



Bioethik-Symposium

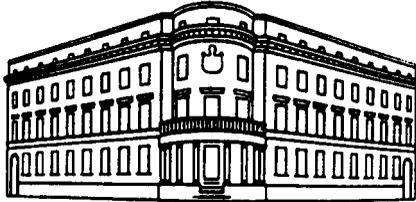
des Hessischen Landtags

am 17. November 2001

Schriften des Hessischen Landtags

Heft 1

Schriften des Hessischen Landtags
Heft 1



HESSISCHER LANDTAG

Bioethik-Symposium

des Hessischen Landtags

am 17. November 2001

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Bioethik-Symposium des Hessischen Landtags am 17. November 2001:
Veranstaltung des Hessischen Landtags am 17. November 2001 im
Hessischen Landtag in Wiesbaden / (hrsg. von Klaus Peter Möller). -
Wiesbaden: Hess. Landtag, 2002

(Schriften des Hessischen Landtags; Nr. 1)

ISBN 3-923150-20-2

NE: Möller, Klaus Peter (Hrsg.); Hessen / Landtag; GT

Impressum

Herausgeber: Klaus Peter Möller,
Präsident des Hessischen Landtags

Redaktion: Bernd Friedrich, Reinhard Groß,
Susanne Baier, Jürgen Schlaf

Gesamtherstellung: Elektra GmbH, Niedernhausen
Gedruckt auf Recyclingpapier.

© 2002 Hessischer Landtag, Wiesbaden, Schlossplatz 1 – 3
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise,
nur mit Einwilligung des Herausgebers.

Inhaltsübersicht:

Hinweis des Herausgebers	10
---------------------------------------	-----------

Begrüßung und Einführung

Klaus Peter Möller Präsident des Hessischen Landtags	13
---	----

Podium A – Biomedizin	17
------------------------------------	-----------

Moderation:

Dr. Michael Emmrich („Frankfurter Rundschau“)	17
---	----

Podiumsteilnehmer:

Prof. Dr. rer. Nat. Hans Günter Gassen Institut für Biochemie Technische Universität, Darmstadt	19
---	----

Prof. Dr. med. Claus R. Bartram Institut für Humangenetik Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg	31
--	----

Dr. Karin Bock Oberärztin, Frauenklinik Philipps-Universität, Marburg	38
---	----

PD Dr. Rudolf Seufert Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten Johannes Gutenberg-Universität, Mainz	47
---	----

Diskussion:

Abg. Axel Wintermeyer (CDU)	51
Dr. Karin Bock	51
Prof. Dr. Therese Neuer-Miebach	53
Prof. Dr. Claus Bartram	54
Prof. Dr. Hans Günter Gassen	57

Abg. Dr. Thomas Spies (SPD)	57
Dr. Karin Bock	58
Abg. Nicola Beer (FDP)	62
Dr. Karin Bock	62
Abg. Nicola Beer (FDP)	63
Dr. Karin Bock	63
Dr. Rudolf Seufert	64
Abg. Christel Hofmann (SPD)	65
Prof. Dr. Claus Bartram	65
Abg. Dr. Franz Josef Jung (Rheingau) (CDU)	67
Prof. Dr. Claus Bartram	67
Dr. Rudolf Seufert	69
Prof. Dr. Hans Günter Gassen	70
Dr. Stephan Sahm	72
Dr. Hackhausen	73
Roland Rösler	73
Prof. Dr. Therese Neuer-Miebach	75
Abg. Evelin Schönhut-Keil (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	75
Dr. Rudolf Seufert	76
Dr. Karin Bock	78
Prof. Dr. Claus Bartram	79
Abg. Axel Wintermeyer (CDU)	82
Abg. Dr. Thomas Spies (SPD)	83
Abg. Nicola Beer (FDP)	84
Abg. Dr. Franz Josef Jung (Rheingau) (CDU)	84
Abg. Eva Ludwig (CDU)	85
Dr. Blaum	85
Prof. Dr. Hans Günter Gassen	86
Prof. Dr. Claus Bartram	87
Klaus Peter Möller	89

Podium B – Recht und Philosophie 90

Moderation:

Klaus Peter Möller	
Präsident des Hessischen Landtags	90

Podiumsteilnehmer:

Kristiane Weber-Hassemer Vors. Richterin am OLG Frankfurt, Mitglied des Nationalen Ethikrates	92
Prof. Dr. Jochen Taupitz Universität Mannheim	96
Prof. Dr. Spiros Simitis Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main	100
Prof. Dr. Klaus Günther Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main	105
Prof. Dr. Erhard Denninger Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main	111
Dr. Hans-Georg Dederer Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn	117

Diskussion:

Prof. Dr. Jochen Taupitz	122
Abg. Frank-Peter Kaufmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) .	123
Abg. Dr. Franz Josef Jung (Rheingau) (CDU)	124
Abg. Axel Wintermeyer (CDU)	124
Abg. Dr. Judith Pauly-Bender (SPD)	125
Kristiane Weber-Hassemer	126
Staatsministerin Ruth Wagner (FDP)	127
Prof. Dr. Jochen Taupitz	128
Prof. Dr. Spiros Simitis	130
Dr. Hans-Georg Dederer	134
Prof. Dr. Klaus Günther	136
Prof. Dr. Erhard Denninger	136

Podium C – Ethik und Moral 138

Moderation:

Dr. Georg Paul Hefty
(verantwortlicher Redakteur der „Frankfurter Allgemeinen
Zeitung“ für „Zeitgeschehen“) 138

Podiumsteilnehmer:

Dr. theol. Kurt W. Schmidt
Zentrum für Ethik in der Medizin am
Markus-Krankenhaus, Frankfurt am Main 141

Bischof Martin Hein
Evangelische Kirche Kurhessen-Waldeck, Kassel 146

Bischof Prof. Dr. Franz Kamphaus
Bistum Limburg 152

Prof. Dr. med. Gerd Richter
Vorsitzender der Ethikkommission des FB Humanmedizin
Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Endokrinologie
und Stoffwechsel, Philipps-Universität, Marburg 154

Prof. Dr. rer. Pol. Therese Neuer-Miebach
FB Sozialarbeit der Fachhochschule Frankfurt am Main 167

Dr. med. Stephan Sahm
Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden 174

Diskussion:

Staatsministerin Ruth Wagner (FDP) 180

Bischof Prof. Dr. Franz Kamphaus 181

Staatsministerin Ruth Wagner (FDP) 181

Bischof Martin Hein 181

Abg. Dr. Franz Josef Jung (CDU) 182

Bischof Prof. Dr. Franz Kamphaus 183

Abg. Axel Wintermeyer (CDU) 184

Dr. Stephan Sahn	185
Prof. Dr. Gerd Richter	186
Abg. Frank-Peter Kaufmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) ..	187
Dr. Stephan Sahn	188
Bischof Martin Hein	188
Roswitha Löwer	189
Dr. Stephan Sahn	190
Prof. Dr. Gerd Richter	191
Dr. Hans-Georg Dederer	192
Dr. Rudolf Seufert	194
Dr. Stephan Sahn	195
Abg. Traudl Herrhausen (CDU)	195
Prof. Dr. Therese Neuer-Miebach	196
Abg. Dr. Franz Josef Jung (CDU)	197
Bischof Prof. Dr. Franz Kamphaus	197
Bischof Martin Hein	198
Abg. Dr. Thomas Spies	200
Roland Rösler	201
Dr. Kurt Schmidt	202
Prof. Dr. Gerd Richter	204

Hinweis des Herausgebers

Der Hessische Landtag hat dieses Bioethik-Symposium veranstaltet in Ausführung des Antrags der Fraktionen der CDU, der SPD und der FDP betreffend Gesellschaft der Zukunft – Verantwortung in der Bioethik wahrnehmen – Drucksache [15/2680](#) – vom 29.05.2001 und des Entschließungsantrags der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend Verantwortung in der Bioethik wahrnehmen – Drucksache [15/2681](#) – in der Fassung der Beschlussempfehlung und Bericht des Hauptausschusses zu den vorgenannten Initiativen – Drucksache [15/2784](#) – vom 09.08.2001.

Der Antrag der Fraktion Fraktionen der CDU, der SPD und der FDP betreffend Gesellschaft der Zukunft – Verantwortung in der Bioethik wahrnehmen – Drucksache [15/2680](#) – und der Entschließungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache [15/2681](#) – wurden in der 74. Plenarsitzung des Hessischen Landtags am 6. Juni 2001 beraten und dem Hauptausschuss mit der Maßgabe überwiesen, die vorgeschlagene Anhörung in Form eines Symposiums durchzuführen (Plenarprotokoll 15/74, S. 5117-5133).

Die Beschlussempfehlung und der Bericht des Hauptausschusses dazu wurden in der 80. Sitzung am 23. August 2001 beraten und angenommen (Plenarprotokoll [15/80](#), S. 5568-5569).

Der Hessische Landtag hat die Debatte um die Verantwortung in der Bioethik inzwischen fortgesetzt und unter anderem auch in Auswertung des Bioethik-Symposiums vom 17. November 2001 über drei verschiedene, zum Teil interfraktionelle Anträge in seiner 102. Sitzung am 21. März 2002 beraten. Dieser Beratung lagen folgende Anträge zugrunde:

- Antrag der Abg. Becker (Nidda), Bender, Bökel, Clauss, Dörr, Dörrie, Fischer (Hohenroda), Fleuren, Frankenberger, Franz, Hartmann, Haupt, Hillenbrand, Hoffmann, Hofmann, Holzapfel, Kahl, Klemm, Maus, May, Paris, Dr. Pauly-Bender, Pawlik, Pfaff, Quanz, Reichenbach, Riege, Rudolph, Schaub,

Siebel, Dr. Spies, Stiewitt, Wagner (Angelburg), Walter, Winterstein und Ypsilanti (SPD) betreffend Fragen der Ethik in den Biowissenschaften

- Drucksache [15/3706 neu](#) und [Berichtigung zu Drucksache 15/3706 neu](#) -

- Antrag der Abg. Hahn, Henzler, Denzin, Beer, Heidel, von Hunnius betreffend verantwortungsbewusster Umgang mit Stammzellenforschung und Präimplantationsdiagnostik (PID)
- Drucksache [15/3757](#) –

- Entschließungsantrag der Abg. Al-Wazir (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Dr. Arnold, Beuth, Boddenberg, Bouffier, Brückmann, Degen, Dietz, Dörr (Bergstraße), Friedrich, Gerling, Grüttner, Prof. Dr. Hamer (CDU) Hammann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Haselbach, Hermanns, Dr. Herr, Herrhausen (CDU), Hinz (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Irmer, Dr. Jung (Rheingau), Kartmann (CDU), Kaufmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Klein, Koch, Kölsch, Lautenschläger, Leistenschneider, Lenz (Hanau), Lortz, Ludwig, Dr. Lübcke, Möller (Gießen), Osterburg, Peuser (CDU), von Plottnitz (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Reif, Rhein, Scholz (CDU), Schönhut-Keil, Sorge (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Velte, Dr. Wagner (Lahntal), Weimar (CDU), Weitzel (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Wintermeyer, Wolff, Zeimetz-Lorz, Zumbrägel (CDU) betreffend Verantwortung Hessens in der Bioethik
- Drucksache [15/3758](#) –

Nach eingehender Diskussion im Plenum wurde der letztgenannte Entschließungsantrag – Drucksache [15/3758](#) – vom Landtag mit Mehrheit angenommen, die beiden vorgenannten Anträge – Drucksache [15/3706 neu](#) und Drucksache [15/3757](#) - wurden abgelehnt (siehe dazu im Einzelnen: Plenarprotokoll [15/102](#), Seiten 7084 - 7101).

Die vorstehend genannten Landtagsdrucksachen und Plenarprotokolle sind in gedruckter Form zu beziehen über die Kanzlei des Hessischen Landtags, Archiv, Telefon: 0611/350-387, Telefax: 0611/350-379. In

elektronischer Form können die genannten Drucksachen und Plenarprotokolle angesehen und ausgedruckt werden über:
[www.landtag.hessen.de/Hessischer Landtag](http://www.landtag.hessen.de/Hessischer_Landtag) -
[Landtagsinformationssystem](#) - [Parlamentsdatenbank](#) –
Parlamentarische Initiativen bzw. Plenarprotokolle.

Begrüßung und Einführung in das Symposium

Klaus Peter Möller

Präsident des Hessischen Landtags

Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich darf Sie alle recht herzlich im Hessischen Landtag willkommen heißen. Ich bin froh darüber, dass Mitglieder der Landesregierung – ich habe zumindest die stellvertretende Ministerpräsidentin Ruth Wagner, den Chef der Staatskanzlei und die Kultusministerin gesehen – und auch viele Abgeordnete hier sind, die ich gemeinsam mit meiner Vizepräsidentin Veronika Winterstein begrüße.

In einer bewegten, aber, wie ich meine, auch sehr ausgewogenen und fachlich guten Diskussion während der Plenarsitzung des Hessischen Landtags am 6. Juni 2001 waren sich alle Fraktionen in diesem Hause darin einig, dass es Aufgabe auch des hessischen Landesparlaments ist, die öffentliche Auseinandersetzung über Fragen der Gen- und Biotechnologie aktiv mitzugestalten. Konkreter Ausdruck dieser fraktions-übergreifenden Einigkeit ist das heutige Bioethik-Symposium, zu dem ich Sie alle herzlich willkommen heiße.

Namentlich begrüßen möchte ich an dieser Stelle die beiden Moderatoren, die das erste Podium heute Vormittag bzw. das dritte Podium heute Nachmittag leiten werden. Ich begrüße sehr herzlich den für das Ressort Dokumentation verantwortlichen Redakteur der „Frankfurter Rundschau“, Herrn Dr. Michael Emmrich, der das erste Podium übernehmen wird.

Herr Dr. Emmrich, ich danke Ihnen vor allem dafür, dass Sie sehr kurzfristig für den ursprünglich vorgesehenen und zwischenzeitlich erkrankten Moderator einspringen. Ich darf Ihnen versichern: Sie sind uns heute nicht etwa ein Ersatz, sondern eine wirkliche Bereicherung.

Ebenfalls eine Bereicherung ist der für das Ressort Zeitgeschehen verantwortliche Redakteur der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“, Herr Dr. Georg Paul Hefty. Herr Dr. Hefty, auch Sie darf ich sehr herzlich willkommen heißen.

Ich danke beiden Herren dafür, dass sie sich bereit erklärt haben, uns, die Abgeordneten, die Podiumsteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie die Gäste des Symposiums durch ein interessantes, spannendes, aber auch sehr schwieriges Thema zu geleiten.

Ich möchte an dieser Stelle unterstreichen, was der Vorsitzende der FDP-Fraktion Jörg-Uwe Hahn in der schon erwähnten Debatte am 6. Juni 2001 gesagt hat: Wir Abgeordneten haben eine große Achtung vor den Journalistinnen und Journalisten, die uns über die Medien sehr kompetent und in die Tiefe gehend Antworten auf schwierige Fragen geben.

Antworten auf schwierige Fragen erhoffen wir uns heute selbstverständlich auch von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an den drei Podien. Ihnen danke ich dafür, dass Sie sich – noch dazu am Wochenende – die Zeit genommen haben, uns bei der Meinungs- und Willensbildung aus berufenem Mund zu unterstützen. Ich heiße Sie sehr herzlich willkommen und bitte um Verständnis dafür, dass ich Sie jetzt nicht alle namentlich vorstelle. Das werden die Moderatoren während der einzelnen Foren tun oder Ihnen Gelegenheit geben, sich selbst kurz einzuführen.

Meine Damen, meine Herren, wir haben uns für den heutigen Tag viel vorgenommen. Es wird trotz des Verzichts auf die Mittagspause sicher nicht ganz einfach sein, den vorgegebenen Zeitplan einzuhalten. Es geht schließlich nicht um ein Thema, das sich routinemäßig abarbeiten ließe, sondern um eine Problematik, die seit langem die Diskussion in Politik und Gesellschaft prägt. Die Frage, ob der Mensch tun darf, was er zu tun vermag, stellt sich immer dann von neuem, wenn wissenschaftliche Erkenntnis und technologischer Fortschritt ein Potenzial erkennen lassen, das die Gefährdung oder gar Zerstörung gesellschaftlicher Grundlagen nicht unbedingt zur Folge haben muss, aber immerhin zur Folge haben kann.

Heute Morgen auf dem Weg hierher habe ich noch nachgelesen, dass ein italienischer Wissenschaftler mit dem schönen Namen Antinori in England eine Gesetzeslücke, die dort offenbar durch ein Urteil des obersten britischen Gerichts geschaffen worden ist, dazu nutzen will, so, wie vorher dort Schafe geklont wurden, Menschen zu klonen – eine Vorstellung, die uns das Entsetzen in die Glieder fahren lässt und die

es den Briten angeraten erscheinen lässt, durch eine rasche Gesetzesänderung dieses Vorhaben zu unterbinden. Sie sehen daran aber immerhin, wie konkret die Gefahr vor uns steht.

Die gelungene Entschlüsselung des menschlichen Erbguts hat die Frage dringlicher denn je in das Zentrum der öffentlichen Diskussion gerückt. Zwar befindet sich die Bio- und Gentechnologie erst am Anfang, wie uns immer wieder versichert wird, und niemand vermag wirklich abzuschätzen, was in 10, 20 oder gar 30 Jahren möglich sein wird. Sicher ist aber heute schon: Die Bio- und Gentechnologie wird das Leben künftiger Generationen entscheidend prägen. Eine tragfähige gesellschaftliche Grundlage bedarf aber immer eines breiten gesellschaftlichen Konsenses. Politischen Entscheidungen und rechtlichen Rahmensetzungen müssen deshalb intensive Auseinandersetzungen in und mit allen Bereichen der Gesellschaft vorausgehen.

Das heutige Symposium ist ein Teil dieser Auseinandersetzung und macht deutlich: Die Problematik geht uns alle etwas an, nicht nur die Experten. Deswegen haben wir Experten gebeten, uns Abgeordneten, die wir nun einmal von Berufs wegen nur Generalisten sein können, Antworten auf unsere Fragen zu geben, soweit das möglich ist. Ich möchte dabei an uns alle appellieren, dass wir uns völlig unvoreingenommen, rational, ohne Hysterie und ohne ideologische Vorprägung diesem schwierigen Thema widmen.

Die Fragen, um die es geht, sind einerseits von Ängsten und Sorgen der Menschen begleitet. Sie sind aber andererseits auch mit vielen Hoffnungen und Erwartungen verbunden, die insbesondere die Medien nähren, manchmal – das trifft natürlich nicht für die Vertreter der Medien zu, die heute hier anwesend sind – in reißerischer und übertriebener Art und Weise. Ich bin überzeugt, dass das heutige Forum natürlich nicht alle Fragen beantworten kann, aber doch viele Fragen vertiefen und Antworten auf den Weg bringen kann. In jedem Falle wird es durch sachgerechte Information unser Verständnis fördern und damit die Möglichkeit schaffen, verantwortliche Entscheidungen zu treffen.

In diesem Sinne, meine Damen und Herren, wünsche ich uns allen einen erfolgreichen Verlauf des Symposiums.

Zum Schluss noch eine kurze technische Anmerkung: Die Ergebnisse dieses Symposiums sollen veröffentlicht werden. Das setzt voraus, dass der Stenografische Dienst des Hessischen Landtags eine Aufzeichnung macht. Wer dieser wortgetreuen Aufzeichnung widerspricht, möge das zu Beginn seines Redebeitrags sagen. Sonst gehen wir natürlich davon aus, dass Sie gerne damit einverstanden sind, wenn wir das Gesagte für die Zukunft festhalten.

Herzlichen Dank für Ihr Kommen und viel Erfolg dieser Veranstaltung!

Podium A – Biomedizin

Moderation:

Dr. Michael Emmrich „(„Frankfurter Rundschau“)

Podiumsteilnehmer:

- Prof. Dr. med. Claus R. Bartram
Institut für Humangenetik
Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg
- Dr. Karin Bock
Oberärztin, Frauenklinik
Philipps-Universität, Marburg
- Prof. Dr. rer. nat. Hans Günter Gassen
Institut für Biochemie
Technische Universität, Darmstadt
- PD Dr. Rudolf Seufert
Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe
und Frauenkrankheiten
Johannes Gutenberg-Universität, Mainz

Moderator **Dr. Emmrich**: Sehr geehrter Herr Präsident Möller, meine Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Einladung und für die überaus freundliche Einführung. Wie es mit der Bereicherung steht, mögen Sie nach Ende der Veranstaltung beurteilen.

Ich finde es erstaunlich, dass heute Morgen so viele Menschen hierher gekommen sind, um sich dieses Thema „anzutun“, denn es ist höchst komplex. Es wird oft abstrakt behandelt und entzieht sich oft auch der konkreten Anschauung. Es erfordert sehr viel Mühe, sich mit diesem Thema auseinander zu setzen.

Allein wenn man die Begriffe vorführt, um die es geht, tauchen schon sehr viele Fragezeichen auf. Da ist die Rede von Präimplantationsdiagnostik, embryonalen Stammzellen, therapeutischem Klonen, reproduktivem Klonen. All das setzt ein hohes Maß an Bereitschaft voraus, sich darauf einzulassen, gerade vor dem Hintergrund, dass wir in Deutschland allmählich in eine Entscheidungsphase hineingeraten, wo über diese Themen letztendlich der Bundestag – sicherlich in der nächsten Wahlperiode – entscheiden wird. Wie aktuell die ganze Debatte jetzt schon ist, zeigt sich auch daran, dass wir jetzt ein Votum der Enquetekommission des Deutschen Bundestags haben, in dem eine große Mehrheit sich schon dahin gehend geäußert hat, wie sie es mit den embryonalen Stammzellen gerne hätte.

Die vier Experten, die heute neben mir sitzen, werden zum einen ihr Bestes dazu beitragen, Ihnen zu erklären, was sich hinter diesen Begrifflichkeiten verbirgt, die ich eben angesprochen habe, und zum andern werden Sie auch mit ihrer eigenen Perspektive Ihnen diese Themen vorführen und Sie dann auch, denke ich, zur eigenen Meinung und zur Frage ermuntern.

Wir haben uns das so vorgestellt, dass in einem ersten Durchgang jeder hier zehn bis 15 Minuten eine Einführung in das Thema gibt und dass wir dann eine kurze Pause von zehn Minuten machen, in der Sie die Gelegenheit haben, das zu verdauen, was Sie gehört haben, und dann sich vielleicht ein paar Fragen vorzunehmen, die in der nächsten Runde beantwortet werden sollen. Ich denke, wenn Sie die Vorträge hören, wird Ihnen vieles klar werden; aber das Thema ist so unendlich und so unerschöpflich, dass es sinnvoll erscheint, über eine längere Distanz Fragen und Nachfragen stellen zu können.

Wir sind hier eine Person weniger als in dem ausgedruckten Programm angekündigt, denn Herr Dr. Böhnlein hat abgesagt, weil er krank ist. Aber wir werden, denke ich, alles dafür tun, Ihnen trotzdem eine gute Information zu vermitteln.

Ich möchte Ihnen jetzt die Podiumsteilnehmer kurz vorstellen: Neben mir sitzt Frau Dr. Karin Bock. Sie ist Oberärztin an der Frauenklinik der Philipps-Universität in Marburg.

Rechts von ihr – von Ihnen aus gesehen links – sitzt Herr Privatdozent Dr. Rudolf Seufert. Er kommt von der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz und ist dort in der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten tätig. Neben mir auf der anderen Seite sitzt Herr Prof. Dr. Claus Bartram. Er kommt vom Institut für Humangenetik an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg.

Ganz außen sitzt – er wird als Letzter genannt, bekommt dafür aber nachher als Erster das Wort – Herr Prof. Dr. Hans Günter Gassen von der Technischen Universität in Darmstadt, der Ihnen allen sicherlich bestens bekannt ist.

Ihnen, Herr Dr. Gassen darf ich nun das Wort erteilen, damit Sie uns eine Einführung in die Themenkomplexe geben, die ich eben schon angedeutet habe. Wir werden jetzt auch ein bisschen plastischer erfahren, worum es denn eigentlich geht.

Herr Prof. **Dr. Gassen**: Als einer der typisch sprachunbegabten Naturwissenschaftler brauche ich natürlich Bilder.

„Die dem Menschenglück zugedachte Unterwerfung der Natur hat im Übermaß ihres Erfolges zur größten Herausforderung geführt, die je dem menschlichen Sein aus eigenem Tun erwachsen ist.“

(Hans Jonas 1978)

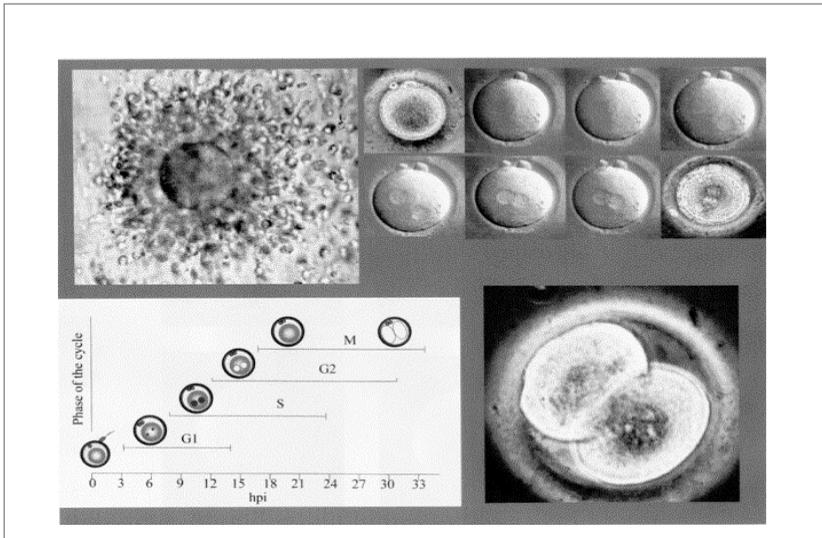
Ich möchte anfangen mit der Aussage eines heute 96-Jährigen. Herr Chargaff, der auf diesem Gebiet Enormes geleistet und haarscharf an einem Nobelpreis vorbeigeschrammt ist, der aber heute ein Kritiker dieser Methoden ist und der das Deutsch fast in lutherischem Sinne beherrscht, hat gesagt:

Schon die Absicht, mit den Genen herumzupanschen, kommt einer gefährlichen Brutalisierung der wissenschaftlichen Fantasie gleich. Wie jede Senkung des moralischen Niveaus erfolgt sie in kleinen Schritten, zuerst die eine Lappalie, dann die andere, und plötzlich befinden wir uns in einem genetischen Schlachthaus.

Dieses Zitat enthält einen ganz wichtigen Punkt, der uns heute den ganzen Tag während dieses Symposiums beschäftigen muss: die Senkung des moralischen Niveaus in kleinen Schritten. Chargaff spricht zwar hier von Lappalien, aber es sind doch oft sehr gute Gründe und Argumente, die uns dazu bewegen, Grundsätze aufzugeben, z.B. die Fähigkeit, dass gesunde Kinder geboren werden, oder die Fähigkeit, Krankheiten zu heilen. Das alles steckt in diesen kleinen Schritten. Nun kann es allerdings passieren, dass wir das, was dann am Ende herauskommt, nicht mehr bedenken. Das war früher kein so großes Problem, weil sich die Wissenschaft sehr langsam bewegte und es quasi die nächste Generation war, die das, was dabei herauskam, erlebt hat. Heute sind wir durch das Komprimieren von Grundlagenforschung und Anwendung direkt damit befasst.

Ich möchte nun in den nächsten zehn Minuten auf drei Themenkreise kurz eingehen: Zuerst werde ich Fragen der Reproduktionsmedizin behandeln, dann die Verwendung von embryonalen und anderen Stammzellen für medizinische Zwecke, und schließlich möchte ich mit einem kurzen Ausblick auf ein Thema, das ich für sehr wichtig halte: das diagnostische Potenzial, das in dem Humangenom steckt. Ich glaube, hier kommt etwas auf uns zu, dessen Schwierigkeit wir noch nicht richtig einschätzen.

Die Schaubilder, die ich Ihnen jetzt zeige, habe ich mir geben lassen von dem Reproduktionsmediziner in Darmstadt, Herrn Prof. Dr. Leyendecker. Sie sollen mir dazu dienen, einige Punkte zu klären.



Wir haben als Erstes den Befruchtungsvorgang. Wenn die Erbinformation, niedergelegt im Spermia, in die Eizelle eindringt, dann haben wir die mütterlichen Eigenschaften im Zellkern, in der Eizelle. Nach diesem Befruchtungsvorgang läuft dann eine zeitgestufte Entwicklung ab. Die beiden wichtigen Dinge, die wir für die Diskussion brauchen sind: zum einen ein Vorkernstadium, in dem die beiden Erbinformationen – väterlich/mütterlich, niedergelegt in den beiden Vorkernen – noch getrennt sind. Das Vorkernstadium ist nicht durch das Embryonenschutzgesetz geschützt. Von diesen Vorkernstadien dürften wir schätzungsweise etwa 20.000 in den Kühlschränken der Reproduktionsmediziner haben. In einem automatischen, zeitlich abgestuften Prozess vereinigen sich dann die beiden Vorkerne. Dann mischen sich die Erbinformationen nach Zufallsregeln neu. Es entsteht zumindest im genetischen Sinne ein neues Individuum. Von Öffentlichkeit und Wissenschaft allgemein akzeptiert, ist das tatsächlich dann auch der Lebensbeginn. Wir müssen natürlich die Schwierigkeit sehen, dass wir sagen: Hier noch nicht und hier schon. Das eine ist für uns schon der Bereich, den wir unter Artikel 1 des Grundgesetzes stellen, und bei dem anderen Bereich, der eine Viertelstunde davor liegt, tun wir das noch nicht. Hier können wir also bevorraten; hier haben wir kein Embryonenschutzgesetz. Das ist ein Problem, das wir ganz

offensichtlich in all diesen Definitionen mitschleppen, während wir dann, wenn sich die Zelle zu teilen beginnt und zum Vielzeller wird, sagen: Jetzt setzt ein Prozess ein, der mit der Geburt des Kindes abschließt.

Wir müssen sehen, dass dieser Vorgang – laufe er nun natürlich ab, oder laufe er in der In-vitro-Fertilisation im Reagenzglas ab – meistens ein biologischer Misserfolg ist, denn die meisten Befruchtungsvorgänge führen nicht zu einer Schwangerschaft. Frühe Embryonalstadien werden nicht eingenistet und gehen dann verloren. Dasselbe ereignet sich auch in der Reproduktionsmedizin. Hier landen diese – verzeihen Sie mir den Ausdruck – verunglückten Stadien im Ausguss. Wir dürfen nicht an dem Problem vorbeigehen, dass wir hier sehr wenige Erfolgsraten haben.

Ich möchte Sie noch auf dieses Zellstadium aufmerksam machen. Für Wissenschaftler, für die In-vitro-Fertilisation besonders interessant ist jenes Stadium, wo wir noch Hüllzellen um diesen Zellverband haben. Diese werden auch beim natürlichen Vorgang, bei der Nidation abgestoßen. Aber wir haben hier in diesem Bereich eine innere Zellmasse. Das sind schon sehr viele Zellen. Diese sind aber noch sehr entwicklungsfähig. Man kann sich wissenschaftlich immer über diese so genannte Omnipotenz oder Totipotenz streiten, aber aus diesen Zellen können noch Muskelzellen, Nervenzellen und alles Weitere entstehen. Das ist jener Teil, auf dem wir die Entwicklung von embryonalen Stammzellen aufbauen.

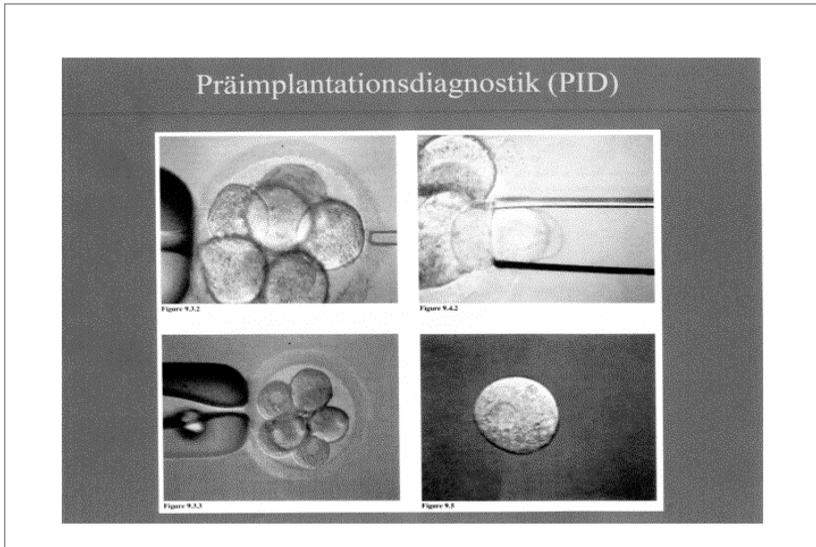
Die Schwierigkeit, vor der der Reproduktionsmediziner steht, ist letztendlich eine Qualitätskontrolle. Denn er sieht unter dem Mikroskop, ob sich dieser Mehrling, nach seiner Erfahrung zu urteilen, normal entwickelt, d. h. ob er das Risiko eingehen kann, eine solche Mehrlingszelle zu implantieren in der Hoffnung, dass sie nidiert und danach zur Schwangerschaft führt. Er steht hier vor dem Problem, dass er immer bei einem Befruchtungsvorgang und nach einer Hormonstimulierung zwischen zehn und 15 Eizellen nimmt, von denen er nur drei befruchten darf, und sich dann die Frage stellt, ob er hier aus seinem ärztlichen Können heraus sagen darf – ich vermeide ganz bewusst den aufgrund unserer Historie negativ besetzten Ausdruck „selektieren“ –: Hier ist die Wahrscheinlichkeit einer Einnistung größer, und hier ist sie unmöglich, und hier ist sie unwahrscheinlich. Darf er

das, oder darf er das nicht? Nach unserem Gesetz darf er das nicht. Das Problem liegt in § 1 des Embryonenschutzgesetzes, nämlich der Beschränkung auf drei Embryonen.

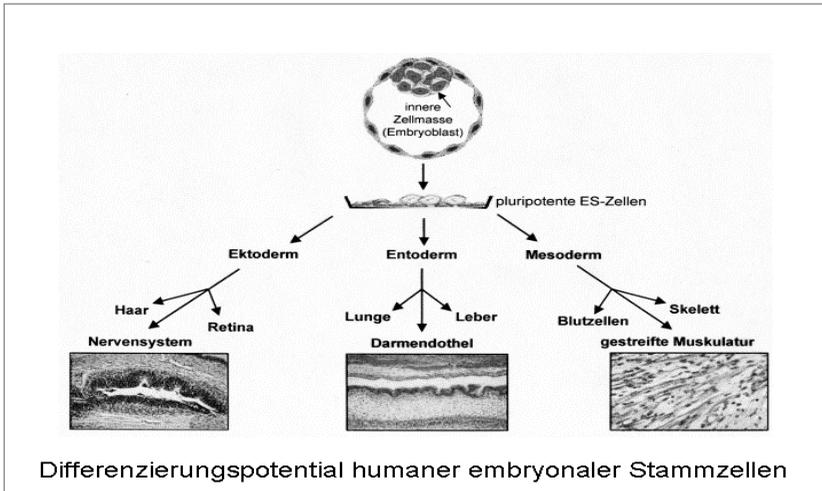
Louise Brown war 1978 in Cambridge das erste in vitro gezeugte Kind. Die Engländer haben jetzt Untersuchungen an Embryonen bis zum 14. Tag freigegeben, um die Techniken in der In-vitro-Fertilisation so zu verbessern, dass das Risiko für Mutter und Kind kleiner wird. Sie haben in den letzten 20 Jahren sehr große Erfolge gehabt – sie sind auf diesem Gebiet die führende wissenschaftliche Nation –, sodass man heute davon ausgehen kann, dass bei einer Einembryoübertragung eine 50-prozentige Wahrscheinlichkeit besteht, dass es tatsächlich zu einer Schwangerschaft kommt.

Das beleuchtet ein gravierendes Problem, das deutsche Reproduktionsmediziner haben und das wir anschließend in der Diskussion bestimmt noch vertiefen können: Das ist die steigende Zahl von Mehrlingsgeburten. Durch die wissenschaftliche Arbeit, durch die technische Verbesserung ist es dazu gekommen, dass wir gegenwärtig 6 bis 7 % Drillingsgeburten bei dieser Methode haben und Drillingsgeburten von Frauen, deren Beckenanatomie für Drillinge überhaupt nicht geeignet ist. Es kommt zur Geburt in der 34. Schwangerschaftswoche, es sind untergewichtige Kinder, sehr oft mit irgendeinem Schaden.

Hier ist wirklich die Frage zu diskutieren, ob jener Teil des Embryonenschutzgesetzes separiert werden sollte, der die Reproduktionsmedizin betrifft, und ob man hier aufgrund der gegebenen wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht zu einer Novellierung kommen kann. Sie wissen, dass die FDP im Bundestag einen Antrag vorgelegt hat, der genau dies beinhaltet. Ich glaube, er ist sehr sachlich formuliert.



Wir haben hier einen anderen Problemkreis: die Präimplantationsdiagnostik. Ich zeige Ihnen das hier im Bild anhand der Folien von Herrn Dr. Leyendecker. Wir haben hier den Mehrling. Mit einer Pipette zweigt man eine dieser Zellen ab. Das schadet dem Embryo nicht. Dann kann man, falls aus der Familiengeschichte ein Verdacht entsteht, dass eine schwerwiegende, diagnostizierbare Erbkrankheit vorliegt, diagnostizieren. Das ist ein großes theoretisches und ethisches Problem; das ist uns allen bewusst. Das ist weniger ein praktisches Problem, weil die Reproduktionsmediziner in den Niederlanden und in Belgien diese Methoden sehr erfolgreich praktizieren. Bei den etwa 120 bis 150 Fällen, die wir in Deutschland pro Jahr haben, scheint es nach meiner Information schon Usus zu sein, dass man mit dem Kollegen in den Niederlanden oder in Belgien spricht und dieser dann die Behandlung durchführt. Das ist nach dem Embryonenschutzgesetz verboten. Aber es scheint so zu sein, dass man hier wie Antigone der Menschlichkeit den Vorrang vor dem staatlichen Gebot einräumt.



Nun zu der Frage der embryonalen Stammzellen. Das ist keine Folie zum Lesen, sondern soll Ihnen nur zeigen, wie weit heute regenerative Medizin in diesem Land schon verfolgt wird. Es gibt kaum einen Zelltyp und kaum ein Gewebe, das heute nicht auf der Stufe von Zellen behandelbar angegangen wird. Die größten Erfolge haben wir in der Hauttransplantation, wo es bei schweren Verbrennungen Usus ist, dass man dem Patienten eine Gewebsprobe entnimmt, die Haut im Labor zu großen Stücken vermehrt und diese dann transplantiert. Man kann das auch bereits mit Stammzellen machen, die aus der Haarwurzel, aus der Haarzwiebel kommen. Die Haarzwiebel enthält 10.000 dieser Stammzellen. Es gibt ein französisches Unternehmen, das routinemäßig daraus Haut macht, um ulzerierende Wunden damit abzudecken und Heilungserfolge zu erzielen. Wenn Sie diese Tabelle hier durchgehen, dann finden Sie praktisch jedes Organ und jeden Zelltyp. Seit etwa 20 Jahren verfolgen wir als Wissenschaftler diese Ansätze.

Ein sehr viel schwierigeres Gebiet, vor allem in der ethischen Bewertung, betreten wir mit der Frage: Wann und unter welchen Umständen sind tatsächlich embryonale Stammzellen nötig? Mit Sicherheit, um in der Grundlagenforschung weitere Erkenntnisse zu gewinnen; denn in dem Zwischenglied von dem noch Alleskönner, der embryonalen Stammzelle, bis zu der ersten biologischen Entscheidungsebene, der Ausbildung der drei Keimblätter, ist unser Grundlagenwissen beim Menschen extrem dünn. All diese Entwicklungen werden durch

Proteinfaktoren, durch trophische Faktoren gesteuert, und wenn ich praktikabel in der Klinik etwas machen will, dann muss ich dieses Wissen haben. Außerdem sind embryonale Stammzellen, verglichen mit allen späteren Stadien, die wir aus jedem Gewebsteil, auch aus Nabelschnüren, gewinnen können, noch nicht differenziert, während die anderen schon eine gewisse Einbahnstraße eingeschlagen haben.

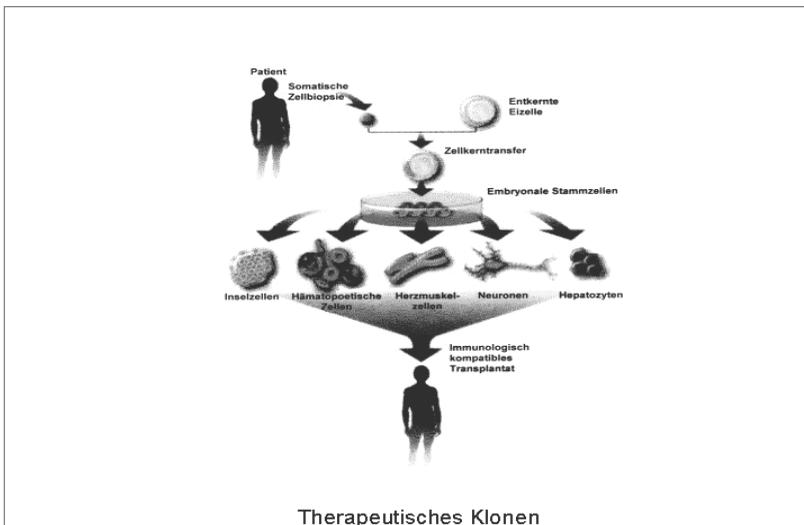
Aufreinigung von Herzmuskelzellen aus *in vitro* differenzierten embryonalen Stammzellen zur Transplantation

DR. ROBERT DAVID UND PD DR. WOLFGANG-MICHAEL FRANZ;
MEDIZINISCHE KLINIK UND POLIKLINIK I, KLINIKUM GROSSHADERN, MÜNCHEN

Eine Durchblutungsstörung (Ischämie) des Herzmuskels kann zu einem dauerhaften Verlust von Kardiomyozyten führen, der mit einem substantiellen Rückgang der Herzleistung einhergeht. Als etablierte Therapie der daraus resultierenden chronischen Herzinsuffizienz gilt seit Jahrzehnten die Herztransplantation, welche aufgrund des Mangels an Spenderorganen deutlichen Limitationen unterliegt. Als Alternative zur Organtransplantation bietet sich die Transplantation von Herzmuskelzellen an, welche sich in jüngster Zeit aus pluripotente embryonalen Stammzellen (ES-Zellen) gewinnen lassen.

