen gefällt werden: Bei der Antikonzepktion handelt es sich nicht um einen harmlosen Eingriff mit irgendwelchen belanglosen Konsequenzen (z. B. Verschiebung bzw. Hemmung der Ovulation), sondern hier wird der eheliche Akt gezielt unfruchtbar gemacht. Und dies bedeutet, dass in ein Geschehen eingegriffen wird, bei dessen ungehinderten Ablauf immerhin ein konkreter Mensch entstehen könnte.

4. In-Vitro-Fertilisation (IVF)

Auf den ersten Blick wird man die Absicht sehr begrüßen, ungewollt kinderlosen Ehepaaren

zu Kindern zu verhelfen, und diese Bemühungen stehen wohl in einer jahrhundertealten hippokratischen Ethik. Allerdings genügt der gute Zweck einer Handlung nicht, um diese zu rechtfertigen: Die Methode selbst muss geprüft werden.²³

Die künstliche Befruchtung in der Petrischale (IVF) wird zur Erhöhung der Erfolgsrate an mehreren Eizellen gleichzeitig durchgeführt, da nicht absehbar ist, wie viele Eizellen tatsächlich befruchtet werden und weil die erzeugten Zygoten noch einer „Qualitätskontrolle“ unterzogen werden. Letztlich werden nicht alle, sondern nur drei Embryonen in die Gebärmutter der Frau eingesetzt, wobei zwei davon nur als Starthelfer (durch eine größere hormonelle Stimulierung) die Einnistung des dritten erleichtern, dann aber letztlich abgehen sollen. Erfolgreich ist die Methode trotzdem nur in 20 – 30% (abhängig vom Alter der Frau). Dies bedeutet, dass in Summe letztlich auf ein geborenes Kind ca. 30 getötete Embryonen kommen.²⁴ Aus dieser Perspektive geht die Methode der IVF ganz und gar nicht konform mit der hippokratischen Ethik, wonach keimendes Leben geschützt und keinesfalls vernichtet werden darf.²⁵

Jedenfalls würde jede andere Therapieform in der Medizin, die eine derart miserable Erfolgsrate hat und mit einer so hohen Zahl von tödlichen Nebenwirkungen behaftet ist, keinesfalls zugelassen werden. Manche möchten den hohen Embryonenverlust damit rechtfertigen, dass es auch beim natürlichen Geschlechtsverkehr zu Aborten kommt. Mit Zimmerli muss der Versuch, menschliches Handeln durch natürliche Vorgänge zu rechtfertigen, als Argument bezeichnet werden, „das die reinigende Wirkung eines kritischen Verstandes noch nicht erlebt hat“.²⁶ Um es einfach auszudrücken: Die Berufung auf Vorkommnisse in der Natur zur Rechtfertigung menschlichen Handelns ist einfach dumm. Reinhard Löw bringt in seinem Buch „Leben aus dem Labor“²⁷ zur Veranschaulichung das Beispiel zweier Spaziergänger: Der eine wird von einem Dachziegel getötet, der vom Wind von einem Dach geweht wird; der andere von einem

