

Selektion widerspricht dem Heilungsauftrag

Die sog. Präimplantationsdiagnostik ist keine ärztliche Diagnostik.

Die *selbst gewählte* Aufgabe des Arztes ist es, Leben zu erhalten und die Gesundheit zu schützen [1]. Das oberste Gebot für den Arzt ist das Heil des Erkrankten [2]. Um dem zu entsprechen, darf er vor allem nicht schaden.

Jegliche Untersuchungen müssen daher ärztlich indiziert sein. Nur innerhalb des ärztlichen Heilungsauftrages erfüllen sie die Kriterien, die an den heilkundlichen Fachbegriff „Diagnostik“ zu stellen sind; nur dadurch sind sie ethisch gerechtfertigt.

Der Heilungsauftrag schließt folglich die Tötung des Patienten oder die Zerstörung menschlichen Lebens grundsätzlich aus. Auf diese Grundlage jeder einzelnen Patienten-Arzt-Beziehung muss man sich absolut verlassen können. Wenn der Arzt – noch dazu unter dem Deckmantel seines weißen Kittels – dagegen verstößt, wird er zum „gefährlichsten Menschen im Staate“ [3].

Auch der menschliche Embryo ist als obligat zu durchlaufendes Stadium menschlichen Lebens mit „biologischem Überlebensinteresse“ [4] grundsätzlich zu schützen – auch vor der Nidation. Lediglich ein „*symbol of future human life*“ [5], das es nur zu „respektieren“ gelte, ist der Embryo für den Arzt keinesfalls [6].

Der Heilungsauftrag eines *sterilen* Paares kann die Erzeugung von Embryonen *in vitro* rechtfertigen. Untersuchungen an

Embryonen müssen jedoch aufgrund der ärztlichen Schutzverpflichtung – zumal bei Entnahme und Verbrauch von bis zu einem Viertel der Körpermasse – den Kriterien ärztlicher Diagnostik entsprechen [7], soll die Bezeichnung Präimplantationsdiagnostik gerechtfertigt sein.

„Richtlinie“ der BÄK verlangt die Einführung der Selektion und die Einstandspflicht des Arztes für den Selektionserfolg.

Nach der „Richtlinie“ der Kommission der Arbeitsgemeinschaft aller deutscher Landesärztekammern (BÄK) [8] würden Ärzte bei *fruchtbaren*, aber genetisch belasteten Paaren mit Kinderwunsch ein Risikokollektiv von Embryonen in Zukunft allein deshalb *in vitro* herstellen, um im Interesse der Eltern die Voraussetzungen für die Erkennung erkrankter Embryonen zu schaffen. Schon diese Indikationsausweitung ist unärztlich, da sie der planmäßigen Identifizierung („*search*“) erkrankter Embryonen (nach einer „kataloglosen Auflistung“ [9]) und ihrer Zerstörung („*destroy*“) dient. Die Herstellung, Untersuchung und Auslese von Embryonen sind daher konsequente Maßnahmen im Dienste einer Präimplantationsselektion („*search and destroy*“) und

keine ärztlichen Handlungen im Rahmen des Heilungsauftrages des Paares.

Hinzu kommt, dass identifizierende Untersuchungen an 1–2 möglicherweise noch totipotenten Zellen vorerst noch als „*experimental procedure*“ gelten, da die Falschnegativ-Raten sehr hoch sind [10]. Trotz gegenteiliger Behauptung [11], kann daher von „sicherer Durchführung“ und „sicherer Diagnostik“ überhaupt keine Rede sein. Selbst bei *pränatalen* Untersuchungen, auf Mukoviszidose etwa, haben im Jahre 2000 noch 10% der an einem Programm für Qualitätskontrolle beteiligten europäischen Labors falsche molekulargenetische Testergebnisse erbracht [12]. Die methodischen Unzulänglichkeiten der Testverfahren

werden durch eine dem medizinischen Anthropotechniker [13] aufgebürdete *Einstandspflicht für den Selektionserfolg* wettgemacht. Daher die Empfehlung, den Selektionszeitraum in die Schwangerschaft hinein auszuweiten und sich der „*control prenatal diagnosis*“ [10] zu bedienen. Das ist der planmäßige Missbrauch von etablierten Verfahren und Techniken,

die im Rahmen des ärztlichen Heilungsauftrages als pränatale Diagnostik (PND) gerechtfertigt sind [14].

Selektion aber ist weder vor noch nach der Nidation mit der Aufgabe und dem Wesen des Arztes vereinbar [15]. Der



Arzt hat daher den Leidensdruck belasteter Paare auf andere Weise zu lindern bzw. zu behandeln als durch die Übertragung eigens hergestellter und qualitativ ausgewählter menschlicher Embryonen in die Gebärmutter [16].

Trotzdem hat die Expertenkommission (Auswahlkriterien?) der BÄK, eines nicht rechtsfähigen Vereins, jene „Richtlinie“ zur öffentlichen Diskussion gestellt, die

- den internen Meinungsbildungsprozess in der verfassten Ärzteschaft (Länderkammern, Deutscher Ärztetag u.a.) nicht durchlaufen hatte,
- ärztliche Fachbegriffe (Diagnostik, Indikation, Therapie) unkritisch verwendete oder umwertete,
- das Problem der „diagnostischen“ Sicherheit von Untersuchungen an einer einzelnen Zelle des Embryos nicht erörterte oder herunterspielte,
- nicht vorhandene Parallelen zur Pränataldiagnostik herstellte und
- für sich dennoch beanspruchte, zur „Schärfung des Problembewusstseins“ beizutragen.

Präimplantationsdiagnostik nach Reagenzglasbefruchtung (IVF) ist nur auf der Basis ärztlicher Ethik akzeptabel.