Ich habe Ihnen hier eine ganz neue Arbeit aufgelegt, um Ihnen das Problem klar zu machen. Hier allerdings haben wir keinen zweiten Brüstle-Fall; das möchte ich gleich sagen. Diese Arbeit ist mit Mäusestammzellen gemacht worden. Niemand hat ethisch dagegen etwas einzuwenden. Die „Aufreinigung von Herzmuskelzellen aus *in vitro* differenzierten embryonalen Stammzellen zur Transplantation“ gilt als eine Therapie für die chronische Herzinsuffizienz. Herzkreislauferkrankungen sind bei uns eine der großen Todesursachen. Wenn Sie berücksichtigen, dass an der Medizinischen Klinik und Poliklinik I des Klinikums Großhadern all diese Untersuchungen mit Mäusezellen gemacht werden, dann müssen Sie doch jemanden verstehen, der dann, wenn er glaubt, dass dieses Wissen hilft, um einen schwachen Herzmuskel wieder in die Effizienz

zu bringen, als Herzinsuffizienz zu reinigen, dieses Wissen in die medizinische Praxis umsetzen möchte. Das ist nicht etwas, was erst in 50 Jahren geschieht, sondern das ist eine kontinuierliche Entwicklung in der Wissenschaft, die ihre Experimente zuerst am Versuchstier absichert, die in der Klinik arbeitet, die den herzkranken Patienten vor Augen hat und die versucht, dieses Wissen auch umzusetzen. Das bedeutet nicht, dass dafür ein Blankoscheck ausgestellt werden soll, sondern nur, dass wir uns mit diesem ärztlichen Wollen ernsthaft und gewissenhaft auseinandersetzen wollen und dass wir auf keinen Fall jene Ärzte, die helfen wollen, die heilen wollen, diskreditieren. Ich glaube, das wäre nicht der richtige Weg.



Die GRÜNEN haben im Bundestag den „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung von Analysen des menschlichen Erbgutes (Gentest-Gesetz)“ vorgelegt, einen, wie ich glaube, sehr guten, ernsthaften Versuch, sich mit dem Problem zu beschäftigen, das sich ähnlich vielfältig darstellt wie die Verwendung von menschlichen embryonalen Stammzellen für Therapiemöglichkeiten. Die Individualisierung reflektiert sich in unserem Genom insofern, als ungefähr jeder tausendste Buchstabe in dieser Erbschrift von 3 Milliarden individuell gestaltet ist, d. h., jeder schleppt seine genetische Kennkarte mit sich. Das hat extreme Auswirkungen in der nächsten Zeit.



SNPs and SNP Maps

What is an SNP?

Different people can have a different nucleotide or base at a given location on a chromosome

...G G T A C T G...

...G G **C** A C T G...



What is an SNP map?

Location of SNPs on Human DNA



Human DNA

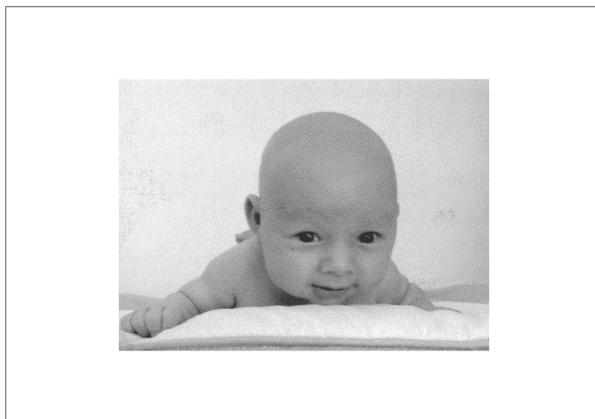
Reprinted with the kind permission of Nature (Volume 405, 2000). Copyright, Millennium Medicines Ltd

Ich will Ihnen einmal eine ganz praktische zeigen, damit es vielleicht auch nicht ganz so ernsthaft wird: Vaterschaftsanalysen. Seit berühmte Tennisspieler ihr Schlafzimmer mit einer Wäschekammer verwechseln, ist es in Deutschland aktuell geworden, für wenig Geld bestimmen zu lassen, ob man denn der Vater ist oder nicht, selbst wenn die Kinder schon selbst Kinder haben. Das ist im Augenblick ein Bereich, der weder durch das Datenschutzgesetz noch durch sonst irgendetwas geregelt ist. Er ist rein dem Kommerz unterworfen. Ich kann heute in der Medizin Vorhersagen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit machen. Das sind keine Kausalitäten, aber ich kann sagen: „Sie haben eine Veranlagung zu irgendetwas.“ Das passt hervorragend in den Zeitgeist.

Sehen wir das Ganze positiv: Das Wissen, das wir auf diesem Gebiet haben, ist fantastisch, auch für Therapieansätze. Ich habe gerade gehört, Fuldaer Ärzte haben gesagt, sie möchten Neugeborene auf Mukoviszidose testen, weil diese eine hohe Inzidenz in unserem Land hat und für Kinder und Jugendliche eine schreckliche Krankheit ist. Wir wissen: Wo sitzt es? Wo ist der Schrifffehler? Was wirkt sich aus? Daran können Sie erkennen, wie weit Naturwissenschaft heute ist und

dass wir wirklich davorstehen, in einzelnen Fällen bei schwerwiegenden Leiden helfen zu können. Wie gesagt, die ethischen Implikationen sind mir bewusst.

Was mir Schwierigkeiten macht, ist die volle Schutzwürdigkeit dieser Embryonen. Denn im Prinzip ist es ja nur eine genetische Konstitution, und wir stehen vor der großen Gefahr, plötzlich aufgrund schneller und offensichtlicher Lösungen in eine Art Biologismus zu verfallen, die uns hinterher wehtut. Denn der Mensch ist natürlich nicht das Produkt seiner Gene. Wo kämen wir denn hin, wenn er dann plötzlich für nichts mehr verantwortlich ist, was er als Erwachsener tut? Die entscheidende Weiterentwicklung, das, was uns von dem Tier unterscheidet – 99 % unserer Gene sind mit denen der Affen identisch –, ist der intensive Kontakt mit der Mutter während der Entwicklung, ist die Herausbildung unseres Gehirns und ist unsere Fähigkeit zum eigenbestimmten Handeln. Jeder, der jetzt eine bequeme Lösung sucht, als sei das alles ein Gewürfel von Genen, begibt sich nach meiner Meinung in einen Biologismus hinein, den er in späteren Diskussionen herzlichst bedauern wird.



Ich zeige Ihnen hier meinen Enkel – damit verletze ich den Datenschutz –, auf den ich so stolz bin. Da sehen Sie bei so einem kleinen Kerl: Das ist alles der Kopf, und das ist das Gehirn. Das ist das, was unsere Besonderheit ausmacht. Ich will jetzt nicht schnelle, pragmatische Lösungen anbieten, etwa: Ich bin für die Nidation. Ich möchte Reflexion haben. Ich bin für die Trennung dessen, was Reproduktionsmedizin ist, vom Embryonenschutzgesetz. Hier müssen

wir im Interesse von Mutter und Kind etwas tun. In der Forschung sollten wir bei den Beschränkungen bleiben, die wir haben. Wir fahren ganz gut damit. Sie schaden weder unserer wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit, noch gehen unsere Forscher zugrunde. Wir haben viele pragmatische Regelungen. Wir sollten sehr sorgfältig überlegen, wo wir Setzungen machen und warum wir diese Setzungen machen. Ich glaube, wir brauchen noch etwas Diskussion, vor allem die Diskussion mit unseren Mitbürgern, und Verständnis dafür, warum diese Entscheidungen im politischen und gesellschaftlichen Raum so schwierig sind.

Ich habe Ihnen einige Informationen geboten. So ganz konnte ich meine eigene Auffassung nicht hintanstellen. Dafür bitte ich um Verzeihung. Ich interessiere mich halt so leidenschaftlich für das Thema.

Moderator **Dr. Emmrich**: Herr Prof. Dr. Gassen, Sie haben unter anderem schon zwei Themen angerissen und uns vorgestellt, die wir jetzt noch etwas intensiver dargestellt bekommen.

Das eine ist die Forschung mit embryonalen Stammzellen, ein Thema, das zurzeit in Deutschland heftig diskutiert wird. Es geht dabei um die Frage, ob embryonale Stammzellen aus dem Ausland nach Deutschland eingeführt werden dürfen. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft will solche Projekte fördern. Da wird die Entscheidung sicherlich Anfang des nächsten Jahres in der einen oder anderen Weise fallen. Das Problem bei den embryonalen Stammzellen – darauf sollte man vielleicht noch einmal hinweisen – ist, dass diese ja nicht vom Himmel fallen, sondern aus Embryonen gewonnen werden. Dafür werden Embryonen getötet. Das ist in Deutschland verboten. Nun wird debattiert: Darf man dafür so genannte überzählige Embryonen nehmen, also Embryonen, die eigentlich für die künstliche Befruchtung gedacht waren und dafür nicht mehr gebraucht werden, oder darf man – das ist allerdings in Deutschland kein Thema – Embryonen eigens für diese Forschung züchten? Das sind im Grunde genommen die beiden Handlungsstränge bei den embryonalen Stammzellen.

Das andere Thema, das Herr Prof. Dr. Gassen angeschnitten hat, ist die so genannte Präimplantationsdiagnostik. Da geht es um die Frage: Wo ist die Abwägung zu treffen zwischen Heilung bzw.

Heilungsversprechen und Zerstörung von menschlichem Leben? Denn eine befruchtete Eizelle ist nach deutschem Recht menschliches Leben. Darf man generell, wenn eine Krankheit auf der genetischen Basis entdeckt worden ist, diese befruchtete Eizelle töten? Bei welcher Krankheit darf man das? Welche Krankheit rechtfertigt diesen Schritt, eine schwere Krankheit, eine Krankheit, die bei einem Menschen im Alter von 40 oder 50 Jahren auftritt? All das sind Fragen – das hat Herr Prof. Dr. Gassen auch gesagt –, die uns letztendlich zum Kern der Auseinandersetzung führen, der da heißt: Wann beginnt eigentlich menschliches Leben, und welchen moralischen Status billigen wir menschlichem Leben zu? Diese Debatte wird intensiv bei embryonalen Stammzellen und Präimplantationsdiagnostik geführt.

Ich möchte jetzt Herrn Prof. Dr. Bartram bitten, uns dazu noch einige Ausführungen zu machen.

Herr Prof. **Dr. Bartram**: Zunächst zur Person. Ich bin gelernter Kinderarzt und bin über die Molekulargenetik – mein Spezialthema ist Tumorgenetik, Leukämieforschung – zur Humangenetik gekommen. Ich sehe Humangenetik im Wesentlichen als eine ärztliche Aufgabe, Menschen den genetischen Hintergrund von Krankheiten zu erklären und ihnen zu helfen, zu einer individuellen Urteilsfindung zu kommen. Dabei muss ich mich als Person teilweise zurücknehmen, weil ich möchte, dass Menschen nicht geraten bekommen, sondern beraten werden.

Mit der heutigen Thematik habe ich in zwei Bereichen auf unterschiedliche Weise zu tun: professionell mit der Präimplantationsdiagnostik, die ich als eine Form der Pränataldiagnostik betrachte. Als Wissenschaftler, als Arzt in bestimmten Gremien der Bundesärztekammer oder der Deutschen Forschungsgemeinschaft bin ich gefordert, meine Meinung zur Stammzellforschung zu äußern. Ich bringe in diese Meinungsäußerung natürlich einen Vergleich ein zwischen dem, was ich als Arzt, der mit Embryonen zu tun hat, der z. B. Abtreibung mitträgt, konkret erlebe, und dem, was dann Grundlage verschiedener Forschungskonzepte ist.

Ich fange an mit dem, was mich beruflich am meisten berührt. Das ist die Präimplantationsdiagnostik, also der Bereich der Pränataldiagnostik. Hierbei handelt es sich um den für mich bedrückendsten Teil in meinem ärztlichen Handeln, weil dort die Frage einer Abtreibung zur Debatte steht. Ich nehme diese Frage außerordentlich ernst und habe mir z. B. zur Auflage gemacht, dass sämtliche Kinder, die im Klinikum Heidelberg aufgrund einer medizinischen Indikation abgetrieben werden, von mir persönlich angeschaut werden, damit ich nicht den Kontakt zu dem verliere, was ich doch mit zu verantworten habe.

Ich stelle mir jetzt eine Schwangere vor, die in der Situation ist, dass bei ihrem Kind eine schwere Erbkrankheit diagnostiziert wurde. Keine Frau in dieser Situation treibt leichtfertig ab. Es ist immer, gleichgültig unter welchen Umständen, eine sehr schwerwiegende Entscheidung, die auch mit Trauerarbeit und lange Zeit danach noch mit Problemen verbunden ist. Wenn ich mir jetzt überlege, eine solche Frau hat eine Erbkrankheit in der Verwandtschaft, in ihrer eigenen Familie, sieht diese Patienten, hat vielleicht schon eine Pränataldiagnostik gemacht, hat vielleicht schon abgetrieben und sagt jetzt aus dieser persönlichen, individuellen Erfahrung: „Ich stehe diese Situation nicht mehr durch, ich möchte eine Präimplantationsdiagnostik machen“, dann wäre es mir zu wenig, als Arzt dageganzusetzen: „Dann verzichte doch ganz auf Kinder, oder adoptiere Kinder.“ Ich muss dann in der Lage sein, die Frage mitzutragen: Wie sieht es eigentlich mit Präimplantationsdiagnostik aus? Wie läuft das ab?

Zunächst einmal muss die Frau bereit sein – was alles andere als trivial ist –, eine In-vitro-Fertilisation durchzumachen, die eigentlich gar nicht geboten ist, weil die Frau ja Kinder bekommen kann, also auf jeden Fall eine zusätzliche Belastung, über die natürlich intensiv aufgeklärt werden muss.

Nach dem Embryonenschutzgesetz würden dann drei Embryos erzeugt werden. Man testet die drei und stellt fest: Einer hat diese Anlage, und zwei haben sie nicht. Ich frage mich wirklich: Was ist ethisch der Unterschied zwischen der Tötung dieses einen Embryos, den ich nicht implantiere, und der Tötung eines Kindes im Mutterleib, wenn es sich schon bewegt? Ich sehe wirklich keine ethischen Unterschiede. Es geht ja nicht darum, jetzt diese Embryonen auf alles Mögliche zu testen, sondern es geht um eine konkrete Diagnosestellung. Da muss ich ganz

ehrlich sagen: Für die Paare, die diesen weiten Weg schon gegangen sind, möchte ich nicht noch zusätzlich die Belastung, dass sie dann ins Ausland gehen müssen, sondern ich möchte sie in unserem Kontext, den wir gestalten können, wo wir Richtlinien aufstellen können, belassen. Ich plädiere also eindeutig für die Präimplantationsdiagnostik unter restriktiven Bedingungen, die wir formulieren können. Die Dammbuchargumente fallen für mich nicht so sehr ins Gewicht. Denn Pränataldiagnostik haben wir in Deutschland auch, und Pränataldiagnostik ist keinem Dammbuch anheimgefallen. Die Zahl der invasiven Pränataldiagnostik ist in Deutschland über Jahre und Jahrzehnte recht konstant geblieben, weil wir nicht ungezielt, sondern gezielt testen. Es ist unsere Verantwortung als Arzt, diese Regeln einzuhalten und beizubehalten.

Die Frage ist natürlich: Kann man umgekehrt sagen: „Alle Embryonen, die aus Gründen der In-vitro-Fertilisation im Reagenzglas gezeugt wurden, testen wir“? Da würde ich sagen: Vorsichtig! Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik sollten auch im Zeitalter der Chiptechnologie nicht zu einem Screening verkommen. Aber es wäre zu überlegen, ob man eine ganz gezielte Untersuchung durchführt wie etwa eine Chromosomanalytik, wissend, dass sehr viele dieser Embryonen zugrunde gehen werden oder im Mutterleib absterben, weil Chromosomstörungen bestehen. Wenn eine Frau vielleicht fünf oder sechs Jahre einen Kinderwunsch hatte und eine In-vitro-Fertilisation durchführen ließ, dann wäre doch zu fragen: Soll ich nicht diesen Embryo auf Chromosomstörungen testen, oder muss ich wirklich alle Embryonen einpflanzen und warten, dass es zur Fehlgeburt kommt oder eine Chromosomenstörung in der Pränataldiagnostik gefunden wird mit anschließender Option zur Abtreibung? Ich bitte hier sehr genau zu differenzieren: Niemals Screening, immer nur individualisierte Medizin.

Ich verlasse jetzt diesen Kontext und komme zu den embryonalen Stammzellen oder Stammzellen überhaupt. Wir wissen alle, warum wir Stammzellen brauchen: nicht zum ewigen Leben, nicht zur Freiheit von Krankheit, sondern weil wir einen Organersatz bzw. einen Gewebeersatz liefern wollen. Wir wollen nicht Organe züchten, sondern wir möchten erleben, dass ein Mensch, der einen Organausfall hat – Herz, ZNS, was immer Sie wollen –, noch einmal eine Chance bekommt. Die Transplantatsituation ist in Deutschland aus verschiedensten Gründen

ja sehr limitiert. Es geht also um einen Gewebeersatz. Jeder Mensch wird auch künftig sterben. Vielfach reden ja Menschen über die Unsterblichkeit, die nichts mit einem verregneten Wochenende anfangen können.

Es geht also darum, eine weitere Chance zu geben.

Jetzt kommt es darauf an, welche Wege wir zu diesem auch ethisch hochrangigen Ziel nehmen. Klar ist, dass alle drei Strategien Vor- und Nachteile haben.

Die adulten Stammzellen, die ja schon im klinischen Einsatz sind, z. B. in der Knochenmarktransplantation, können offensichtlich mehr als gedacht, aber können sie wirklich alles? Wir haben 250 verschiedene Gewebe. Wir besitzen bisher keine Möglichkeit, Stammzellen, die wir z. B. im Blut haben, gezielt in bestimmte Gewebe differenzieren zu lassen. Da kann man im Experiment einmal Glück haben, aber die Faktoren, die das machen, kennen wir nicht. Wir wissen nicht, ob das mit allen Geweben geht und ob wir genügend Mengen von diesen Zellen produzieren können – ein völlig offenes Feld. Diese Forschungsrichtung hat natürlich den Vorteil, ethisch unbedenklich zu sein.

Embryonale Stammzellen haben die Potenz, in verschiedene Gewebe zu differenzieren, und sie sind beinahe beliebig vermehrbar. Hier liegt das große ethische Problem darin, dass wir an einen Embryo herangehen müssen.

Die dritte Möglichkeit, therapeutisches Klonen, wäre mit dem großen Vorteil verbunden, dass wir die Abstoßungsreaktion nicht haben. Denn würden wir therapeutisch klonen, würde das ja bedeuten: Ich nehme die Zellen eines Patienten, isoliere den Kern, stelle sein genetisches Programm auf null, lasse sie differenzieren à la embryonale Stammzellen, und dann bekommt der Patient *sein* Gewebe und nicht das von einem fremden Menschen.

Ich glaube, dass keine dieser drei Strategien letztendlich so, wie sie jetzt sind, Bestand haben werden, sondern dass alle drei Forschungsrichtungen sich wechselseitig befruchten werden. Ich glaube, dass ein Fernziel wäre, erstens die Faktoren zu finden, die in der Lage sind, ein genetisches Programm, das differenziert ist, wieder

zurückzustellen, und zweitens die Faktoren zu finden, die dann diese Zellen in ein bestimmtes Gewebe differenzieren lassen. Das würde auch unserer adulten Stammzellforschung unmittelbar zugute kommen.

Wir sollten ohne Augenwischerei bedenken: Was passiert denn eigentlich bei einer adulten Stammzelle? Ich entnehme eine Blutzelle und manipulierte sie, sodass sie plötzlich eine Hirnzelle wird. Was schließt denn aus, dass dieses Differenzieren einer adulten Stammzelle nicht über ein pluripotentes vielleicht sogar totipotentes Stadium und dann in die Richtung Hirnzelle geht? Das Experiment, das das beweisen würde, dürfen wir natürlich nicht machen, denn das würde ja bedeuten, daraus einen Menschen zu züchten. Das dürfen wir in keinem Fall tun. Die Frage ist schon berechtigt: Ist das, was wir als adulte Stammzellforschung betrachten, in Wirklichkeit nicht auch embryonale Stammzellforschung? Bin ich aus lauter potentiellen Embryonalzellen zusammengesetzt? Ist die Definition Embryo in diesem Kontext überhaupt noch vergleichbar mit einem Embryo, der nach Befruchtung von Ei- und Samenzelle entsteht?

Hier stellt sich die Frage nach dem Status des Embryos. Ist das Argument zwingend, dass mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzellkernen der Mensch im Wesentlichen definiert ist? Ich bin nicht dieser Meinung. Herr Gassen hat ein ganz wesentliches Argument schon genannt: Wenn wir definieren würden: „Der Zweizeller ist ein Mensch wie du und ich“, dann würden wir dem genetischen Programm die alles entscheidende Stellung zumessen. Das wäre genetischer Determinismus pur. Aber der Mensch ist in der Tat viel mehr als die Summe seiner Gene.

Wenn wir jetzt argumentieren: „Wir haben ein Kontinuum, in dem wir aber Einschnitte definieren“, dann kommt es auf die Einschnitte an. Solche Einschnitte wären: die Geburt, der Abschluss der Organbildung nach acht bis neun Wochen, die Nidation, die Verschmelzung von Ei- und Samenzellkern oder auch nur die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle. Herr Gassen hat mit Recht gefragt: Was passiert denn ethisch überhaupt in dieser Stunde, wo die beiden Kerne sich gegenüberliegen und wir sagen: „Noch kein Mensch“? Die Kerne sind verschmolzen, und wir sagen: „Dieses Zellgebilde hat den vollen Lebensschutz.“ Wie habe ich mir das vorzustellen? Empfängt die Zelle

bei der Kernverschmelzung plötzlich die Menschenwürde? Ich kann mir das wirklich nicht vorstellen. Ich kann dieses auf einen Augenblick fixierte ethische Konzept nicht mittragen.

Ist es denn das erste Mal, dass wir Grenzen ziehen? Nein. In unserer Gesellschaft sind Grenzziehungen dem menschlichen Leben gegenüber gang und gäbe. Ich will Ihnen nur den § 218 StGB in seiner schrecklichsten, für mich fehlerhaften Form präsentieren, nämlich der Möglichkeit, ein Kind unmittelbar vor der Geburt noch abtöten zu können. Das ist ein handwerklicher Fehler in § 218. Ich finde es sehr fragwürdig, wenn sich unsere Bundesjustizministerin hinstellt und die Schutzwürdigkeit der Embryonen hochhält, sich aber nicht in der Lage sieht, diesen mitzuverantwortenen Webfehler in § 218 abzustellen. Das ist für mich Doppelmoral.

Wir haben derzeit die Möglichkeit, menschliches Leben in dieser späten Entwicklungsphase zu töten. Das kommt Gott sei Dank, weil Ärzte und Eltern sehr verantwortungsvoll operieren, sehr selten vor, aber es kommt vor. Hier haben wir eine Grenzziehung unmittelbar bei der Geburt. Wir kennen andererseits auch die Fristsetzung von 12 Wochen im §218. Von der Warte der Medizin und der Naturwissenschaft ist das reiner Pragmatismus. Ein Kind von zwölf Wochen unterscheidet sich nicht wesentlich von einem Kind von elf oder 13 Wochen. Warum wählt man dann zwölf Wochen? Reiner Pragmatismus: Wenn wir einen früheren Termin setzen, hat die Frau vielleicht noch nicht gemerkt, dass sie schwanger geworden ist, und wenn wir 15 Wochen nehmen, dann bewegt sich das Kind bereits im Mutterleib. Außerdem ist dann die Abtreibung schwieriger, weil praktisch eine Geburt eingeleitet werden muss. Also kennen wir doch diese Grenzziehungen. Wir praktizieren sie.

Ich möchte an dieser Stelle sagen: Wir haben in Deutschland fast 200.000 Abtreibungen, ohne dass die Frau überhaupt einen Grund nennen muss. Maximal 2 % der Abtreibungen erfolgen aufgrund einer medizinischen Indikation. Wir könnten auch die Nidation als eine Möglichkeit nehmen, oder die Befruchtung von Ei- und Samenzelle. Für mich persönlich besitzt menschliches Leben bis zur Nidation in der Tat eine andere Schutzwürdigkeit als danach. Diese Lösung ist in Europa die gängige Sichtweise. Ich sage nicht, weil dies in zahlreichen europäischen Ländern so ist, müssen wir das übernehmen. Nein,

überhaupt nicht. Aber ich wehre mich gegen die Auffassung, dass das, was die Briten oder Schweden praktizieren, aus dem Kontext unseres christlichen Abendlandes ausschert. Ich halte es für skandalös, wie politische Vertreter, Kirchenvertreter und auch Ärzte damals auf die Entscheidung im britischen Parlament reagiert haben. Gerade wir als Deutsche sollten hier die Sprachwahl sehr viel sorgfältiger abwägen. Mit anderen Worten: Es gibt verschiedene Argumente, die auch aus ethischer Sicht diesen Lebensschutz abgestuft bewertbar erscheinen lassen.

Ich möchte anfügen: Herr Antinori – Herr Präsident, Sie haben ihn angesprochen – ist für mich kein Fall für die Presse, kein Fall für eine ärztliche Diskussion, sondern ein Fall für den Staatsanwalt oder Psychiater. Denn in der jetzigen Form kann eine reproduktive Klonierung aus verschiedensten Gründen nicht stattfinden. Sie wissen, dass über 200 Versuche schief gegangen sind, bevor Dolly generiert wurde. Wer will das einer Frau zumuten? Zweitens ist das Ziel, nämlich der Kinderwunsch, ethisch nicht so hochstehend, dass dieses Verfahren gerechtfertigt ist. Es gibt kein Recht auf ein Kind, schon gar nicht ein Recht auf ein gesundes Kind. Außerdem wird hier ein naturwissenschaftliches Gesetz durchbrochen, nämlich dass Ei- und Samenzelle, d. h. zwei Genome, verschmelzen müssen, um einen neuen Menschen entstehen zu lassen. Das sollten wir nicht antasten. Diese Art ungeschlechtlicher Vermehrung steht für mich außerhalb jeder Diskussion. Ich glaube, das ist auch die mehrheitliche Auffassung in diesem Hause.

Wir sollten, wenn wir irgendwann zu einer Entscheidung kommen müssen – Sie als Parlamentarier sind ja, wenn nicht hier, so zumindest in Berlin gefordert –, nicht zu Formelkompromissen, nicht zu Beschwichtigungsformeln kommen wollen, sondern wir sollten lernen, mit Dissens zu leben. Wir müssen erkennen, dass es wichtige Bereiche in unserem Leben gibt, wo wir nicht einer Meinung sind. Wenn ich der Meinung bin, mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle ist ein Mensch wie du und ich, dann kann ich als jemand, der die Nidation für eine sinnvolle Grenzziehung hält, doch nicht den anderen zu einem „Kompromiss“ im Sinne des 8-Zell-Stadiums drängen. Nein, wir müssen akzeptieren, dass wir unterschiedlicher Meinung sind, ohne den anderen in seiner Meinung verteufeln zu wollen, also nicht auf der einen Seite mit dem Totschlagargument zu kommen: „Wenn du das nicht machst,

dann bist du gegen die Heilung von Krankheiten“, und auf der anderen Seite zu sagen: „Wenn du diese Strategien willst, dann willst du die Menschenwürde nicht achten.“ Diese Art von Argumentation ist für mich absurd, und dadurch, dass Kardinal Meisner dieses Argument wählt und die Ärzte mit den Schergen im Dritten Reich vergleicht, wird dieses Argument nicht besser.

Moderator **Dr. Emmrich**: Herr Prof. Dr. Bartram, Sie haben uns gezeigt, wie unendlich kompliziert die Debatte auch noch im Parlament in Berlin werden wird, denn letztendlich wird es eine Grenzziehung geben müssen. Darum werden wir gar nicht herumkommen. Der Gesetzgeber wird entscheiden müssen. Ob es ihm gelingt, dann verschiedene Denkrichtungen und Weltanschauungen mit ins Boot zu nehmen, wird auch darüber entscheiden, wie die Debatte weitergehen kann. Ohne sich da inhaltlich festzulegen: Es wird sicherlich sehr spannend und sehr komplex werden.

Zum Thema Präimplantationsdiagnostik wird jetzt unsere nächste Rednerin Stellung nehmen. Sie wird uns darstellen, wem Präimplantationsdiagnostik in der Praxis nützen kann und für wen sie möglicherweise nicht geeignet ist.

Frau **Dr. Bock**: Zunächst möchte ich mich Ihnen vorstellen.

Ich bin seit 1996 Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und seit dieser Zeit in Marburg als Oberärztin tätig, vorrangig für den Bereich der Gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Ich bin seit Anfang 2001 auch Schriftführerin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin. Diese Gesellschaft hat sich sehr mit der Abfassung eines „neuen“ Embryonenschutzgesetzes auseinander gesetzt, eher im Sinne eines Reproduktionsmedizinergesetzes oder Fortpflanzungsmedizinergesetzes.

Bei der Vorbereitung dieser kurzen Einführung bin ich im Wesentlichen auf die Fragen eingegangen, die Sie im Rahmen Ihrer Plenarsitzung selber gestellt haben, und dabei speziell auf die Fragen, die mich in dem Bereich betreffen, den ich als Reproduktionsmedizinerin überblicke.

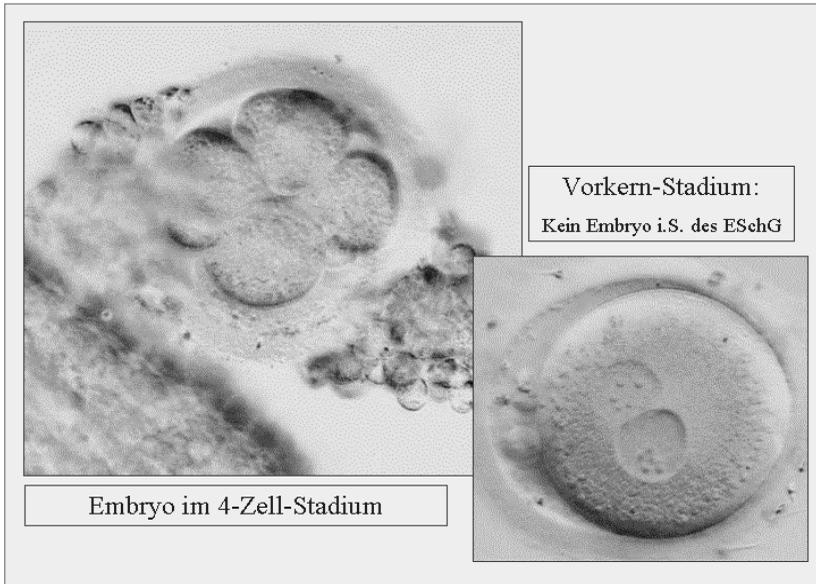
Forschung an humanen und nicht-humanen embryonalen Stammzellen
 9. Wie viele überzählige „Embryonen“ gibt es in Deutschland?

- Grundlage = Datenerhebung des Deutschen IVF-Registers der Jahre 1998 – 2000
- Kryokonservierung von „Embryonen“ nach dem ESchG nur in unvorhergesehenen Notfällen

kryokonservierten Embryonen / Paare	406 / 170
davon übertragene Embryonen / Paare	335 / 141
Stichtag 17.06.2001: kryokonservierte Embryonen / Paare	71 / 29

unklare Anzahl „verwaister“ Embryonen

Eine der wichtigen Fragen, die Sie damals gestellt haben, lautete: Wie viele überzählige Embryonen gibt es in Deutschland? Normalerweise ist es nach dem Embryonenschutzgesetz verboten, Embryonen zu konservieren. Das ist nur in außerordentlichen Notfallsituationen erlaubt und auch dann nur, wenn Sie vorher die zuständige Ethikkommission der Landesärztekammer angerufen haben. Das Qualitätssicherungsinstrument der Reproduktionsmedizin ist das Deutsche IVF-Register. In diesem Register werden nahezu alle Daten der teilnehmenden Zentren – es sind fast 100 – erfasst. Dieses Register hat in den Jahren 1998 bis 2000 von insgesamt 406 eingefrorenen Embryonen bei insgesamt 170 Paaren berichtet. Von diesen eingefrorenen Embryonen sind später – zu einem anderen Zeitpunkt als dem Zyklus, in dem sie angefallen sind – eine sehr hohe Zahl, nämlich 335, übertragen worden. Derzeit sind 71 Embryonen von 29 Paaren noch tiefgefroren. Wie viele davon tatsächlich als „verwaist“ zu gelten haben, d. h. bei wie vielen nicht mehr geplant ist, sie zur Erzeugung einer Schwangerschaft der Frau zurückzugeben, von der sie gekommen sind, kann derzeit nicht beurteilt werden.



Das nächste Bild soll Ihnen nur noch einmal den Unterschied klar machen, den Sie bei den Folien schon gesehen haben: der Pronukleus, der nicht dem Schutz des Embryonenschutzgesetzes unterliegt, und der Vierzeller, der als Embryo bewertet ist und damit geschützt wird.

Forschung an humanen und nicht-humanen embryonalen Stammzellen
 9. Wie viele überzählige „Embryonen“ gibt es in Deutschland?

- Grundlage = Datenerhebung des Deutschen IVF-Registers der Jahre 1998 – 2000

Gesamtzahl: im Vorkernstadium eingefrorener Eizellen	126.772
davon aufgetaut bis 06-01	94.649
davon den Aufbauvorgang überstanden	71.960
transferiert zur Erzeugung einer Schwangerschaft	53.077
„verworfen“	18.883
„restliche“	32.123

Damit komme ich zur nächsten Frage: Wie viele vielleicht von Ihnen als Embryonen gedeutete Zellen, nämlich diese Pronuklei, sind sonst noch tiefgefroren? Da kommen wir in Zahlenbereiche, die Herr Professor Dr. Gassen schon erwähnt hat. Derzeit sind es 32.123 „restliche“. Ursprünglich waren 126.772 eingefroren. Viele Zellen sind leider beim Einfrieren und Auftauen kaputtgegangen, obwohl man mit einem Frostschutzmittel zu verhindern versucht, dass diese Zellen durch Kristallbildung defekt werden bzw. absterben. Aber von diesen eingefrorenen Zellen sind immerhin noch 53.000 später genutzt worden, um eine Schwangerschaft herbeizuführen. Die wichtige Zahl ist hier: noch vorhandene Pronuklei 32.000.

Präimplantationsdiagnostik

2. Mit welcher Wahrscheinlichkeit kann eine Erkrankung bzw. Veranlagung des Embryo bei PID festgestellt werden?

- Sammelstatistik des ESHRE PGD Consortium Steering Committee 2000 (1.318 PGD-Zyklen)

- Amniocentese in 49 % der Zyklen
 - Fehldiagnose bei PID in 3,4 % (4 Fälle)

Auch wenn die PID gezielt einen Gendefekt ausschließen konnte, besteht dessen ungeachtet grundsätzlich ein Basisrisiko für genetische Veränderungen (~3%)

Sie fragten auch: Mit welcher Wahrscheinlichkeit kann eine Erkrankung bei der Pränataldiagnostik festgestellt werden? Da ist das Datenmaterial nicht sehr groß. Die wesentlichen Untersuchungen stammen von einem Komitee der ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), die die Daten zusammenfasst und Statistiken erstellt. 1.318 Zyklen dieser Pränataldiagnostik sind überwacht worden. Dabei hat sich gezeigt, dass man den Patienten raten musste, sicherheitshalber doch eine Amniocentese durchzuführen, um die Richtigkeit der gestellten Diagnose zu bestätigen. Von den Paaren, die mitgeteilt bekommen haben, dass die Krankheit, die ausgeschlossen werden sollte, untersucht worden ist, haben 49 % das Angebot der

Pränataldiagnostik wahrgenommen. Dabei hat sich ergeben, dass in vier Fällen, d. h. bei 3,4 %, die Diagnose fehlerhaft war. Diese Zahl stammt auf den Publikationen der ESHRE. Im anderen Kollektiv, das die Untersuchung nicht gemacht hat, sind Fehlgeburten aufgetreten. Dort waren zwei Fälle von Trisomien, die aber nicht primär untersucht worden sind.

Ganz wichtig und entscheidend ist: Das basale Fehlbildungsrisiko, das bei jeder Patientin und bei jeder Schwangerschaft besteht, wird durch die Präimplantationsdiagnostik, die ganz gezielt nach einer bestimmten Veränderung oder Erkrankung sucht, überhaupt nicht berührt. Wir haben hier nicht ein breites Screening, sondern die gezielte Suche nach einer Erkrankung, und das Basisrisiko, das bei mindestens 3 % liegt und das jeder von uns hat, bleibt davon völlig unberührt.

Präimplantationsdiagnostik

3. Welche Vor- und Nachteile hat PID?

- Für Risikopaare eine alternative Methode ein Kind zu bekommen, das die familienspezifische Erkrankung nicht hat.
- Keine „Schwangerschaft auf Probe“
- Verringerung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche aufgrund pathologischer Amniocentesebefunde
- Verringerung der Zahl von Fehlgeburten durch Chromosomenanomalien (Literatur: Munne et al 2000 Fertil Steril: Reduktion des Abortrisikos bei Translokationsträgern von 95% auf 13 %)
- Verringerung der psychischen Belastung
- Verringerung der mütterlichen Morbidität

Sie haben ferner gefragt: Welche Vor- und Nachteile hat die PID? Sie haben schon eine ganze Reihe wesentlicher Vor- und Nachteile gehört. Ich habe einige hier zusammengestellt. Das soll nur eine Anregung sein. Ganz wichtig ist für mich immer die Evidenz einer Aussage, die wir treffen. Deshalb möchte ich Ihr Augenmerk auf eine Literaturstelle richten, die im Jahr 2000 in der Zeitschrift „Fertility and Sterility“ publiziert worden ist, wo man zeigen konnte, dass bei Paaren, die gehäuft Fehlgeburten haben, weil eine chromosomale Veränderung vorliegt,

dieses Fehlgeburtsrisiko von über 95 % auf 13 % durch die PID gesenkt werden konnte. Das ist im Interesse der betroffenen Paare eine immense Verbesserung. Bei einer Patientin, die den Kinderwunsch hat und weiß, dass bei ihr ein hohes Risiko besteht, dass es entweder zu einer Fehlgeburt kommt oder ein behindertes Kind geboren wird, das möglicherweise eine Lebensfähigkeit von nur wenigen Stunden, von einigen Tagen oder von wenigen Jahren hat, kann man diese psychische Belastung sicherlich nicht unberücksichtigt lassen. Diese ist völlig unabhängig davon, was ich im Mikroskop sehe oder welchen Embryo ich im Ultraschall sehe. Es geht nicht nur um die Frau, sondern um das Paar, das vor mir sitzt und eine Beratung möchte. Es ist genauso, wie der Kollege vorhin gesagt hat, dass das Paar im Vordergrund steht und man sich mit dem Paar über die Präimplantationsdiagnostik auseinandersetzen muss.

Präimplantationsdiagnostik

4. Welche Risiken sind derzeit für Mutter und Kind bei der PID vorhanden?

Risiken, die sich durch den notwendigen Einsatz Assistierter Reproduktionstechniken ergeben:

- Voraussetzung: ausreichende Eizellreifung (durchschnittlich 20 Eizellen, damit 3 „gesunde“ Embryonen transferiert werden können)
- Mutter: Risiken der ovariellen Überstimulation
- Schwangerschaftsraten nach PID abhängig von der Zahl der Embryonen:
 - bei 3 transferierten Embryonen = 40 %
 - Bei 1-2 transferierten Embryonen = 21 % pro Zyklus
- Mutter & Kind(er): Risiken der Mehrlingsschwangerschaft

Eine weitere Frage war: Welche Risiken bestehen für Mutter und Kind bei der PID? Risiken ergeben sich dadurch, dass wir assistierte reproduktive Verfahren anwenden müssen. Diese assistierte Reproduktion klingt vielleicht zunächst relativ einfach, ist aber überhaupt nicht einfach. Es ist nicht so, dass die Paare einen Termin erhalten, vorbeikommen, und damit ist dann die assistierte Reproduktion gemacht, sondern es ist ein Aufwand erforderlich, der sich über mehrere

Monate hinzieht. Die Patientin bekommt reichlich Hormone. Die eigenen werden ausgeblockt, andere werden gegeben. Dies setzt voraus, dass sie täglich in irgendeiner Weise Medikamente zu sich nimmt oder in Form von Spritzen zuführt, es setzt voraus, dass die Patientin sehr häufig den behandelnden Arzt aufsucht, und es setzt voraus, dass sie, wenn sie berufstätig ist, was sehr oft der Fall ist, quasi jederzeit im Interesse dieser Fortpflanzung abrufbar sein muss. Es gibt sehr viele Paare, die angesichts sowohl der psychischen Belastung als auch nur des einfachen Erfordernisses der Anwesenheit auf diese Maßnahmen verzichten wollen. Denn bei der Präimplantationsdiagnostik haben wir es im Wesentlichen mit Paaren zu tun, die eigentlich kein IVF bräuchten. Es gibt Untersuchungen, wonach ungefähr 29 % der Paare, für die man eine Präimplantationsdiagnostik diskutieren müsste, wahrscheinlich wegen anderer Gründe ein IVF bräuchten; aber für über 70 % trifft das nicht zu.