Dachziegel, der von einem Menschen gezielt geworfen wird. Der Mörder wird sich kaum damit rechtfertigen können, er habe bloß getan, was die Natur auch tut! Wenn alles erlaubt wäre, was in der Natur geschieht, dann dürfte man Mord und Totschlag keinesfalls gesetzlich bestrafen, denn letztlich müssen wir alle einmal „natürlicherweise“ sterben. Der natürliche Geschlechtsverkehr ist zwar die notwendige Voraussetzung, dass menschliches Leben entstehen kann, er hat aber keinerlei ursächlichen Einfluss auf die Bedingungen, unter denen der so entstandene Embryo weiterwächst oder vielleicht frühzeitig stirbt. Anlässlich des Geschlechtsaktes, auf den jedes Ehepaar ein Recht hat und der (im Gegensatz zur IVF) in sich einen eigenständigen Wert und eine tiefsinnige Bedeutung hat, wird ein naturgesetzlicher, schicksalhafter Ablauf physikalischer Prozesse in Gang gesetzt, der zum Entstehen neuen Lebens führen kann, aber nicht muss.²⁸ Im Unterschied dazu werden bei der IVF die Bedingungen, unter denen der Embryo erzeugt wird, vom Menschen festgelegt, und er ist daher auch der unmittelbare Verursacher dessen Todes. Abgesehen davon muss noch festgehalten werden, dass es kein Recht auf ein Kind geben kann, das die gezielte Vernichtung oder auch nur Gefährdung des Lebens eines Embryos rechtfertigen würde und auf das sich Ehepaare oder Ärzte berufen könnten (genauso wenig wie es ein Recht auf einen Ehepartner oder ein Recht auf Freunde geben kann).²⁹ Die Idee eines Rechts auf ein Kind ist allein schon vom Begriff der Menschenwürde her ethisch bedenklich: Es gibt kein Recht *auf* einen Menschen, da jede Person von ihrer Würde her als Selbstzweck geachtet und ihr als solcher gegenüber getreten werden muss. Recht *auf* etwas besteht nur auf Sachen, über die verfügt werden darf.³⁰ Deshalb steht das Lebensrecht als Grundwert über dem Wunsch eines Ehepaars, ein Kind auf Kosten unzähliger getöteter Embryos zu erzeugen. Der Gedanke an ein Recht auf ein Kind macht auch den Instrumentalisierungscharakter der IVF deutlich: Man erzeugt einen Menschen auf Bestellung in der Retorte wie ein Möbelstück in der

Tischlerei. Und falls das „Produkt“ einen Fehler aufweist, wird es nicht gebilligt, sondern „verworfen“. Hier wird die Tatsache missachtet, dass es die Würde eines Menschen erfordert, dass er immer nur als Geschenk, niemals aber mit dem Anspruch auf ein Besitzrecht angenommen werden darf.

Sehr bedenklich ist es, dass Paare, die sich einer IVF unterziehen wollen, in den meisten Fällen nicht ausreichend aufgeklärt werden. Nach einer Studie von Rauprich et al. (2011) klären Reproduktionsmediziner Paare viel eher über die Erfolge und kaum über mögliche Risiken der IVF auf.³¹ Eines der Hauptprobleme der Reproduktionsmedizin mit Hilfe der IVF ist die Gefahr von Mehrlingsschwangerschaften. Zwillinge haben jedoch gegenüber Einlingen ein etwa achtfaches Risiko einer Zerebralparese, Drillinge sogar ein 47-faches Risiko.³² In vielen Kliniken ist man daher zum Fetozid bei Mehrlingsschwangerschaften übergegangen, also der gezielten Tötung eines oder mehrerer Embryonen im Mutterleib.³³ Aber auch bei Einlingsschwangerschaften durch IVF findet man ein zweifach höheres Risiko von Entwicklungsstörungen als nach einer spontanen Schwangerschaft.³⁴ Außerdem haben Frauen, die mit Hilfe einer IVF schwanger werden, viermal häufiger eine Totgeburt als andere Frauen.³⁵

Aber auch das Leben der Mutter wird durch das Verfahren der IVF gefährdet: Eine Studie aus den Niederlanden zeigt, dass die Mortalität bei IVF-Schwangerschaften dreimal höher ist (42/100.000) als bei allen Schwangerschaften insgesamt (12,8/100.000).³⁶ Laut Susan Bewley von der Guy's and St. Thomas NHS-Foundation Trust in London starben in den Jahren 2003 – 2005 in Großbritannien sieben Frauen direkt an der Prozedur der IVF. Drei Fälle waren auf eine Mehrlingsschwangerschaft zurückzuführen. Vier der Todesfälle gingen auf ein sogenanntes ovarielles Hyperstimulations-Syndrom zurück: Frauen müssen für die Bereitstellung von Eizellen extrem hohe Hormondosen zu sich nehmen, was eine hohe Belastung für den weiblichen Organismus darstellt.³⁷

Zu bedenken ist auch, dass die IVF zu einem großen Teil an bereits älteren Frauen durchgeführt wird, was an sich schon ein erhöhtes Risiko für Komplikationen darstellt.