Mit der Ablehnung dieser „Richtlinie“ hat sich gezeigt, dass die kritische Öffentlichkeit sehr präzise zwischen einer ethisch gerechtfertigten ärztlichen Diagnostik und einer listig als Präimplantationsdiagnostik verbrämten Selektion zu unterscheiden weiß. Das Problem, ob man demnächst Testverfahren anwenden soll, mit denen man die genetische Konstitution von Embryonen vor dem Transfer immer treffender feststellen kann, ist aber noch nicht vom Tisch. Eine humane Lösung wird es nur auf der Grundlage der ärztlichen Ethik geben können. Das wurde jedenfalls deutlich.

Prof. Ingolf Schmid-Tannwald, München
E-mail: schmid-Tannwald@gyn.med.uni-muenchen.de

Literatur

¹ „Die Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.“ In: Berufsordnung für die deutschen Ärzte i.d.F. vom 11./12.5.1988, § 1 Berufsausübung, Satz 2. Ratzel R. Ärztliches Standesrecht. Eine Darstellung für Klinik und Praxis. Frankfurt am Main. Kommentator-Verlag 1990; 61

² „Salus aegroti suprema lex“. Die Berufsordnung für die deutschen Ärzte (s. 1) besagt im Gelöbniß: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden...“

In der „Universal Declaration of Human Rights“ (10.12.1949) heißt es in Article 3: „Everyone has the right to life, liberty and security of person“.

³ Hufeland CW. Die Verhältnisse des Arztes. Neues Journal der practischen Heilkunde. 1806; 16: 5-36

⁴ Wisser J. Einzigartig und komplett. Der Embryo aus biologischer Sicht. FAZ 20.7. 2001

⁵ Eshre Task Force on Ethics and Law. The moral status of the pre-implantation embryo. Hum Reprod 2001; 16: 1046-1048

⁶ Der Arzt hat sich – anders als Nichtärzte – bei seiner praktischen Arbeit jeweils an die bewährten Grundsätze ärztlicher Ethik zu halten, an denen Ärzte bei Verfehlungen gemessen werden. Gerade bei massiven Konflikten mit seinem Auftrag reicht es für ihn als verantwortlich Handelnden oft nicht aus, sich an der „Tauglichkeit ethischer Argumente“ allgemein zu orientieren (u.a. Maio G.: Die Präimplantationsdiagnostik als Streitpunkt. Welche ethischen Argumente sind tauglich und welche nicht? Dtsch Med Wschr 2001; 126: 889-895). Die Welt zu verbessern ist seine Aufgabe nicht; er muß zuallererst darauf achten, nicht zu schaden („primum nil nocere“). Vorsicht daher, wenn an seine Mitarbeit zur Lösung von „Weltproblemen“ appelliert wird: „a new bioethics that promises real world solutions to real world problems“ (Editorial: Defining a new bioethic. Nature genetics 2001; 28: 297- 298).

⁷ Nach der Rechtsgrundlage von Untersuchungen des Embryo in vitro zielten wiederholt Fragen von Frau Knoche und anderen Abgeordneten an Herrn Prof. Diedrich in der Anhörung der Enquête-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages am 13.11.2000 (BT-Wortprotokoll 14/11).

⁸ Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik. Dt Ärztebl 2000; 97: B-461-464

⁹ Herr Finke als Sachverständiger und Behindertenbeauftragter in der Anhörung der Enquete- Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages am 13.11.2000 (BT-Wortprotokoll 14/11).

¹⁰ Eshre Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD) Consortium: data collection II (May 2000). Hum Reprod 2000; 15: 2673 – 2683. Falsch-positiv-Raten sind ohnehin kein Thema.

¹¹ Hepp H. Präimplantationsdiagnostik – medizinische, ethische und rechtliche Aspekte. Dt Ärztebl 2000; 97: A-1213-1221. „Nach jetzigem Kenntnisstand scheint das Verfahren in geübter Hand sowohl in der Durchführung wie auch in der Diagnostik sicher zu sein Auch wenn die Zahl ... noch bei weitem für eine endgültige Aussage hinsichtlich der durch das Verfahren verursachten Fehlbildungsrate zu klein ist, so kann doch konstatiert werden, daß die Schwangerschaft nach PGD mit 26 Prozent derjenigen nach konventioneller IVF-Therapie entspricht.“ Literaturbeleg: Ludwig M, Diedrich K. Die Sicht der Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der Reproduktionsmedizin. Ethik Med (Suppl.) 1999; 11: 38

¹² Dequeker E, Ramsden S, Grody WW et al. Quality control in molecular genetic testing. Nature Review Genetics 2001; 2: 717-723

¹³ Sloterdijk P. Regeln für den Menschenpark. Elmauer Rede. Die Zeit 1999; 38: 15-21

¹⁴ Die sog. „control PND“ ist eine Fortsetzung der sog. PID und damit der Selektion mit anderen Mitteln. Die ärztlich gerechtfertigte PND ist davon wesensmäßig verschieden. Die sog. PID ist daher auch keine „vorgezogene PND“, sondern eine vorgezogene „control PND“.

¹⁵ Schmid-Tannwald I. Zwischen Heilungsauftrag und Selektion. Zur Aufgabe des Arztes. In: Vorgeburtliche Medizin zwischen Heilungsauftrag und Selektion. Hrsg.: Schmid-Tannwald I, Overdick-Gulden M. München: Zuckschwerdt, 2001: 14 - 27

¹⁶ Die Ähnlichkeit mit einer Behandlung mit selektierten, gewaschenen, konzentrierten oder sonstwie präparierten Blutbestandteilen bei Blutungsstörungen drängt sich auf.