Sehr wichtig ist die so genannte Überstimulation. Wir dürfen nur drei Embryonen erzeugen, aber nichtsdestotrotz – das werden Sie an den Zahlen über das Einfrieren gesehen haben – erzeugen wir natürlich wesentlich mehr Pronuklei. Idealerweise bewegen wir uns dabei in einem Bereich von etwa acht. Ich brauche auf jeden Fall ungefähr acht Eizellen und muss deshalb die Eierstöcke, die eigentlich nur darauf ausgelegt sind, eine, maximal zwei Eizellen pro Monat zu produzieren, dazu anregen, wesentlich mehr zu produzieren. Nach Untersuchungen der ESHRE sollte man durchschnittlich 20 Eizellen haben, um, wenn man eine Präimplantationsdiagnostik machen möchte, drei „gesunde“ Embryonen zurücksetzen zu können, die dann zu einer Schwangerschaft führen. Denn der Umstand, dass sie zurückgesetzt werden, bedeutet noch lange nicht, dass diese Patientin oder dieses Paar dann auch ein Kind bekommt. Wenn drei Embryonen transferiert werden, haben wir eine Schwangerschaftsrate von 40 %. Das bedeutet aber auch wieder nicht, dass 40 % ein Kind bekommen, sondern das ist die reine Rate der erzielten Schwangerschaften. Wenn wir weniger Embryonen transferieren, geht diese Rate automatisch weiter zurück.

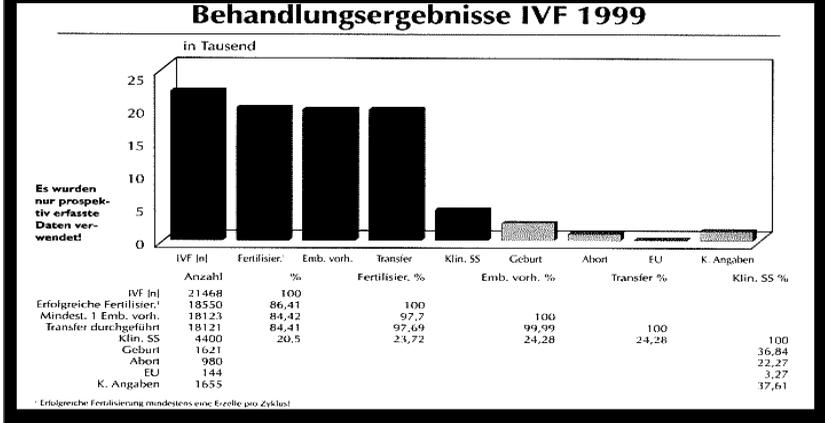
Präimplantationsdiagnostik

4. Kann die PID zur regelmäßigen Selektion führen?

- Mißbrauch kann niemals völlig ausgeschlossen werden.
- ABER:
 - 7 % betroffener Paare lehnen bereits derzeit nach Überweisung an und Beratung durch ein PID-Zentrum die Behandlung ab:
 - wegen zu großer Belastung durch die Notwendigkeit der IVF
 - wegen vergleichsweise geringer Erfolgchancen.
- Finanzielle Aspekte: Kostenträger für routinemäßige Verfahren?

Sie haben auch gefragt: Kann durch die PID eine regelmäßige Selektion erfolgen? Dazu kann ich Ihnen sagen: Missbrauch ist niemals ausgeschlossen. Aber ich möchte darauf hinweisen, dass bereits jetzt 7 % der Paare, die für eine Präimplantationsdiagnostik infrage kämen, diese ablehnen, und zwar wegen zu großer Belastung durch die Notwendigkeit der IVF, wegen vergleichsweise geringer Erfolgchancen und – was eine große Rolle spielt – wegen der Kostenfrage. Schon jetzt ist die IVF für die Paare eine sehr teure Angelegenheit. Der Kostenträger übernimmt bei ausreichender Aussicht auf Erfolg etwa vier Zyklen einer Behandlung. Danach werden die Kosten nicht mehr übernommen. Wenn ein Paar einen fünften Zyklus machen möchte, entstehen ihm Kosten von 8.000 bis 12.000 DM für eine relativ kleine Chance, ein Kind zu bekommen.

Auszug aus dem Jahrbuch 1999 des Deutschen IVF-Registers (DIR)



Wie klein diese Chance ist, möchte ich Ihnen an Daten zeigen, die ich aus dem Deutschen IVF-Register entnommen habe. Das Jahrbuch 2000 enthält die Daten für 1999. Die Zahl der durchgeführten In-vitro-Fertilisationen liegt bei 21.000, und auf diese 21.000 Zyklen der In-vitro-Fertilisation kommen exakt 1.621 Geburten.

Auszug aus dem Jahrbuch 1999 des Deutschen IVF-Registers (DIR)

Baby-Take-Home-Rate

Anzahl Geburten /
Anzahl durchgeführter Behandlungen

maximal 15 %

Die so genannte Baby-Take-Home-Rate, auf die ich auch die Patienten hin berate – wie viele Frauen müssen eine IVF machen, um später wirklich ein Kind zu Hause zu haben? –, liegt derzeit in Deutschland bei maximal 15 %, im Ausland etwas höher, eventuell bei 20 %. All die Raten, von denen wir vorher gesprochen haben, sind letztendlich im Vergleich mit diesen 15 % zu sehen.

Ich hoffe, dass ich Ihnen mit meinen Ausführungen zumindest einen kleinen Hintergrund geben konnte, sodass wir in der Diskussion mit Zahlen argumentieren können und nicht auf ungefähre Vermutungen angewiesen sind. Das sind die Zahlen, die im Juni dieses Jahres aktuell vorgelegen haben.

Moderator **Dr. Emmrich**: Ich möchte das Wort gleich an Herrn Dr. Seufert weitergeben, der aus seiner Praxis das Thema Präimplantationsdiagnostik noch vertiefen wird.

Herr **Dr. Seufert**: Ich bedanke mich sehr herzlich für die Einladung. Als Hesse und Rheingauer freue ich mich besonders, dass ich einmal nach Wiesbaden kommen darf, denn sonst fahre ich immer auf die andere Rheinseite.

Vielleicht darf ich am Anfang etwas über die Art der Diskussion sagen. Ich finde es sehr gut, dass auch eine Reihe von Personen zu Wort kommt, die täglich In-vitro-Fertilisationen machen und für Reproduktionsmedizin zuständig sind. Denn in der Regel ist es ja so: Je mehr man sich von dem klinischen Alltag entfernt, desto kategorischer werden die Aussagen, und desto weniger praxisanwendbar ist letztlich das, was die Thesen beinhalten.

Um die Dimension des Problems deutlich zu machen, darf ich kurz bemerken: Sterilität und Kinderlosigkeit sind ein zunehmend wichtiger werdendes Thema in der Medizin. Wir schätzen, dass 15 von 100 Paaren ungewollt kinderlos bleiben, und wir wissen, dass jedes Jahr etwa 150.000 Paare mit einer Kinderlosigkeitsdiagnostik beginnen. Jährlich werden etwa 35.000 In-vitro-Fertilisationen allein in Deutschland durchgeführt, und der Anteil der neueren Techniken mit der intracytoplasmatischen Mikroinjektion, die bei schwersten Formen der andrologischen Sterilität zum Einsatz kommen, steigt ständig.

Seit 1978, also seit 23 Jahren, gibt es In-vitro-Fertilisationen. Sie alle kennen sicher die Pressemitteilungen aus jener Zeit: Louise Brown in Cambridge war das erste In-vitro-Fertilisationsbaby, und diese Louise Brown ist inzwischen selber Mutter geworden. In-vitro-Fertilisation ist ein Wachstumsbereich, der in der Medizin zunehmend an Bedeutung gewinnen wird.

Der Ablauf solcher In-vitro-Fertilisationen ist folgender: Am Anfang steht die Paarberatung, am Anfang stehen eine Reihe von Untersuchungen im medizinischen Bereich. Letztlich haben all diese Verfahren gemeinsam, dass man eine kontrollierte ovarielle Stimulation durchführen muss. Meine Vorredner haben dieses Thema schon aufgegriffen. Es geht darum, eine Reihe von Eizellen zu bekommen. Meistens in Narkose der Patientin müssen die Eizellen durch eine Punktion gewonnen werden, während die konventionelle In-vitro-Fertilisation nichts anderes ist, als dass man in einer Nährlösung Samenzellen zu einer Eizelle hinzugibt. Das ist weder ein biochemischer Eingriff noch sonst irgendeine große medizinische Tat. Man bringt lediglich die Eizelle und die Samenzellen zusammen und wartet dann, dass sich nach Stunden die Verschmelzung der Eizelle mit der Samenzelle zeigt und dann der Embryo nachweisbar ist. Das ist kein irgendwie mysteriöser Vorgang, sondern ein relativ einfaches Verfahren.

Wenn man dann sicher ist, dass eine Befruchtung stattgefunden hat, dürfen wir in Deutschland maximal drei Embryonen einpflanzen. Das findet etwa zwei Tage danach statt. Wie meine Vorrednerin schon sagte: Die Baby-Take-Home-Rate, also die Erfolgsrate für die In-vitro-Fertilisation, liegt bei knapp 15 % pro Zyklus, in einigen Zentren sogar noch niedriger, in anderen etwas höher. Trotz des hohen Aufwands ist also der Erfolg nicht sehr groß. Trotzdem ist er, wenn an die heutigen Daten mit unseren Möglichkeiten vor etwa 20 Jahren vergleicht, sehr viel größer. Damals war eine Schwangerschaftsrate von 3 bis 4 % schon relativ gut. Wir haben es hier mit einem Bereich zu tun, der zunehmend wächst, der im Vergleich mit den alten Daten relativ effektiv ist, aber mit dem auch die bekannten ethischen Probleme einhergehen.

Wichtig scheint mir, noch einmal darauf hinzuweisen: Der Ausdruck Selektion ist sicher ein in Deutschland negativ besetzter Ausdruck, den man vermeiden sollte. Aber auch wenn im Embryonenschutzgesetz

verboten ist, irgendwelche Mechanismen zur Auswahl der zu implantierenden Embryonen oder der Vorkernstadien einzusetzen, nimmt man üblicherweise, damit die Schwangerschaftsrate nicht noch geringer wird, diejenigen, die morphologisch im Mikroskop am besten aussehen. Das ist auch eine gewisse Form der Auswahl der nachher eingesetzten Embryonen. Allerdings hat das nichts mit weiterentwickelten biochemischen Verfahren zu tun. Was für uns gerade im klinischen Alltag eine große Rolle spielt und den Widerspruch bildet, in dem sich die Medizin befindet: Auf der einen Seite ist derzeit eine weiter gehende Auswahl von Embryonen nicht erlaubt; wir dürfen auch beim Vorliegen von bekannten Erbkrankheiten nicht die für die Präimplantationsdiagnostik möglichen Verfahren einsetzen. Auf der anderen Seite ist es in der Frühschwangerschaft durchaus üblich, dass eine Pränataldiagnostik durchgeführt wird, die dann sehr oft mit dem Abbrechen der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen endet. Das ist für viele Reproduktionsmediziner ein Widerspruch, der auch dem Paar nicht immer zu vermitteln ist.

Die Bundesärztekammer hat schon im März 2000 einen Entwurf zur Präimplantationsdiagnostik vorgelegt, in dem eine sehr restriktive Indikationslösung vorgeschlagen wird. Im Einzelfall sollte bei Vorliegen von sehr gut nachvollziehbaren Gründen – es sind nicht sehr viele, aber dazu gehören bekannte Erbkrankheiten – mit dem Paar über die Möglichkeit einer Präimplantationsdiagnostik nachgedacht werden. Diese Techniken haben nach meinem Verständnis überhaupt nichts zu tun mit den Horrorszenarien des Klonens oder der Auswahl menschenunwürdigen Lebens. Man muss ja auch überlegen, dass selbst unter optimalen Bedingungen ein solcher Embryo, wenn er zum Implantation kommt, nur eine Chance von maximal 10 % hat. Nur die allerwenigsten Embryonen, die wir implantieren, schaffen die Einnistung, den Übergang zu einer Schwangerschaft und am Schluss zu dem Kind. Ich denke, die zentrale Frage ist, ab wann man von dem Menschen reden kann. Wahrscheinlich ist es ein kontinuierlicher Vorgang, auch wenn man es dann in einer brauchbaren Regelung auf einen Punkt bringen muss. Die Vorgänge, die zur Auswahl des Embryos, zur Einnistung und zur Schwangerschaft führen, sind kontinuierliche Vorgänge, wo auch genetische Defekte korrigiert werden. Das Abgehen von Schwangerschaften ist meistens durch genetische Probleme bedingt. Bei über der Hälfte solcher Schwangerschaften lassen sich „Fehler“ nachweisen. Deshalb ist wirklich zu überlegen, ob man

unethisch handelt, wenn man den Embryo für die Implantation nimmt, der dieses Problem nicht hat. Wichtig ist auch, dass es sich um eine Einzelbestimmung handelt. Eine ganze Fülle von genetischen Krankheiten dürfen getestet werden. Es ist ein einziges Problem, dass dann unter einer strikten Indikationsstellung abgeklärt werden darf.

Insofern würde ich mich aus meiner mehr praktischen Sicht der Dinge dieser Vorlage der Bundesärztekammer aus dem März 2000 anschließen und für eine unter strengen Bedingungen einer festgelegten Indikationslösung freigegebene Präimplantationsdiagnostik plädieren. Diese Präimplantationsdiagnostik muss auf wenige Zentren festgelegt sein, die das notwendige Know-how dafür haben und die entsprechenden Untersuchungen durchführen können. Aus meiner praktischen Sicht, ohne jetzt in irgendwelche weltanschauliche Fragen zu gehen, denke ich, wäre das für viele Paare – es geht ja darum, den Fortschritt der Medizin auch für das Einzelpaar, die Einzelpatientin in der Frauenheilkunde nutzbar zu machen – eine immense Verbesserung. Dabei muss man auch berücksichtigen, dass die Zahl der Patientinnen, über die wir hier reden, nicht sehr groß ist. Ich schätze, das in Deutschland 500 Patientinnen oder noch weniger davon betroffen sind. Es ist eine kleine Gruppe von Patientinnen, aber es ist nicht einzusehen, warum man diesen Patientinnen unter restriktiven Bedingungen diese Verfahren vorenthalten sollte.

Moderator **Dr. Emmrich**: Ich denke, wir können die erste Runde jetzt abschließen und in eine viertelstündige Pause eintreten, damit Sie Ihre Eindrücke sammeln, all das verdauen, was Sie hier gehört haben, und Ihre Fragen sortieren, damit wir uns dann in der zweiten Runde noch einmal mit den Themenkomplexen aus einer ganz anderen Sicht beschäftigen.

(Unterbrechung von 11.01 bis 11.21 Uhr)

Moderator Dr. Emmrich: Herzlich willkommen zur zweiten Runde im ersten Podium. Ich habe draußen mitbekommen, dass es da schon erregte Diskussionen gegeben hat. Ich hoffe, diese werden sich jetzt auch hier widerspiegeln.

Um die Diskussion ein wenig zu strukturieren, sollten wir, denke ich, die Themen nacheinander abhandeln, sofern das geht; die Trennung ist nicht immer klar durchzuführen. Mein Vorschlag wäre, dass wir mit dem Thema, das hier den breitesten Raum eingenommen hat, nämlich der Präimplantationsdiagnostik, beginnen, dass wir uns dann den embryonalen Stammzellen zuwenden und zum Schluss uns Zeit nehmen für die Frage, die besonders Herr Prof. Dr. Gassen angeschnitten hat: die genetische Diagnostik und die Folgen, die auf uns durch die Entschlüsselung des menschlichen Genoms zukommen werden.

Ich möchte Sie bitten, wenn Sie Fragen, Hinweise, Anregungen, Einwände zum Thema Präimplantationsdiagnostik haben, damit jetzt zu beginnen.

Abg. **Axel Wintermeyer**: Meine erste Frage zum Thema Präimplantationsdiagnostik richtet sich insbesondere an Frau Dr. Bock: Wie viele Paare in der Bundesrepublik Deutschland würden infrage kommen, eine Präimplantationsdiagnostik durchführen zu müssen, um ihren Kinderwunsch erfüllen zu können?

Zweite Frage: Sie sagten, Missbrauch bei der Präimplantationsdiagnostik, nämlich dass man dabei außer schwerwiegenden genetischen Fehlern auch andere Dinge untersucht, sei nicht ausgeschlossen. Dazu würde ich von Ihnen gerne noch einmal etwas hören.

Und meine dritte Frage: Schließt Präimplantationsdiagnostik eine Pränataldiagnostik aus, oder begründet sie erst eine Pränataldiagnostik, insbesondere aus Haftungsgründen, mit denen Sie sich als Mediziner in zunehmenden Maße konfrontiert sehen?

Frau **Dr. Bock**: Ich darf gleich zur ersten Frage Stellung nehmen: Es gibt keine exakten Zahlen darüber, wie viele Paare infrage kommen werden. Die Schätzungen, die der genauen Zahl wahrscheinlich am nächsten kommen, liegen bei 200 Paaren. Die Zahl hängt ab von der Frage, wie eng man die Definition fassen will, was nun genetische Erkrankungen sind, die vorher erkannt werden sollten. Bei dieser

Schätzung von rund 200 Paaren beschränken wir uns auf solche, bei denen wir die Erkrankung kennen, bei denen wir sie vorher anhand des bekannten Ortes, wo sie auf dem Chromosom liegen, definieren und differenzieren können, und die mit einer schwerwiegenden Beeinträchtigung eines Kindes oder Neugeborenen einhergehen, also nicht „kleinere“ Malformationen, die letztendlich für das Überleben und normale Leben des Kindes von extrem untergeordneter Bedeutung wären.

Zur Frage des Missbrauchs – Herr Prof. Dr. Gassen hatte sie schon angesprochen –: Wenn die Möglichkeit besteht, im Genom Untersuchungen durchzuführen, dann kann natürlich auch missbräuchliche Anwendung erfolgen. Das heißt, wenn jemand eine theoretische Möglichkeit findet, andere Genorte, wie man das nennt, zu untersuchen, könnte es sicherlich irgendwo auf der Welt eine Stelle geben, wo so etwas auch gemacht würde. Ich denke, der Anspruch, den wir alle an Sie als Politiker haben, ist der, eine Regelung zu finden, die diesem Missbrauch weitestgehend vorbeugt, indem wir klar definieren, für welche Paare wir diese Diagnostik wünschen und für welche Paare sie sinnvoll erscheint.

Zur dritten Frage bezüglich der Präimplantations- und der Pränataldiagnostik: In der Medizin versuchen wir derzeit immer Evidenz zu schaffen. Nicht nur, weil ein sehr berühmter Professor meint, dass eine Sache so sein müsse, oder weil sich jemand an seinem Schreibtisch überlegt hat, dass es logisch wäre, wenn eine Sache so oder so sei, wollen wir das akzeptieren, sondern wir wollen Evidenz dafür, d. h., wir wollen nachgewiesenermaßen eine Auswirkung sehen, die aufgrund einer Handlung beruht. Diese so genannte Evidence-Based Medicine wird im Bereich der Präimplantationsdiagnostik noch erstellt. Die ESHRE stellt die Daten zusammen mit dem Ziel, diese Evidenz zu schaffen.

Derzeit muss man, weil man nicht genug Erfahrung mit der PID hat, den Paaren zumindest die Zahlen, die ich Ihnen auch genannt habe, nennen und ihnen sagen, dass, wenn sie ganz sicher gehen möchten, sie die Pränataldiagnostik, d. h. die Fruchtwasseruntersuchung, zusätzlich machen müssen. Das ist in gewisser Weise auch eine Absicherung hinsichtlich der versicherungsrechtlichen Aspekte, aber diese sehe ich eher im Hintergrund. Das werden auch die Paare, die

dafür infrage kommen, sicherlich genauso einschätzen. Die Präimplantationsdiagnostik dient also derzeit im Grunde genommen dazu, sicherzustellen, dass wir keine fehlerhaften Annahmen haben, und um unsere Verfahren bei der PID absichern zu können. Wir empfehlen es; es ist nicht zwingend. Es kann sein, dass wir, wenn die PID in Deutschland zugelassen wird und wir in den nächsten zehn Jahren entsprechend viele Fälle untersuchen werden, dann sagen können: „Wir überblicken genug Fälle. Es sind 10.000 Fälle untersucht, die Quote, dass wir eine fehlerhafte Mitteilung machen oder dass das Ergebnis der Untersuchung nicht korrekt ist, liegt bei 2 %.“ Dann kann man sicher davon ausgehen, dass man keine weitere Diagnostik braucht.

Frau Prof. **Dr. Neuer-Miebach**: Ich bin Mitglied in der Enquetekommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ und im Nationalen Ethikrat. Ich möchte zu zwei Themen im Zusammenhang mit der PID etwas fragen.

Erste Frage: Eingrenzung der PID. Die Pränataldiagnostik hat angefangen mit sehr engen Indikationsstellungen, mit einer Begrenzung auf Paare mit Wiederholungsrisiko usw. Meine Frage an die Mediziner: Mit welchem Optimismus glauben Sie sicherstellen zu können, dass eine eingegrenzte PID sich wirklich durchhalten lässt? Natürlich gibt es weniger Paare in der Bundesrepublik, die dafür infrage kommen. Aber ich möchte wissen: Wie können Sie sicherstellen, dass die PID nicht zu einem Screening wird, wie es die Pränataldiagnostik inzwischen ist? Inzwischen ist es faktisch so, dass das Paar, das Pränataldiagnostik haben möchte, sie auch bekommt. Ich denke, es gibt gute Gründe dafür, dass man, wenn die Technik einmal vorhanden ist, sie kaum jemandem vorenthalten kann. Wie wollen Sie das eingrenzen?

Zweites Thema: Anwendungsmöglichkeiten der PID. Ich wundere mich, dass man hier nur von den 100, 200 oder 500 Paaren in der Bundesrepublik spricht, die für eine Anwendung von PID infrage kämen. Ich denke, die Naturwissenschaftler werden doch besser als ich wissen, dass es durchaus auch andere interessante Verwendungszwecke für PID geben könnte – vorsichtig formuliert. Ich kann mir kaum vorstellen, dass man im Zusammenhang mit der Gewinnung von embryonalen Stammzellen nicht einen genetischen Check macht; denn gerade da

geht es ja auch um die Qualität der Stammzellen. Wird da nicht möglicherweise auch ein Feld sein, PID anzuwenden? Werden nicht beim therapeutischen Klonen und in der Keimbahnintervention weitere Felder sein, PID anzuwenden? Darauf hätte ich gerne aus naturwissenschaftlich-medizinischer Sicht eine Antwort.

Moderator **Dr. Emmrich**: Ich denke, Herr Prof. Dr. Bartram, da sind Sie berufen, nach Ihrem vehementen Plädoyer von vorhin Antwort zu geben.

Herr Prof. **Dr. Bartram**: Ich denke, dass die Pränataldiagnostik in unserem Land über weite Teile nicht aus dem Ruder gelaufen ist. Wir haben zwei wesentliche Bereiche, in denen Pränataldiagnostik gemacht wird. Der eine ist das in der Tat vorhandene Screening durch die Gynäkologen mit dem Ultraschall. Diese Art von Pränataldiagnostik hat eine völlig andere Aufgabe als die invasive Pränataldiagnostik. Es geht hier um die Beurteilung einer Schwangerschaft in der 10. Woche – z.B. Mehrlingsschwangerschaft – ja oder nein?, –, 20. Woche – die wesentlichen Organstrukturen darstellen –, 30. Woche – Lage des Kindes, Geburt vorbereiten. Dass dabei auch körperliche Auffälligkeiten gesehen werden, ist nahe liegend, und es wird ja wohl keinen Menschen auf der Welt geben, der das dann der Frau nicht sagen würde. – Das ist die Situation Screening.

Das, was wir im engeren Sinne als Pränataldiagnostik bezeichnen, hat sich weder zahlenmäßig noch in irgendeiner anderen Form – –

(Zuruf: Verdoppelt!)

– Das ist doch auch nicht viel, wenn es innerhalb von zehn bis 15 Jahren verdoppelt wird. Das ist doch keine große Zunahme. Die Frage steht doch im Raum: Was wollen wir mit der invasiven Pränataldiagnostik erreichen? Dass sie natürlich zunimmt, wenn wir immer mehr Krankheiten pränatal diagnostizieren können, ist eine Selbstverständlichkeit, denn es gibt sehr viele schwerwiegende Erkrankungen.

Die Pränataldiagnostik sollte immer an eine umfassende, interdisziplinäre genetische Beratung gekoppelt sein. Ich will Ihnen ganz ehrlich sagen: Bei dem häufigsten Grund, weshalb wir eine Pränataldiagnostik machen, nämlich der Altersindikation, haben wir meines Erachtens ein Defizit in Deutschland, das wir als Ärzte angehen müssen, das aber vielleicht sogar der Gesetzgeber angehen muss. Das ist die mangelhafte genetische Beratung vor Testung. Wann ist eine Frau alt? Die Genetik würde ganz klar antworten, auch wenn es uncharmant ist: Ab 35. Warum ab 35? Weil mit 35 das Risiko für ein Kind mit einer Chromosomanomalie genauso hoch ist wie das Risiko, durch die Pränataldiagnostik einen Abort herbeizuführen. Dieses Risiko ist für eine 35-jährige Frau 20-mal höher als für eine 20-jährige. Das klingt beunruhigend. Wenn man sich aber anschaut, was das konkret bedeutet, wie hoch das Risiko einer 35-jährigen Frau ist, dann muss man sagen: Es beträgt 0,5 %. Bei einer 40-jährigen Frau ist dieses Risiko auch nur knapp 1 %. Wir haben vorhin schon gehört, dass das Basisrisiko 3 % beträgt. Sie sehen also, dass dieses zusätzliche Risiko doch vergleichsweise gering ist.

Wenn ich das in einer genetischen Beratung von ein bis zwei Stunden einer Frau darstelle, dann können Sie sich vorstellen, dass die überwiegende Zahl dieser Frauen diese Pränataldiagnostik nicht in Anspruch nimmt. De facto aber nehmen 65 % der Frauen ab 35 in Deutschland eine invasive Pränataldiagnostik in Anspruch. Warum? Das hängt unter anderem mit einem höchstrichterlichen Urteil aus dem Jahr 1983 zusammen. Eine Frau hatte einen Gynäkologen verklagt – sie war über 35 Jahre alt, das Kind kam mit einer chromosomalen Störung zur Welt –, weil sie nicht adäquat auf die Möglichkeit einer Pränataldiagnostik hingewiesen wurde. Der Arzt wurde zur Alimentenzahlung verurteilt. Sie können sich vorstellen, dass seit diesem Zeitpunkt jeder Gynäkologe schon aus forensischen Gründen die Möglichkeit einer Pränataldiagnostik betont. Wenn Sie dies aber nicht im Kontext eines ausführlichen Gesprächs darstellen, dann verkürzt sich das in der Tat häufig auf die Situation: „Du bist 35; jetzt machen wir eine Pränataldiagnostik.“ Da ist unsere Gesellschaft gefordert, verantwortungsvoll damit umzugehen.

Ich darf als Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik sagen, dass wir durchkalkuliert haben, wie viele Facharztstellen für Humangenetik wir in Deutschland in den nächsten zehn Jahren

brauchen werden. Wir werden ja demnächst eine Fülle von genetischen Störungen auch bei Volkskrankheiten aufklären können. Wir würden etwa 400 zusätzliche Facharztstellen brauchen. Ich glaube, dass die Bundesregierung, die erfreulicherweise Molekulargenetik und Gentechnologie fördert – das ist für unser Land sehr wichtig –, nicht nur an die Aufklärung von Krankheiten denken muss, sondern auch an den adäquaten Umsatz dieser Erkenntnisse in den klinischen Alltag. Das bedeutet für mich: Die Humangenetik mit ihrer Beratungskapazität muss ausgebaut werden.

Anwendungsgebiete: Den impliziten Vorwurf, wir würden, weil wir Stammzellen brauchen, jetzt diesen Markt ausbauen, halte ich – mit Verlaub – für absurd. Gerade die Gynäkologen, die in der Reproduktion tätig sind, wahren einen sehr großen Abstand zu diesem Feld, weil sie sagen: „Wir möchten damit nicht in einen Topf geworfen werden.“ Wenn man sagt, man produziert in vitro, um Stammzellen zu generieren, würde das bedeuten: Ich produziere, damit ich es auch nutze. Das ist weltweit im Moment in keinem Bereich der Fall. Die Reproduktionsmedizin – ich würde auch strikt fordern, dass das beibehalten bleibt – sollte getrennt sein von den Bereichen, die sich aus völlig anderen Gründen mit Stammzelltherapie beschäftigen.

Eine andere Gefahr bestünde natürlich in der Tat, wenn wir sagen: Wir öffnen diesen Markt der Präimplantationsdiagnostik für eine Art Screening. Das ist im Moment bei der Präimplantationsdiagnostik nicht möglich, weil das Material so gering ist. Was machen Sie denn aus sechs Pikogramm DNA? Da können Sie nicht allzu viel diagnostizieren. Aber nehmen wir einmal an, wir würden jetzt eine Art Chiptechnologie nutzen – das ist im Moment noch nicht der Fall, aber das könnte man sich ja vorstellen –, mit der die hundert häufigsten genetischen Erkrankungen getestet werden können. Das gilt dann gleichermaßen für die Präimplantationsdiagnostik wie für die Pränataldiagnostik. Meine Vorstellung wäre ganz klar die, dass dann, wenn es nicht im Rahmen der Ärzteschaft als Selbstkontrolle funktioniert, der Gesetzgeber aufgerufen wäre, eine Chiptechnologie dieser Art in der Pränataldiagnostik zu untersagen. Das kann man doch machen. Wir könnten natürlich auch heute bei jeder Schwangeren pränatal ein Dutzend Krankheiten testen. Das wird zum Teil an uns herangetragen, wenn die Frau sagt: „Ich habe aber in der Zeitung gelesen: Es gibt Cystische Fibrose, Fragiles X Syndrom etc.“. Das testen wir nicht, auch

wenn die Frau es will, weil wir sagen: Es gibt keine gezielte Indikation. Also Ja zur Chiptechnologie in der Infektionsbiologie – es ist doch toll, wenn man unter tausend möglichen Krankheitserregern den einzigen sehr schnell findet –, aber ein klares Nein in der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik. Wir in Deutschland sind doch wohl in der Lage, Richtlinien aufzustellen und diese durchzusetzen. Das geschieht doch in anderen Bereichen auch.

Herr Prof. **Dr. Gassen**: Das Wissen über unser Genom wächst explosionsartig. Es ist nicht nur die Frage, ob in der einzelnen Erbstruktur ein Punktfehler vorliegt, sondern es ist für das medizinische Wissen sehr wichtig, in welcher Umgebung diese Erbeigenschaft sitzt, denn die Umgebung der Erbeigenschaft ist natürlich beeinflusst. Mit diesem großen Wissen, das Möglichkeiten zur Diagnostik eröffnet, werden sich solche Gebiete über einen längeren Zeitraum erweitern. Das haben wir bei jedem medizinischen Fortschritt gesehen. Nehmen wir z. B. Semmelweis und den Kaiserschnitt. Um die Jahrhundertwende wurde prognostiziert: Kinder werden nur noch mit dem Kaiserschnitt geboren. Das stimmt überhaupt nicht, sondern das ist nur die Ausnahmeregelung nach medizinischer Indikation. Eine Verbreiterung wird es mit dem medizinischen Wissen selbstverständlich geben. Wenn jetzt dieser Katalog etwa zwölf Indikationen umfasst, können wir sagen, dass wir in zehn Jahren vielleicht 30 oder 40 Indikationen nach Prüfung haben werden. Ich glaube, dass das zum Wohl der Mutter und auch des Kindes ist. Nun den Begriff PID umzusetzen und zu sagen: „Wir haben jetzt zwei Übel, und das zweite Übel sind die embryonalen Stammzellen“, ist einfach nicht korrekt, weil bei embryonalen Stammzellen der Begriff PID gar nicht angewandt werden kann, weil wir ja nicht implantieren. Ich würde aus wissenschaftlicher Sicht sagen: Wenn wir bei einer verheerenden Erbkrankheit, z. B. Mukoviszidose, wo wir eine Inzidenz von ungefähr 2.500 haben, die embryonalen Stammzellen in der Wissenschaft nutzen könnte, um zu sehen, wie sich das Krankheitsbild entwickelt – wir kennen ja nur die Genstruktur –, dann wäre das für einen Mediziner und Arzt, der ernsthaft und gewissenhaft am Reduzieren von Leiden arbeitet, extrem wichtiges Material. Wenn das einfach verworfen würde, wäre das furchtbar. Denn es gibt uns doch einen kleinen Einblick: Wie entwickelt sich das? Wo ist das Krankheitsbild? Aber jetzt zu sagen, nur um der so genannten PID – wir kennen ja alle dieses Stoppschild, das jetzt als Antiwerbung gebraucht wird – nehmen

wir das jetzt, damit ihr keine Stammzellforschung macht, ist ja Unsinn, denn wir implantieren dabei überhaupt nicht. Man darf nicht immer wieder dieses Misstrauen einbringen und sagen: Mit dem, was ihr könnt, wird auch Missbrauch gemacht. Wo gibt es denn einen Anlass dafür? Wir haben ungefähr zwölf Indikationen, und es werden ein paar mehr werden. Wir können doch aus lauter Misstrauen nicht plötzlich sagen, dass wir nicht mehr behandeln wollen. Mir tut das weh.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Ich habe eine Frage an Frau Dr. Bock. In der Abgrenzung der Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnostik, die ja, wie wir jetzt mehrfach gemerkt haben, in Zusammenhang mit Konsequenzen in der Pränataldiagnostik gesetzt wird, ist ein wichtiger Gesichtspunkt, dass wir den inneren Konflikt der Mutter bei einer bestehenden Schwangerschaft für ein sehr starkes Kriterium halten, das den Abwägungsprozess bestimmt.

Erste Frage: Ich möchte gerne ein bisschen genauer von Ihnen erfahren, was der Prozess der Generierung von Eizellen, also das, was Sie als Überstimulation beschrieben haben, und was der Prozess der Gewinnung dieser Eizellen bedeutet, welche Konsequenzen das hat und welche einer Situation sich die Betreffende aussetzt, weil das möglicherweise unsere Einschätzung der Leichtigkeit einer solchen Entscheidung korrigiert.

Zweite Frage: Sie haben vorhin von einer Baby-Take-Home-Rate von 15 % gesprochen. Heißt das, jeder dieser Zyklen fängt wieder mit einer neuen Überstimulation, Hormontherapie, Gewinnung von Eizellen an und führt möglicherweise zu einem Kind, oder worauf beziehen sich diese 15 %?

Frau **Dr. Bock**: Die 15 % beziehen sich auf jeden neu begonnenen Zyklus – das bedeutet, die Patientin bekommt Medikamente, es wird eine Punktion von Eizellen vorgenommen, und es wird eine aktuelle Fertilisation durchgeführt – und darauf, was passiert, wenn wir überzählige Eizellen haben, die wir im Pronukleusstadium einfrieren. Auch diese Zyklen zählen dazu. Sie haben die eingefrorenen Eizellen,

die ich Ihnen gezeigt habe, gesehen. Die Daten zu den Pronuklei werden mit eingerechnet. Dadurch ergibt sich noch ein relativ gutes Ergebnis, nämlich dieser erhöhten Schwangerschaftsraten.

Um überhaupt ermessen zu können, was es für eine Patientin bedeutet, zu sagen: „Ich nehme die assistierte Reproduktion in Anspruch“, sollten Sie wissen: Die Patientin kommt mit ihrem Partner zu einem Beratungsgespräch, denn grundsätzlich sind diese Befunde alle Paarsterilitäten. Nach einer ausführlichen Beratung, die von einer halben Stunde bis zu gut einer Stunde dauern kann, werden dann Termine festgelegt und Voruntersuchungen durchgeführt. Es ist erforderlich, auszuschließen, dass bei einem Paar, das diese Reproduktionstechnik in Anspruch nehmen möchte, Infektionskrankheiten vorliegen, z. B. Hepatitis B. Wir müssen auch auf HIV checken, also geschlechtsübertragene Krankheiten. Wir müssen sicherstellen, dass die Mutter einen Rötelschutz besitzt, damit wir nicht eine Schwangerschaft erzeugen und das Kind dann durch eine Rötelninfektion hochgradig gefährdet wäre. Wir müssen sicherstellen, dass beide Partner gesund sind.

Dann können wir mit der Planung beginnen. Diese sieht derzeit so aus, dass man ein so genanntes Longprotokoll als Behandlungszyklus führt. „Long“ sagt Ihnen schon, dass es um einen längeren Zeitraum geht. Mit diesem Protokoll, wie man das nennt, hat man die größten Erfahrungen und die besten Möglichkeiten, eine Schwangerschaft zu erzielen. Die Patientin bekommt über einen Monat eine Antibabypille (in den meisten Fällen). Das nennt man eine Zyklusprogrammierung. Irgendwann gegen Ende dieses Pilleneinnahmezyklus erhält die Patientin Medikamente, die ihre eigenen Hormone unterdrücken. Würden wir das nicht tun, würde die Patientin ganz normal eine Eizelle entwickeln. Aber wir wollen ja eine Überstimulation, d. h., wir wollen mehr als nur diese eine Eizelle. Wir unterdrücken die eigenen Hormone der Patientin und führen von außen Hormone zu, die die Eizellen anregen, und wir führen sie in einer Dosierung zu, sodass mehr als eine Eizelle wächst. Wir in Marburg versuchen immer, ungefähr sechs bis zehn Eizellen im Wachstum anzuregen, weil das für die Patientin die geringste Belastung bei größtmöglichem Erfolg bedeutet. Es gibt aber auch Mitteilungen aus der Literatur, insbesondere aus den Anfangszeiten der assistierten Reproduktion, wo über die Gewinnung von bis zu 40 Eizellen berichtet wird, was mittlerweile als verwerflich

gelten muss. Es ist aber durchaus häufiger der Fall, dass bis zu 20 Eizellen gewonnen werden. Ein normaler Eierstock hat etwa Hühnereigröße. Ein Eierstock, aus dem man 20 Eizellen holen will, ist mindestens vier- bis fünfmal so groß. Sie müssen sich klar machen, welche Belastung das die Patientin ist. In dem Moment, wo wir beginnen, ihr die Medikamente zu geben, die diese Eizellreifung hervorrufen sollen, muss sie regelmäßig kontrolliert werden, d. h. im Abstand von einigen Tagen, damit wir kein Risiko für die Frau eingehen, das zu einer lebensbedrohlichen Situation führen kann, denn auch das ist nicht ausgeschlossen.

Die Patientin kommt zu einer Ultraschalluntersuchung und zu einer Blutentnahme. Abhängig von dem Ergebnis wird entschieden, wie sie weiter behandelt wird bis zu dem Zeitpunkt, wo wir durch Ultraschall- und Blutuntersuchung feststellen können, dass die Eizellen „reif“ sind, d. h. so ausgereift, dass eine Befruchtung möglich ist. Dann bekommt die Patientin ein Medikament, das den Eisprung auslöst – wieder von extern; die eigenen Hormone sind geblockt.

Nachdem wir dieses Medikament appliziert haben, haben wir ein Zeitfenster, das relativ eng ist und das 34 bis 36 Stunden nach dieser gezielt gegebenen Spritze einsetzt. Innerhalb dieser Zeit müssen wir an die Eizellen herankommen. In früheren Zeiten hat man eine Bauchspiegelung gemacht und hat versucht, über den Bauchnabel durch Einführung von Instrumenten unter Sicht die Eierstöcke zu punktieren, um diese Eizellen zu bekommen. Gott sei Dank ist heute die Medizin fortschrittlicher, und wir können per Ultraschall die Eizellen gewinnen. Aber das setzt voraus, dass wir einen Ultraschallkopf durch die Scheide einführen, der mit einem Instrument versehen ist, durch das wir mit einer sehr scharfen Nadel durch die Scheide die Eierstöcke punktieren und mit einem kleinen Instrument, das einen Unterdruck erzeugt, die Flüssigkeit aus den Follikeln, d. h. aus den Eibläschen, herausziehen, in denen sich die Eizelle befindet. Das kann man in Ausnahmefällen ohne Narkose durchführen. Aber normalerweise würde ich die Patientin zumindest sedieren, d. h. ihr ein Medikament geben, das sie etwas schläfriger macht. Routine ist aber eigentlich, dass dieser Eingriff in Vollnarkose erfolgt. Ein Eingriff dieser Art dauert zwischen zehn und 20 Minuten.

Parallel dazu muss der Ehemann Ejakulat abgeben, das dann, wenn das alles vorbereitet ist, im Labor aufgearbeitet wird, weil man nicht einfach Spermien nehmen, die Eizelle in eine Schale tun und hoffen kann, dass es funktioniert. Die Spermien müssen aufgearbeitet und von gewissen Stoffen befreit werden, die sie im normalen Wege bräuchten, die aber in diesem Fall störend wirken könnten. Dann werden die Eizellen mit den Spermien in eine Nährlösung gegeben.

Diese Aktionen nehmen, wenn alles günstig läuft, einen Zeitraum von mindestens sechs Wochen in Anspruch.

Sicherlich kann die Ausweitung, dass viele Paare das in Anspruch nehmen möchten, problematisch sein; aber ich weiß nicht, wer von Ihnen bereit wäre, ein solches Verfahren, wenn es nicht wirklich sein müsste, auf sich zu nehmen. Wenn Sie die Patientinnen befragen, die solche Verfahren oder Prozeduren durchlaufen haben, dann hören Sie, dass die zunächst einmal froh und dankbar sind, selbst wenn sie nicht schwanger geworden sind, dass sie eine Zeit lang eine Pause machen können, in der sie sich sowohl psychisch als auch körperlich regenerieren können. Ich bitte immer zu bedenken, dass das die Grundlage sein kann, auf der diese Präimplantationsdiagnostik steht. Genau so, wie ich Ihnen das jetzt erklärt habe, erkläre ich das auch den Paaren, die meinen, es sei „hip“, das kontrollieren zu lassen. Die überlegen sich dann sehr rasch, ob das denn wirklich erforderlich ist.