Ethisch und medizinisch noch bedenklicher ist es, wenn die IVF mit fremden Eizellen (Eizellspende) durchgeführt wird. Eine im Deutschen Ärzteblatt (2011) publizierte Metaanalyse zeigt, dass Frauen, denen „gespendete“ befruchtete Eizellen eingesetzt wurden, als Hochrisikopatientinnen eingestuft werden müssen. Es kam zu einer Häufung von schwangerschaftsinduziertem Bluthochdruck (Präeklampsie) um das 2,57-fache im Vergleich zur konventionellen IVF mit eigenen Eizellen oder Insemination. Weiteres wird aus der Klinik der Autoren über drei von acht Fällen mit Präeklampsie innerhalb von vier Jahren berichtet, die so gefährlich waren, dass die Schwangerschaft wegen akuter Lebensgefahr für die Mutter, frühzeitig beendet werden musste.³⁸

Von der entwürdigenden Prozedur, der sich die Ehepaare und insbesondere die Frauen bei der IVF unterziehen müssen, soll hier gar nicht die Rede sein.

Noch um einiges schwerer wiegt die IVF aus engenischer Indikation, also bei Ehepaaren, die zwar fortpflanzungsfähig, aber Träger einer Erbkrankheit sind. Hier werden gezielt Menschen erzeugt, um aus ihnen mit Hilfe der Präimplantationsdiagnostik (PID) je nach Ergebnis die Gesunden auszusortieren, während verdächtige erbgeschädigte menschliche Individuen vernichtet werden. Eine Mentalität, bei der sich der Mensch anmaßt die Existenzberechtigung seiner Mitmenschen von deren körperlichen Qualitäten abhängig zu machen, widerspricht dem Prinzip der Gleichheit aller Menschen und ist daher ein schwerwiegender Verstoß gegen die Menschenrechte, d. h. gegen das Diskriminierungsverbot und gegen das Recht auf Leben.³⁹ In Summe muss daher die Praxis der IVF aus medizinisch-ethischer Perspektive, trotz der an sich guten Absicht, letztlich doch als menschenunwürdig qualifiziert werden. Hier muss

wohl der alte ethische Grundsatz in Erinnerung gerufen werden, wonach niemals ein noch so guter Zweck die Mittel heiligt.

Referenzen

- 1 Lichtenthaeler C., *Der Eid des Hippokrates. Ursprung und Bedeutung*, Deutscher Ärzteverlag, Köln (1984), S. 141
- 2 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1., S. 142
- 3 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1, S. 140
- 4 Prat E. H., *Zur Frage der Selbstbestimmung. Gibt es ein Recht darauf sich selbst zu töten oder auf Verlangen getötet zu werden?*, in: Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), *Leben – Sterben – Euthanasie?*, Springer-Verlag (1999), S. 61
- 5 Prat E. H., siehe Ref. 4
- 6 Kant I., *Metaphysik der Sitten IV*, S. 429 ff.
Kant I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten VI*, S. 421 ff.
- 7 Juza L., *Über das sittliche Verbot der Selbsttötung*, *Imago Hominis* (1999); 3: 215
- 8 Pöltner G., *Unantastbarkeit des Lebens – Grenzen der Selbstbestimmung*, in: Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), *Leben – Sterben – Euthanasie?*, Springer-Verlag (1999), S. 39
- 9 Pöltner G., siehe Ref. 8
- 10 Herranz G., *Euthanasie – Gebote und Verbote der Sterbehilfe*, in: Thomas H., *Menschlichkeit in der Medizin*, Verlag Busse-Seewald GmbH, Herford (1993), S. 221 ff.
- 11 Rehder S., *Die Todesengel. Euthanasie auf dem Vormarsch*, Sankt-Ulrich-Verlag, Augsburg (2009)
- 12 Chambaere K. et al., *Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey*, *CMAJ* (2010); 182(9): 895-901
- 13 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1, S. 143
- 14 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1, S. 146 ff.
- 15 Pschyrembel, 262. Auflage, Verlag de Gruyter, Berlin (2011)
- 16 Tarmann T., *Menschliche Embryonalentwicklung von Anfang an*, *Imago Hominis* (1995); 2: 109-119
Hinrichsen K. V. (Hrsg.), *Humanembryologie*, Springer, Wien (1990), S. 148
- 17 Lejeune J., *Überlegungen zur Vorgeburtsmedizin. Jeder Mensch ist für sich selbst verantwortlich*, *Imago Hominis* (1994); 1: 205-210
- 18 Blechschmidt E., *Daten der menschlichen Frühentwicklung. Menschliches Leben beginnt im Augenblick der Befruchtung*, in: Hoffacker P. et al., *Auf Leben und Tod*, 5. Auflage, Bastei-Lübbe, Bonn (1991), S. 28
- 19 Prat E. H., *Abtreibungsdebatte: ein neuer Fokus*, *Imago Hominis* (2010); 17: 59-64
- 20 vgl. auch später IVF
- 21 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1, S. 157-158
- 22 Lichtenthaeler C., siehe Ref. 1, S. 124 ff.
- 23 Schlag M., *In-Vitro-Fertilisation und Lebensrecht*, in: IM-ABE, *Der Status des Embryos*, Fassbaender, Wien (1989), S. 117
- 24 Harper J. C. et al, *ESHRE PGD consortium data collection X: cycles from January to December 2007 with pregnancy follow-up to October 2008*, in: *Human Reproduction* (2010); 25(11): 2685-2707
- 25 Hippokratischer Eid, Punkt 4
- 26 Zimmerli W. Ch., *Dürfen wir, was wir können?*, in Flöhl R., *Genforschung – Fluch oder Segen?*, München (1985), S. 79
- 27 Löw R., *Leben aus dem Labor*, München, 1985, S. 18
- 28 Schlag M., *Zur Regierungsvorlage eines Fortpflanzungs-medizingesetzes*, in: Bydlinki F., Mayer-Maly F., *Fortpflanzungsmedizin und Lebensschutz*, Tyrolia-Verlag, Innsbruck/Wien (1992), S. 65-80
- 29 Schlag M., siehe Ref. 23, S. 117 ff
- 30 Schlag M., siehe Ref. 23
- 31 Rauprich O., Berns E., Vollmann J., *Information provision and decision-making in assisted reproduction treatment: results from a survey in Germany*, *Human Reproduction*, doi: 10.1093/humrep/der 207 (2011)
- 32 Radner K., *Neue Erkenntnisse aus der IVF*, *Imago Hominis* (2003); 10: 143-145
- 33 Radner K., siehe Ref. 32
- 34 Schieve L. A., *Low and very low birth weight in infants conceived with use of assisted reproductive technology*, *N Eng J Med* (2002); 346: 731-737
Strömberg B., *Neurological sequelae in children born after in-vitro fertilisation: a population-based study*, *Lancet* (2002); 359: 461-465
- 35 Wisborg K. et al., *IVF and stillbirth: a prospective follow-up study*, *Human Reproduction* (2010); 25(5): 1312
- 36 Braat D. D. M. et al., *Maternal death related to IVF in the Netherlands 1984-2008*, *Human Reproduction* (2010); 25(7): 1782
- 37 Bewley S., *Adverse outcomes from IVF*, *BMJ* (2011); 342: d436
- 38 Pecks U., Maass N. Neulen J., *Eizellspende – ein Risikofaktor für Schwangerschaftshochdruck: Metaanalyse und Fallserie*, *Dtsch Aerzteblatt Int* (2011); 108(3): 23
- 39 Pöltner G., siehe Ref. 8