Im Rahmen der Ethikdiskussion sollten normalerweise – ich sprach es schon an – Kosten keine Rolle spielen, aber man darf sich meiner Ansicht nach dieser Frage auch nicht verschließen, denn die Kostenträger zahlen im Regelfall nur vier Behandlungszyklen. Die Schwangerschaftsrate ist nicht kumulativ. Man darf nicht denken, ich mache vier Zyklen mit jedes Mal 15 % und komme dann auf 60 %, und wenn ich noch ein paar mehr mache, erreiche ich 100 %. So ist es nicht. Es gibt Patientinnen, die 20 Zyklen machen und nicht schwanger werden. Deshalb muss man auch den finanziellen Aspekt berücksichtigen, der einer Ausweitung entgegensteht. Wenn ich als Arzt keine Indikation stellen kann und es auch keine weitere Begründung gibt, diese Zyklen durchzuführen, und ich dem Paar einen Behandlungszyklus anbiete, dessen Preise zwischen 8.000 DM – was

relativ preisgünstig wäre – und weit über 10.000 DM liegen, dann sind das beträchtliche Kosten, mit denen man rechnen muss – für eine Chance von 15 %.

Moderator **Dr. Emmrich**: Das war, glaube ich, sehr eindrucksvoll und hat uns deutlich gezeigt, welcher Weg genommen werden muss.

Abg. **Nicola Beer**: Sie haben eben gesagt, Sie bringen die Eizellen mit den aufbereiteten Spermien in einer Nährlösung zusammen. Vorhin wurde gesagt, es dürfen nur drei Embryonen transferiert werden. Jetzt ist meine Frage: Wenn Sie acht oder auch 20 Eizellen gewinnen, wie viele Eizellen bringen Sie dann zusammen, und in welchem Stadium brechen Sie das dann ab, um nicht mehr als drei Embryonen zu gewinnen? Denn sonst müssten Sie ja Embryonen einfrieren oder vernichten. Sie haben also eine Differenz zwischen 20 vorhandenen und drei transferierten Eizellen. Was passiert mit denen, die übrig bleiben?

Frau **Dr. Bock**: Das ist ein sehr wichtiger Punkt, der durch das Embryonenschutzgesetz geregelt ist. Der Pronukleus – eine Eizelle, zwei Kerne – ist im Sinne des Embryonenschutzgesetzes quasi rechtsfrei. Nicht alle dieser Pronuklei entwickeln sich weiter. Ich könnte, wenn ich es wollte, 20 Pronuklei erzeugen, müsste aber, bevor sie sich teilen, drei davon auswählen, denen ich erlaube, sich weiterzuentwickeln, weil ich sie der Patientin zurücktransferieren möchte. Die anderen muss ich, bevor sie sich weiterentwickeln, einfrieren. Das ist rechtlich so weit komplett abgesichert. Wir sagen den Patienten vorher immer bzw. weisen sie in der Beratung darauf hin, dass wir die Chance einer Schwangerschaft durch drei Embryonen, die wir zurücksetzen, erhöhen, dass aber auch ein gewisses Drillingsrisiko besteht. Ein junges Paar, das drei Säuglinge auf einmal bekommt, ist in einer schwierigen Situation. Das machen wir denen auch klar, und wir vermitteln denen auch die Adressen von Selbsthilfegruppen, die sich damit auskennen. Das Paar braucht alles dreifach. Das ist ein finanzieller Aspekt, der die weitere Lebensplanung eines solchen Paares in höchstem Maße beeinflusst. Deshalb besprechen wir mit den Paaren, wie viele Eizellen wir überhaupt so

weit behandeln sollen, d. h. wie viele Pronuklei wir zulassen sollen und wie viele Embryonen transferiert werden. Entscheidet sich ein Paar für zwei, was häufig der Fall ist – wir sagen in der Beratung auch, dass im idealen Fall zwei gute Embryonen ausreichen –, dann setzen wir nur diese zwei zurück und haben keine weiteren, die wir sich entwickeln lassen.

Der Kollege sprach es auch schon an: Eine gewisse Selektion betreiben wir alle dadurch, dass wir zehn Pronuklei haben und wissen: Diejenigen, die am schnellsten dieses Pronukleusstadium erreichen, sind auch die, die theoretisch die höchste Potenz haben, sich einzunisten und zu einer Schwangerschaft zu führen. Wenn ich zehn habe und auswähle, welche ich einfriere und welche ich aktuell zurücksetze, dann werde ich die nehmen, die morphologisch, d. h. von ihrer Form her, sehr gut aussehen und die sich am schnellsten so weit entwickelt haben, weil damit das, was das Paar möchte und wozu wir ihm verhelfen wollen, nämlich eine Schwangerschaft, am ehesten zu erreichen ist. Die anderen werden wir nicht wegwerfen – das ist dem Paar auch klar –, sondern die werden entsprechend konserviert.

Abg. **Nicola Beer**: Was geschieht dann, wenn es zur Schwangerschaft kommt, mit den konservierten? Werden die dann aussortiert?

Frau **Dr. Bock**: Primär nicht. Viele Paare wünschen sich mehrere Kinder. Insofern muss man das mit dem Paar regeln. Das ist unterschiedlich. Es gibt durchaus kryokonservierte Eizellen, die neun Jahre nach der Kryokonservierung noch zu einer Schwangerschaft geführt haben. Diese Kryokonservierung muss auch geregelt werden. Das sind auch wieder finanzielle und ethische Aspekte. Was passiert mit den Embryonen bzw. den Pronuklei, die keiner mehr will? Theoretisch könnten wir sie auftauen und wegtun, denn sie genießen derzeit nicht den Schutz des Embryonenschutzgesetzes; sie sind kein Embryo.

Ich habe Ihnen vorhin die aktuellen Zahlen genannt: Von 126.000 wurden 94.000 aufgetaut, d. h. ungefähr drei Viertel, um eine Schwangerschaft zu erzeugen. Da nicht jede transferierte Zelle – wir sprachen es schon an – zu einer Schwangerschaft führt, kann man, um diese Prozedur etwas abzukürzen, eingefrorene auftauen und der

Patientin zurückgeben, ohne dass der ganze Aufwand, den ich beschrieben habe, noch einmal erfolgen muss. Der Sinn, der dahinter steckt, ist der, dass die Morbidität, wie wir es im Medizinerkreis nennen, d. h. die Möglichkeit einer Krankheit der Patientin durch die Behandlung, reduziert wird.

Herr **Dr. Seufert**: Die Mehrlingsgraviditäten sind ja im Augenblick noch die Krux der Reproduktionsmedizin. Deshalb – das denken sicher die meisten von uns hier am Tisch – brauchen wir die Indikationslösung, womit andere Indikationen für die Präimplantationsdiagnostik ausgeschlossen werden. In England gibt es Gruppen, die mit Embryonen, die durch die Präimplantationsdiagnostik gegangen sind, die Zahl der Embryonen auf eins reduzieren wollen. Wir wissen, dass einer der Hauptgründe für das Nichtanwachsen von Embryonen chromosomale Apparationen sind. Wenn ich jetzt ausschließen könnte, dass in einem solchen Embryo so etwas ist, dann könnte ich damit das Mehrlingsproblem in der Reproduktionsmedizin in den Griff bekommen. Aber das ist etwas, was bei uns praktisch alle ablehnen, was auch die Bundesärztekammer abgelehnt hat und was man sicher über eine Indikationslösung regeln kann.

Zu der Frage des Missbrauchs: Überall, wo Menschen irgendetwas machen, ist Missbrauch natürlich prinzipiell möglich. Aber dass gerade in der Reproduktionsmedizin, wo seit 1990 das Embryonenschutzgesetz gilt, größere Vergehen gegen dieses Gesetz nicht bekannt geworden sind, zeigt doch, dass man diesen Bereich rechtlich so regeln kann, dass Missbrauch eine absolute Ausnahme darstellt oder gar nicht stattfindet. Ich glaube, da wäre die Indikationslösung, wie sie im März 2000 von der Bundesärztekammer vorgeschlagen wurde, ein gangbarer Weg, damit unter definierten, kontrollierten Bedingungen die Präimplantationsdiagnostik in Deutschland möglich wird zum Wohle von zwar nicht sehr vielen, aber doch einigen Patientinnen, die wir dann nicht ins Ausland schicken müssten. Ein sicher auch sehr wichtiger Punkt ist, dass man andere Indikationen, wie beispielsweise die Durchführung der Präimplantationsdiagnostik an allen Embryonen, auch bei älteren Frauen, wo ja das chromosomale Risiko viel höher ist, mit einer Gesetzesvorlage unmöglich macht, aber in definierten Fällen die Indikationslösung dann das Fenster dazu öffnet. Wie gesagt, seit 1990 hat das Embryonenschutzgesetz einen Missbrauch in diesem Bereich,

also eine Fehlverwendung von Embryonen, in Deutschland verhindert. Ich glaube, das könnte man ebenso gut für die Präimplantationsdiagnostik machen.

Abg. **Christel Hoffmann**: Ich bleibe bei den definierten Fällen für die PID. Vorhin wurde gesagt, derzeit seien außer den Translokationen etwa 10 bis 12 Erbkrankheiten bei einer PID unter selektiven Bedingungen nachzuweisen. Natürlich wird die Entwicklung weitergehen. Wo würden Sie denn jetzt nicht bei der Frage der Nachweisbarkeit über DNA-Analysen, sondern hinsichtlich der Schwere der Erkrankung einen Schnitt machen? Ich denke, das ist sicherlich eine ebenfalls interessante Frage.

Die zweite Frage betrifft die Entwicklung der pränatalen Genomanalyse. Vorhin wurde hier gesagt, dass sich die Zahl der Abbrüche, die aufgrund von genetischen Defekten gemacht werden, verdoppelt hat. Mich würde hier die Zahl interessieren, denn es ist immer interessant, wenn man exakte Zahlen hat, damit man weiß, über welche Größenordnungen man diskutiert.

Herr Prof. **Dr. Bartram**: Zunächst zur Zahl: Wir haben jährlich 160.000 bis 200.000 Abtreibungen in der Bundesrepublik. Man geht davon aus, dass davon 1 % bis maximal 2 % – es besteht da ja keine Meldepflicht, es sind also Hochrechnungen – aufgrund einer medizinischen Indikation gemacht werden. Das ist die Größenordnung, mit der wir es in Deutschland zu tun haben.

Die wichtige und für mich zentrale Frage des § 218 – diese Situation wäre jetzt meines Erachtens auf die Präimplantationsdiagnostik zu übertragen – lautet: Was ist überhaupt eine Indikation? Diese Frage ist in § 218 so gelöst, dass man sagt: Vom Arzt ist die Zumutbarkeit einer Schwangerschaft für die Frau abzuklären. Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber den Ärzten eine in unserer Gesellschaft beispiellose Verantwortung übertragen, nämlich wegzukommen von einem denkbaren Katalog – der wohl von allen abgelehnt würde, – und stattdessen zu einer individualisierten Betrachtung zu kommen. Der Grund, weshalb mit dieser Diagnostikbereich ganz persönlich in meinem Arztberuf die größten Probleme bereitet, liegt darin, dass ich nicht allein

mit dem operieren kann, was ich persönlich für richtig halte, sondern klären muss: Was ist für diese Frau oder diese Familie die Grenze der Zumutbarkeit? Es gilt nicht in einem Konzeptpapier diese und jene Krankheit niederzulegen, sondern dies gilt es im Einzelfall in dem Arzt-Patienten-Verhältnis abzuklären. Nun gibt es gute und schlechte Ärzte genauso wie gute und schlechte Politiker. Aber wenn man es so macht, wie wir es uns wünschen und vorstellen, dann bedeutet das für mich als Arzt die Herausforderung, mich auch emotional in diesen Entscheidungsprozess einzuspannen. Denn ich kann nicht nur rational klären, was eine Frau empfindet, sondern ich muss mich in ihre Lage hineinversetzen. Da ist ein ganz wichtiger Punkt, sich Zeit zu nehmen. Ich lehne es schlicht ab, wenn jemand kommt und sagt: „Ich habe diese Erkrankung, jetzt möchte ich den Schein und übermorgen die Abtreibung“, mich in dieses Konzept hineinzubegeben. Denn ich meine, wenn es um Leben und Tod geht – in der emotionalen Bindekraft würde ich von der Präimplantationsdiagnostik nichts anderes erwarten als von der Pränataldiagnostik –, dann muss es eine Entscheidung sein, die hin und her überlegt wird, auch im Interesse der Frau, weil z.B. Schuldgefühle auftauchen.

Vorhin wurde gesagt: In dem einen Fall ist das Kind doch im Mutterleib und hat dann vielleicht einen größeren Schutz als das Kind außerhalb des Mutterleibs.

Nun muss man aber bedenken: Was hat die Frau bereits hinter sich, damit sie dies in Anspruch nimmt? Sie hat schon eine Abtreibung hinter sich, sie hat schon ein behindertes Kind. Will ich wirklich den Zynismus so weit treiben, dass ich bei einer Frau, die das alles schon hinter sich hat, sage: Die Frau soll erst einmal schwanger werden, das Kind im Mutterleib zappeln sehen; dann ist es wohl hart genug, dann kann sie abtreiben. Das ist für mich der Wertungswiderspruch. Deswegen sage ich: nicht beliebig, sondern nur nach strengster Indikationsstellung eine solche Möglichkeit, dann aber nicht festgelegt auf eine bestimmte Erkrankung, denn dann geraten wir in völlige Unglaubwürdigkeit. Deswegen würde ich auch sagen: Das, was die Bundesärztekammer im Diskussionsvorschlag einer künftigen Richtlinie mit der Begrenzung auf „besonders schwer“ gemacht hat, ist zwar politisch verständlich, aber es ist ein zahnlöser Tiger, denn dann müsste sie sagen: Was ist denn nun „besonders schwer“? Dies festzulegen, verweigert sie natürlich und muss sie verweigern im Sinne dieser individuellen Entscheidung.

Im Prinzip geht es um schwere Krankheiten im Sinne der Zumutbarkeit für die Frau und nicht der Zumutbarkeit für die Gesellschaft oder für den Arzt.

Abg. **Dr. Franz Josef Jung (Rheingau)**: Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Seufert und an Herrn Professor Dr. Bartram. Ich habe – ich kann das sehr gut nachvollziehen, was Sie gerade gesagt haben, Herr Prof. Dr. Bartram, bezogen auf den Einzelfall – im Hinblick auf die Präimplantationsdiagnostik Verständnis. Ich habe nur – das habe ich auch in der Landtagsdebatte zum Ausdruck gebraucht – das große Problem, dass wir, wenn man dort eine Tür öffnet, auf dem Weg über Screening bis zum gezüchteten Menschen in einer Situation landen, die nicht verantwortbar ist.

Sie haben jetzt gesagt, Herr Dr. Seufert: „Ihr müsst dann eben strengere Bedingungen entwickeln.“ Sie, Herr Prof. Dr. Bartram, haben mit dem Hinweis auf die Chipdiagnose gesagt: „Dort müsst ihr klare Grenzen einziehen.“ Meine Sorge ist nur die – vielleicht können Sie uns da etwas mehr Anhaltspunkte für die Politik geben –: In welcher Art und Weise kann man eine rechtliche Definition vornehmen, damit das, was ich als große Gefahr sehe, nicht eintritt, und das, was Sie als das heilende Moment im Einzelfall sehen, umsetzbar ist?

Herr Prof. **Dr. Bartram**: Sie hatten das Dambruchargument aufgebracht. Das ist ein viel benutzter Begriff in diesem Kontext. Ich würde sagen, wir schauen uns zunächst einmal die Situation an: Wo sind früher Dämme aufgeschüttet worden, und wo sind diese womöglich eingebrochen? Im Bereich der invasiven Pränataldiagnostik kann ich, obwohl dort inzwischen jahrzehntelange Erfahrungen vorliegen, einen Dambruch nicht erkennen. Denn das würde ja bedeuten, dass wir sagen: Wir bieten für jede Schwangerschaft das Gesamtspektrum an Diagnostik an. Wir kennen etwa 5.000 monogene Erbkrankheiten. Möglichkeiten der Diagnostik bestehen vielleicht bei – ich untertreibe einmal – 500 – alles schwere Erkrankungen –, und wir bieten diese Möglichkeiten an. Das passiert real nicht. Ich habe vorhin schon gesagt, dass die invasive Pränataldiagnostik heute nicht einmal die Diagnostik der häufigsten monogenen Erbkrankheiten in Anspruch nimmt. Ganz konkret: Eine Frau kommt, die nicht eine Altersindikation hat. Ich habe vorhin über die Problematik der Altersindikation, die weitgehend

akzeptiert ist, gesprochen und gesagt, dass mich diese viel mehr belastet, weil so schlecht beraten wird und wir dafür sorgen müssen, dass die Beratung in den Vordergrund gestellt wird. Aber nehmen wir jetzt einmal diese monogenen Erbkrankheiten. Da könnte doch eine Frau kommen und sagen: „Ich habe mich informiert. Ich nehme die fünf häufigsten Erkrankungen. Du sagst zwar, da gibt es soundso viele weitere Möglichkeiten der Diagnostik. Aber was maßt du dir eigentlich an, mir zu sagen, ein Risiko von 1 : 2.000 sei nicht viel? Für mich ist ein Risiko von 1 : 2.000 mehr als ein Risiko von 1 : 10.000 und deshalb viel.“ Da, sage ich, der Arzt ist gefordert. Er muss der Frau deutlich machen, dass dieses Risiko von 1 : 2.000 in überhaupt keinem Verhältnis zu dem Basisrisiko von 3 % steht, d. h., wenn sie diese Krankheit ausschließt, sie eine Masse von anderen Krankheiten nicht ansatzweise ausschließen kann. In diesem Fall lehne ich eine Indikationsstellung ab. Die Frau kann ja dann von mir aus zu einem anderen Arzt gehen. Das kann ich schwer steuern, aber das ist im Leben sonst auch so.

Ich sage, im Durchschnitt ist es nicht zu einer Inflation dieser Diagnostik gekommen. Aber ich sage, wir müssen aufpassen, dass diese Art von Diagnostik – Präimplantationsdiagnostik wie Pränataldiagnostik – erstens überhaupt im medizinischen Kontext nach Indikationsstellung bleibt und wir nicht an eine Art Genbude gehen können und uns dort irgendwie testen lassen können. Zweite Forderung: Da es hier um eine ganz ernsthafte Art von Diagnostik geht, die weit über das normale Maß dessen, was sonst Ärzte testen, hinausgeht, muss das Beratungskonzept solide gestaltet sein. In diesem Fall müssen wir zu der Regelung kommen, dass Fachärzte für Humangenetik den genetischen Hintergrund vermitteln. Sie können sich vorstellen, dass man in einer fünfjährigen Ausbildung etwas mehr lernt, als allgemein im Medizinstudium. Diese Beratungsqualität muss an die Frau und an den Mann gebracht werden.

Ihre Frage war, wie man das machen kann. Das hat nicht der Gesetzgeber, aber die Bundesärztekammer vorexerziert mit den Richtlinien, also dem schärfsten Instrumentarium auf diesem Gebiet und zwar, für die prädiktive Diagnostik bei Tumorerkrankung, also die Disposition zu Tumorerkrankung. Dort hat die Bundesärztekammer eine Richtlinie aufgelegt, die weltweit zum ersten Mal die Ärzteschaft eines ganzen Landes zur interdisziplinären Beratung verpflichtet. Wenn ein

Arzt eine Frau auf eine Prädisposition für Brustkrebs testen will, muss er vorher sicherstellen, dass die Frau durch einen Gynäkologen und durch einen Facharzt für Humangenetik beraten wird und dass ihr die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Beratung vor Testung angeboten wird. Macht ein Arzt das nicht, begeht er einen Kunstfehler.

In diesem Sinne müssen wir Richtlinien zunächst einmal im Landesrecht erlassen, diese Art von prädiktiver Diagnostik, oder auch Präimplantationsdiagnostik an adäquate Beratung zu binden. Wenn das nicht funktionieren sollte, weil das nur Landesrecht ist, dann ist in der Tat der Gesetzgeber gefordert. Ich sehe noch nicht unbedingt, dass der Gesetzgeber jetzt gefordert ist. Aber wenn das nicht greift, dann ist er gefordert.

Herr **Dr. Seufert**: Das Wesen der Pränataldiagnostik ist ja eigentlich ein anderes, nämlich die Krankheit eines Kindes zu einem sehr frühen Zeitpunkt zu erkennen. Nur in den wenigsten Fällen endet die Pränataldiagnostik in dem Schwangerschaftsabbruch. Viel häufiger ist es so, dass ich eine Krankheit – einen Hydrops oder etwas Ähnliches – , bei der ein Kind ein immunologisches Problem hat, vorher kenne und Vorbereitungen vor der Entbindung treffen kann und dann das Kind durch die Pränataldiagnostik eine viel höhere Chance hat, gesund in die nächsten Jahre zu kommen. Nur in ganz wenigen Fällen kommt es aufgrund von sehr auffälligen Befunden dann zum Schwangerschaftsabbruch. Meiner Meinung nach ist der Kernfrage, die dahinter steht, die: Wie gehen wir mit unheilbarer Krankheit um? Das hat § 218 mit viel Mühe und sicher nicht ganz logisch geregelt, wenn man die Gesamtmedizin betrachtet. Ich denke, das Wesen der Pränataldiagnostik ist, pränatale Krankheiten früher zu finden und dann eine optimale Therapie des Kindes zu ermöglichen.

Bei der Präimplantationsdiagnostik ist es anders. Das Kind, das ich intrauterin sehe, hat schon wesentliche Stufen der Entwicklung hinter sich. Da ist natürlich auch die Frage: Ab wann beginnt das Leben? Ist das der Fall, wenn die beiden Vorkerne zusammenfließen? Ein solcher Embryo, selbst wenn man ihn für die Implantation auswählt, hat eine sehr niedrige Chance, zu einem Kind zu werden. Ich sehe das nun rein pragmatisch. Ich bin klinisch tätig und kann da vielleicht nicht allen Überlegungen von Theologen und Juristen in voller Schärfe folgen, aber

ich sehe es so: Wenn mehrere Embryonen oder mehrere Vorkernstadien vorhanden sind, warum soll ich dann einer Patientin nicht die geben, die kein Problem für das Kind verursachen? Sie wird zwei oder drei Embryonen bekommen. Ist es jetzt unethisch, die auszuwählen, die dann wahrscheinlich nicht dieses Krankheitsproblem haben? Ich denke, auch wenn sich die Präimplantationsdiagnostik weiterentwickelt, dann muss nicht unbedingt eine Diagnostik intrauterin folgen. Ich kann natürlich nicht alle anderen Fehlbildungen ausschließen, aber wenn klar ist, dass dieser Embryo diese Fehlbildung nicht hat, dann, denke ich, bedeutet das auch nicht mehr automatisch, dass eine Pränataldiagnostik mit durchgeführt werden muss. Ich denke, die Kernfrage ist: Ist es unethisch, wenn ich mehrere Möglichkeiten habe, dann einen Embryo auszuwählen, der dieses Problem nicht hat? In der Praxis findet allein durch das morphologische Vorgehen bereits eine gewisse Selektion statt, indem ich die Embryonen nehme, die sich am besten teilen, weil die Schwangerschaftsrate, die ja zugegebenermaßen immer noch sehr niedrig ist, dann etwas höher ist. Da stellt sich wirklich die Frage: Wo ist da eine ethische Grenze?

Eine andere Frage ist, ob es da tatsächlich einen Dambruch gibt. Allein die Stimulation, die Punktion, also das Gewinnen der Eizelle, ist ein so invasiver Vorgang, dass sicher nur sehr wenige Frauen bereit wären, sich diesem zu unterziehen, um eine Geschlechterwahl oder etwas Ähnliches vorher durchführen zu können. Ich denke, dass man hier das Missbrauchargument, das Dambruchargument doch nicht so sehr in den Vordergrund stellen sollte, sondern pragmatisch versuchen sollte, den betroffenen Patientinnen zu helfen. Dazu war bisher immer der Gang ins Ausland nötig, und dieser Weg ist eigentlich für ein so großes Land wie Deutschland meines Erachtens nicht gangbar, zumal ich auch nicht sagen kann, ob Deutschland, wenn die EU-Richtlinien weiterentwickelt werden, langfristig eine Ausnahmesituation in Europa einnehmen kann. In zehn Ländern der EU ist es erlaubt und wird es durchgeführt. Ob Deutschland auf Jahre hinaus einen Sonderweg gehen kann, vermag ich nicht zu sagen.

Herr Prof. **Dr. Gassen**: Herr Jung, ich meine, man sollte nicht immer auf die Menschenzüchtung abheben. Zwar ist Menschenzüchtung von der Antike bis heute immer ein Menschheitstraum gewesen, aber es

wird immer eine leicht mit dem Strafrecht zu kontrollierende Missbräuchlichkeit sein, selbst bei den Verrückten, die da im Augenblick herumtounen.

Etwas anderes ist es, die diagnostischen Möglichkeiten zu sehen. Diese würde ich langfristig sehr viel kritischer als Herr Bartram beurteilen, denn es baut sich zurzeit ein riesiger Markt auf. Bei den Biotechnologiefirmen entsteht weltweit ein Riesenangebot. Wir haben in der Gesellschaft andere Bewegungen, die geradezu gegenläufig sind. Wir empfehlen die Vorsorgeuntersuchungen. Dann muss sich der Einzelne doch die Frage stellen, warum er einerseits zur Krebsvorsorgeuntersuchung gehen soll, während er andererseits, wenn es um eine ganz wichtige Lebensentscheidung geht, nämlich um das Zeugen und das Aufziehen eines Kindes, vollkommen abhängig von der Beratung eines Arztes sein und sehr wenig Selbstentscheidung haben soll, obwohl es nach und nach immer zu technischen Verbesserungen kommt. Die Risiken und die Leidensperioden werden verringert, das Ganze wird immer mehr in die Allgemeinmedizin gezogen. Wir werden gerade durch das Zusammenwirken mit anderen modernen Technologien sehr schnell und sehr gut diagnostizieren können. Hier muss man sehr vorsichtig sein, ob nicht ein sehr kommerziell orientiertes Riesenangebot mit den entsprechenden Werbemaßnahmen, mit denen das heute verkauft wird, uns doch unter einen Druck setzt, den wir im Augenblick nicht haben.

Das Menschenklonierungsargument, das so publikumswirksam ist, würde ich aus einer ernsthaften Diskussion herauslassen. Aber die Tatsache, dass Menschen über ihr Schicksal und auch das ihrer Kinder immer besser informiert sein wollen und dazu nun die technischen Möglichkeiten bestehen, wird, glaube ich, sehr stark gesellschaftsverändernd wirken. Denken Sie zurück an die Pille. Die Pille hat uns ermöglicht, Sexualität und Kinderwunsch zu trennen. Das hat auf diese Gesellschaft einen extremen Einfluss gehabt. Wenn man mit sehr jungen Leuten, also 20- bis 25-Jährigen, spricht, dann merkt man, dass die diesen diagnostischen Möglichkeiten ganz anders gegenüberstehen. Die fragen: Wenn das zur Krankheitsverhinderung oder zu einer höheren Wahrscheinlichkeit eines gesunden Kindes führt, warum denn nicht?

Ich sehe ja, was sich in Deutschland und international an Biotechnologieangebot entwickelt. Dieses Angebot sucht sich natürlich einen Markt. Deshalb wird es sehr wichtig sein, dass wir nicht nur Landesregeln haben, sondern dass auch der Gesetzgeber flankierende Gesetze macht, um den therapeutischen und diagnostischen Einsatz vernünftig zu regeln und den Missbrauch zumindest – ich sage es mal ganz vorsichtig – drastisch zu verringern. Wenn wir das erreichen, sind wir schon ein ganzes Stück weiter.

Herr **Dr. Sahm**: Deutsche Klinik für Diagnostik in Wiesbaden. Drei ganz kurze Fragen.

Zunächst eine demographische Frage, um den demographischen Druck deutlich zu machen: Wissen Sie, wieviel Prozent aller Paare, die keine Kinder haben, überhaupt in ein Fertilisationszentrum gehen können?

Zweite Frage: Kennen Sie die Zahl der Menschen, die eine genetische Belastung mit sich herumtragen und die auf dem Weg über die In-vitro-Fertilisation versuchen, gesunde Kinder zu zeugen, oder die sich dafür entscheiden, lieber keine Kinder zu bekommen bzw. Kinder zu adoptieren? Was die genetische Beratung angeht, so hat Herr Prof. Dr. Bartram deutlich gemacht, dass bei der persönlichen Beratung natürlich nicht er selbst mit seinem Indikationskatalog wegweisend sein kann, sondern allein die Frau. Um das in eine rechtliche Sprache zu übersetzen: Wie können wir dem grundlegenden Satz der Gleichbehandlung mit einem Indikationskatalog gerecht werden? Ist es nicht von vornherein zwingend notwendig, dass dann jede Krankheit zugelassen werden muss? Ich nenne ein Beispiel: Die Mukoviszidose wird sehr häufig genannt. Warum nicht auch noch ein erbliches Polyposis-Syndrom, eine Krankheit, bei der ein hohes Krebsrisiko besteht? Diese Grenze ist allein rechtlich nicht haltbar. Es wird von einem Indikationskatalog gesprochen und gleichzeitig gesagt, in der Beratung könne dieser aber nicht zum Tragen kommen. Ich frage Sie, wie diese Widersprüchlichkeit aufgelöst werden kann.

Und die dritte Frage: Die Kollegen auf dem Referentenpodium haben mehrfach betont – zumindest drei haben das ausführlich getan –, dass ihre praktischen Erfahrungen losgelöst von den emotionalen Streitigkeiten der Weltanschauung gesehen werden müssen. Mich

interessiert, ob Sie die Überzeugungen, die Sie hier vorgetragen haben, als losgelöst von der Weltanschauung oder eher als Ausdruck einer spezifischen Weltanschauung betrachten.

Herr **Dr. Hackhausen**: Ich bin Facharzt für Chirurgie und Mitglied im „Landesfachausschuss Soziales und Gesundheit“ der FDP.

Ich meine, dass die Aussage, die Herr Prof. Dr. Bartram als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik gemacht hat, nämlich dass die Beratungskapazität in der Humangenetik gesteigert werden muss, auch von der Politik nachdrücklich unterstützt werden muss. Denn sonst trifft der Satz, der mir gut gefallen hat, von Herrn Seufert zu: Je größer die Praxisferne, umso kategorischer werden die Aussagen.

Nun meine Frage: Sie haben gesagt, Herr Dr. Bartram, es sei möglich, in Zukunft eine Chiptechnologie für die hundert wichtigsten Erbanomalien zu entwickeln, aber der Gesetzgeber müsse das verbieten. Dann haben Sie weiter ausgeführt: In der Infektionsbiologie Chiptechnologie ja, aber in der Pränataldiagnostik nein. Wie wollen Sie sicherstellen, dass diese gesetzgeberische Position in der Entwicklung aufrechterhalten werden kann? Die Lebenswirklichkeit zeigt, dass alle medizinischen Technologien, die entwickelt werden, auch am Markt verfügbar sind – ob legal oder illegal, ist eine weitere Frage. Wenn wir die Entwicklung in anderen Ländern betrachten, z. B. in Großbritannien als dem führenden Land in der Gentechnologie, wie wollen Sie die Sonderregelung, die Sie für unsere deutschen Verhältnisse im Auge haben, im Rahmen der europäischen Rechtsangleichung aufrechterhalten?

Herr **Rösler**: Roland Rösler, ehemaliger Abgeordneter der CDU-Fraktion, interessierter Laie.

Herr Dr. Sahm hat den Fall der Mukoviszidose schon angesprochen. Vor dem Hintergrund unserer Lebenswirklichkeit und der öffentlich geführten Debatte frage ich Sie in Bezug auf die PID-Diskussion und die Stammzellendiskussion: Wie würden Sie den Fall in Bezug auf Chopin beurteilen, der ja nachweislich Mukoviszidose hatte? Hätte er heute eine Chance, überhaupt geboren zu werden?

Sie erwähnten, Herr Prof. Dr. Bartram, dass es eine ganze Reihe von Grundsatzfragen gebe, die über diese Forschungen geklärt werden sollten, nämlich – verkürzt zusammengefasst – die Differenzierung der Zelltypen, die Dominanz einzelner Zellen. Die Dominanzfrage bezieht sich sowohl auf die Zelle im Gewebe als auch auf das einzelne Gen innerhalb des Genoms. Warum führt man diese Forschungen nicht im Bereich der Tierzellforschung durch, um dann später, wenn man die Fragen der Differenzierung besser beurteilen kann, die Ergebnisse auf den Menschen zu übertragen?

Hier wurde der Vorwurf erhoben, dass ein gewisses Misstrauen gegenüber den Wissenschaftlern bestehe. Herr Prof. Dr. Gassen, ist es nicht nachvollziehbar, dass dieses Misstrauen bei denen, die Entscheidungen zu treffen haben, zwangsläufig aufkommen muss, wenn sie die Differenz zwischen den intern geführten wissenschaftlichen Diskussionen und Veröffentlichungen in den entsprechenden Fachzeitschriften und dem, was in der breiten, von den Medien verfolgten Öffentlichkeit dargestellt wird, betrachten? Ich bewundere den Mut, mit dem Sie immer wieder sagen, dass die PID auf wenige Fälle eingrenzbar sein würde, wenn Sie selbst, Herr Prof. Dr. Bartram, hier ausführen, wir würden demnächst eine Flut von genetischen Defekten bei Volkskrankheiten aufklären können.

Wie wollen Sie PID eingrenzen angesichts der Tatsache, dass gerade in diesen Tagen die britische Embryology and Reproduction Authority darüber entscheidet, dass ein PID-Screening durchführbar sei? Einem Ehepaar, das einen an Leukämie erkrankten zweijährigen Sohn hat, soll nun erlaubt werden, dass ein Embryo gezeugt wird, der später als Transplanteur für den erkrankten Bruder zur Verfügung steht. Es gibt solche Geburten bereits in Kanada und in den USA; Sie wissen das aus der wissenschaftlichen Literatur.

Wie wollen Sie PID eingrenzen, wenn Sie den jüngsten, vor vier Wochen veröffentlichten Bericht der Weltgesundheitsorganisation zur Kenntnis nehmen, der unter der Überschrift „Mental Health“, geistige Gesundheit, dazu auffordert, angesichts der modernen Methoden der Biomedizin in einem weitaus stärkeren Maße als bisher „mental health of communities“, die geistige Gesundheit von Gemeinschaften, zu überwachen?

Vor diesem Hintergrund bitte ich, insbesondere auf die Frage der Dominanz einzugehen und mir zu erklären, wieso beispielsweise Mukoviszidose – man habe ja dieses Gewebe, es wäre schade, darauf zu verzichten, Herr Prof. Dr. Gassen – hier ein interessantes Forschungsgebiet sein könnte. Mithilfe der PID können Sie Mukoviszidose nicht erforschen, denn wenn bei der PID Mukoviszidose nachgewiesen wird, wird der Embryo nicht eingepflanzt, sondern vernichtet und steht für die Forschung nicht mehr zur Verfügung.

Frau Prof. **Dr. Neuer-Miebach**: Ich möchte auf meine Anmerkung zur Indikationsregelung oder zur Eingrenzung der PID zurückkommen. Herr Dr. Sahm hatte einen der Aspekte schon unter dem Gleichheitsgrundsatz angedeutet.

Wenn eine solche Technik verfügbar ist, möchte ich als Frau wissen, warum mir ein Mediziner gegebenenfalls diese oder jene Technik vorenthalten könnte – mit welcher Legitimation und mit welchem Definitionsrecht? Müsste es mir als gleichberechtigter Bürgerin in diesem Staate dann nicht zustehen, diese Technik auch in Anspruch zu nehmen?

Die zweite Argumentationsschiene, die dieser Eingrenzungsmöglichkeit widerspricht: Namhafte Gynäkologen, auch einige Humangenetiker sind der Auffassung, dass es keinerlei Eingrenzung der PID geben sollte, allein schon deshalb, damit die Erfolgsquote für IVF – die so genannte Baby-Take-Home-Rate – erhöht werden könne. Dafür sei es auch notwendig, die PID für alle IVF-Verfahren verfügbar zu machen. Ich hätte gerne eine Stellungnahme, wie das von den anwesenden Medizinern und Naturwissenschaftlern gesehen wird.

Abg. **Evelin Schönhut-Keil**: Es ist völlig klar: Zeugung ist ja nicht nur ein mechanischer Prozess, sondern eine Vielzahl von physischen, aber auch psychischen Indikatoren führt dazu, dass letztlich ein Kind gezeugt wird. Dies kommt mir bei den Beschreibungen, die wir heute hier gehört haben, doch zu kurz.

Ich habe gehört, dass In-vitro-Fertilisation zunehmend auch dann durchgeführt wird, wenn eine „normale“ Befruchtung möglich wäre. Wenn es jedoch eine gewisse Wahrscheinlichkeit für Erbkrankheiten

gibt, wendet man in solchen Fällen zunehmend die In-vitro-Fertilisation an. Was mich dabei einfach beunruhigt: Es gibt Paare, die sich ungeachtet dessen, ob in der Familie tatsächlich unmittelbar eine Erbkrankheit vorliegt, überlegen: „Wer weiß, was in unserem Erbgut stecken könnte.“ Meine Befürchtung ist, dass im Zuge des Fortschritts der Medizin immer mehr Paare diese Methode quasi als völlig normale Vorsorgemaßnahme betrachten und in zunehmendem Maße In-vitro-Fertilisation wünschen. Im Übrigen haben wir es vor ein paar Jahren auch noch für völlig unwahrscheinlich gehalten, dass immer mehr Frauen einen Kaiserschnitt einer natürlichen Geburt vorziehen könnten. Doch auch das ist offensichtlich ein Trend der Zeit oder unserer fortschreitenden Zivilisation.

Für mich stellt das ein großes Problem dar, denn hier findet ein gewisser Dammbbruch statt. Ich sage ganz offen: Ich habe starke Befürchtungen, dass wir Verhältnisse wie in Italien oder in den USA bekommen.

Moderator **Dr. Michael Emmrich**: Damit möchte ich die Fragerunde schließen und die Podiumsteilnehmer bitten, die gestellten Fragen kurz zu beantworten.

Es gab eine Frage zum Stichwort Misstrauen. Es wurde gefragt, wo die Grenzen lägen und ob wir möglicherweise dazu kommen, dass IVF, wie das einmal ein Humangenetiker gesagt hat, demnächst zu einem „Sport der oberen Mittelschicht“ werden wird. Es gab die Frage nach der Situation in Deutschland im Vergleich zur Europäischen Union: Können oder wollen wir eine Sonderrolle spielen? Schließlich wurde noch gefragt, ob wir nicht zu sehr technikzentriert argumentieren und sozusagen die breite Palette des Menschlichen aus dem Auge verlieren. Es gab noch einige andere Fragen mehr, die Sie sich, wie ich hoffe, notiert haben.

Herr PD **Dr. Seufert**: Zur Technik, die im Mittelpunkt steht: Gerade das sollte in der Reproduktionsmedizin nicht zum Zuge kommen, aber die Verfahren sind, zugegebenerweise, eben klinisch und sehr technisch. Das steht außer Frage. Deshalb ist es Ziel, neben der Behandlung auch eine psychotherapeutische, psychosomatische Beratung durchzuführen. Es haben sich beispielsweise auch viele

Selbsthilfegruppen gebildet. Hier können Teile der technischen Seite des Zeugungsvorgangs aufgearbeitet werden. Aber das ist ohne Frage eine Schwierigkeit der Reproduktionsmedizin, die wir ad hoc nicht lösen können. Eine technische Überbetonung will sicherlich keiner, aber sie kann dabei zwangsläufig auftreten.

Vielleicht noch eine Anmerkung zu der Überlegung, ob – wie durchaus auch von einigen Reproduktionsmedizinern geäußert wurde – eine PID nicht bei allen betroffenen Paaren durchgeführt werden müsste, um die Baby-Take-Home-Rate zu erhöhen. Das ist natürlich prinzipiell richtig. In dem Moment, in dem man von jedem Embryo entsprechende Daten hätte, käme man wahrscheinlich sogar dahin, dass man nur jeweils einen Embryo in den Mutterleib zu transferieren brauchte, weil dieser Embryo dann eine viel höhere Chance hätte, sich einzunisten. Letztlich könnten zum Teil auch chromosomale Veränderungen ausgeschlossen werden.

Aber gerade das ist, wie ich denke, der Punkt, warum es hier einer Regelung bedarf. Eine solche Entwicklung wird in der Gruppe der Reproduktionsmediziner von einer Minderheit befürwortet. Diesen Schritt sollte man in jedem Fall verhindern, auch wenn wir dann tatsächlich schlechtere Schwangerschaftsraten haben, als es im Ausland möglich ist. Ich denke, das ist ein juristisches Problem. Weltanschaulich betrachtet, sind sicherlich die meisten der Ansicht, dass man das aus diesen Gründen nicht zulassen darf. Auch die Bundesärztekammer lehnt dies ab.

Tatsache ist: Wenn man PID generell durchführen würde, könnte daraus eine erhöhte Schwangerschaftsrate resultieren. Damit könnte man auch die Mehrlingsproblematik in der Reproduktionsmedizin in den Griff bekommen, technisch gedacht. Es steht jedoch außer Frage, dass eine generelle Anwendung der PID verhindert werden sollte. Ich glaube, das will auch keiner der Anwesenden.

Moderator **Dr. Michael Emmrich**: Die weiteren Fragen, die vielleicht Frau Dr. Bock beantworten könnte, thematisierten einerseits die Kapazitäten in Deutschland – wie viele Paare können In-vitro-Fertilisation in Anspruch nehmen? – und andererseits die Grenzen: Muss sozusagen nicht jede Frau, die eine In-vitro-Fertilisation mit PID

haben möchte, sie auch bekommen? Ist es überhaupt haltbar, dies nur einem gewissen, kleinen Kreis zu gewähren? Eine weitere Frage beschäftigte sich mit der eigenen Weltanschauung. Gibt es sozusagen das objektive Arzt-Patienten-Verhältnis, oder ist schon durch Weltanschauung „vorgeprägt“, was Sie uns hier sagen?

Frau Dr. Bock: Ich nehme zum letzten Punkt zuerst Stellung. Selbstverständlich habe ich eine Weltanschauung – es wäre traurig, wenn das nicht der Fall wäre. Ich habe mich bemüht, diese möglichst zurückzustellen, indem ich versucht habe, Ihnen eher Grundlagen zu vermitteln – denn darum ging es mir hier – und weniger meine persönliche Meinung in den Vordergrund zu stellen.

Ähnliches versuche ich auch, wenn die Patienten vor mir sitzen: ihnen non-direktiv eine Entscheidung zu ermöglichen, die für diese Patienten die bestmögliche darstellt.

Wie viele Möglichkeiten gibt es zur PID? Im Deutschen IVF-Register sind ungefähr 100 IVF-Zentren zusammengefasst. Ich gehe – wenn es sehr günstige Schätzungen sind – davon aus, dass maximal 25 dieser 100 Zentren in der Lage wären, in Zusammenarbeit mit Humangenetikern überhaupt eine PID anbieten zu können.

Darüber hinaus müssen Sie sich überlegen: Die bekannte Zahl der wenigen Fälle, in denen überhaupt eine PID infrage käme, setzt voraus, dass etwa 25 Zentren ca. 200 Paare im Jahr eventuell mit dieser Technik bedienen. Damit ist es wiederum extrem schwierig, eine – sagen wir – hohe Qualität gewährleisten zu können, denn dann würde jeder ungefähr drei oder auch vier PIDs jährlich durchführen. Das kann es nicht sein. Es müsste als eine Konzentration an bestimmten Zentren erfolgen, und diese Zentren, die PID durchführen, werden dann sicherlich auch gut überwacht werden können. Es ist nicht so, dass Sie zu einem niedergelassenen Arzt gehen und dort mal eben eine PID in Anspruch nehmen könnten.

Moderator **Dr. Michael Emmrich**: Eine letzte Frage sollten wir vielleicht noch beantworten – den Rest muss ich einfach verträsten, weil wir dann zu einem anderen Thema kommen müssen. Eine der Fragen lautete noch: Wird Deutschland gegenüber der EU eine eigene Haltung aufrechterhalten können? Ist das denkbar, Herr Bartram?

Herr Prof. **Dr. Bartram**: Ich denke, Herr Vorsitzender, wir müssen dem Parlament doch Antwort geben, und ich möchte das, was die an mich gerichteten Fragen angeht, auch tun.

Die Frage nach der genetischen Beratung, die Sie, Herr Dr. Sahn, gestellt haben – „Ist das nicht mehr oder weniger willkürlich?“ – würde ich verneinen. Bei der Frage nach der Indikationsstellung für einen Schwangerschaftsabbruch bin ich unmittelbar in die Verantwortung mit eingebunden. Ich habe eine ganze Reihe von Fällen – wenn wir Zeit hätten, könnten wir sie diskutieren –, in denen ich diese Indikation nicht gestellt habe. Ich glaube, es liegt in der Verantwortung des Arztes als Vertreter für die Gesellschaft, hier keine Willkür – „Egal, was die Frau will, wird getan!“ – einkehren zu lassen, sondern die Entscheidung in ein gemeinsames Gespräch einzubetten.

Übrigens, Sie sprachen die Polyposis coli an. Das ist eine potenziell behandelbare Erkrankung, die man präventiv angehen kann. Das ist natürlich eine völlig andere Situation als bei Erbkrankheiten, die eventuell bald nach der Geburt zum Tode führen. Ich möchte das Stichwort zystische Fibrose aufgreifen. Jemand fragte ja, ob wir vielleicht Chopin verhindert hätten. Nein, einen Herrn Chopin wollen wir, wenn er auf der Welt ist, nicht verhindern – wie wir ja auch überhaupt nicht gegen Behinderte eingestellt sind, sondern das Recht der Behinderten auf eine optimale Förderung nachdrücklich unterstützen.

Die Frage ist aber, ob wir einer Frau, die ein erhöhtes Risiko für ein Kind mit einer zystischen Fibrose hat, nicht das Recht zugestehen wollen, eventuell zu entscheiden, dieses Kind abtreiben zu lassen. Das ist eine völlig andere Fragestellung. Ich darf sagen, dass der § 218 StGB zu Recht geändert wurde in dem Sinne, dass keine embryopathische Indikation mehr besteht. Ich kenne keinen – oder kaum einen – Behinderten, der sein eigenes Leben nicht lebenswert

findet. Darum geht es überhaupt nicht, sondern es geht in diesem Fall darum, die Frau in die Lage zu versetzen, eine eigenständige Entscheidung zu treffen.

Wir sollten übrigens auch nicht versuchen, Behindertenverbände gegen die Medizin oder die Humangenetik auszuspielen. Nein – wir fördern die Interaktionen. Wir bieten z. B. in unserer genetischen Beratung ganz konkret an, dass wir Familien vermitteln, in denen das jeweilige Problem bereits aufgetreten ist. Denn natürlich kann eine Familie, die ein behindertes Kind hat, viel besser abschätzen als wir Ärzte, was das im konkreten Alltag bedeutet. Es gibt geistige Behinderungen wie Trisomie 21, bei der Kinder hervorragend in den Familienverband integriert werden können. Es gibt andere geistige Behinderungen, bei denen die betroffenen Kinder Tag und Nacht schreien, woran Familien zerbrechen können. Das gilt es zu differenzieren. Es gilt, eine je individuelle Entscheidung zu ermöglichen.

Sie hatten gesagt, man könne Technik nicht aufhalten – völlig d'accord. Warum bin ich gegen eine Chip-Technologie in der pränatalen Situation, und weshalb glaube ich, dass wir sie – nicht nur formal – auch verhindern können? Pränatale Diagnostik und genetische Beratung bedeuten ja: Ich muss über alles aufklären, was ich teste, und zwar vor der Testung, denn sonst ist eine autonome Entscheidung gar nicht möglich.

Nun stellen Sie sich das einmal für eine Erkrankung wie zystische Fibrose vor: Da gibt es ein maßgebliches Gen; aber man hat etwa 900 verschiedene mögliche Veränderungen in diesem Gen gefunden. Die Auswirkungen reichen von schweren Lungenerkrankungen über leichte Lungenerkrankungen – nicht nur Chopin war erkrankt, sondern offenbar auch Karl Jaspers, und er ist damit 85 Jahre alt geworden – bis hin zu gastrointestinalen Symptomen, wobei überhaupt nichts an der Lunge auftritt, sondern Verdauungsprobleme resultieren; und schließlich gibt es betroffene Männer, die weder an der Lunge noch am Gastrointestinaltrakt erkranken, sondern infertil sind, weil die ableitenden Samenwege nicht angelegt sind. 900 Veränderungen in einem Gen resultieren in völlig unterschiedlichen Krankheitsbildern.

Bei einem DNA-Chip mit hundert Erkrankungen und Tausenden verschiedener Mutationen kann man nicht adäquat beraten, selbst ein Mediziner wäre damit als Patient überfordert. Mit anderen Worten: Ich muss es auf die Fragestellung reduzieren, die die Familie wirklich hat. Das heißt, ein DNA-Chip darf nur so viele Informationen enthalten, wie der Betreffende auch verarbeiten kann. Das ist in der Infektionsbiologie etwas anderes als in der Pränataldiagnostik.

Sie erwähnten die Volkskrankheiten, die wir jetzt genetisch charakterisieren können. Ich hatte gesagt, für die Volkskrankheiten können wir in Zukunft die genetische Komponente identifizieren. Doch das bedeutet natürlich nur, dass wir von einer Volkskrankheit möglicherweise sagen können: hier besteht eine genetische Komponente von vielleicht 10 %; die kann ich erklären. Aber die restlichen 90 % kann ich nicht erklären.

Ich nehme einmal die Erkrankung Schizophrenie. Da ging es pointiert gesagt lange um die Frage, ob es die Schwiegermutter ist, die einen krank macht, oder ob es die Gene sind.

Jetzt wissen wir: die Verteilung lautet 50 : 50. Warum wir das wissen? Man hat bei eineiigen Zwillingen nachgeschaut und gesehen: Wenn einer der Zwillinge erkrankt ist, besteht eine Wahrscheinlichkeit von 50 %, dass der zweite ebenfalls erkrankt. Das ist eine viel größere genetische Disposition als in der Allgemeinbevölkerung, wo das Risiko bei einem oder zwei Prozent liegt. Aber selbst wenn wir in 20 Jahren alle genetischen Komponenten kennen würden, die mit der Schizophrenie verbunden sind – das sind eher 20, 30 als zwei oder drei –, dann könnte ich dem Betreffenden immer noch nicht sagen, ob er schizophren wird.

Das ist die Situation für viele Volkskrankheiten. Deshalb müssen wir im Beratungskontext festlegen: Was will der Betroffene überhaupt wissen? Wie geht er mit dem Wissen um eine 50-prozentige Wahrscheinlichkeit um? Das bedeutet eine intensiviertere Beratung, damit wir nicht in etwas hineinschludern. Aber das können wir eben durch Richtlinien oder Gesetze erreichen.

Frau Neuer-Miebach, Sie kamen noch einmal mit dem Gleichheitsgrundsatz. Wissen Sie, aus meiner Praxis als Arzt weiß ich doch, dass die Frauen, die zu uns kommen, nicht primär alle Fanatiker sind. Es sind primär Menschen, die das Beste für sich wollen und die mit sich reden lassen. Sonst wäre eine Diskussion zwischen Arzt und Patient auch sinnlos. Wenn der Betreffende schon alles weiß, dann brauche ich ihn nicht zu beraten. Dann haben wir das schnell geklärt: „Du weißt schon alles – Schluss, auf Wiedersehen.“ Dafür nehme ich nicht eine müde Mark.

Es ist aber so, dass die meisten Menschen überhaupt erst einmal wissen wollen, worum es geht, und nach der Beratung dann besser als vorher in der Lage sind, wirklich eine individuelle Entscheidung zu treffen. Wenn jemand hereinkommt und sagt: „Also, ich will erstens . . . , zweitens . . . , drittens . . . – was Sie sagen, Herr Doktor, interessiert mich nicht“, dann fühle ich mich berechtigt, zu sagen: „Wenn Sie das so gut wissen, dann bin ich nicht Ihr richtiger Partner.“ – Aber wir sollten respektieren, dass die Mehrzahl der Menschen nicht unvernünftig ist, sondern in der Tat die für sie besten Informationen und Hilfestellungen suchen.

Abg. **Axel Wintermeyer**: Meine Frage zur embryonalen Stammzellenforschung: Wir haben mit adulten Stammzellen ethisch unproblematische Möglichkeiten; dennoch wird derzeit in der gesamten Diskussion immer nur über embryonale Stammzellen gesprochen. Sie stehen im Fokus des Interesses, obwohl sie nicht patientenspezifisch sind, obwohl sie Abstoßungsreaktionen hervorrufen können.

Insofern möchte ich gerne fragen: Worin sehen Sie überhaupt den Sinn embryonaler Stammzellenforschung, insbesondere im Hinblick auf die Möglichkeit von Zytoplasmatransfer oder einer Verwandlung adulter Stammzellen in frühe embryonale Stammzellen, auch Stammzellen, die aus dem Knochenmark entnommen werden können, um z. B. Herzmuskel zu produzieren? Ich könnte das noch sehr viel weiter führen, möchte das jetzt aber nicht tun. Worin sehen Sie den Sinn, wenn wir heute schon wissen, dass mit adulten Stammzellen all das gemacht werden kann, was angeblich mit embryonalen Stammzellen gemacht werden soll?

Ich möchte darauf aber bitte nicht die Antwort haben: „Weil man die Forschungsmöglichkeiten einmal überprüfen will.“ Herr Prof. Gassen sagte vorhin, dass bei Primaten, bei bestimmten Affenarten, 99 % der Gene identisch mit denen des Menschen sind. Dann könnte man Forschung meines Erachtens ethisch unbedenklicher an solchen Primatenarten betreiben.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Ich würde es gern noch einmal etwas präzisieren, denn in der Diskussion über die Möglichkeiten der embryonalen Stammzelle sprechen wir – ich habe dazu ein Zitat gelesen – von der „normativen Kraft des Fiktiven“, ohne hinreichend genau zu wissen – so jedenfalls die meisten, die darüber diskutieren – , welche Zielrichtung das eigentlich hat. Gibt es denn Fälle, in denen – mit mehr Erfolg als bei Anwendung konventioneller Verfahren; auch das wäre ja eine Voraussetzung – ein Versuch mit embryonalen Stammzellen tatsächlich einen therapeutischen Nutzen erbracht hat, zumindest im Tierversuch?

Herr Bartram hat vorhin auf das Potenzial der Generierung von Organen hingewiesen, die wir dann nicht mehr zu transplantieren brauchen, sondern uns sozusagen passend gestalten könnten. Gibt es denn über das Phänomen Haut – das noch relativ einfach ist – hinaus ernsthafte Hinweise, dass sich jemand – etwa im Tierversuch – überhaupt auf dem Weg dorthin befindet? Solange es beim Tier nicht funktioniert, brauchen wir es beim Menschen gar nicht zu versuchen.

Zur zweiten Ebene, der Differenzierung zwischen der originären embryonalen Stammzelle und der embryonalen Stammzelllinie: Es wäre noch sehr relevant, inwieweit wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt und in absehbarer Zeit überhaupt embryonale Stammzellen brauchen. Könnten wir uns nicht über einen erheblichen Zeitraum mit immortalisierten Zelllinien, von denen es jetzt ja 64 gibt, behelfen?

Wenn wir zur Frage der Übertragung auf den Menschen kommen: Sind wir an irgendeiner Stelle so weit, dass zumindest die Versuche mit fetalen Zellen – also nicht embryonalen, sondern weiteren –, die ja am Menschen angewandt wurden, ernsthafte Erfolge haben? Ist nicht auch das ein Potenzial, das man erst einmal ausschöpfen muss, bevor sich überhaupt die Frage stellt, sich an embryonalen Stammzellen zu

versuchen? Jedenfalls waren meiner sehr lückenhaften Kenntnis zufolge die Versuche, fetale Stammzellen am Menschen anzuwenden, keineswegs von Erfolg gekrönt.

Eine letzte Frage, um das abzurunden: Gibt es Erkenntnisse im Tierversuch, die in therapeutischen Fragestellungen ein überlegenes Potenzial der embryonalen versus der adulten Stammzelle aufzeigen? Oder stehen wir nicht vor einer Vielzahl von Fragen, die man noch jahrelang stellen und beantworten müsste, bevor man an dem Punkt anlangt, beurteilen zu können, ob die Erforschung embryonaler Stammzellen überhaupt Sinn macht oder eine Notwendigkeit nach sich zieht?

Abg. **Nicola Beer**: Ich wüsste gerne, welche Möglichkeiten es zur Gewinnung embryonaler Stammzellen gibt, die ethisch-moralisch weniger problematisch sind als eine Gewinnung direkt nach der Vermischung der Erbinformation.

Ich habe im Zusammenhang mit meiner eigenen Schwangerschaft gesehen, dass es Angebote gibt, aus Nabelschnurblut und Mutterkuchen Zellen zu gewinnen, wobei die Anbieter verkündeten, diese würden gegen ein gewisses Entgelt eingefroren, um bei späteren, eventuell auftretenden Erkrankungen dieses Kindes dann mit jenem Zellmaterial arbeiten zu können. Ist das ein Weg, sich zwar in der embryonalen Stammzellenforschung zu bewegen, jedoch ohne die Probleme, die auftreten, wenn direkt mit Embryos gearbeitet wird?

Abg. **Dr. Franz Josef Jung**: Zunächst eine Frage an Herrn Prof. Gassen und Herrn Prof. Bartram zur Abwägung zwischen der Forschung an adulten versus embryonalen Stammzellen. Wenn – ich formuliere es vereinfacht – im Grunde genommen mit adulten Stammzellen ebenfalls ein Heilungsprozess erreicht werden kann, dann wäre es nicht notwendig, eine Diskussion zur embryonalen Stammzellenforschung zu führen. Kann man aus Ihrer Sicht schon heute eine Abgrenzung vornehmen, gegebenenfalls auch dahin gehend, welche Krankheiten nur über den Weg der embryonalen Stammzelle zur Heilung geführt

werden können? Oder können Sie ausschließen, dass die Forschung diesen Prozess nicht vielleicht auch über adulte Stammzellen umsetzen kann?

Frau Dr. Bock, Sie haben die von mir in der 74. Plenarsitzung des Landtags geäußerte Überlegung aufgegriffen – die Schätzungen über die Anzahl vorhandener „todgeweihter“ Embryonen schwanken zwischen 500 und 10.000 – und die Angaben konkretisiert. Sie sprachen heute von 71 Embryonen und über 32.000 Pronukleuszellen. Ist Forschung an diesen Pronukleuszellen aus Ihrer Sicht genauso möglich wie Forschung mit embryonalen Stammzellen, oder muss sie sich an Embryonen konkretisieren, deren gegenwärtige Zahl Sie mit 71 beziffert haben?

Abg. **Eva Ludwig**: Bringt nicht die massive Forderung nach der Freigabe der Forschung an embryonalen Stammzellen auch die Gefahr mit sich, dass sich die Forschungsaktivitäten dort massiv konzentrieren und dass die Alternativen in ihren Möglichkeiten gar nicht mehr geprüft und weiterentwickelt werden?

Frau **Dr. Blaum**: Ich bin Ärztin und gehöre dem Landesfachausschuss „Sozial- und Gesundheitspolitik“ des FDP-Landesverbands an. Meine Frage geht an Herrn Prof. Gassen und hat die Gewebezüchtung aus embryonalen Stammzellen zum Thema.

Wenn Sie Stammzellen differenziert haben und implantieren, wäre es dann nicht denkbar, dass diese nun differenzierten Zellen wieder in das Stadium der embryonalen totipotenten Stammzellen zurückfallen und unter Umständen zu anderem Gewebe bzw. – das ist meine große Sorge – zu Tumoren differenzieren? In England gab es Veröffentlichungen, wonach dopaminproduzierende Nervenzellen transplantiert wurden, die sich bei dem Patienten zum Teil in Knorpelgewebe verwandelten. Das ist nun zwar eine lästige, aber noch relativ harmlose Geschichte. Wenn aber die Umdifferenzierung zu Teratomen oder ähnlichem führen würde, wäre das eine ganz fatale Geschichte. Kann dies ausgeschlossen werden und, wenn ja, wie?

Herr Prof. **Dr. Gassen**: Manchmal hat man ein falsches Verständnis von Forschung, Medizin und Heilung. Diese Generation leidet, damit wir die nächste Generation therapieren können. 1923 wurde Insulin hergestellt; heute sind wir dabei, Depotinsuline oder Schnellinsuline zu produzieren – das ist immer ein kontinuierlicher Prozess der Verbesserung.

Das Gebiet wird auch durch das Patentrecht bestimmt. Firmengemäße Forschung entscheidet: Was ist patentiert, geschützt, und auf welchem anderen Gebiet kann ich dann arbeiten? Bei den embryonalen Stammzellen haben wir in den USA ungefähr 60 Zelllinien, von denen etwa 10 etwas taugen werden. Wenn wir sie importieren dürfen, werden wir sie einlizenzieren und an ihnen arbeiten. Sie teilen sich unendlich oft, man kann Gewebe ziehen, und die beteiligten Leute haben Vorerfahrungen.

Natürlich besteht immer die Gefahr, dass es rückwärts geht, zur Entdifferenzierung kommt und aus diesen Zellen Tumorgewebe entsteht. Es hat ungefähr zehn Jahre gedauert, bis wir im Bereich der Humanmedizin aus embryonalen Zellen tatsächlich Linien ziehen konnten und es nicht zum Tumorgewebe kam. Für diese Forschung gilt, auch wenn wir implantieren: In den ersten 10 oder 15 Jahren wird es bei den finalen Patienten, bei denen Gewebe implantiert wird, schief gehen. Es wird danebengehen. Man wird Erfahrung sammeln, und ganz allmählich wird man sich einem kausalen Heilungskonzept nähern, über viele Jahre hinweg.

Wir kommen in die Diskussion, Leuten, die 20, 30 Jahre Forschungserfahrung haben, vorschreiben zu wollen, mit welchen Zellen sie forschen dürfen und mit welchen nicht. Wenn der Gesetzgeber entscheidet: „In Deutschland darf mit embryonalen Stammzellen nicht geforscht werden“, ist die Entscheidung klar; dann darf es nicht gemacht werden. Vorher muss man das aber doch den Leuten überlassen, die das Wissen haben und glauben, Heilungschancen eröffnen zu können. Ob sie nun mit Haarzellen oder mit neuronalen Zellen arbeiten: Sie versuchen, den bestmöglichen wissenschaftlichen Weg einzuschlagen. Das muss man ihrer Erfahrung überlassen, aber darf nicht sagen: „Ich habe gehört, dass es mit adulten Stammzellen vielleicht auch geht“ –

weil man gerade einmal das Kleinig'sche medizinische Lexikon gelesen hat. Dem stehen 10, 20 Jahre wissenschaftlicher Erfahrung und Enttäuschung gegenüber.

Die Diskussion hat im Augenblick also tiefe Unehrlichkeitsgründe. Wenn der Gesetzgeber entscheidet, dass in Deutschland aus ethischen Gründen nicht geforscht werden darf, ist das okay. Aber zu sagen: „Nennen Sie mir mal einen Grund! Wo sind denn Ihre geheilten Patienten? Können Sie mir die vielleicht einmal im Fernsehen vorstellen?“, wenn wir gerade erst angefangen haben – – Entweder beteiligt man sich an der Diskussion über die Forschung von Anfang an – dann wird man auch an allen Fehlschlägen und jahrelang anhaltenden Enttäuschungen beteiligt, bis wir 30, 40 Jahre weiter sind – , oder man will von den Forschern nur fertige Lösungen haben, dann gehen wir wieder zurück in unseren Elfenbeinturm und forschen eben dort.

Herr Prof. **Dr. Bartram**: Herr Wintermeyer, Sie hatten sich auf die Affen bezogen, deren Genmaterial sich nur zu 1 % von dem unseren unterscheidet. Ich will das noch einmal klarstellen, damit wir nicht auf Taschenspielertricks hereinfliegen: Ich unterscheide mich von einem männlichen Schimpansen genetisch um 1 %. Von meiner Frau unterscheide ich mich um 3 bis 4 %, weil sie zum Beispiel kein Y-Chromosom hat. Trotzdem wird keiner sagen – hoffe ich jedenfalls –, ich stünde dem Affen näher als meiner Frau.

Ich möchte etwas zum Transfer von Zytoplasma sagen, Herr Wintermeyer. Das ist nach meiner Einschätzung überhaupt keine Lösung. Wenn Sie Zytoplasma von einer Eizelle nehmen, was tun Sie bei diesem Transfer dann? Sie stellen das genetische Programm wieder auf einen embryonalen Zustand zurück, gucken nicht so genau hin, da Sie mit einer Eizelle ja gar nichts anfangen wollten, und verkaufen das ganze als eine völlig andere Strategie. Aber das ist Jacke wie Hose – also in diesem Zusammenhang keine Alternative.

Warum ES-Zellen? Damit möchte ich auch gleich Ihre Fragen mit aufgreifen, Herr Dr. Jung: adult versus embryonal. Im Moment kann im Prinzip kein Mensch sagen, welche dieser Strategien die erfolversprechendste ist. Es gibt viele Argumente, die die embryonalen

Stammzellen höher einstufen, einfach deswegen, weil sie besser differenzieren und weil sie, wie bisher schon mehrfach gezeigt, sehr gut proliferieren. Das ist bei adulten Stammzellen nicht der Fall.

Wir könnten natürlich in Deutschland nur mit adulten Stammzellen weiter arbeiten. Es wird allerdings nicht passieren, dass die Welt auf uns wartet. Im internationalen Kontext werden alle Strategien benutzt. Und dann kommt der Wertungswiderspruch: wenn entsprechende Medikamente aus den USA oder anderen Ländern kommen, dann benutzen wir sie und fragen lieber nicht nach ihrer Herkunft?. Denn keiner wird so konsequent sein – das darf er auch gar nicht –, auf solche Medikamente zu verzichten.

Es geht also darum, wie auch Herr Prof. Gassen schon sagte, ob wir mitmachen oder nicht.

Frau Beer, ich muss Sie leider enttäuschen: Das Nabelschnurblut ist keine Alternative. Die Nabelschnurstammzellen sind den adulten Stammzellen sehr viel ähnlicher als den embryonalen. Man darf in diesem Kontext auch nicht von embryonalen Stammzellen sprechen; das ist etwas anderes. Übrigens, die Firmen, die Schwangeren das Einfrieren von Nabelschnurblut für die eigenen Kinder anbieten, machen meist Geschäfte mit der Angst. Ich rate davon ab, irgendeinen Pfennig in diese Institution zu stecken, denn es ist völlig klar, dass Sie damit Ihren eigenen Kindern nur extrem selten helfen können, denn die Blutmenge ist viel zu gering, und im Schnitt ist es unwahrscheinlich, dass Ihre Kinder gerade im Kleinkindalter an Leukämie erkranken – ansonsten können Sie damit im Moment kaum heilen. Also, Finger weg von diesen Firmen.

Sie hatten noch angesprochen, wofür wir die Forschungsgelder denn einsetzen sollten. Wir müssten in unserem Gesundheitssystem in der Tat nach Alternativen suchen, wenn es billiger geht. Vor allem müssen wir aber zu Prioritätensetzungen kommen. Meine Damen und Herren, ich glaube, dass die Prioritätensetzung in unserem Gesundheitssystem eines der spannendsten und wichtigsten Kapitel der gesamtgesellschaftlichen Diskussion sein wird. Dann muss man in der Tat abwägen, ob wir uns so manchen „Schnickschnack“, den wir auf dem grünen Markt haben – Sie haben mich verstanden –, noch leisten und mit Millionen unterstützen können, oder ob wir nicht gerade

deswegen individualisierte Medizin betreiben müssen, um zu klären: Was nützt dem Einzelnen in seiner konkreten Situation? Wir müssen nicht darauf schielen, was prinzipiell alles möglich ist.

Moderator **Dr. Michael Emmrich**: Vielen Dank. – In der Kürze der Zeit konnten nicht alle Fragen umfassend beantwortet werden, aber einige Schlaglichter wurden gesetzt. Leider müssen wir aufhören – es hilft nichts. Wenn es noch weitere Fragen gibt, werden die Experten sicher gerne bereit sein, sie Ihnen noch persönlich zu beantworten. Es tut mir Leid, aber wir sind ein wenig in zeitlichem Verzug, was bei solchen komplexen Themen nicht verwundert.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Meine Damen, meine Herren, ich danke dem Podium A sehr herzlich für seine Beiträge, die die Diskussion angestoßen und unsere Kenntnisse vertieft haben.

Immer wenn die Mediziner so richtig gut am Zuge sind, kommen die Juristen und machen alles kaputt; das ist auch diesmal wieder so.

(Heiterkeit)

Aber Sie haben Gelegenheit, den Juristen zuzuhören und mit Ihnen weiterzudiskutieren. Ich schlage vor, wir beginnen gegen 13:15 Uhr mit der zweiten Podiumsrunde.

Podium B – Recht und Philosophie

Moderation:

Klaus Peter Möller
Präsident des Hessischen Landtags

Podiumsteilnehmer:

- Dr. Hans-Georg Dederer
Rheinische Friedrich-Wilhelms-
Universität, Bonn
- Prof. Dr. Erhard Denninger
Johann Wolfgang Goethe-Universität,
Frankfurt am Main
- Prof. Dr. Klaus Günther
Johann Wolfgang Goethe-Universität,
Frankfurt am Main
- Prof. Dr. Spiros Simitis
Johann Wolfgang Goethe-Universität,
Frankfurt am Main
- Prof. Dr. Jochen Taupitz,
Universität Mannheim
- Kristiane Weber-Hassemer
Vors. Richterin am OLG Frankfurt,
Mitglied des Nationalen Ethikrates

Präsident **Klaus Peter Möller:** Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir setzen unsere Diskussion jetzt mit dem schönen Thema „Recht und Philosophie“ fort. Natürlich nehme ich mit dem Ausdruck des

Bedauerns zurück, dass die Juristen den Medizinern alles „kaputtmachen“ – das war eine von mir bewusst so gewählte, ironisierende Übertreibung –, obwohl es manchmal durchaus berechtigt ist, zu fragen: Setzen Juristen den Medizinern, Forschern und Ärzten in ihrer Praxis nicht zu enge Grenzen? Das wird sicher eine der Fragen bei dieser Diskussion sein.

Nichts ist so schlimm wie ein geschwätziger Moderator. Deswegen leite ich gleich zur Vorstellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Podiums B über.

In der alphabetischen Reihenfolge beginne ich mit Herrn Dr. Hans-Georg Dederer vom Institut für Öffentliches Recht der Universität Bonn – eine Universität, die ich liebe, weil auch ich dort studiert habe. Herr Dr. Dederer ist ein ausgewiesener Kenner des deutschen und internationalen Gentechnikrechts.

Herrn Prof. Dr. Erhard Denninger von der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main diesem Hause vorzustellen ist im Grunde genommen überflüssig. Wir haben ihn immer wieder als Gutachter schätzen gelernt und kennen ihn von vielen Anhörungen. Deshalb weiß auch jeder, dass Herr Prof. Dr. Denninger ein besonderes Forschungsprojekt hat, nämlich Menschenrechte und Grundgesetz.

Herr Prof. Dr. Klaus Günther kommt vom Institut für Kriminalwissenschaften und Rechtsphilosophie an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt. Das ist eine, wie ich meine, interessante Kombination, zumal ich als Praktiker des Rechts, dem die Philosophie nicht mehr ganz so nahe steht, sehr stolz darauf bin, in einem Bereich mitzudiskutieren, der sich „Recht und Philosophie“ nennt. Wir sind dann doch der Krone der Wissenschaften – und der zweiten Krone, der Theologie – wieder ganz nah.

Herr Prof. Dr. Spiros Simitis kommt ebenfalls von der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt. Darüber hinaus ist er der frühere und – er weiß, warum ich das sage – ewig junge Datenschutzbeauftragte des Hessischen Landtags und Fachmann für Datenschutz. Wir haben heute den Vorzug, ihn auch als Vorsitzenden des Nationalen Ethikrats empfangen zu können. Das ist eine besonders verantwortungsvolle

Aufgabe, bei deren Ausübung er in der Tat allen Praktikern „ins Handwerk pfuschen“ könnte, wenn er es denn wollte oder für nötig hielte.

Weiterhin begrüße ich Herrn Prof. Dr. Jochen Taupitz von der Universität Mannheim. Er vertritt dort den Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung. Er ist außerdem Richter am Oberlandesgericht Karlsruhe sowie Geschäftsführender Direktor des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim. Weiterhin ist er Mitglied des Nationalen Ethikrats. – Sie sehen, Ämterhäufung gibt es auch bei Juristen, nicht nur bei Politikern.

Last, but not least begrüße ich eine – ich darf beinahe sagen – alte Freundin dieses Hauses, die frühere Staatssekretärin Frau Kristiane Weber-Hassemer, jetzt wieder Vorsitzende Richterin am Oberlandesgericht Frankfurt. Sie war viele Jahre lang Mitglied der Ethikkommission der Landesärztekammer und ist nun Mitglied des Nationalen Ethikrats.

Es ist in der Tat so, man hätte die Podien im Grunde genommen auch zusammenlegen können, um themenübergreifend zu diskutieren. Mit Letzterem beginnen wir jetzt auch gleich – das darf durchaus themenübergreifend geschehen. – Weil ich Frau Weber-Hassemer zuletzt vorgestellt habe, darf sie nun als Erste sprechen. Ich schlage vor, die Podiumsteilnehmer halten jeweils ein etwa zehnteiliges Eingangsstatement, anschließend eröffnen wir die Diskussion.

Frau **Weber-Hassemer**: Herr Präsident, es ist mir eine besondere Ehre und Freude, hier sitzen zu dürfen – wenn auch „einige Etagen tiefer“, auf einem Platz, auf dem wir Staatssekretäre nie sitzen durften.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Sie sitzen in meiner Gesellschaft!

Frau **Weber-Hassemer**: Zunächst einmal spreche ich dem hohen Haus meinen Respekt dafür aus, dass es sich dieser Thematik angenommen hat. Ich gehe davon aus, dass wir ohne die Befassung der politisch Verantwortlichen mit dieser Thematik nicht vorankommen, weil – damit möchte ich eine Ihrer Bemerkungen aufgreifen – jedenfalls die Juristen kommen werden und sagen: „Genauere Vorgaben gibt es nicht. Das müsst ihr bitte im politischen und im gesellschaftlichen Raum diskutieren. Von unserer Seite gibt es da nur gewisse Argumentationswege.“

Zu meiner Linken sitzen ausgewiesene Verfassungsrechtler. Ich will mich nicht anheischig machen, hier zu den vielen verschiedenen verfassungsrechtlichen Grundpositionen nun noch die meine hinzuzugesellen. Nur so viel: Die verfassungsrechtliche Diskussion zentriert sich um den Begriff der Würde des Menschen in Artikel 1 des Grundgesetzes. Neben dem Konsens, dass die Menschenwürde als solche unverfügbar ist und keiner Abwägung unterliegen kann, ist im Übrigen alles andere streitig.

Es gibt die Position, die dem Embryo in einem ganz frühen Stadium, vor der Nidation, die Trägerschaft der Menschenwürde im Grunde genommen in Abrede stellt. Andere meinen: Später gibt es eine Trägerschaft, aber noch nicht in dieser Phase. Wieder andere sagen, für diese Embryonen im Frühstadium bestehe deshalb eine Schutzpflicht, weil die Menschenwürde aller, nämlich die Würde der Menschheit auf dem Spiel stehe. Letztlich bestehen das Problem und die Angst darin, dass die Menschheit versuchen könnte, sich im Bereich der Bioethik, der Gentechnologie selbst zu optimieren. Wir haben Angst davor – ich teile diese Angst, sozusagen als Grundgefühl –, bei diesen Versuchen der Selbstoptimierung Tabubrüche zu begehen, die wir nie wieder rückgängig machen können.

Meine These dazu: Zu keiner Zeit – schon gar nicht in einem säkularen, von einer Verfassung dominierten Staat, in dem es ganz klar ist, dass wir verschiedene moralische und rechtliche Einschätzungen haben – war über Verbote, über eine Negierung von Entwicklungsmöglichkeiten so etwas wie ein Konsens oder auch nur eine Annäherung an das Problem erreichbar. Das Problem lässt sich über Verbote nicht adäquat bewältigen. Deshalb mein Petition: Man muss sich bemühen, über Wege der Diskussion und des Abwägens die Risiken aufzuhellen, und dann versuchen, sie einer rationalen Lösung zuzuführen.

Für mich ist der Umgang mit der Abtreibungsproblematik ein Beispiel dafür, dass so etwas glücken kann. Noch vor 20 Jahren wurde diese Debatte mit fast unversöhnlichen, gegensätzlichen Positionen geführt. Nach und nach, nach vielen Abwägungen und immer neuen Veränderungen, kamen wir dann doch zu befriedigenden Lösungen, ohne dass moralische Grundpositionen missachtet wurden und auf der Strecke blieben. Damit meine ich nicht, dass alles harmonisierbar ist. Es wird auch heute noch Personen geben, die das Ergebnis angreifen. Meine Sorge ist aber, dass wir in der jetzigen Diskussion diese Art des menschlichen Miteinanders fallen lassen zugunsten eines paternalistischen Standpunkts, der die Freiheit und die Autonomie der Menschen und der Gesellschaft nicht genügend in Rechnung stellt.

Nun, wenn Sie wollen, kurz zu Ihrem Fragenkatalog. Dieser Katalog reicht sozusagen vom Allgemeinen zum Speziellsten. Auf manche dieser Fragen kann ich keine Antwort geben, weil ich hierzu nicht kompetent genug bin.

Es ergibt sich von selbst, dass die ersten beiden Positionen, die Fragen 1 und 2 zum Themenkomplex „Recht und Philosophie“, nicht positiv zu beantworten sind. „Ab welchem Zeitpunkt steht der werdende Mensch unter dem Schutz von Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes?“ Gerade das ist in der Gesellschaft und im Verfassungsrecht so kontrovers, dass wir hierzu nicht zu einer einheitlichen Position kommen werden. Das zeigt sich unter anderem am Recht der Abtreibung. Wir haben gestufte Konzepte, die nach unserem Recht eine Alles-oder-nichts-Entscheidung, ein „Ja/Nein“ nicht zulassen.

Eine Einschränkung von Artikel 1 GG zum Zwecke der Forschung verbietet sich in dieser Fragestellung von selbst. Artikel 1 ist, wenn es um die Menschenwürde geht, nicht einschränkbar. Das Problem besteht darin: Ist die Verkürzung des Lebensschutzes wirklich eine Verletzung der Menschenwürde? Hat der Embryo in einem ganz frühen Stadium schon den moralischen Status als Träger der Menschenwürde? Das wird in der Gesellschaft kontrovers beurteilt und kann nicht mit Ja oder Nein beantwortet werden.

Zur nächsten Frage: Es gibt Resolutionen und Erklärungen, etwa die Erklärung der UNESCO und die Resolution des Europarats. Das Europäische Parlament hat sich jetzt ebenfalls geäußert. Man denke an das allseits geächtete reproduktive Klonen: Es gibt Übereinkommen, international und vor allem europaweit, die zumindest mithelfen, den Boden für Einstellungen zu ebnen. Es gibt aber keine verbindlichen Regeln in Europa, weil sie uns in diesem Zusammenhang rechtlich nicht binden könnten. Sie haben es gehört: Die Europäische Kommission gibt jetzt Gelder für die Forschung an Stammzellen frei, mit dem Nachsatz: soweit nach der Rechtslage in den einzelnen Staaten zulässig. Die nationalen Regeln werden also vorausgesetzt.

Die Problematik der Präimplantationsdiagnostik wurde heute Vormittag bereits intensiv von kompetenter Seite diskutiert. Aus meiner Sicht ist die PID nur zum geringsten Teil eine Problematik der Menschenwürde. Problematisch ist vielmehr, inwieweit Freiheitsansprüche oder Hoffnungen auf Elternschaft kanalisiert werden können, damit kein Weg für willkürliche Selektionsmechanismen geöffnet wird.

Der Abwägung zwischen den Bedenken, eventuell einem Dambruch Vorschub zu leisten, und dem Interesse der Eltern, ein gesundes Kind zu bekommen, kann aus meiner Sicht sehr wohl durch Rechtsregeln ein Weg geebnet werden. Damit meine ich nicht, dass dies einfach sei – sicher ist es das nicht. Aber man kann in einem intensiven gesetzgeberischen Prozess erreichen, einerseits zu verhindern, dass Menschen glauben, sie könnten sich „Kinder nach Wahl“ züchten – also die Augenfarbe, das Geschlecht und anderes mehr bestimmen –, und andererseits das, was in unserem Abtreibungsrecht Konsens geworden ist – keine Frau wird gezwungen, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen –, auch in der PID ausreichend zu berücksichtigen. Das ist nicht einfach, aber ich glaube, es ist möglich.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Damit kann ich wunderbar überleiten zu einer Frage an Herrn Prof. Dr. Taupitz: Von Prof. Dr. Bartram wurde vorhin richtig herausgestellt, dass es eine Richtlinie der Bundesärztekammer gibt und dass diese Richtlinie, solange sie beachtet wird, ein Einschreiten des Gesetzgebers vielleicht entbehrlich macht. Ein Verstoß gegen eine solche Richtlinie wäre – er sagte: ein ärztlicher Kunstfehler; ich bin da immer vorsichtig – eine ärztliche Fehlbehandlung.

Meine Frage an Sie: Sehen Sie die Absicherung im Vorfeld noch als gegeben an, oder müssen wir schon nach dem Gesetzgeber rufen und ihn zu einschneidenderen Maßnahmen auffordern?

Herr Prof. **Dr. Taupitz**: Wir müssen zunächst dann nach dem Gesetzgeber rufen, wenn die PID nach geltendem Recht verboten ist. Die Auslegung des Embryonenschutzgesetzes ist bekanntlich in höchstem Maße umstritten. Es gibt namhafte Juristen, die die Auffassung vertreten, das Embryonenschutzgesetz in seiner geltenden Fassung verbiete die PID strikt, sodass diese Richtlinie der Bundesärztekammer völlig leer laufe, weil kein Anwendungsbereich für sie vorhanden sei – nämlich kein Arzt in Deutschland die PID durchführen darf.

Nur unter der Prämisse – auch sie wird von namhaften Juristen vertreten –, dass das Embryonenschutzgesetz die PID nicht verbietet, gibt es überhaupt ein legale Möglichkeit, diese Methode in Deutschland durchzuführen. Dann stellt sich die Frage, wie sie hinreichend reglementiert werden kann.

Ich bin, was Richtlinien der Bundesärztekammer angeht, skeptisch. Zum einen ist die Bundesärztekammer keine öffentlich-rechtliche Körperschaft, sondern ein privatrechtlicher Verein der auf Landesebene bestehenden Ärztekammern. Die Bundesärztekammer hat keine Rechtsetzungskompetenz bezogen auf die Ärzte, sondern sie kann allenfalls die ärztliche Standesauffassung zum Ausdruck bringen. Sie kann zum Ausdruck bringen, was guter ärztlicher Praxis entspricht. Das kann dann wiederum in haftungsrechtlicher Sicht, gegebenenfalls auch in strafrechtlicher Sicht von Bedeutung sein, sofern es auf die „gute ärztliche Praxis“, auf den ärztlichen Standard ankommt. Aber das ist dann natürlich eine sehr mittelbare Einflussnahmemöglichkeit der Bundesärztekammer.

Ich habe auch aus verfassungsrechtlicher Sicht Bedenken, ob die Bundesärztekammer in einer so brisanten Frage, die ganz massiv in Rechte Dritter, nämlich von Nichtärzten, der Frauen und Eltern sowie der Embryonen, eingreift, überhaupt maßgebliche Standards setzen kann. Nach der Wesentlichkeitslehre des Bundesverfassungsgerichts

ist hier in erster Linie der Gesetzgeber gefordert, der die Rahmenbedingungen festlegen müsste, die dann allerdings von der ärztlichen Selbstverwaltung ausgefüllt werden könnten.

Es kann selbstverständlich sein, dass der Gesetzgeber die Bundesärztekammer ausdrücklich zur Aufstellung von einschlägigen Richtlinien, die die ärztliche Standesauffassung, den ärztlichen Standard zum Ausdruck bringen sollen, ermächtigt. Es gibt dafür zahlreiche Vorbilder: So hat der Gesetzgeber etwa im Transplantationsgesetz die Bundesärztekammer ermächtigt, bestimmte Richtlinien aufzustellen. Aber das muss sich dann eben hinreichend deutlich aus dem Gesetz ergeben. Eine Regelung der PID allein durch Richtlinien der Bundesärztekammer halte ich nach der geltenden Rechtslage nicht für ausreichend. Hier besteht weiterer Handlungsbedarf.

Ich möchte auch zu den grundlegenden Fragen noch etwas sagen. Frau Weber-Hassemer hat völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass sich die verfassungsrechtliche Diskussion ganz maßgeblich auf die Menschenwürde konzentriert. Das ist aus verfassungsrechtlicher Sicht jedoch der völlig falsche Ausgangspunkt – ich muss das so drastisch sagen.

Eine Regelung, die die Stammzellenforschung – ich betone: Forschung – reglementiert und einschränkt, muss zuerst einmal von der Wissenschaftsfreiheit ausgehen, die nach Artikel 5 Abs. 3 des Grundgesetzes schrankenlos gewährleistet ist – so der Wortlaut. Zu den Einschränkungen komme ich gleich. Wenn heute Vormittag in der Diskussion anklang, dass ein großes Misstrauen vonseiten der Außenstehenden, der Gesellschaft und der Parlamentarier gegenüber der Wissenschaftsgemeinschaft bestehe, entspricht das jedenfalls nicht der Auffassung des Grundgesetzgebers.

Der Grundgesetzgeber hatte offenbar sehr viel größeres Vertrauen in die Wissenschaft, obwohl – wie wir alle wissen – die Missstände im nationalsozialistischen Regime, die begangenen Schandtaten und die Feigenblattfunktion, die die Wissenschaftsfreiheit damals genoss, den Grundgesetzgeber doch dazu veranlassen hätten können – vielleicht sogar müssen –, die Wissenschaftsfreiheit unter einen generellen Gesetzesvorbehalt zu stellen und zu sagen: Nur das ist freie Wissenschaft, was durch den Gesetzgeber jeweils hinreichend konkret

legitimiert, also abgesegnet ist. Das hat der Grundgesetzgeber aber bewusst nicht getan, sondern er hat der Wissenschaft einen großen Vertrauensvorschuss gegeben – wohl ganz pragmatisch deshalb, weil eine Gesellschaft, jedenfalls à la longue, besser fährt, wenn die Wissenschaftsfreiheit nicht begrenzt wird, auch nicht durch noch so hehre Ziele, die letztlich immer auf eine Steuerung von außen hinauslaufen.

Natürlich ist die Wissenschaftsfreiheit nur nach dem Wortlaut des Grundgesetzes schrankenlos gewährleistet. Sie ist begrenzt durch ihr entgegenstehende verfassungsrechtliche Werte, etwa die Menschenwürde und den Lebensschutz von menschlichen Lebewesen, die in die Forschung einbezogen werden müssen. Aber damit ist ein ganz wichtiger Weg der Argumentation angedeutet: Eine Einschränkung der Wissenschaftsfreiheit muss begründet werden. Eine Einschränkung der Wissenschaftsfreiheit kann nicht durch eine undifferenzierte Verwendung des Schlagworts Menschenwürde begründet werden. Es muss hinreichend klargestellt werden, warum durch eine konkrete Maßnahme die Menschenwürde, der Lebensschutz oder sonstige verfassungsrechtliche Güter gefährdet sind.

Insofern hat der einfache Gesetzgeber nur die Befugnis, das, was sich im Grunde schon aus der Verfassung ergibt, zu konkretisieren, niederzulegen, sichtbar zu machen. Aber der einfache Gesetzgeber, sprich: das Parlament, hat nicht die Befugnis, von sich aus Ziele vorzugeben oder Schranken einzuziehen, die sich nicht als solche aus der Verfassung ergeben.

Nun ist das mit den Schranken, die sich aus der Verfassung ergeben, natürlich so eine Sache. Es ergibt sich eben relativ wenig konkret aus der Verfassung, und zwar aus meiner Sicht insbesondere nicht aus dem Begriff Menschenwürde.

Damit komme ich zur ersten den Referenten vorgegebenen konkreten Frage: „Ab welchem Zeitpunkt steht der werdende Mensch unter dem Schutz von Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes?“ – Für mich ist die Antwort ganz klar: Selbstverständlich vom Beginn des werdenden Lebens an. Jetzt brauchen aber noch nicht alle zu jublieren und zu sagen: „Wunderbar, den Taupitz haben wir nun auch auf unserer Seite!“
Denn:

Auch der Leichnam genießt Menschenwürdeschutz. Auch der Leichnam wird von der Rechtsordnung geschützt. Tiere werden von der Rechtsordnung geschützt. Auch die Umwelt wird geschützt, obwohl sie kein Grundrechtsträger ist. Auch Tiere sind keine Grundrechtsträger; der Tierschutz ist noch nicht einmal im Grundgesetz verankert. Wie gesagt, auch der Leichnam wird geschützt. Es geht dabei um einen objektiv-rechtlichen Schutz der Rechtsordnung: Die Rechtsordnung legt fest, wie wir unsere Umwelt – da beziehe ich jetzt die Embryonen mit ein – in unserem Rechtssystem schützen wollen.

Eine ganz andere Frage ist, ob der Embryo von sich aus Grundrechtsträger ist, ob er Subjekt eines eigenständigen Schutzanspruchs ist. Das ist wiederum offen. Das Bundesverfassungsgericht hat in der letzten Abtreibungsentscheidung gesagt, jedenfalls ab der Nidation komme dem Embryo Menschenwürdeschutz zu – objektiv rechtlicher Menschenwürdeschutz, keine Subjektträgerschaft des Fötus oder des Embryo. Die Rechtsordnung darf den Embryo, den Fötus also nicht wie eine beliebige Sache behandeln; das ist die Quintessenz der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Und insofern besteht hinsichtlich des Umfangs des Menschenwürdeschutzes durchaus eine Abwägungsmöglichkeit.

Ein Weiteres kommt nämlich hinzu: Das Bundesverfassungsgericht hat die Menschenwürde nie positiv bestimmt, sondern hat aus gutem Grund immer nur argumentiert – ich kann das jetzt nur verkürzt wiedergeben – , wann eine Verletzung der Menschenwürde gegeben ist. Die Aussagen zur Verletzung der Menschenwürde beruhen nun wiederum auf einer Abwägung. Selbst die Tötung eines Menschen ist nach juristischer Auffassung unstreitig nicht per se eine Menschenwürdeverletzung. Bevor das Verdikt der Menschenwürdeverletzung ausgesprochen wird, muss also eine Abwägung vorgenommen werden. Erst wenn man das Ergebnis erzielt hat: „Jawohl, die Menschenwürde ist verletzt“, dann ist keine Abwägung mehr möglich. Aber der wesentliche Argumentationsaufwand muss vorher betrieben werden, nämlich bei der Frage: „Ist die Menschenwürde verletzt – ja oder nein?“

Deswegen tun wir uns bei der Embryonenforschung ja so schwer, weil wir fragen, ob hier denn wirklich eine Menschenwürdeverletzung vorliegt. Da gehen die Auffassungen sehr weit auseinander. Aber bei dieser vorrangigen Frage spielt die eigentliche Musik. Da muss argumentiert werden, und da können sehr ernsthaft und verantwortungsvoll ganz unterschiedliche Argumentationen vertreten werden.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Taupitz.

Herr Prof. Dr. Simitis, Sie sind es gewöhnt, Politiker fest an die Hand zu nehmen, wenn Sie aus Ihrer Sicht etwas erreichen wollen. Aber Sie sind es auch gewöhnt, über die Grenzen unseres Landes hinauszublicken. Behindern wir im internationalen Vergleich durch unsere Gesetzgebung möglicherweise die Entwicklung der Wissenschaft und Forschung?

Herr Prof. **Dr. Simitis**: Vielen Dank, Herr Präsident. Ich bedanke mich auch deshalb bei Ihnen, weil Sie etwas Ungewöhnliches getan haben: Sie haben nämlich das Alphabet auf den Kopf gestellt, und das gibt mir die Chance, endlich einmal vor meinem Freund Denninger zu reden.

(Heiterkeit – Zuruf: Das kann auch gefährlich sein! Dann hat er das letzte Wort!)

– Ich komme aber wieder dran.

Jetzt möchte ich direkt auf Ihre Frage eingehen. Ich glaube in der Tat, dass unsere Diskussion zunächst einmal keine nationale Diskussion sein kann und sein darf. Ich bin ferner davon überzeugt, dass alle Versuche, die wir unternehmen, eine Regelung auf nationaler Ebene zu treffen – so legitim diese Versuche auch sind und so sehr es auch einleuchtet, von den eigenen Grundprinzipien auszugehen –, sehr bald an eine gefährliche Grenze stoßen werden.

Ich will es an einem Beispiel klar machen. Unterstellen Sie bitte einen Augenblick lang, jener Bonner Professor, der uns zu diesen Diskussionen mitveranlasst, hätte seine Stammzellen nicht in Haifa holen wollen, sondern würde sich stattdessen nach Göteborg begeben.

Was wäre dann die Konsequenz? Die Folge wäre, dass wir alsbald eine Diskussion führen müssten, die auf europäischer Ebene sehr genau betrachtet werden würde und die europäischen Konsequenzen haben müsste.

Anders ausgedrückt: Ganz gleich, wie man letztlich zum Import und zu den Konsequenzen eines Imports steht: Man riskiert, sich sehr schnell vor dem Europäischen Gerichtshof wiederzufinden. Fände man sich vor dem Europäischen Gerichtshof wieder, würde das passieren, was niemand von uns – jedenfalls niemand, den ich kenne – wirklich will: Stammzellen würden wie Bananen behandelt. Wenn wir wollen, dass Stammzellen nicht zu Waren werden, wenn wir wollen, dass wir Regeln haben, die die gegenwärtige Situation tatsächlich adäquat angehen, dann müssen wir schon sehr früh – dazu ist es in mancher Beziehung fast schon zu spät – die nationalen Grenzen transzendieren und gesamteuropäische Regelungen anstreben.

Ich erinnere daran, dass es auch in Europa sehr unterschiedliche Konsequenzen gibt. Es gibt Stellungnahmen in Großbritannien, die ganz anders sind als das, was in der Bundesrepublik besprochen wird. Es gibt sehr fundierte Äußerungen in Frankreich, die sehr viel näher an das heranreichen, was wir hier im Allgemeinen diskutieren. Das zwingt uns umso mehr, europäische Regelungen anzustreben.

Ich schließe diesen Punkt ab, indem ich hinzufüge: Es darf nicht sein, dass sich Politiker immer in den Armen liegen, wenn es generell um das Verbot des Klonens geht, sich aber dann, wenn es diffiziler wird – schon beim therapeutischen Klonen, aber erst recht bei den Stammzellen – aus der Affäre ziehen und auf die Regelung nicht weiter eingehen wollen.

Ich füge gleich noch hinzu: Wir alle wissen, dass unendlich viel und unendlich kontrovers über die Menschenwürde diskutiert wird. Wenn das so ist, fragt sich, ob – juristisch oder nicht – der erste Schritt nicht sein müsste, sich zu fragen, ob es Alternativen zu einer Forschung gibt, die solche Probleme aufwirft. Wenn wir so fragen, gibt es darauf zwei Antworten, die sich auch heute Morgen angeboten haben, nämlich die adulten Zellen und die Primatenforschung.

Das bedeutet noch nicht, dass man zu einem gewissen Ergebnis kommen muss, wenn man das macht. Es bedeutet aber, dass der Staat die Aufgabe hat, alternative Forschungsmöglichkeiten zu fördern. Es ist eine Aufgabe der Forschung, und zwar der öffentlich geforderten Forschung, in diesem Bereich mehr zu tun, als bisher in der Bundesrepublik geschehen ist.

Ich sage Ihnen aus meiner Erfahrung: Niemand weiß so genau, was in dem Bereich geschieht. Aber aus der Wissenschaftsgeschichte weiß jeder: Wenn plötzlich und massiv Mittel in einen Bereich investiert werden, dann wird tatsächlich auch anders geforscht. Forschung hat ihre Moden, weil mit den Moden sozusagen auch ein bestimmter publizistischer Erfolg einhergeht.

Der publizistische Erfolg liegt im Augenblick nicht bei der Forschung mit adulten Stammzellen, sondern bei den embryonalen Stammzellen. Das muss man sehen, und entsprechend muss man reagieren.

Damit mich niemand missversteht, meine Damen und Herren: Mit adulten Stammzellen zu forschen heißt ja nicht notwendigerweise, anzunehmen, dass es damit geschehen sei. Ich zitiere das Beispiel der französischen Kommission: Die französische Kommission hat in ihrer Stellungnahme sehr klar geäußert: „Mehr Forschungsgelder für adulte Stammzellen! Es kann aber auch sein, dass daneben andere Forschung mit embryonalen Stammzellen notwendig sein wird, weil man dann erst neue und bessere Fragen an die Forschung mit adulten Stammzellen stellen kann.“

Das ändert aber nichts an meiner Konsequenz, dass die erste und bedeutsamste Aufgabe ist, Alternativen auf den Tisch zu legen und über diese Alternativen nachzudenken. Rechtlich ausgedrückt: In einer Situation, in der es kontroverse Positionen gibt, die so scharf abgegrenzt sind, macht es keinen Sinn, diese theoretische und abstrakte Diskussion immer höher zu heben und sich auf immer neue Konstrukte über die Menschenwürde einzulassen. Stattdessen muss man sehen, ob es nicht andere Ansatzpunkte gibt, die weiterführen.

Die zweite Folgerung daraus, wieder an den Staat gerichtet; und da ich hier das Vergnügen habe, Frau Wagner vor mir sitzen zu sehen, bleibe ich auch dabei: – –

– Haushalte kann man für höhere Zwecke revidieren.

Worum es mir geht, meine Damen und Herren: Wenn wir eine Diskussion haben wollen, in der tatsächlich alle Möglichkeiten ausgelotet werden können, dann gilt es, ein Höchstmaß an Transparenz darüber, was wirklich geschieht, herzustellen. Meine Erfahrung der letzten Monate ist, dass niemand in dieser Republik weiß, wo genau was gemacht wird.

Wenn dem so ist, dann erwächst daraus – auch rechtlich gesehen; auch vor dem Hintergrund dessen, was Herr Taupitz gesagt hat – eine doppelte Aufgabe.

Erstens hat der Staat die Verpflichtung, mehr Geld in die Punkte, die sozial kontrovers sind und die auch langfristig von großer Bedeutung für unsere Gesellschaft sind, zu investieren. Man kann die öffentliche Förderung nicht an Dritte delegieren und erwarten, dass Private diese Aufgabe leisten. In erster Linie ist es der Staat, der hier die Mittel zur Verfügung stellen muss. Die Folge ist, dass dann auch Transparenz hergestellt werden kann, denn wer öffentliche Forschungsgelder bekommt, der muss auch öffentlich darlegen, was er damit macht.

Der Gesetzgeber muss sich überlegen, wie er diese Transparenz auch im Bereich der privaten Forschung herstellen kann. Sie haben das beispielsweise bei der Diskussion über die Erklärung des amerikanischen Präsidenten und was darauf folgte mitbekommen. Damit es ganz klar ist: Ich halte den amerikanischen Weg für eine Annäherung, aber nicht für eine Lösung – in mancher Beziehung ist er die Vortäuschung einer Lösung. Das bedeutet, man muss für den privaten Forschungsbereich ebenfalls Regeln festlegen, die eine solche Transparenz ermöglichen.

Für mich – ich sage es noch einmal – gibt es keine Reflexion ohne ein Höchstmaß an Transparenz. Diese herzustellen ist Aufgabe des Staates. Ich konnte das nur ganz kurz ansprechen.

Im Rahmen dieser einleitenden Bemerkungen möchte ich eines noch ansprechen. Herr Präsident, wir haben gehört: Es ist misslich, wenn Diskussionen stattfinden, bei denen nur Juristen am Tisch sitzen. Das

ist nicht etwa deshalb misslich, weil ich auch nur einen Augenblick an der Überlegenheit der Juristen gegenüber jedem anderen Zweig zweifeln würde, sondern weil diese Diskussion, wie wir sie führen, eben doch mit einem Vorverständnis geführt wird, dass sich nicht mit juristischen Argumenten belegen oder begründen lässt. Hinter dieser Diskussion stehen ganz bestimmte Vorstellungen, die sehr verschieden sind, die in unserer Gesellschaft verankert sind und die etwas mit der Entwicklung und mit den Erwartungen dieser Gesellschaft zu tun haben. Das muss man wissen und diese offen ansprechen. Wenn man das aber tut, folgt daraus noch etwas, auf das Frau Weber-Hassemer zu Recht hingewiesen hat.

Auch im Zusammenhang mit der Funktion des Nationalen Ethikrats erlebe ich immer wieder die versteckte oder offen in der Öffentlichkeit geäußerte Erwartung, Probleme, die der Gesetzgeber lösen muss, könnten auf andere Institutionen verschoben werden. Eine Diskussion, die entweder auf die Ethik zentriert oder auf die Naturwissenschaften abstellt oder aber juristische Anforderungen stellt, ist eine Entlastungsdiskussion. Diese Art von Entlastungsdiskussion dürfen wir uns nicht gefallen lassen.

Der Gesetzgeber hat mit der Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes eine Entscheidung getroffen – Herr Taupitz sprach es an. Darüber kann man verschiedener Meinung sein, aber man muss sich auch dessen bewusst sein, dass es damit eine Vorgabe gibt. Man kann diese ändern, man kann andere Konsequenzen formulieren, man kann aber nicht statt des Gesetzgebers, auch dafür hat Herr Taupitz ein Beispiel genannt, andere Instanzen einschalten und diesen anderen Instanzen Entscheidungen überlassen, die sie nicht fällen können und in unserer augenblicklichen Situation auch nicht fällen dürfen.

Um das abzuschließen: Ich bin der Meinung, dass die Diskussion von Anfang an eben keine juristische Diskussion ist.

Zweitens bin ich der Meinung, dass die Juristen eine wichtige Rolle spielen, weil ihnen dann die Aufgabe zukommt, die Instrumente zuzuspitzen, um die es geht.

Drittens: Wenn man sich überlegt, welche Instrumente das sein sollen und wie sie auszusehen haben – Sie werden volles Verständnis dafür haben, dass ich ohne diese Bemerkung nicht abschließen kann –, taucht die Frage des Datenschutzes natürlich erst recht auf.

Der Gesetzgeber in der Bundesrepublik hat diese Aufgabe bis jetzt sträflich vernachlässigt, indem er der Frage des Umgang mit genetischen Daten keinerlei Aufmerksamkeit gewidmet, sondern sich stattdessen auf andere Bereiche eingelassen hat. Deshalb stehen wir im Augenblick vor einem Vakuum, das nicht nur die hier besprochene Thematik betrifft, sondern genauso auch Problembereiche wie beispielsweise die Verarbeitung genetischer Daten im Versicherungsbereich oder im Bereich des Arbeitsverhältnisses.

Das Europäische Parlament hat sich dazu geäußert. Ich fände es gut, wenn man die Überlegungen und die Entscheidungen des Europäischen Parlaments zur Kenntnis nähme, auch deshalb, weil es prominente frühere Mitglieder dieses Landtags gibt, die bei den Überlegungen des Europäischen Parlaments durchaus eine wichtige Rolle gespielt haben. – Ich danke Ihnen.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Danke, Herr Prof. Dr. Simitis. Der Ruf nach Regelungen durch den Gesetzgeber wird nun ja unüberhörbar.

Meine Frage an Herrn Prof. Dr. Günther wäre, ob das, was der Gesetzgeber zu regeln hat, um Grenzen einzuziehen, immer – oder partiell – auch strafbewehrt, also mit Strafe bedroht werden soll. Brauchen wir Strafvorschriften, oder geht es unter dieser Ebene?

Herr Prof. **Dr. Günther**: Vielen Dank, Herr Präsident. Als ich Ihre Einladung bekommen habe, hatte ich eigentlich die Erwartung, dass ich in meiner Rolle als Rechtsphilosoph sprechen kann, nicht in meiner Rolle als Strafrechtler. Aber ich äußere mich gerne auch als Strafrechtler.

Ich denke, mit dem Ruf nach dem Strafrecht muss man generell vorsichtig sein. Das kann allenfalls das allerletzte Mittel zur Steuerung dieser Probleme sein. Auch die beiden Entscheidungen des

Bundesverfassungsgerichts zur Abtreibung haben sehr deutlich gemacht, dass eine strafrechtliche Regelung allenfalls als Ultima Ratio infrage kommt, wenn alternative Regelungsmöglichkeiten versagen.

Nun hat zumindest die zweite dieser Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts das Problem erzeugt, dass damit gleichzeitig auch eine Art Schutzpflicht des Staates statuiert wurde, die dieser Staat nicht bis unter ein gewisses Maß unterschreiten dürfe. Es gibt also gewisse Mindestbedingungen, die auch mit den Mitteln des Strafrechts durch den Staat geschützt werden müssen. Daraus ist so eine Art Doktrin einer staatlichen Schutzpflicht für die Bewahrung von Grundrechten entstanden, die dann auch mit den Mitteln des Strafrechts durchgesetzt werden müsse. Aber das ist ganz strikt an die Vorgabe zu binden, dass nur dann, wenn wirklich keine alternativen Steuerungsmöglichkeiten zu dem gleichen Ergebnis führen, zu den Mitteln des Strafrechts gegriffen werden darf. Alles andere wäre dann auch schon eine Verletzung des Prinzips der Verhältnismäßigkeit, wenn man mit dem harten Mittel der Strafe, das den schwersten staatlichen Eingriff in die Grundrechte bedeutet, versuchen würde, bestimmte Ergebnisse zu erzielen.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Und jetzt philosophieren wir!

Herr Prof. **Dr. Günther**: Vorbereitet hatte ich einige Ausführungen zu der Problematik der Menschenwürde. Dazu wollte ich eigentlich nur sagen, dass die Erwartung, es könne in der Rechtsphilosophie klarere Aussagen zum Begriff der Menschenwürde geben, trügt. Das hängt unter anderem damit zusammen, dass der Begriff der Menschenwürde dann unbestimmt wird – das ist er generell, aber dann wird er es besonders –, wenn wir mit den hier diskutierten Problemen zu tun haben, wenn es also um die Frage des Menschenwürdestatus von Embryonen geht.

Das liegt unter anderem daran, dass der Gehalt der Menschenwürde vor allen Dingen durch historische Erfahrungen mit schweren Verletzungen der Menschenwürde geprägt worden ist. Das waren historische Erfahrungen, die sich immer auf bereits geborene Menschen bezogen haben. Was hier in Deutschland an paradigmatischer

historischer Erfahrung immer vorgebracht wird – die Selektionen an der Rampe in Auschwitz –, war eine Erfahrung massivster Menschenwürdeverletzung und Vernichtung, die aber unter geborenen Menschen stattfand. Daraus beziehen wir sozusagen die Semantik, mit der wir über Menschenwürde diskutieren.

Das große Problem ist nun: Lassen sich diese Erfahrungen auf den Embryo übertragen, und lässt sich damit die Frage beantworten, welchen Menschenwürdestatus der Embryo hat bzw. ob er überhaupt einen hat? Im Wesentlichen gibt es dazu – mit vielen Schattierungen und Überschneidungen, aber ich denke, man kann es so charakterisieren – zwei große Richtungen.

Die eine versucht, diese Frage naturalistisch zu entscheiden, indem sie an bestimmten Eigenschaften des Embryos anknüpft. Damit gerät man in die Debatte hinein, wann menschliches Leben beginnt, ob der Embryo schon den Status einer Person hat und ob sich dies an naturalistischen Kriterien festmachen lässt. Ist, wenn die Verschmelzung zwischen Ei- und Samenzelle stattgefunden hat, schon ein Individuum vorhanden, das man sozusagen schon als potenziellen Menschen ansprechen kann? Ist das erst nach der Nidation der Fall? Oder erst dann, wenn Empfindungsfähigkeit entsteht? Oder aber – wie einige Rechtsphilosophen und Philosophen argumentieren – eigentlich erst nach der Geburt, also dann, wenn sich in der Beziehung mit anderen Menschen Personalität entwickelt?

Das alles sind naturalistische Anknüpfungsversuche, die darunter leiden, dass sie im Grunde genommen einem Fehlschluss erliegen. Die Natur sagt uns nicht, wann der Mensch „beginnt“, sondern das ist eine Festlegung, die wir treffen. Wir können sie nicht aus der Natur ablesen; das ist das große Problem aller Versuche der naturalistischen Bestimmung.

Die extreme Gegenposition, die auf dieses Problem reagiert: Man greift zu metaphysischen oder theologischen Bestimmungen der Menschenwürde. Diese Position leidet darunter, dass eine Definition des zentralen und für die Verfassung hochstehendsten Begriffs, nämlich der Menschenwürde, in einer säkularen und pluralistischen Gesellschaft schwer begründbar ist. Eine solche Definition wird dann von Auffassungen abhängig gemacht, von denen nicht erwartet werden

kann, dass alle Betroffenen in der Gesellschaft sie in gleicher Weise teilen, weil jeder unterschiedliche Überzeugungen über das Leben, das Dasein hat.

Interessanter wird es, wenn man versucht, sich aus dieser Diskussion auf eine Art reflexive oder Meta-Ebene zu begeben und zu fragen: Was passiert eigentlich in dieser Diskussion über Menschenwürde? Da kann man beobachten, dass wir eigentlich immer unser jeweils aktuelles Selbstverständnis in die Natur hineinprojizieren. Wir führen Diskurse darüber, wie wir uns selbst als Menschen verstehen, kommen zu bestimmten Ergebnissen und projizieren das in die Natur hinein. Das erklärt alle diese Versuche, schon am Embryo ablesen zu wollen, ob da nicht irgendetwas ist, was unserer gegenwärtigen Vorstellung davon, was ein Mensch ist, entspricht. Das erklärt, warum einige mit Bildern argumentieren, auf denen ein Embryo schon erste menschliche Wesenszüge erkennen lässt, und dann sagen: „Das ist doch schon menschenähnlich; es sieht doch aus wie ein Mensch.“ Dann hat man aber schon eine Vorstellung davon, dass ein Mensch durch seine Gesichtszüge individuiert ist, dass er im Grunde schon ansprechbar ist. Das ist es, was in der Menschenwürdediskussion eigentlich passiert.

Wenn man einmal alle Standpunkte, die in der gegenwärtigen Diskussion vertreten werden, durchgeht, kann man zwei Gemeinsamkeiten feststellen. Das Artikulierte klärt darüber auf, welches Selbstverständnis wir gegenwärtig haben.

Da ist einmal die Vorstellung, der Mensch sei Zweck an sich selbst, er habe die Anlage zur Selbstbestimmung und zum Selbstbewusstsein, das heißt, er dürfe in seiner Totalität nicht von Dritten bestimmt und determiniert werden. Es müsse der eigenen Individualität also ein Rest an Unverfügbarkeit bleiben, der Dritten prinzipiell unzugänglich sei und der der Ursprung, die Quelle von Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung und dem Selbstverhältnis eines Menschen sei. Diese Vorstellung kann man natürlich auf verschiedene Weise artikulieren. Einige setzen sehr hoch an und sagen, erst dann, wenn ein reflektiertes Selbstbewusstsein vorhanden sei, „beginne“ der Mensch als Person und erhalte damit Anspruch auf Menschenwürdeschutz. Andere gehen sehr weit in das Anfangsstadium, in die Entstehungsphase zurück und sagen, dies sei schon der Fall, wenn die Potenzialität dazu angelegt sei.

Das zweite gemeinsame Merkmal dieser unterschiedlichen Positionen ist, dass sich mit dem Begriff der Menschenwürde die Vorstellung von Unantastbarkeit und Unverfügbarkeit verbindet. Obwohl wir wissen, dass wir es sind, die den Menschen als Träger der Menschenwürde bestimmen und definieren, versuchen wir auf paradoxe Weise, daran etwas unverfügbar zu stellen, das jeder Bestimmung entzogen ist. Wir wissen, dass eigentlich wir es sind, die darüber verfügen und bestimmen, aber wir wollen uns sozusagen selbst normativ disziplinieren, indem wir etwas daran für unverfügbar erklären.

Das sind die beiden gemeinsamen Aspekte der Diskussion über die Menschenwürde. Die Frage ist nun: Was folgt daraus konkret für die Themen, über die wir reden? Ich denke, man muss sich eines klar machen: Nach wie vor beziehen sich alle diese Argumente doch mehr oder weniger auf Personen, die bereits als moralische Personen miteinander umgehen und kommunizieren. Das heißt, Menschenwürde lässt sich vermutlich nur mit großen Schwierigkeiten auf Embryonen übertragen. Sie ist auch in der Funktion, die das Prinzip der Menschenwürde hat, sehr stark gebunden an geborene Personen, die sich als Mitglieder einer moralischen Gemeinschaft wechselseitig ansprechen können.

Die Frage ist nur: Folgt daraus, dass der Embryo überhaupt keinen Anspruch auf irgendeinen Schutz hätte? Herr Taupitz hat schon darauf aufmerksam gemacht: Wenn man die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts in einer bestimmten Weise – die auch umstritten ist – interpretiert, ist dieser Schluss nicht zwingend. Wenn man sagt, ein Embryo ist nicht Träger eines Grundrechts auf Menschenwürde, ist es nicht unbedingt so, dass man damit die Tür geöffnet hätte und nun alles tun dürfte, was man möchte.

Ich nehme eine Unterscheidung zu Hilfe, die bereits Jürgen Habermas genutzt hat und die sich in weiteren Variationen auch in anderen Diskussionen findet, die aber am klarsten den Unterschied auf den Begriff bringt, nämlich die Unterscheidung zwischen der Würde des Menschen und der Würde des menschlichen Lebens. Wenn man diese Unterscheidung trifft und sagt, dem Embryo kommt die Würde des menschlichen Lebens zu, dann heißt das, dass man mit dem Embryo durchaus nicht alles machen darf, was man will, obwohl er nicht die Würde eines Menschen genießt.

Die nächste Frage wäre dann, welche Maßstäbe man dafür hat. Es ist wichtig zu verstehen, dass die Art und Weise, wie wir mit vorpersonalem Leben, mit menschlichem Leben umgehen, natürlich Rückwirkungen darauf hat, wie wir uns selbst als autonome Personen, als freie und gleiche Mitglieder einer moralischen Gemeinschaft verstehen. Das heißt, das vorpersonale Leben, das Leben eines Embryo ist nicht irgendetwas anderes, das sozusagen unabhängig von unserem eigenen Selbstverständnis passiert, sondern es hat natürlich einen Bezug dazu, wie wir uns begreifen.

Viele Argumente, viele Sorgen und Ängste in dieser Debatte beruhen natürlich auf der Befürchtung: Wenn die Forschung an Embryonen grenzenlos freigegeben würde, könnte es sein, dass wir in unserer Gesellschaft Bedingungen schaffen, unter denen sich Menschen nicht mehr als freie, gleiche und autonome Personen entwickeln und verstehen können. Wenn die Verfügbarkeit des Lebens beliebig wird, ändert sich auch unser Selbstverständnis als autonome Person. In Kürze heißt das: Embryonen sind nicht Träger eines Grundrechts auf Menschenwürde, aber es gibt eine Würde des menschlichen Lebens. Die zu schützen ist eine Verpflichtung, die wir um unseres eigenen Selbstverständnisses als freie und gleiche Personen einer moralischen Gemeinschaft willen schützen müssen.

Daraus folgt: Eingriffe sind möglich. Sie müssen abgewogen werden, müssen verhältnismäßig und begrenzt sein. Wir sollten mit den rechtlichen Techniken, die wir anwenden, wenn wir in ein wichtiges Gut zugunsten anderer wichtiger Güter eingreifen, den schonendsten Eingriff vornehmen, abwägen, nach Alternativen suchen und nicht gleich jedes passende oder beliebige Mittel verwenden.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Günther.

Herr Prof. Dr. Denninger, wann und wo auch immer die Menschenwürde gefährdet ist oder Menschenrechte verletzt zu werden scheinen, sehe ich Sie in Wissenschaft und Praxis aufstehen und dagegen ankämpfen, und das bewundere ich an Ihrer Vita.

Meine Frage an Sie, und das leitet unmittelbar über von dem, was Herr Prof. Dr. Günther sagte: Gibt es auch für Sie, aus Ihrer rechtlichen Sicht, graduelle Unterschiede auf dem Weg der Entstehung des menschlichen Lebens, beispielsweise zwischen dem, was noch nicht Menschenleben geworden ist, etwa vor der Nidation, und dem, was dann folgt? Schutzwürdig ja – aber unterschiedlichen Grades? Ohne Ihren Überlegungen vorgreifen zu wollen, wäre das eine Frage an Sie, die mich persönlich besonders interessiert.

Herr Prof. **Dr. Denninger**: Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich darf zunächst herzlich dafür danken, dass ich an diesem wirklich interdisziplinären Gespräch seit 9:30 Uhr heute Morgen teilnehmen darf. Ich glaube, es ist ungeheuer wichtig, dass ein solches Gespräch hier und auch jetzt geführt wird und auch in drei „Abteilungen“ geführt wird. Das Programm ist ja wie ein klassisches Triptychon aufgebaut, und die Juristen sitzen in der Mitte. Was das bedeutet, wäre noch zu interpretieren.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Das ist Absicht.

Herr Prof. **Dr. Denninger**: Aber Spaß beiseite. – Ich glaube, es drückt den, um es geschwollen auszudrücken, wissenschaftstheoretischen Status dieses Gesprächs aus, dass wir es auf drei Ebenen mit ganz verschiedenen Begriffsbildungen zu tun haben und auch diskutieren müssen, uns darüber im Klaren sein müssen.

Damit komme ich auch gleich zu Ihrer eingangs gestellten Frage. Wo die Biologen, denen ich heute Morgen wirklich mit großem Interesse zugehört habe, vielleicht keine Zäsur legen, sondern ein Kontinuum sehen, da können und müssen die Juristen unter Umständen Zäsuren legen. Wie Herr Günther eben ausgeführt hat, ist es der Mensch selbst, der zum Thema Menschenwürde die notwendigen Bestimmungen zu treffen hat. Das ist ihm nicht aus der Natur schlechthin vorgegeben. Anders ist es wieder mit einer moralisch-theologischen Betrachtung der Dinge. Hier können Axiome zugrunde gelegt werden, und Sie können

damit auch zu eindeutigen Lösungen kommen. Rechtliche Betrachtungen kommen hier unter Umständen nicht zu eindeutigen Lösungen.

Ich möchte nun, wenn Sie gestatten, als Eingangsposition kurz auf Frage 1 Ihres Fragenkatalogs, den Begriff des Menschenwürdeschutzes und des Lebensbeginns, eingehen, obwohl hierzu schon vieles gesagt wurde, das ich voll unterstreichen kann. Insbesondere möchte ich betonen, dass ich das, was Herr Taupitz hier schon über die verfassungsrechtliche Seite ausgeführt hat, vollständig akzeptieren kann. Vielleicht kann ich es noch ein bisschen präzisieren.

Was die Verfassung angeht, muss man, glaube ich, unerfüllbare Erwartungen der Nachbarwissenschaften zurückweisen oder dämpfen. Die Verfassung kann nicht für alle Fragen eine eindeutige Antwort parat halten. Die Verfassung enthält gerade mit dem Begriff der Menschenwürde einen Grenzbegriff, der über die rechtliche Definitionsmacht inhaltlich hinausweist, trotzdem aber rechtlich irgendwie definiert werden muss. Ähnlich ist es mit Begriffen wie Religion, Kunst oder Gewissen. Wir müssen sie, um weitere Anknüpfungen vornehmen zu können, definieren, ohne zunächst genau zu wissen, wo wir unsere Kriterien hernehmen. Das ist ein Dilemma, aus dem wir nicht herauskommen. Andererseits ist es aber, positiv gesehen, auch ein Kennzeichen unserer auf der Achtung der Menschenwürde aufgebauten Verfassungsordnung, dass sie unterschiedliche Auffassungen über das Subjekt, den Gegenstand des Schutzes, und auch über mögliche Verletzungshandlungen zulässt.

Die Verfassung selbst respektiert einen Freiraum des Gewissens des Einzelnen, indem sie nicht eine Normativität vorgibt, die sie dann aus sich heraus nicht zu validieren vermag. Das bedeutet aber nicht – da muss ich meinem Freund Simitis vielleicht ein bisschen widersprechen – , dass man über den Begriff Menschenwürde gar nicht diskutieren sollte. Wir müssen erst einmal vorsichtig absichten und versuchen zu klären, was er leisten kann und was nicht.

Herr Bartram, den wir heute Morgen hier gehört haben, hat diesen Befund aus seiner naturwissenschaftlichen Sicht vor einigen Monaten so formuliert – und das unterstreiche ich voll –: „Wir müssen einfach erkennen, dass es zu diesen wichtigen Lebensfragen sehr

unterschiedliche Auffassungen gibt, die sich auch nicht weiter annähern lassen. Dennoch kann man den anderen mit seiner Meinung respektieren. Da das Embryonenschutzgesetz in jedweder Fassung umstritten bleibt, wird es sicherlich auch von jeder Generation wieder neu auf den Prüfstand gestellt werden.“

Ich möchte hinzufügen, dass wir die gleiche Schwierigkeit bei der Problematik des Schwangerschaftsabbruchs gehabt haben und noch haben. Und auch das zweite Judikat des Bundesverfassungsgerichts, das ich jetzt nicht im Einzelnen kritisieren will, wird nicht das letzte Wort in dieser Sache gewesen sein, sondern die Meinungen bleiben weiter bestehen. Es ist aber wichtig, und dazu ist das Gericht ja berufen, einen Modus Vivendi zu finden, der uns zunächst einmal rein pragmatisch weiterhilft. Er dient auch dem Rechtsfrieden im Gemeinwesen, weil er den Interessen der primär Betroffenen, nämlich der Frauen, Rechnung zu tragen versucht.

Nach dieser methodischen Vorbemerkung nun noch ein paar Stichworte – thesenhaft, denn vieles ist schon gesagt worden, und die Zeit läuft davon – zur Frage 1: Beginn des Menschenwürdeschutzes. Ich glaube, ein zentrales Problem liegt darin, dass man die Frage nach der Menschenwürde und ihrer Definition trennen sollte von der Frage nach Leben und Lebensbeginn. Es ist, meine ich, ein großes Hindernis für die weitere Entwicklung gerade im pränatalen und im Präimplantationsbereich, dass das Bundesverfassungsgericht das so apodiktisch zusammengebunden hat und sagt: Wo menschliches Leben existiert, muss auch die Menschenwürde geschützt werden; „wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu“.

Über die Phase vor der Nidation hat das Gericht nicht entschieden, aber in einem Obiter Dictum gesagt, Erkenntnisse der medizinischen Anthropologie legten es nahe anzunehmen, menschliches Leben entstehe bereits mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle. Vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, spätestens 16 Stunden nach der Befruchtung, beginne somit der Schutz der Menschenwürde. Das wird heute von vielen so akzeptiert und zur Grundlage genommen, etwa von Ernst Benda, wenn er sagt: Wo man Leben zerstört, braucht man über die Menschenwürde der hiervon Betroffenen nicht mehr zu reden. Mit dem Leben ist eben alles Weitere auch zerstört – so Benda.

Genau das halte ich für problematisch. Ich will das jetzt nicht im Einzelnen ausführen, aber es wurde hier schon wiederholt angemerkt, dass wir Fälle in der Rechtsordnung kennen, in denen Leben zerstört, die Würde aber nicht angetastet wird. Das beginnt beim Soldatentod und hört bei der embryopathischen Abtreibung auf. Das muss man einfach sehen: In diesen Fällen wird Leben zerstört, und doch sind wir nicht der Auffassung, dass hier die Menschenwürde angetastet würde.

Ich meine, das sei eine erste Folgerung: Der Menschenwürdeschutz darf nicht in der Weise vom Lebensschutz abhängig gemacht werden, dass jede Lebenszerstörung zugleich eine Würdeverletzung wäre. Was den Menschenwürdebegriff des Näheren angeht, verweise ich zunächst auf die Ausführungen von Herrn Günther.

Mich hat die neueste Darlegung von Jürgen Habermas in seiner Studie über die Zukunft der menschlichen Natur durchaus überzeugt, weil ich immer schon der Auffassung war, dass Würde ein interpersonales Phänomen ist, das auf interpersonalen Kommunikationsleistungen aufbaut. Menschenwürde ist einfach kein in biologischen, chemischen oder physikalischen Maßeinheiten beschreibbarer Sachverhalt. Das müsste er sein, wenn man ihn naturalistisch einfach an das biologische Leben anknüpft. Dann kann man lange darüber diskutieren, wann das beginnt. Beginnt das personale Leben mit der Geburt, wie Habermas jetzt ausgeführt hat, oder zu einem anderen Zeitpunkt?

Übrigens darf ich, weil das jetzt doch übersehen wird, hinzufügen, dass das Bundesverfassungsgericht diesen personalen Grundzug des Menschenwürdebegriffs früher sehr deutlich gesehen hat und in seinem so genannten Mephisto-Beschluss auch zur Grundlage genommen hat. Dort heißt es nämlich – ich habe es mir extra herausgeschrieben –, es wäre „mit der Unverletzlichkeit der Menschenwürde unvereinbar, wenn der Mensch, dem Würde kraft seines Person-Seins zukommt, in diesem allgemeinen Achtungsanspruch“ – es ging um die postmortale Menschenwürde – „herabgewürdigt oder erniedrigt werden dürfte“. Das Gericht selbst hat damals also diesen Personalitätscharakter der Menschenwürde zugrunde gelegt. Später, im Urteil zur Abtreibung, ist das leider verdunkelt worden.

Was heißt das nun für das – Herr Günther hat den Terminus schon eingeführt – vorpersonale menschliche Leben, sei es intrauterin als Fötus oder extrakorporal als Zygote oder Embryo in vitro, in Bezug auf seine Menschenwürde? Auch diesbezüglich würde ich sagen, es bedeutet nicht, dass dieses Leben schutzlos gestellt ist. Es ist sowohl nach Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes zu schützen als auch nach Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes – nur ist das kein absoluter Schutz.

Das Recht auf Leben kann – hier sind wir nun, leider oder Gott sei Dank, an die Vorschriften des Grundgesetzes gebunden und wollen das auch ernst nehmen – durch Gesetz beschränkt werden. Nur die Menschenwürde – das ist ein Axiom der Juristen, über das man zunächst nicht hinwegkommt – ist unantastbar und uneinschränkbar. Nun bitte ich Sie, sich einmal vor Augen zu führen, wie Sie den Widerspruch auflösen wollen, dass das Gericht einerseits sagt: „Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Würde zu“, andererseits aber unendlich viele Fälle der sozialen, medizinischen und embryopathischen kriminogenen Indikation zulässt? Über diesen Widerspruch kommt man nicht hinweg.

Diese Schwierigkeit setzt sich fort in den Bereich vor der Nidation. Ich persönlich bin der Auffassung, dass es wahrscheinlich sinnvoll wäre – ich äußere mich jetzt sehr vorsichtig –, den Lebensbeginn mit der Nidation anzusetzen. Ich fühle mich in dieser Position durch etliche naturwissenschaftliche Äußerungen sehr bestätigt, nicht zuletzt noch durch eine Äußerung von Frau Prof. Dr. Christiane Nüsslein-Volhard, die schlicht sagte: „Erst mit der Einnistung in den Uterus der Mutter hat der Embryo das volle Entwicklungsprogramm. Erst während dieser erstaunlichen und wundersamen Symbiose wird das Programm ausgeführt. Gene sind nicht alles, was der Mensch zur Menschwerdung braucht.“ – In einem ähnlichen Sinne habe ich heute Vormittag auch Herrn Bartrams Äußerungen verstanden.

Nun meine ich aber, dass das nicht das Entscheidende ist. Wir können und müssen sowohl das embryonale, extrakorporale Leben als auch die Menschenwürde im vorpersonalen Stadium schützen. Nur ist – und das ist meine zentrale These hier – nicht aus Verfassungsbegriffen oder als Verfassungsgebot herleitbar, wie das im Einzelnen zu geschehen

hat, sondern das ist Sache des Gesetzgebers. Der Gesetzgeber hat hier einen sehr weiten Spielraum und hat dementsprechend auch eine sehr große Verantwortung. Das muss man sehen.

Dann komme ich, um die Zeit nicht zu sehr zu strapazieren, schließlich noch zu dem Verhältnis zur Wissenschaftsfreiheit. Herr Taupitz, das ist der Punkt, bei dem ich vielleicht in Nuancen von Ihnen abweiche. Wir dürfen – das hat auch die heutige Podiumsdiskussion gezeigt – nicht einfach bei der Wissenschaftsfreiheit ansetzen und Menschenwürde sozusagen nur als einen Beschränkungsmaßstab für Wissenschaftsfreiheit annehmen, sondern wir müssen beides gleichzeitig diskutieren. Sie haben vollkommen Recht, wenn Sie sagen, Wissenschaftsfreiheit sei ein ohne geschriebenen Gesetzesvorbehalt gewährleistetes Grundrecht und deshalb nur unter, sagen wir, erschwerten Umständen beschränkbar, also nicht etwa vergleichbar mit Eigentum. Das ist richtig.

Aber andererseits ist es heute ganz unstrittig, dass die Wissenschaftsfreiheit nicht grenzenlos und nicht schrankenlos ist, sondern ihre Grenze an verfassungsrechtlichen Schutzgütern findet – das haben Sie auch gesagt. Wir müssen also beides im Blickfeld behalten.

Aber Sie haben Recht – da würde ich Ihnen auch zustimmen –: Es gibt heutzutage die Tendenz zu einer Beweislastumkehr. Dieser Tendenz ist entgegenzutreten, und zwar massiv. Der Gesetzgeber muss begründen, wenn er Regelungen vornehmen will. Es ist nicht so, dass etwa von den Wissenschaftlern – die Naturwissenschaftler meine ich jetzt; Juristen sind sowieso keine Wissenschaftler – gefordert werden kann, zu erläutern, warum ihre Forschung so wichtig ist. Sie sollen erst einmal beweisen, dass sie nicht auch mit adulten Zellen erreichen könnten, was mit embryonalen Zellen möglicherweise erreichbar ist. – Nein, so funktioniert Wissenschaft nicht! Wissenschaft geht von Fragezeichen und Hypothesen aus. Dem muss auch die einfache Gesetzgebung Rechnung tragen. – Vielen Dank.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Denninger.

Herr Dr. Dederer, der Hauptausschuss des Hessischen Landtags, der die Fragen für diese Anhörung formuliert hat, hat noch einen Unterabschnitt „Patentierbarkeit von menschlichen Genen“ geschaffen. Wäre das – ohne Ihnen vorgreifen zu wollen – ein Thema für Sie?

Herr **Dr. Dederer**: Herr Präsident, Sie sprechen mich auf die Patentierung an; ich möchte darauf in der Tat kurz eingehen. Ich habe die Fragen, die das Haus gestellt hat, auch schriftlich beantwortet. Eine der Fragen ging dahin, welche rechtlichen Grundlagen auf internationaler, nationaler und Landesebene die Patentierbarkeit von Genen regeln.

Lassen Sie mich mit der internationalen Ebene beginnen. Dort gibt es das TRIPs-Übereinkommen, das die handelsbezogenen Aspekte des geistigen Eigentums regelt und alle WTO-Mitgliedstaaten bindet. Diese Bindung wirkt sich so aus: Wenn gegen das TRIPs-Übereinkommen der WTO verstoßen wird, löst dies auch den Streitbeilegungsmechanismus aus – einen mittlerweile sehr rigiden Streitbeilegungsmechanismus des WTO-Regimes. Das Übereinkommen selbst regelt die Patentierbarkeit von Genen nicht und ist insofern offen. An TRIPs muss sich allerdings jede Patentierungsregelung orientieren.

So hat es auch der europäische Gesetzgeber getan. Der Rat und das Europäische Parlament haben die EG-Biopatentrichtlinie verabschiedet. Diese Richtlinie erlaubt die Patentierung von Genen, ausdrücklich auch menschlicher Gene. Voraussetzung ist, dass diese menschlichen Gene durch ein technisches Verfahren isoliert oder hergestellt werden und im Übrigen auch die gewerbliche Anwendbarkeit dieser Erfindung offenbart wird.

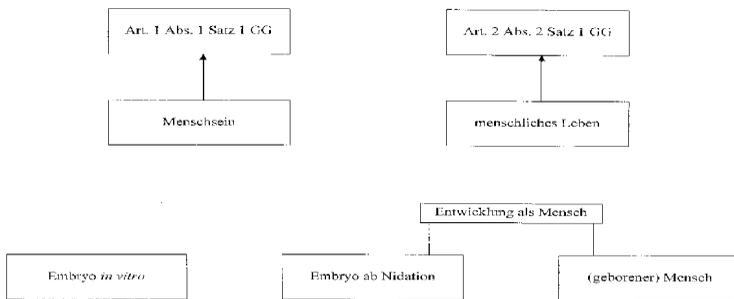
Die gewerbliche Anwendbarkeit eines Gens orientiert sich an seiner Funktion. Das Problem der Patentierung besteht darin, inwieweit diese Funktion bzw. die gewerbliche Anwendbarkeit konkretisiert werden muss. Je nach Reichweite dieser Konkretisierung reicht auch der Patentschutz unterschiedlich weit.

Hinzuzufügen ist, dass durch die Patentierung von Genen, auch der menschlichen, das Gen nicht in situ, also in seiner natürlichen Vorkommensweise, patentiert wird.

Wichtig ist im Übrigen, dass die EG-Biopatentrichtlinie bestimmte Verfahren von der Patentierbarkeit ausschließt. Insofern komme ich noch einmal zurück zu Fragen, die den Menschenwürdeschutz und das menschliche Leben in vitro angehen. Bestimmte Verfahren sind von der Patentierbarkeit ausgeschlossen, weil sie gegen den Ordre publicue oder insbesondere gegen die Menschenwürde verstoßen. Ausdrücklich genannt werden Verfahren der Nutzung menschlicher Embryonen zu industriellen oder kommerziellen Zwecken, Verfahren zur Veränderung der genetischen Identität der Keimbahn des menschlichen Lebens und schließlich Verfahren zum Klonen menschlicher Lebewesen. Möglicherweise muss man solche Verbote teleologisch reduzieren, soweit – beispielsweise beim Klonen – doch kein Menschenwürdeverstoß vorliegt. Diese Frage stellt sich zum Beispiel beim therapeutischen Klonen. Dort könnte es sein, dass ein Menschenwürdeverstoß zu verneinen ist. Ich möchte das auch gleich noch kurz begründen.

Abschließend noch, der Vollständigkeit halber: Es gibt neben der EG-Biopatentrichtlinie das Europäische Patentübereinkommen. Das Europäische Patentübereinkommen wurde an die EG-Biopatentrichtlinie angepasst, indem die so genannte Ausführungsordnung zum Europäischen Patentübereinkommen geändert und der EG-Biopatentrichtlinie entsprechend angepasst worden ist.

Warum nun könnte das therapeutische Klonen keinen Verstoß gegen die Menschenwürde darstellen? Ich möchte hier noch einige Ausführungen anschließen, die ich als Eingangsstatement vorbereitet habe. Ich bewege mich dabei, wie ich bemerkt habe, in erstaunlicher Nähe zu den Positionen von Herrn Prof. Denninger.



Im Zentrum der Bioethikdebatte steht die Frage, ob und inwieweit sich die Garantie der Menschenwürde in Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes auf den menschlichen Embryo *in vitro* erstreckt. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch steht jedenfalls der Embryo ab Nidation unter der Garantie der Menschenwürde des Artikel 1 Abs. 1 GG. Die Gründe des Bundesverfassungsgerichts kulminieren in der Formel, die Herr Denninger bereits verwendet hat: „Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu.“ Nach diesem Satz müsste sich die Garantie der Menschenwürde auch schon auf den Embryo vor Nidation, insbesondere auf den Embryo *in vitro* erstrecken, denn die Existenz des Embryo *in vitro* stellt meines Erachtens ohne Zweifel menschliches Leben dar – das ist kein pflanzliches und auch kein tierisches, sondern aufgrund seines Genoms menschliches Leben.

Indes sieht das Grundgesetz für die Garantie der Menschenwürde einerseits und für den Lebensschutz andererseits jeweils eigene verfassungsrechtliche Gewährleistungen vor: Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes garantiert die Menschenwürde, Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG garantiert das Lebensrecht. Das Recht auf Leben aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG setzt menschliches Leben als einen organischen, physischen, biologischen Sachverhalt voraus. Demgegenüber knüpft die Menschenwürdegarantie aus Artikel 1 Abs. 1 GG an das Menschsein als einen emergenten, personalen Tatbestand an.

Daraus folgt, dass die Garantie der Menschenwürde aus Artikel 1 Abs. 1 GG nur dann neben dem Lebensschutz aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG zur Anwendung kommt, wenn zum menschlichen Leben als organischem, physischem Sachverhalt das Menschsein als emergenter, personaler Tatbestand hinzutritt.

Während menschliches Leben mit der Kernverschmelzung in einer befruchteten Eizelle oder mit jedem auf andere Art herbeigeführten Embryonalstadium anfängt, beginnt das Menschsein erst mit der Geburt. Menschsein und menschliches Leben fallen also im geborenen Menschen zusammen. Dass die Garantie der Menschenwürde des Artikel 1 Abs. 1 GG an sich nur dem geborenen Menschen zukommt, lässt sich aus dem natürlichen Wortsinn des Begriffs Mensch in Artikel 1 Abs. 1 Satz 1 GG, aus der Stellung des Artikel 1 Abs. 1 GG – der den Begriff des Menschen verwendet – im Grundgesetz und in der Gesamtrechtsordnung sowie aus der Entstehungsgeschichte der Menschenwürdegarantie im Grundgesetz erschließen.

Auch das Bundesverfassungsgericht hat übrigens die Leibesfrucht an keiner Stelle seiner Rechtsprechung zum Schwangerschaftsabbruch unmittelbar als Mensch bezeichnet. Es spricht in der Regel vom Ungeborenen oder vom ungeborenen Leben.

Allerdings hat das Bundesverfassungsgericht die Menschenwürde des Artikel 1 Abs. 1 GG zu Recht auf die Leibesfrucht zurück erstreckt, denn ab der Nidation handelt es sich in der Tat „um unabdingbare Stufen der Entwicklung eines individuellen Menschseins“, so das Bundesverfassungsgericht wörtlich.

Die Entwicklung als Mensch bildet konstruktiv die Brücke für die Erstreckung der Garantie der Menschenwürde auf den Embryo ab Nidation. Unmittelbar und nur in diesem Zusammenhang steht der Satz des Bundesverfassungsgerichts, der zitiert wurde: „Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu.“ Dieser Satz beansprucht nach der Brückenkonstruktion meines Erachtens eben keine Geltung für den Zeitraum vor Nidation. Hier fehlt die Brücke, denn die Entwicklung als Mensch reicht konstruktiv als Brücke nur bis zur Nidation zurück. Hierfür sprechen Gründe der Entwicklungsbiologie und auch des Verfassungsrechts. Diese beiden Gründe stehen der Tragfähigkeit der Brückenkonstruktion in diesem Bereich auch

entgegen. Aus entwicklungsbiologischer Perspektive ist die Entwicklung als Mensch eben erst ab der Nidation objektiv gewährleistet. Ich beziehe mich auch auf Frau Nüsslein-Volhard und das von Herrn Denninger bereits vorgetragene Zitat, das ich damals aus der Frankfurter Allgemeinen Zeitung entnommen habe.

Aus verfassungsrechtlicher Perspektive steht selbst der zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erzeugte Embryo in vitro unter dem verfassungsrechtlich unbedenklichen Vorbehalt, dass sich die betroffene Frau gegen den Embryotransfer entscheidet. Daher ist im Ganzen, wenn diese Brückenkonstruktion nicht trägt, die Erstreckung der Menschenwürdegarantie aus Artikel 1 Abs. 1 GG auf den Embryo in vitro ausgeschlossen. Dennoch kommt dem Embryo in vitro der Lebensschutz aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG als objektive Grundsatzentscheidung zugute. Für die objektive Schutzpflicht des Staates aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG kommt es nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auch nicht darauf an, ob der Embryo bereits einen Rechtgutsträger darstellt, also Person ist, einen personalen Tatbestand erfüllt.

Jedoch äußert Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG zugunsten des Embryos in vitro geringere Schutzwirkungen als zugunsten der Leibesfrucht oder des geborenen Menschen, denn nur bei der Leibesfrucht und beim geborenen Menschen wirken zugleich Lebensschutz und Menschenwürdegarantie. Da die Garantie der Menschenwürde aber ohne zugleich existierendes menschliches Leben eine leere Hülse darstellen würde, muss dort, wo die Menschenwürdegarantie Wirkung entfaltet, das menschliche Leben dann auch grundsätzlich mit Vorrang vor allen anderen Rechtsgütern geschützt werden. Umgekehrt vermag das menschliche Leben des Embryo in vitro keinen grundsätzlichen Vorrang vor allen anderen Rechtsgütern zu beanspruchen. Im Rahmen einer Abwägung kann der Gesetzgeber dem Gesundheitsschutz bei besonders schweren, bisher unheilbaren Krankheiten sowie der hierauf gerichteten Forschung den Vorrang vor dem Lebensschutz des Embryo in vitro gemäß Artikel 2 Abs. 2 Satz 3 GG einräumen.

Der Gesetzgeber ist deshalb noch nicht an der Beibehaltung bestehender oder an der Einführung neuer, dem Lebensschutz des Embryo dienender Verbote gehindert. Andererseits steht dem Gesetzgeber ein Gestaltungsspielraum offen, um z. B. auf gesetzlicher

Ebene einen Regelungsrahmen zu schaffen, welcher beispielsweise dem geltenden britischen Recht sehr nahe kommen darf. Der Gesetzgeber kann daher in engen Grenzen – ich betone: in engen Grenzen – die Präimplantationsdiagnostik zulassen, ebenso die Entnahme von Stammzellen aus Embryonen, die Forschung an Embryonen und die Herstellung von Embryonen zu Forschungszwecken.

Ein Verbot des Imports embryonaler Stammzellen ist, meine ich, verfassungswidrig. Das ausnahmslose Verbot der PID ist meines Erachtens wahrscheinlich ebenfalls verfassungswidrig.

Die Rechtsmeinung, die ich hier vertrete, ist übrigens meine eigene. Ich bin Wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl von Prof. Dr. Herdegen. Herr Herdegen vertritt wiederum eine etwas andere Auffassung, die sich allerdings in den Ergebnissen zum Teil nicht so weit von der meinen entfernt, wobei Herr Herdegen seine Theorie vom gestuften Menschenwürdeschutz so versteht, dass sie eher vermittelnder Art ist. – Auf weitere Fragen gehe ich im Anschluss gerne noch ein. Ich wäre Ihnen durchaus noch einige Antworten schuldig, weil ich viele Begründungen in der Kürze der Zeit nicht geben konnte.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Ich bedanke mich und eröffne nun die Diskussion. – Zunächst wollte Herr Prof. Dr. Taupitz noch eine Frage an Herrn Prof. Dr. Günther richten.

Herr Prof. **Dr. Taupitz**: Vielen Dank, Herr Präsident, dass Sie mir noch einmal kurz das Wort erteilen, um einen kleinen Widerspruch loszuwerden. Sie wissen, dass ich die heutige Veranstaltung pünktlich um 15 Uhr verlassen muss, weil ich schon vor langer Zeit meine Teilnahme an einer weiteren Vortragsveranstaltung zum heutigen Termin zugesagt habe; eine Verpflichtung, die ich zeitlich ohnehin kaum noch einhalten kann. Ich bitte Sie also vielmals um Entschuldigung, dass ich vorzeitig aufbrechen werde.

Herr Günther, ich teile Ihre Thesen nahezu vollständig. Nur zu einer These will ich noch etwas sagen, nämlich zu Ihrer These, dass eine Rückwirkung auf unser eigenes Verständnis vom geborenen Leben

bestehe, wir uns also fragen müssten, wie wir mit dem ungeborenen Leben umgehen, denn das projiziere unser Verständnis auf das geborene Leben. Da bin ich doch etwas skeptisch. Wir töten uns nicht alle, obwohl tagtäglich in Deutschland routinemäßig Embryonen durch Nidationshemmer getötet werden. Wir töten uns auch nicht, weil ein anderer Mensch keine Lust hat bzw. weil er selbst nach seinem eigenen Gutdünken entscheiden kann, dass ein anderer Mensch kein Lebensrecht mehr haben soll, wie es mit der Abtreibung faktisch rechtlich möglich ist. Ich bin also sehr skeptisch, wenn gesagt wird: Alles, was wir mit Embryonen machen, werden wir später auch mit geborenen Menschen machen.

Diese Argumentation ist aus meiner Sicht auch deshalb so gefährlich, weil sie auch in die Debatte um die Behinderungen hineinführt. Ich bin nicht der Auffassung, dass wir Embryonen, die einen genetischen Defekt in sich tragen, nur deshalb am Leben erhalten und zur Geburt führen müssen, damit wir genügend Behinderte in unserer Gesellschaft haben, um mit Behinderungen ordentlich umgehen zu lernen.

Wir behandeln Behinderte in unserer Gesellschaft ganz anders, als wir es in der vorgeburtlichen Phase tun. Ich würde diese beiden Sachverhalte doch sehr deutlich voneinander trennen. Wir müssen in unserer Gesellschaft alles daransetzen, dass Behinderte, wenn sie geboren sind, von uns in höchstem Maße geschützt und als gleichberechtigte Mitmenschen beachtet werden, dass sie auch viel mehr geschützt und geachtet werden müssen, als es die Gesellschaft heute tut. Aber das hat für mich nichts mit der Frage zu tun, ob eine Frau aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechts die Möglichkeit hat, ein behindertes Kind abzutreiben. Das ist ihre Entscheidung.

Ebenso gibt es aus meiner Sicht keine Rückwirkung von dem Komplex „geborene Menschen“ auf die Forschung an Embryonen.

Abg. **Frank-Peter Kaufmann:** Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Dederer und knüpft an seine zuletzt geäußerten Darlegungen an.

Man könnte sich ja denken, dass es nicht ausgeschlossen ist, dass der wissenschaftliche Fortschritt weitergeht und irgendwann die In-vitro-Fertilisation bis zu einem Punkt geführt wird, die wir per via naturalis

Geburt nennen, sodass also ein Einpflanzen in den Mutterleib gar nicht mehr notwendig wäre, um einen fertigen Menschen zu erzeugen. Zumindest gedanklich wäre das vorstellbar. Wie stehen Sie dann mit Ihrer Argumentation da? Wo ist dann die Brücke?

Abg. **Dr. Franz Josef Jung (Rheingau)**: Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Simitis: Sie haben zu Recht gefordert, dass der Gesetzgeber handeln müsse, wenn er zu entsprechenden Entscheidungen kommen wolle. Meine Frage an Sie: Gibt es bereits Vorschläge, beispielsweise zu gewissen Rahmenbedingungen, die der Gesetzgeber vorgeben sollte, wenn in der Präimplantationsdiagnostik – was aus meiner Sicht erforderlich ist – entsprechende Grenzen aufgezeigt werden sollen?

Bei der embryonalen Stammzellenforschung konzentriert sich die Frage auf die Abwägung, ob man die Forschungen nicht auf Embryonen beschränken könnte, die – wie manche sagen – im Grunde genommen todtgeweiht sind, also keine irgendwie anders geartete Lebensfunktion mehr haben.

Abg. **Axel Wintermeyer**: Ich habe zwei kurze Fragen zur Präimplantationsdiagnostik, die ich an das gesamte Podium richte – wer sie beantworten möchte, kann das tun. Wie ist die Abdeckung der Rechte oder des Interesses der Eltern auf ein gesundes Kind mit dem Lebensrecht des Embryos vereinbar, wenn Erstere im Endeffekt zu einer – ich benutze das Wort, auch wenn es vorhin nicht genannt wurde – Selektion führt?

Die zweite Frage geht konkret an Herrn Dr. Dederer und bezieht sich auf seinen letzten Beitrag. Sie sprechen Artikel 1 GG an – das Menschsein. Zuvor haben wir von Herrn Prof. Taupitz gehört, dass auch Leichen Menschenwürde zukommt. Wie setzen Sie das eigentlich ins Verhältnis, wenn ich es unter dem Gesichtspunkt betrachte, dass ein Embryo zweifelsfrei menschliches Leben darstellt, eine Leiche aber nicht mehr?

Abg. **Dr. Judith Pauly-Bender:** Ich habe zwei Fragen. Die erste richtet sich an Herrn Prof. Dr. Simitis und eventuell auch an Frau Weber-Hassemer. Es gibt ja einige Probleme damit, die Fragen und die Chancen, von denen wir heute Vormittag gehört haben, im Griff zu behalten. Wäre es nicht nötig, übernational Ethikkommissionen einzurichten? Herr Prof. Simitis hat uns das ja eigentlich schon in den Mund gelegt. Ich möchte gerne nach den Chancen fragen.

Sie haben auch ausgeführt, dass wir nur den geringsten Teil sehen, nämlich das, was an Forschung transparent wird. Wir haben es mit einer globalisierten Forschungsszene zu tun. Das möglicherweise Interessantere findet ja schon längst privatisiert, außerhalb der Öffentlichkeit statt. Um die Frage zuzuspitzen: Befinden wir – und eventuell auch unser Nationaler Ethikrat – uns heute, hinsichtlich der Größenordnung und damit letztlich auch qualitativ, in einer Verantwortungsnische? Welchem Sinn dient dann die Veranstaltung – nicht die heutige, sondern das gesamte Bemühen um diesen Komplex und darum, ihn noch in den Griff zu bekommen?

Die andere Frage würde ich gern an Herrn Prof. Dr. Günther richten. Wenn wir es nötig haben oder es leisten müssen, zwischen der Würde des menschlichen Lebens und der Würde des Menschen zu unterscheiden – das hat meines Erachtens auch Frau Weber-Hassemer vorhin schon angedeutet –, haben wir auch Anlass, nicht nur über das Recht auf Abtreibung aufgrund einer möglichen Behinderung des Kindes nachzudenken. Vor dem Hintergrund der unendlichen Chancen, die die PID bietet, haben wir es auch nötig, darüber nachzudenken, ob man nicht gerade aufgrund der unendlichen Möglichkeiten ganz fundamentalistisch fragen muss: Was bedeutet es für die Gesellschaft, in dieser Weise selektionieren zu können?

Ich muss hinzufügen, dass ich diese Frage nicht stelle, weil ich etwa zu denen gehören würde, die heute Morgen Angst bekommen haben – ganz im Gegenteil. Jeder möchte die nachträgliche Perfektionierung des eigenen Körpers möglichst noch miterleben. Aber ich glaube, dass man diese Frage stellen muss, gerade weil sich derlei Forschungsmöglichkeiten aufgrund ihres Chancenreichtums durchsetzen werden.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Es fügt sich gut, dass Frau Weber-Hassemer gerade als nächste Rednerin auf meiner Liste steht: Dann können Sie fragen und auch gleich antworten. Weiterhin hatte sich noch Frau Wagner zu Wort gemeldet. Im Anschluss daran bitte ich die noch angesprochenen Podiumsmitglieder um die Beantwortung der gestellten Fragen.

Frau **Weber-Hassemer**: Als erstes ging es um die Frage nach dem Lebensrecht des Embryos. An dem, was die Podiumsmitglieder aus ihrem Verständnis heraus geäußert haben, wird – obwohl wir uns untereinander nicht abgesprochen haben, jeder hat nur für sich gesprochen – doch relativ deutlich, dass es sehr problematisch ist, in dieser Abwägungsfrage um die PID überhaupt von einem Lebensrecht des Embryos zu sprechen. Das ist sehr schwierig, weil fraglich ist, ob der Embryo in dieser Phase bereits ein „eigenes Lebensrecht“ hat. Aber auch wenn er selbst kein eigenes Lebensrecht hat, müssen wir uns trotzdem im Rahmen unserer Schutzpflicht, im Rahmen des Lebensschutzes diesen Überlegungen stellen.

Ich denke, es gibt da kein Ja oder Nein. Die Einschätzung kann nur in einer Abwägung ausgehend von den äußersten Grenzen versucht werden, das heißt von der Problematik der Schwerstbehinderungen auf der einen Seite und der Situation der Eltern auf der anderen Seite. Ich glaube – in den Ausführungen von Herrn Taupitz klang dies auch schon an –, wir bringen in diesem Bereich zu schnell manches durcheinander. Wir müssen streng darauf achten, dass unsere Gesellschaft nicht aus Angst in eine fundamentalistische Debatte gerät.

Wir sagen im Grunde genommen: Wir haben Angst, dass wir durch diese Selektionstechniken, durch die Möglichkeiten der verfeinerten Forschung in eine unsolidarische Gesellschaft geraten, die schwaches, behindertes, chancenloses Leben nicht mehr ausreichend schützt. Meines Erachtens läuft der angemessene Weg aber nicht über Verbote, wie sich zu keiner Zeit menschliche Fairness und Solidarität dadurch erreichen ließ. Es geht umgekehrt über den Versuch der Prozeduralisierung solcher Konflikte, indem man sich bemüht, aufzuhellen, welche Interessen wirklich zur Debatte stehen.

Ich finde, das zeigt unsere Gesellschaft im Augenblick sehr genau. Obwohl wir von Angehörigen des rechten Spektrums zum Teil Verächtlichmachung und Hass gegenüber schwachem Leben erleben, erfahren wir gleichzeitig, dass wir eine stärkere Wahrnehmung zugunsten von Behinderungen haben. Artikel 3 GG ist erst in letzter Zeit geändert worden. Ich erinnere an viele Diskussionen, die wir hatten, Frau Schönhut-Keil: Wir haben versucht, Behindertenrecht in das Gesetzgebungssystem zu implantieren. Es gibt inzwischen auch eine verbesserte Wahrnehmung. Deswegen lassen sich solche Fragen nicht theoretisch-allgemein definieren, sondern man muss versuchen, sie konkret, unter den Bedingungen unserer menschlichen Existenz zu diskutieren. Auf die Abwägungsregel, auf die auch Herr Günther zu sprechen kam, müssen wir abstellen.

Den Versuch, zu internationalisieren und sozusagen Verbündete zu finden, sollten wir unter allen Umständen unternehmen. Für genauere Ausführungen hierzu ist sicherlich Herr Dr. Simitis der berufene Experte.

Ministerin **Ruth Wagner**: Ich möchte gerne die Podiumsteilnehmer fragen, ob sie die verfassungsrechtliche Auffassung von Herrn Dr. Dederer teilen, dass das Verbot des Imports von Embryonen und das Verbot der PID wahrscheinlich verfassungswidrig seien.

Ja, klar. – Wenn Sie diese Beurteilung teilen würden, hätte das ja Folgen für die gesetzgeberischen Maßnahmen, etwa, dass wir keinen weiteren Schutz brauchen und die Bestimmungen des Embryonenschutzgesetzes möglicherweise ausreichen würden.

Im Übrigen sind viele der heute angeschnittenen Überlegungen überhaupt nicht neu; im Landtag haben wir zum Teil dieselben Fragen 1986 und 1988 von diesem Pult aus diskutiert. In vielen Bereichen haben wir es zu Empfehlungen gebracht, die – auf dem Weg über den Bundesrat und die Fraktionen des Bundestages – auf das deutsche Embryonenschutzgesetz maßgeblich Einfluss genommen haben. Insofern war uns früher als manchen anderen Landtagen bewusst, dass wir an Randfragestellungen kommen werden, die sowohl mit dem Schutz des Lebens als auch der Menschenwürde zu tun haben.

Meine zweite Frage: Reichen die Richtlinien, denen Sie offensichtlich den Vorzug geben würden – z. B. die Richtlinien der Bundesärztekammer oder die Empfehlungen, die die Deutsche Forschungsgemeinschaft am 3. Mai 2001 zur Forschung mit menschlichen Stammzellen verabschiedet hat, sowie möglicherweise weitere Verschärfungen von Bestimmungen, die Ethikräte von Institutionen oder Universitäten autonom beschließen –, aus, um zu gewährleisten, was wir alle wollen? Oder gibt es zwischen gesetzlicher Normierung und solchen Selbstverpflichtungen die Notwendigkeit anderer Regelungen?

Präsident **Klaus Peter Möller**: Ich gebe jetzt einmal ganz unorthodox Herrn Prof. Dr. Taupitz die Möglichkeit, zu antworten, weil er sich mit dieser Antwort dann auch von uns verabschieden muss.

Herr Prof. **Dr. Taupitz**: Vielen Dank, Herr Präsident. – Zum Import embryonaler Stammzellen habe ich eine ganz dezidierte Meinung. Wenn es um den Import lediglich pluripotenter Zellen geht, die also nicht mehr die Fähigkeit zur Ganzheitsbildung besitzen – und nur über diese Zellen diskutieren wir zurzeit, im Anschluss an den der DFG vorliegenden Antrag –, und wenn weiter sichergestellt ist, dass auf Zelllinien zugegriffen wird, die im Ausland schon existieren, wäre ein Importverbot aus meiner Sicht verfassungswidrig, denn der Wissenschaftsfreiheit, die ich ins Blickfeld gerückt habe, steht dann kein Verfassungsgut von hinreichendem Gewicht gegenüber.

Der Lebensschutz ist dann nicht tangiert, weil ein Embryo schon in der Vergangenheit getötet worden ist. Wir haben schon eine Lage, auf die zugegriffen wird. Der Menschenwürdeschutz ist ebenfalls nicht tangiert: Die Zelllinie, die dort vorhanden ist, genießt als solche keinen Menschenwürdeschutz. Wir schützen sie in unserer Rechtsordnung in bestimmter Weise, aber jedenfalls nicht mit der hochrangigen Menschenwürde. Insofern wäre ein Importverbot verfassungswidrig.

Eine ganz andere Frage ist, ob der deutsche Staat und ob deutsche Institutionen sich daran beteiligen sollten, diesen Import durch Fördermittel zu unterstützen. Das ist eine rein politische, eine wissenschaftspolitische Entscheidung, die in der Verfassung nicht vorentschieden ist.

Wieder eine andere Frage ist, ob ein Import von Embryonen verboten werden kann. Wir haben das Embryonenschutzgesetz, das eine Verwendung von Embryonen zu einem anderen Zweck als zu ihrer Erhaltung verbietet, damit also auch den Import, sofern er nicht dem konkreten Embryo, zum Beispiel im Rahmen eines Heilversuchs, nützen soll. Da kommt die verfassungsrechtliche Debatte um den Embryonenschutz ins Spiel.

Zu den DFG-Richtlinien: Vonseiten der DFG haben wir diese Stellungnahme gerade auch erarbeitet, um Anregungen an den Gesetzgeber zu geben, nämlich um den Gesetzgeber aufzufordern, für klare diesbezügliche Verfahrensregelungen zu sorgen. Es ist selbstverständlich auch eine Selbstverpflichtung der DFG. Wenn wir vonseiten der DFG dergleichen empfehlen, dann wollen wir uns natürlich auch selbst daran halten. Trotzdem sind das aber in erster Linie Empfehlungen an den Gesetzgeber.

Zur Frage der Folgerungen und zu den Gefahren, die immer wieder an die Wand gemalt werden: Ich bin immer etwas überrascht, wenn von politischer Seite, konkret aus Parlamenten heraus, die Sorge geäußert wird, ob wir das alles noch in den Griff bekommen können. Dafür sind Sie als Politiker ganz maßgeblich mit verantwortlich. Es ist Ihre Aufgabe, in die Gesellschaft hineinzuwirken und nicht zuletzt deshalb auch die entsprechenden die Gesellschaft mitprägenden Gesetze zu machen, soweit Sie die Kompetenz dazu haben.

Wir alle wissen, dass gesellschaftliche Entwicklungen auch wieder umkehrbar sind. Das zeigt ganz deutlich das Beispiel der Kernenergie. Wir haben in Deutschland aus bestimmten Gründen die Entscheidung getroffen, die Kernkraftwerke – jedenfalls *à la longue* – abzuschalten. Also kann man doch sehen, dass selbst solche Entwicklungen, bei der Milliardenbeträge in eine bestimmte Industrie hineingepumpt wurden, wieder umkehrbar sind. Da müssen wir schlichtweg mehr Vertrauen in unsere Generation und in nachfolgende Generationen haben.

Ich stelle damit keineswegs in Abrede, dass wir eine erhebliche Folgeverantwortung für unser Handeln haben, dass wir in die Zukunft blicken und die Gefahren sehen müssen. Aber mir scheint die Diskussion, ein wenig zu sehr auf die Risiken gerichtet zu sein. Die Chancen werden häufig unter den Teppich gekehrt.

Uns sollte auch bewusst sein, dass wir – wir alle: wenn wir krank sind oder auch im Rahmen der Vorbeugung – heute von medizinischen Erkenntnissen profitieren, die nur deshalb gewonnen werden konnten, weil unsere Vorfahren bestimmte Sorgen und Ängste nicht in der Weise umgesetzt haben, dass sie eine entsprechende wissenschaftliche Forschung unterbunden hätten. Wissenschaftsfreiheit bedeutet immer auch Verantwortung für zukünftige Generationen. Das betrifft sowohl die Risiken – ich betone das ganz deutlich: es betrifft auch die Risiken – als eben auch die Chancen. Die politische Diskussion betrifft das in gleicher Weise.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Vielen Dank. – In der Tat, es ist Herrn Prof. Dr. Taupitz gelungen, genau auf die 15 Uhr zuzuarbeiten.

Es zeichnet sich inzwischen ab, dass wir auf Kosten des Podiums C um eine Viertelstunde verlängern müssen.

Herr Prof. **Dr. Simitis**: Ich will es kurz machen. Lassen Sie mich zunächst an die Anmerkungen von Herrn Prof. Dr. Taupitz anknüpfen. Eine der Schwierigkeiten unserer Diskussion ist – das darf man nicht übersehen –, dass sie unendlich viele Hoffnungen weckt. Das sind verständliche Hoffnungen, wenn man bedenkt, von welchen Krankheiten die Rede ist. Jeder, der davon bedroht oder betroffen ist, kann nicht anders als hoffen. Doch meine Erfahrung mit dieser Diskussion in den letzten Monaten war, dass es falsch ist, solche Hoffnungen zu wecken.

Es ist im Augenblick nicht so, dass man morgen oder übermorgen früh mit irgendwelchen Rezepten kommen könnte. Das ändert nichts an der Aufgabe der Wissenschaft, nachzudenken. Das ändert aber wohl

etwas an der Art und Weise, wie wir diskutieren. Aus Respekt vor denjenigen, die betroffen sind, wäre es wichtig, ihnen nicht in dieser Weise Hoffnungen zu suggerieren.

Meine zweite Bemerkung: Ich will gleich an Ihre Frage anknüpfen, weil Sie einen Punkt berührt haben, der entschieden zu kurz kommt. Ich will ihn so umschreiben: Wenn wir akzeptieren – und das kann man nicht bestreiten –, dass den Methoden, über die wir reden, auch die Möglichkeit innewohnt – zu Recht oder zu Unrecht –, frühzeitig bestimmte Entwicklungen zu erkennen und auf diese Entwicklungen zu reagieren, und wenn wir damit auch die Vorstellung verbinden – sie ist weit verbreitet –, dass man auf diese Weise Kinder zur Welt bringen könnte, die besser, anders oder schöner sind, dann lautet die Frage, die ich all denen, die so diskutieren, stellen möchte: Was bedeutet das – nicht für die Eltern; da unterscheide ich mich von Ihrer Fragestellung – für diese Kinder?

Was bedeutet es, wenn Kinder zur Welt kommen und eben nicht genauso sind, wie man sie haben wollte? Wie verhält sich dann eigentlich das Leben dieser Kinder zu den sozusagen missratenen Erwartungen der Eltern, die bestimmte Eigenschaften reklamieren?

– Es ist ein uraltes Problem, Frau Wagner, aber es wird sich dann anders stellen. Früher waren es Hoffnungen; nun wird behauptet, man könne Kinder naturwissenschaftlich „gestalten“. Das hat auch zu dem Prozess in den Vereinigten Staaten geführt. Ich möchte diese Prozesse nicht in der Bundesrepublik Deutschland sehen. Deswegen habe ich das gesagt.

Mein dritter Punkt: Es gibt sie schon, die europäische Ethikkommission. Ich habe auch das Vergnügen, ihr Mitglied zu sein. Aber an dieser Ethikkommission zeigt sich, dass wir sehr wohl darüber nachdenken können und müssen, wie diese Diskussion eigentlich zu gestalten ist. Ich finde, wenn eine solche Kommission existiert – ich werde nachher ein Beispiel geben, worüber sie diskutiert –, lautet die erste Frage: Was bedeutet das z. B. im Verhältnis zum Europäischen Parlament, und wie verhält sich die Diskussion im Europäischen Parlament zu den Debatten in den nationalen Parlamenten?

Es darf nicht sein – so verstehe ich Ihre Frage –, dass wir Kommissionen kumulieren, dass wir die Diskussion auf eine andere Ebene verlagern, aber doch nicht in der Lage sind, gemeinsame Konsequenzen zu ziehen. Daraus folgere ich: So wichtig die europäische Ethikkommission auch ist: Sie kann nur funktionieren, wenn sie eingebunden ist in ein System der Reflexion und der Diskussion, das eine gesamt europäische Debatte ermöglicht. Davon sind wir leider noch weit entfernt – von der Regelung ebenfalls.

Ich bleibe bei diesem Punkt und gebe Ihnen ein Beispiel: Gegenstand der jüngsten Beratungen der europäischen Ethikkommission waren die Biopatente. Nun will ich nicht auf die Biopatente eingehen, das wurde hier schon angesprochen, aber ich will – weil ich gerade das Vergnügen habe, Frau Wagner gegenüberzusitzen – einen weiteren Punkt ansprechen. In dieser Diskussion wurde von den angehörten Vertretern der Industrie gesagt: An der Forschung ändere sich überhaupt nichts, denn selbstverständlich sei Forschung nach wie vor frei und die Ergebnisse für Forschungszwecke zugänglich. Als ich daraufhin insistierte, was das genau bedeute und ob man jederzeit alles haben könnte, um die eigene Forschung voranzutreiben, wurde gesagt: Ja; aber man biete der Wissenschaft dann sofort eine Kooperation an. Da wurde ich – Jurist, der ich bin – hellhörig und habe gefragt: Was heißt denn das? Da wurde mir gesagt: „ein Vertrag“. In diesem Vertrag werde festgelegt, wie gearbeitet wird, was mit den Ergebnissen geschieht, wer sie bekommt und wann sie veröffentlicht werden. – Das ist der Zustand, der in den Vereinigten Staaten erreicht ist. Das darf sich bei uns so nicht wiederholen. Es darf nicht so sein, dass sich eine Universität sozusagen bewusst in eine vertragliche Regelung hineinbegibt, die an der Freiheit der Forschung auf anderem Wege etwas ändert. Darauf muss man besonders achten.

Auf die Frage von Herrn Kaufmann füge ich noch hinzu: Herr Kaufmann, ich teile Ihre Meinung. Als ich angefangen habe, zu studieren, erklärte mein damaliger Professor für Bürgerliches Recht jedem, der es hören wollte: Das Leben beginnt – § 1 BGB – mit Vollendung der Geburt. Seither habe ich gelernt, dass wir in ständiger Revision dieses Satzes sind; und dass man in einer solchen Diskussion auch antizipieren muss, scheint mir klar.

Erlauben Sie, dass ich ein Beispiel nehme, das mir sehr nahe liegt. Als der Hessische Landtag, sehr zu Recht, 1970 das Datenschutzgesetz verabschiedete, waren wir alle der Meinung, es entstünden künftig riesige zentrale Datenbanken. 1980 gab es den Personal Computer. Hätten Sie das 1970 im Landtag gesagt, hätte man Sie für verrückt erklärt. Deshalb sage ich: Die Diskussion, die wir führen, und die Definitionen, die wir geben, müssen immer auch darauf bedacht sein, zu wissen, dass Forschung sich ständig weiterentwickelt und dass Wissenschaft auch darin besteht, ständig neue Fragestellungen aufzuwerfen.

Das bedeutet für mich – ich sage das, um jedes Missverständnis zu vermeiden –, dass wir bei der Wissenschaft nicht so sehr über Verbote nachdenken sollten, sondern über eine maximale Öffentlichkeit. Eine öffentliche Diskussion kann Wissenschaftler dazu zwingen, über ihre Verantwortung nachzudenken und entsprechend zu agieren. Es ist die Aufgabe der Parlamente und der Öffentlichkeit, diese Diskussion zu führen.

Das führt mich jetzt zu meiner letzten Bemerkung: Ich möchte nicht so dastehen, als hätte ich die Menschenwürde beiseite legen wollen. Das will ich nicht. Ich sage nur, es darf keine Diskussion geführt werden, in der man unterschiedliche Menschenwürdekonzepte „aufeinander wirft“ – das blockiert die Diskussion. Wenn man von Import spricht – das war auch die Frage von Frau Wagner; zum Import selbst möchte ich mich aber nicht äußern, weil der Ethikrat seine Stellungnahme dazu erst in Kürze abgeben wird –, bitte ich diejenigen, die sich so sehr auf die Menschenwürde berufen, einen Augenblick lang darüber nachzudenken, warum es die Menschenwürde ihrer Meinung nach verbietet, die Experimente in der Bundesrepublik zu machen, die sie aber mit importierten, auch pluripotenten Stammzellen machen wollen. Entweder wir respektieren pluripotente Stammzellen in derselben Art und Weise und mit denselben Argumenten, oder wir lassen es. Sonst haben wir zwei Klassen Stammzellen.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Ich bitte nun noch Herrn Dr. Dederer um eine kurze Antwort auf die Fragen, die Herr Kaufmann und Herr Wintermeyer an Sie gestellt haben. Danach hat Herr Prof. Dr. Günther

noch Gelegenheit, zu antworten. Abschließend möchte ich dann Herrn Prof. Dr. Denninger, sozusagen als Nestor hier in diesem Kreise, bitten, an meiner Stelle das Schlusswort zu sprechen.

Herr **Dr. Dederer**: Ich gehe kurz noch auf die Frage ein, inwieweit sich die Möglichkeit einer künstlichen Gebärmutter auf die vorhin vorgestellte Brückenkonstruktion auswirken würde. Die Brücke „Entwicklung als Mensch“ ist ein wörtliches Zitat des Bundesverfassungsgerichts, übrigens die einzige Stelle, an der das Bundesverfassungsgericht andeutet, die Leibesfrucht könne man vielleicht doch als Mensch ansehen. Es sagt, es entwickle sich „als Mensch“, nicht: zum Menschen. Das ist die einzige Stelle, sonst spricht das Bundesverfassungsgericht immer nur vom Ungeborenen oder dem ungeborenen Leben, ab und zu auch vom Kind.

Bei der künstlichen Gebärmutter ist zu differenzieren. Wir unterstellen, es gebe eine künstliche Gebärmutter, die zur Geburt führen kann. Dann hätte ich keine Bedenken, die Brückenkonstruktion anzuwenden, denn es fände natürlich ab der Nidation in einer künstlichen Gebärmutter ebenfalls die Entwicklung „als Mensch“ statt, denn es gäbe auch die unabdingbaren Stufen der Entwicklung eines Individuums, eines individuellen Menschseins. Damit hätte ich kein Problem.

Problematisch würde es nur dann, wenn die künstliche Gebärmutter nicht so perfekt wäre wie die natürliche und vielleicht nur die Heranreifung bis zum 2. Monat erlauben würde. Dann – das ist jetzt alles hypothetisch – drohte natürlich, dass man ein kleines menschliches Wesen hätte und daran vielleicht auch gerne forschen oder fetale Zellen entnehmen würde. Hier, meine ich, könnte ich nicht mit dem Argument der Menschenwürde kommen, weil die Brücke dann in der Tat auf halbem Wege abgebrochen oder nur bis zur Hälfte gebaut worden wäre.

An dieser Stelle würde nur der Lebensschutz eingreifen. Ich habe ja nicht gesagt, dass der Embryo in vitro schutzlos sei. Er hat natürlich den Lebensschutz aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG. Dieser kann nach Artikel 2 Abs. 2 Satz 3 GG gegen höherwertige Zwecke abgewogen werden. Aber das menschliche Leben ist so hochrangig, dass es nicht

ohne weiteres gegen jeden anderen Zweck abgewogen werden kann. Je weiter die Entwicklung nach einer künstlichen Nidation fortgeschritten wäre, desto schwieriger wäre es, mit der Forschungsfreiheit zu kommen.

Zu Herrn Wintermeyers Frage, wie ich mit meinem Modell zurechtkomme, wenn es um Leichen geht: Ich beziehe mich auf das Bundesverfassungsgericht, das aus Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes einen so genannten postmortalen Persönlichkeitsschutz entwickelt hat. Ob es das heute noch in der gleichen Weise tun würde, bezweifle ich, denn es geht um das allgemeine Persönlichkeitsrecht, das fortwirkt. Dies kommt aus Artikel 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 GG.

Trotzdem sehen Sie daran gleich, dass das Bundesverfassungsgericht den Menschenwürdeschutz nicht 1 : 1 übertragen hat. In der berühmten „Mephisto-Entscheidung“ – es ging damals um den gleichnamigen Roman von Klaus Mann – war streitig, inwieweit das allgemeine Persönlichkeitsrecht oder die Menschenwürde – in diesem Fall von Gustaf Gründgens – nach dem Tode noch geschützt ist. Das Bundesverfassungsgericht hat dazu ausdrücklich ausgeführt, dass dieser Schutz mehr und mehr abnimmt. Das kann kein echter Menschenwürdeschutz sein, denn der Menschenwürdeschutz ist dem Bundesverfassungsgericht zufolge selbst immer oberster Wert und „nicht abwägungsfähig“; das ist ausdrücklich so formuliert. Dagegen ist er nach dem Tod abwägungsfähig.

Deshalb, meine ich, würde das Bundesverfassungsgericht seine Argumentation in Zukunft nicht mehr über Artikel 1 Abs. 1 GG konstruieren, weil es zu missverständlich ist. Ich denke, es wird in Zukunft beim postmortalen Schutz den Weg über Artikel 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 GG gehen, um zu zeigen, dass man hier abwägen kann. Dieser postmortale Persönlichkeitsschutz läuft allmählich leer. Heute können Sie das fragliche Buch kaufen; damals war das nicht gleich möglich.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Vielen Dank – ich muss jetzt aus zeitlichen Gründen einschreiten. Es ist mit Wissenschaftlern auch nicht einfacher als mit Abgeordneten.

Das vorletzte Wort in diesem Podium hat Herr Prof. Dr. Günther, anschließend wird noch Herr Prof. Dr. Denninger zu Wort kommen.

Herr Prof. **Dr. Günther:** Ich wollte nur noch ein mögliches Missverständnis beseitigen, das durch die Frage von Herrn Taupitz aufgekomen ist und das sich vielleicht auch allgemein verbreitet hat. Ich wollte mit meinen Ausführungen, dass wir in der Frage, wie wir mit Embryonen umgehen, unser eigenes ethisches Selbstverständnis berücksichtigen müssen, nicht das Dammbuch-Argument unterstützen. Mir ging es nur darum, klar zu machen, dass unser Selbstverständnis natürlich betroffen ist, wenn wir – wie Herr Simitis das ausdrückte – mit Embryonen umgehen wie mit Bananen oder mit Waren. Ich denke, dann ist unser eigenes Selbstverständnis betroffen.

Damit wollte ich nicht irgendwelche Gefahren an die Wand malen. Ich wollte nicht etwa sagen, dass mit der Forschung an Embryonen – mit begründbaren Zielsetzungen – schon gleich der Weg in den Faschismus geöffnet wäre.

Herr Prof. **Dr. Denninger:** Herr Präsident, Sie haben vor der Mittagspause ironischerweise gescherzt, die Juristen würden alles kaputt machen, was die Naturwissenschaftler eröffnen. Ich glaube, die Diskussion heute Nachmittag hat gezeigt, . . .

Präsident **Klaus Peter Möller:** Das wurde klar widerlegt.

Herr Prof. **Dr. Denninger:** . . . dass Sie tatsächlich einen Scherz gemacht haben.

Es ist nicht so. Im Gegenteil, ich glaube, alle auf dem Podium Versammelten haben sich bemüht, die Räume erst einmal weit zu machen.

Das ist es auch, was ich zum Schluss noch einmal betonen möchte: Wir müssen die Diskussion mindestens europaweit führen. Wir müssen uns viel mehr darum kümmern, wie es die Franzosen, die Engländer und andere sehen. Das ist das eine.

Das andere ist eine Rede, die ich immer schon geschwungen habe und auch hier nicht unterlassen möchte, weil ich sie ernst meine: Wir sollten nicht glauben, dass wir aus dem Grundgesetz nun wirklich alles herleiten könnten: wie es sein müsste. Wir sollten auch mit dem Vorwurf der Verfassungswidrigkeit vorsichtig und sparsam umgehen.

Das bedeutet, positiv gewendet, auf der anderen Seite: Der Gesetzgeber muss sich mehr zutrauen. Er hat die Möglichkeiten; die Verfassung lässt ihm diesen Spielraum offen. Den sollte er auch nutzen. Ich glaube, wir sind mit dem heutigen Gespräch auf einem sehr guten Weg. – Vielen Dank.

Präsident **Klaus Peter Möller**: Ich wusste, wem ich nach meinem provokanten Eingangswort am besten das Schlusswort übertrage – herzlichen Dank, Herr Prof. Dr. Denninger.

Podium C – Ethik und Moral

15.00 Uhr bis 19.00 Uhr

Moderation:

Dr. Georg Paul Hefty (verantwortl. Redakteur der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ für „Zeitgeschehen“)

Podiumsteilnehmer:

- Bischof Martin Hein
Evangelische Kirche Kurhessen-Waldeck, Kassel
- Bischof Prof. Dr. Franz Kamphaus
Bistum Limburg
- Prof. Dr. rer. pol. Therese Neuer-Miebach
Fachbereich Sozialarbeit der Fachhochschule
Frankfurt am Main
- Prof. Dr. med. Gerd Richter
Vorsitzender der Ethikkommission des
FB Humanmedizin
Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie,
Endokrinologie und Stoffwechsel
Philipps-Universität, Marburg
- Dr. med. Stephan Sahm
Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden
- Dr. theol. Kurt W. Schmidt
Zentrum für Ethik in der Medizin am
Markus-Krankenhaus, Frankfurt am Main

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Guten Tag, meine Damen und Herren! Wir, und damit meine ich uns alle, die Zuhörer sowie auch die Dame und die Herren auf dem Podium, sind zu diesem Symposium eingeladen, weil der Hessische Landtag angesichts der pulsierenden, geradezu

überkochenden wissenschaftlichen wie öffentlichen Biomedizindebatte den Eindruck hatte, dass die „Politik als Instrument gesellschaftlichen Gestaltens in die aktuelle Debatte einzugreifen hat“ – soll heißen, eingreifen muss –, „um die Unantastbarkeit der Würde des Menschen als unabdingbare Grundlage des demokratischen Gemeinwesens nachhaltig sicherzustellen.“

Dem Landtag als Volksvertretung geht es also letztlich um die – im weiteten Sinne – Bürger des Landes, deren Würde nachhaltig sicherzustellen ist. Dabei geraten die beiden Worte „Würde“ und „nachhaltig“ in den Vordergrund. Was heißt in diesem Sinne „Würde des Menschen“, und was heißt „nachhaltig“? Welcher Zeitraum ist da anzupeilen? Eine Wahlperiode? Die politische Langzeitplanung des, wie wir wissen, jungen Ministerpräsidenten? Oder ist der Versuch zu machen, die Würde der noch nicht gezeugten, geschweige denn geborenen Menschen über deren gesamte statistische Lebenserwartung hinaus zu sichern? Weiter kann Politik gewiss nicht planen, geschweige denn, gestalten.

Der Genetiker und Medizin-Nobelpreisträger Thomas H. Morgan hat schon 1933 festgestellt: „Für einen Geist fähig zu Neugierde und Wunder ist der Embryo das verlockendste Objekt der Natur.“ Die Teilnehmer dieses Podiums sollen sich dem Problem des Zusammentreffens von Forscherdrang und Mensch unter den Gesichtspunkten von Ethik und Moral nähern, wobei ich mir die Bemerkung erlaube, dass das Podium C eigentlich an die zweite Stelle des Tagesablaufs gehört hätte. Man kann zwar die bestehenden Rechtsnormen hinsichtlich der Biomedizin behandeln, doch wie könnten Politiker das angesichts des naturwissenschaftlichen und medizinischen Fortschritts Notwendige regeln, also die künftigen Normen schaffen, ohne zuvor die ethischen und moralischen Maßstäbe angelegt zu haben?

Ich habe vom Podium B so manches gehört, das ethisch durchaus zu hinterfragen wäre. Jedenfalls ist klar, dass die Politiker ihre Schlussfolgerungen aus dem heute Gesagten und noch zu Sagenden erst ziehen können, wenn sie auch die Dame und die Herren hier auf dem Podium C gehört haben. Ich darf sie Ihnen vorstellen:

Frau Prof. Dr. Therese Neuer-Miebach vom Fachbereich Sozialarbeit der Fachhochschule Frankfurt am Main, Mitglied des Nationalen Ethikrats,

Herrn Bischof Martin Hein, Evangelische Kirche Kurhessen-Waldeck, Kassel,

Herrn Bischof Prof. Dr. Franz Kamphaus vom Bistum Limburg,

Herrn Prof. Dr. Gerd Richter, Vorsitzender der Ethikkommission des Fachbereichs Humanmedizin an der Universität Marburg,

Herrn Dr. Stephan Sahn, Deutsche Klinik für Diagnostik in Wiesbaden,

und Herrn Dr. Kurt Schmidt vom Zentrum für Ethik in der Medizin am Markus-Krankenhaus in Frankfurt.

Der Hessische Landtag möchte von Ihnen, den Podiumsmitgliedern an meiner Seite, folgende Fragen beantwortet bekommen bzw. zumindest berücksichtigt wissen:

Was ist menschliches Leben? Wann beginnt menschliches Leben? Welche ethischen und moralischen Werte setzen der Genforschung und Gentechnik Grenzen? Sind nationale Beschränkungen der Genforschung langfristig aufrechtzuerhalten? Wird sich durch die Gentechnik die Einstellung zu Krankheit und Behinderung in der Gesellschaft verändern? Wird sich durch die Gentechnik die Beziehung zwischen Eltern und Kindern verändern?

Ich habe mit den Beteiligten vereinbart, dass sie in einer ersten Runde jeweils etwa zehn bis zwölf Minuten lang ihre Positionen darlegen. Danach werden wir das Podium für Fragen aus dem Publikum öffnen.

Im Unterschied zu seinem Vorgänger Helmut Kohl hat Bundeskanzler Gerhard Schröder eine geistig-moralische Wende nie offen von der Bevölkerung, ihren Institutionen oder Meinungsführern verlangt und schon gar nicht von sich aus verkündet. Er wollte sich einfach damit begnügen, eine geistig-moralische Wende eigener Prägung wirkungsmächtig in die Wege zu leiten. Dazu erdachte und errichtete er den Nationalen Ethikrat. Hätte er diesen Rat einen „Nationalen

Moralrat“ genannt, hätten sich nicht nur die weltlichen Publizisten vor Lachen geschüttelt, sondern es wäre auch den christlichen Kirchen sofort aufgefallen, welchen Anspruch der Bundeskanzler erhebt und welches Feld er damit zu besetzen oder zu beherrschen bestrebt ist. Seine Rechnung ist vorläufig freilich noch nicht aufgegangen.

Ich habe Herrn Dr. Schmidt gebeten, die begrifflichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Ethik und Moral darzustellen. Er hat als Erster das Wort; dann folgen in alphabetischer Reihenfolge die beiden Bischöfe.

Herr **Dr. Schmidt**: Vielen Dank für die Einführung, Herr Dr. Hefty, und vielen Dank für Ihre Einladung zum heutigen Symposium. Ich spreche gerne einleitend kurz über Ethik und Moral und gebe Ihnen anhand von zwei Folien eine kleine Zusammenfassung, die auf die ethischen Fragen fokussiert.

Wenn wir uns die Begriffe „Ethik“ und „Moral“ anschauen, stellen wir fest, dass sie im angelsächsischen Sprachraum eigentlich sehr stark ineinander übergehen und dass es dort keine großen Unterscheidungen gibt. In der deutschen Sprachregelung finden wir aber durchaus eine Unterscheidung zwischen Ethik und Moral. Ethik fragt nach dem „guten Leben“; sie fragt: „Wie soll ich handeln?“, „Was soll ich tun?“ Es handelt sich um eine geistige Reflexion, und es geht um Argumente. Diese Argumente sollen einsichtig sein, stringent und nachvollziehbar.

Wenn bestimmte Vorstellungen, bestimmte Argumentationsgänge übernommen werden und einen breiten Konsens, in der Gesellschaft finden, können wir von Moral sprechen, von einer Sitte, von dem, was allgemein üblich, was anerkannt ist – ohne dass man es ausführlich begründen muss. Ein Beispiel: Die Vorstellung „Du sollst nicht töten!“ ist etwas, das in der Gesellschaft fundiert ist, ohne dass man ausgiebig darüber nachdenken oder reflektieren müsste. Moral ist, um das zusammenzufassen, so etwas wie „geronnene Ethik“. Was innerhalb der Ethik diskutiert wurde und sich dann „festsetzt“, bezeichnen wir als Moral.

Heute wurden bestimmte Fragen aufgeworfen, etwa: Was hat das mit dem Gebot „Du sollst nicht töten!“ zu tun? Ist es eine „Tötung“, die vollzogen wird, wenn man an Embryonen forscht? Hier springt die Ethik ein und stellt vorfindliche Normen und Werte noch einmal in Frage, reflektiert, was wir eigentlich damit meinen und ob das direkt übertragbar ist.

Dann gibt es zwischen Moral und Ethik noch eine wichtige Unterscheidung, die darin besteht, dass bestimmte moralische Empfindungen auch sehr stark mit Gefühlen, mit Emotion verbunden sind – was unsere Grundbefindlichkeit ausmacht. Im ethischen Diskurs wird immer wieder eingefordert, davon bewusst ein Stück zurückzutreten und zu schauen, welches die Argumente sind, die jemanden für die eine oder andere Richtung plädieren lassen. Ethik ist also eine geistige Anstrengung. Wir reflektieren etwa darüber, ob bestimmte Werte und Normen im konkreten Fall, z. B. bei der Embryonenforschung, so eingehalten werden können und sollen.

Wenn Sie uns – den verschiedenen Menschen auf dem Podium, die ethische Aspekte diskutieren – zuhören werden, können Sie auch erfahren, dass es unterschiedliche Ethiken gibt, ganz unterschiedliche Ansätze in der ethischen Diskussion. Ich greife, um es plastisch darzustellen, einmal zwei Richtungen heraus. Sie werden beide Richtungen wiedererkennen, weil sie heute bereits in der Diskussion aufgetaucht sind.

Da ist zum einen die Position, die sich sehr stark auf die *Pflichten* bezieht und fragt: „Welche Verpflichtungen haben wir eigentlich dem menschlichen Embryo gegenüber?“ Wer mit Pflichten argumentiert, wird sich wenig darum kümmern, was die möglichen Folgen sind, ob also derlei Forschungen großen Heilungszwecken dienen oder andere erfolgreiche Ziele damit verfolgt werden könnten. Man wird nur auf die Verpflichtung schauen und sagen: „Wenn menschliches Leben mit der Befruchtung, mit der Verschmelzung von Samen- und Eizelle beginnt, dann ist es schützenswert und dann ist alles, was an positiven Forschungsergebnissen gewonnen werden könnte, für mich zweitrangig, weil ich die Verpflichtung habe, menschliches Leben von Anfang an zu schützen.“

Eine zweite ethische Tradition schaut nach den *Folgen* und fragt zuerst nach den Konsequenzen. Man würde sagen: „Lasst uns erst einmal schauen, was eigentlich die Folgen dieser Handlung sein könnten. Welche Erkenntnisse wären daraus zu gewinnen? Welche möglichen Heilungschancen könnten damit verbunden sein?“ Man würde ein Plädoyer in diese Richtung führen und sagen: „Wenn wir diese bestimmten Konsequenzen erwarten, wägen wir ab, in welchem Verhältnis die positiven Folgen zu den möglichen Gefahren stehen.“

Das sind zwei verschiedene ethische Ansätze: Eine deontologische Argumentation, die sich an den Pflichten orientiert, und eine andere, die den Konsequenzen folgt. Für mich als Ethiker ist es wichtig zu schauen, ob innerhalb dieser Argumentationsmodelle stringent argumentiert wird, und auch zu respektieren und nachzuvollziehen, dass jemand an einem Punkt anfängt und sagt: „Ich habe diese spezifische Grundposition, ich habe dieses bestimmte Menschenbild, daraus entwickelt sich für mich . . .“. Ich denke, wir werden bei Podium C erleben, wie unterschiedlich man das aus ethischer Sicht argumentiert wird.

Ich zeige Ihnen gleich zwei Folien, will aber noch vorausschicken, dass mich auch bei der Debatte über Präimplantationsdiagnostik heute Vormittag ein Punkt aufmerksam werden ließ: Wir haben gehört, es geht um eine Größenordnung von etwa 200 Paaren im Jahr, die von unserer Fragestellung betroffen sind. Darüber diskutieren wir sehr ausführlich. Für mich zeigt das, dass wir am Beispiel der Präimplantationsdiagnostik eine Art „Stellvertreterdebatte“ führen, wie wir mit menschlichem Leben umgehen sollten. Denn die Zahl der davon eigentlich Betroffenen – wenn man es eng fasst, 200 Paare jährlich – steht zunächst in keinem Verhältnis zur Dimension unserer Diskussion: Doch hier geht es eben um ein Grundverständnis von menschlichem Leben.

Etwas habe ich in der Diskussion heute Morgen als verkürzt dargestellt empfunden. Diese Folie soll Ihnen am Beispiel der Embryonenforschung, der Stammzellenforschung zeigen, dass es aus meiner Sicht ein wichtiger ethischer Zugang ist, auf die *Herkunft* der Stammzellen zu achten:

Wir könnten, das ist mehrfach angesprochen worden, von adulten Stammzellen ausgehen, wobei adulte Stammzellen natürlich nicht erst dann entstehen, wenn jemand 18 Jahre alt geworden ist. Aus ethischer Sicht können solche Stammzellen unproblematisch sein, wenn wir hier einen Spender haben, der zustimmen oder ablehnen kann.

Wir hörten mehrfach schon das Stichwort Nabelschnurblut. Auch daraus kann man Stammzellen gewinnen. Die Debatte wäre jetzt: Was kann man mit Stammzellen, die aus Nabelschnurblut gewonnen sind, für die Grundlagenforschung gewinnen? Dazu gibt es sehr unterschiedliche Meinungen.

Eine der Möglichkeiten, an embryonale Stammzellen zu gelangen, wäre mithilfe „überzähliger“, durch In-vitro-Fertilisation entstandene Embryonen. An dieser Stelle lautet die ethische Fragestellung: Ist forschen nicht besser als „verwerfen“?

Weiterhin wäre denkbar, speziell zur Gewinnung embryonaler Stammzellen Embryonen zu erzeugen. Das wird derzeit – soweit ich sehe – im internationalen Diskurs in dieser Form mehrheitlich abgelehnt, weil es aus ethischer Sicht zu einer Instrumentalisierung des Embryos führen würde.

Schließlich wurde vorhin noch die Frage des Imports embryonaler Stammzellen angesprochen. In der ethischen Debatte ist hier, etwas provokativ, schon das Stichwort „Heuchelei“ gefallen. Im rechtlichen Kontext hatten wir darüber schon gesprochen, wobei aus ethischer Perspektive noch weiter zu differenzieren gälte, welche Stammzellen dabei importiert werden: Handelt es sich um überzählige Embryonen aus In-vitro-Fertilisation oder stammen sie aus einem anderen Kontext? Sind es embryonale Stammzellen, die infolge von Abtreibungen gewonnen wurden? Daran schließt sich wiederum die Überlegung an,

wie wir die Abtreibung bewerten. Kann – wenn man z. B. eine Abtreibung kategorisch ablehnt – „aus moralisch Schlechtem“ noch „etwas Gutes“ werden?

Schließlich wären noch Ansätze wie Kerntransfer und therapeutisches Klonen zu diskutieren.

Diese Aufstellung habe ich gemacht, um – als Einblick in die sich anschließenden Ausführungen – zu zeigen: Wenn diese Fragen aus ethischer Sicht betrachtet werden, kann man einen der möglichen Zugänge wählen und fragen: Woher kommen diese Embryonen? Abhängig von der jeweiligen Antwort wird man zu unterschiedlichen und abgestuften Sichtweisen bzw. Beurteilungen kommen. Es ist also einer der möglichen Zugänge der ethischen Bewertung, bei der Stammzellenforschung nicht mit einem generellen Ja oder Nein zu argumentieren, sondern abhängig von der Herkunft der Stammzellen zu einem differenzierten Bild zu gelangen.

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Herzlichen Dank, Herr Dr. Schmidt. Sie haben auch Maßstäbe gesetzt, was die Pünktlichkeit betrifft.

Herr Bischof Hein, Herr Dr. Schmidt hat den Zusammenhang zwischen Forschen und Verwerfen erwähnt. Wenn man statt „forschen“ „verwerten“ sagt und die Begriffe „verwerfen“ und „verwerten“ einander gegenüberstellt, wie lautet hierzu die Antwort der evangelischen Kirche?

Bischof **Hein**: Die Antworten aus Sicht der evangelischen Kirche sind oft nicht so eindeutig, wie es viele gerne wünschen würden. Mit Blick auf die Frage nach meiner Position, Herr Dr. Hefty, würde ich sagen: weder forschungsmäßiges „Verwerten“ noch „Verwerfen“ durch das Abschalten der Kühlanlagen. Ich habe mich im Zusammenhang mit dieser Diskussion für die Adoption von überzähligen Embryonen ausgesprochen.

Diese Vorstellung mag Ihnen zunächst etwas eigenwillig vorkommen, könnte aber im Zusammenhang unseres gegenwärtigen Rechtsgefüges durchaus bedacht werden. Ich weiß, dass bestimmte rechtliche Voraussetzungen dazu noch fehlen, aber wir kämen damit aus dem in

der Tat vorhandenen Dilemma heraus. Es wäre zumindest eine ethisch sinnvolle Weise, diese Embryonen zu „nutzen“, wenn das lebensfähige Zellmaterial solchen Paaren, die Eltern werden wollen und denen auf andere Weise keine Möglichkeit gegeben ist, zu Kindern zu kommen, zur Verfügung gestellt bzw. implantiert würde.

Was wäre der Vorteil solch einer Regelung, sozusagen des „dritten Weges“? Er gäbe der werdenden Mutter die Möglichkeit, im Laufe ihrer Schwangerschaft zu dem genetisch nicht zu ihr gehörenden Kind eine doch sehr viel individuellere und emotionalere Beziehung aufzubauen als dies möglicherweise durch eine Adoption nach der Geburt der Fall wäre.

In diesem Vorschlag, den inzwischen auch ein Mitglied der Enquetekommission „Recht und Ethik in der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestags, Herr Prof. Dr. Geisler, vorgebracht hat, steckt tatsächlich eine Chance, aus dem ethischen Dilemma herauszukommen. – Dies als Vorbemerkung und unmittelbare Antwort auf Ihre Frage.

Als Eingangsstatement möchte ich Ihnen Überlegungen aus der Sicht evangelischer Ethik vortragen. Ich sage dies ganz bewusst, zumal mein Amtsbruder Kamphaus auch im Podium sitzt und es hinsichtlich der Einschätzung möglicherweise auch konfessionelle Unterschiede geben könnte.

Gegenwärtig ist menschliches Leben ja in allen seinen Stadien Eingriffsmöglichkeiten ausgesetzt, die wir uns vor 50 oder 100 Jahren überhaupt nicht haben vorstellen können. Die rasante wissenschaftlich-technologische Entwicklung betrifft natürlich auch jene Bereiche, die mit dem Beginn des menschlichen Lebens in Beziehung stehen. Wir haben es heute Morgen gehört, wenn wir es nicht schon längst wussten: Die moderne Medizin entwickelt immer differenziertere und diffizilere Methoden, um in die Erbinformationen der menschlichen Zelle einzudringen und dieses Wissen medizinisch und technisch nutzbar zu machen.

Wir haben gehört, es sind verschiedene Nutzungen dieses Wissen vorstellbar. Ich nenne sie nur noch einmal ganz kurz schlagwortartig: therapeutisches Klonen, embryonale Stammzellenforschung,

Präimplantationsdiagnostik. Die Befürworter dieser wissenschaftlichen Anwendung argumentieren – das sage ich ganz deutlich – aus hehren Motiven. Geweckte Hoffnungen leichtfertig zu enttäuschen, gerade auch bei schwerkranken Menschen, wäre vermessen. Daher müssen es umgekehrt sehr starke ethische Gründe sein, die man gegenüber Kranken oder Behinderten vorbringt, will man eine entsprechende gentechnische Forschung ablehnen.

Freilich sind durch Veröffentlichungen in den Populärmedien auch die Heils- und Heilungsversprechen mancher offensiv agierender Vertreter der Gentechnologie in einer maßlosen Weise publiziert worden. Darauf hat Professor Simitis vorhin hingewiesen.

Einige Forscher, vor allem im angloamerikanischen Bereich, gehen so weit wie Ray Kurzweil. Er glaubt, dass im Zuge der weiteren Entwicklung – ich zitiere ihn – auch der Tod in Vergessenheit geraten wird. Der amerikanische Sozialphilosoph Ronald Dworking redet seinerseits offen von der – ich zitiere – „falschen Angst, Gott zu spielen“. So können mit der Gentechnik ungeheuerere Zukunftsvisionen, ja fast visionäre Kräfte verbunden werden.

Wir sollten nicht übersehen: Auch wirtschaftliche Gesichtspunkte spielen in dieser Debatte eine Rolle. Darauf hatte heute Morgen Professor Gassen hingewiesen. Da man hier eine der Schlüsseltechnologien des 21. Jahrhunderts für die Märkte zu erkennen meint, wird viel Geld in die Forschung investiert. Das erzeugt einen entsprechenden Druck. Natürlich ist es das Bestreben der Investoren, den gegenwärtigen Kapitaleinsatz durch kommerzielle Nutzung wieder einzuspielen.

Die Frage, ob man an importierten embryonalen Stammzellen forschen dürfe, hat die Bundestags-Enquetekommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ – Sie haben das gelesen – mit einem geteiltem Votum beantwortet: Eine überraschend deutliche Mehrheit hält weder die Forschung für ausreichend begründet noch den Import solcher Zellen für gerechtfertigt. Die Minderheit will den Import und auch die Forschung tolerieren, sofern hochrangige Forschungsziele nicht durch andere Mittel erreicht und nur tiefgefrorene, so genannte „überzählige“ Embryonen benutzt werden, deren Spenderin zuvor ihr Einverständnis gegeben habe. Da merken Sie die Brücke zu meinem Vorschlag der Adoption statt Verwertung.

Ein solches Ergebnis hätte ich mir noch vor wenigen Wochen nicht vorstellen können. Es bestärkt mich – persönlich, aber auch als Vertreter der evangelischen Kirche – in meiner grundsätzlich ablehnenden Haltung, weil im Zusammenhang mit der Embryonenforschung Embryonen verbraucht, das heißt konkret gesagt, getötet, verzweckt und damit instrumentalisiert werden. Ich wünschte mir stattdessen, dass verstärkt Versuche unternommen und gefördert würden, mit adulten Stammzellen zu entsprechenden Forschungsfortschritten zu gelangen.

Auch der Präimplantationsdiagnostik – ich positioniere mich jetzt – stehe ich skeptisch gegenüber. Würde man dieses Verfahren zulassen, um schwerste Behinderungen bei Embryonen zu entdecken, deren Eltern vorbelastet sind, so begäbe man sich aus meiner Sicht auf eine schiefe Ebene, auf der es letztlich gesellschaftlich gesehen kein Halten mehr gibt. Das ist das auch hier schon erwähnte Dammbbruch-Argument.

Vielleicht male ich ja zu schwarz. Ich befürchte aber, dass man den Katalog Schritt für Schritt erweitern wird, bis schon leichte Behinderungen zu negativen Selektionen führen.

Nun bin ich es Ihnen in einer Debatte über Ethik schuldig, zu erläutern, von welcher Voraussetzung her ich argumentiere. In einer ergebnisoffenen Diskussion, die das Für und Wider klar benennt, sind diese Voraussetzungen auch klar zu benennen. Mir ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass evangelische Ethik nicht einfach Entscheidungen abnehmen will, sondern dass sie dazu beitragen möchte, selbst eine gewissenhafte Entscheidung treffen zu können. Aber die Offenlegung der eigenen Denkprämissen erwarte ich in gleicher Weise von denen, die eine andere Position als etwa die der evangelischen Kirche vertreten. Ich meine damit: Die Benennung der eigenen Denkprämissen verhindert nicht, sondern sie ermöglicht erst den Dialog. Das ist heute Morgen auch in der Debatte zwischen den Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern deutlich geworden.

Verstehen Sie mein Plädoyer also als eine Offenlegung meiner Positionen und als Einladung zur Benennung der Voraussetzungen, von denen andere ihrerseits her argumentieren. Zu behaupten, die

kirchliche Position wäre von vornherein eine Bremserposition, ist insofern falsch, als diejenigen, die das tun, ihrerseits diesem Gebot eines herrschaftsfreien Dialogs nicht nachkommen.

Nach christlicher Überzeugung ist Gott Schöpfer allen Lebens. Wir verstehen dies nicht als Gegensatz zu dem, was die Biologie inzwischen über die Entstehung und Entwicklung des Lebens erforscht hat. Dass aber Leben entsteht, ist trotz aller wissenschaftlichen Einsicht ein Wunder. Es ist, christlich gesprochen, Ausdruck der liebenden Zuwendung Gottes zur Welt. Gerade menschliches Leben begreifen wir als ein Geschenk, das unserer Verfügung nicht völlig, aber doch weitgehend entzogen ist.

Die Bibel nennt den Menschen „Ebenbild Gottes“, und aus dieser Ebenbildlichkeit leiten sich Würde und Rechte jedes einzelnen Menschen ab. Heute Nachmittag ist im Zusammenhang mit der juristischen Diskussion gesagt worden, dass die Würde ein Beziehungsbegriff sei. In der Tat: Aus theologischer Sicht ist das ein Beziehungsbegriff zwischen Gott und Mensch. Die Würde des Menschen leitet sich von der Ebenbildlichkeit her, die Gott ihm beilegt.

Weitere Maßstäbe zur Beurteilung menschlichen Lebens lehnt der christliche Glaube ab. Eine Unterscheidung zwischen wertvollem und weniger wertvollem oder gar unwertem Leben ist nicht möglich. Jeder einzelnen Phase menschlichen Lebens kommt nach unserer Überzeugung die gleiche Würde zu. Es gibt also keine Phasen von höherer oder niedrigerer Würde, auch wenn das volle menschliche Potenzial im Embryo zumindest in seiner gesamten Entwicklungsphase noch nicht realisiert ist oder wenn dieses menschliche Potenzial möglicherweise im Alter durch Krankheit oder Behinderung nicht mehr realisiert werden kann.

Wenn Gott der Schöpfer des Lebens ist, dann verweist uns dies zugleich auf unsere eigene Geschöpflichkeit. Als Kreaturen sind wir endliche Wesen in allen Dimensionen unseres Lebens, mit Fehlern behaftet, Leid und Schmerz unterworfen und auch sterblich. Genau in dieser Spannung – das ist mir jetzt wichtig – zwischen Ebenbildlichkeit und Geschöpflichkeit liegt die Fruchtbarkeit unserer Existenz. Das Wissen um den fragmentarischen Charakter unseres Daseins und die uns ständig begleitende Gefährdung unseres Lebens treibt Menschen um

und erzeugt die Sehnsucht nach Antworten, die diese Situation aufheben. Das ist der Ursprung der Forschung. Das ist aus meiner Sicht auch ein entscheidender Grund dafür, warum sich gerade mit der Biotechnologie in der Öffentlichkeit solch immense Heilserwartungen verbinden, die von seriösen Forscherinnen und Forschern in Diskussionen oft eher gedämpft werden.

Aus der Gottebenbildlichkeit leitet sich nach biblischem Verständnis die menschliche Befähigung zur Weltbeherrschung her, und aus der Geschöpflichkeit zugleich deren Grenze. Das gilt auch hinsichtlich der Verfügungsgewalt über das Leben. Mit anderen Worten, theologisch-christlich gesprochen: Als Menschen bleiben wir mit unserem Tun Gott verantwortlich und die Übernahme dieser Verantwortung ist erneut Ausdruck dieser Beziehung.

Das wirft nun die Frage auf, wie wir die Versuche, an dieser Geschöpflichkeit zu manipulieren, ethisch bewerten sollen. Selbstverständlich ist es richtig, dass medizinische Forschung immer neue Möglichkeiten sucht, Krankheiten zu überwinden und Menschen zu heilen und ihr Leiden zu mindern. Aber das darf nicht um jeden Preis geschehen. Insofern bedeutet es eine erhebliche Veränderung im Selbstverständnis des Menschen, sofern sich der Mensch nicht mehr von Gott her als ein Gegenüber versteht, sondern vielleicht nur noch – auch das haben wir heute Morgen gehört – als Summe seiner Gene, als eine Kombination festgelegter Eigenschaften und Fähigkeiten.

Ich komme zum Schluss. Wenn sich in die Beziehungen zwischen Menschen die Aspekte von Schöpfergott und Kreatur einschleichen, wenn also einer zum Schöpfer des anderen wird, ist das Zusammenleben als gleichwertige und gleichberechtigte Menschen erheblich gestört. Nicht von ungefähr ist es in der biblischen Paradieserzählung die Schlange, dieses mythologische Wesen, die mit der Aussicht lockt, den Unterschied zwischen Gott und Menschen, also zwischen Schöpfer und Geschöpf einzuebnen: „An dem Tag, an dem ihr davon esst, werden eure Augen aufgetan, und ihr werdet sein wie Gott.“ Nach biblischer Auffassung kommt darin ein Grundübel zum Vorschein, nämlich das Grundübel, wie Gott sein zu wollen. In dem Maß, in dem durch gentechnische Eingriffe menschliches Leben in seinen genetischen Anlagen verfügbar gemacht wird, droht diese lebensdienliche Grenze aufgehoben zu werden. Wir machen uns also

selbst zu Gott. Das hat Folgen für das soziale Miteinander, denn es zeichnet jede soziale Beziehung aus, dass sie von Individualität, von der Andersartigkeit und der Wandelbarkeit und auch von der Fremdheit und Unverfügbarkeit des anderen Lebens lebt.

Demgegenüber wäre, so meine ich, ein nach eigenen Wünschen konstruierter Mensch, eine nach eigenen Vorstellungen und Absichten aufgenommene Beziehung nichts anderes als Ausdruck von Egoismus.

Die christliche Zuordnung und Unterscheidung von Schöpfer und Geschöpf sollte also gewahrt bleiben. Das ist die christliche Position. Aber ich denke, sie ist von den Voraussetzungen her, die ich genannt habe – ohne dass Sie, sofern Sie sich säkular definieren, sie übernehmen müssten –, trotzdem auch für nicht religiöse Menschen und ihr Gewissen realisierbar, nachvollziehbar und zumutbar. Zumindest hat dies zuletzt Jürgen Habermas in seiner bedenkenswerten Paulskirchenrede anlässlich der Verleihung des Friedenspreises des Börsenvereins des Deutschen Buchhandels deutlich gemacht.

Fazit: Die in Aussicht genommenen gentechnischen Anwendungsmöglichkeiten, vor allem verbrauchende Embryonenforschung und Präimplantationsdiagnostik, rechtfertigen aus meiner Sicht die Preisgabe dieser absoluten Differenz zwischen Schöpfergott und Menschen nicht. – Herzlichen Dank.

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Vielen Dank, Herr Bischof Hein. – Herr Bischof Kamphaus, an Sie die gleiche Frage und die Bitte um eine anders strukturierte Antwort. Die katholische Kirche zieht bestimmt mit der evangelischen Kirche an einem Strang, aber identisch können die Antworten doch eigentlich nicht sein.

Bischof Prof. **Dr. Franz Kamphaus**: Vielleicht ist die Ökumene an diesem Punkt viel weiter, als Sie denken. Ich möchte in der Tat nicht das wiederholen, was Bischof Hein gerade ausgeführt hat.

Mir liegt zunächst als erstem Punkt daran – das wurde eben schon angedeutet; ich möchte es unterstreichen –, dass es unfair ist, wenn den Kirchen und der katholischen Kirche an erster Stelle Wissenschafts- und Forschungsfeindlichkeit vorgeworfen wird und gesagt wird, dass

sie nichts von der Ethik des Heilens verstünden. Die ersten christlichen Krankenhäuser, die ersten Krankenhäuser überhaupt hier in Hessen sind bereits im 9. Jahrhundert von Christen eingerichtet worden. Dann nach jetzt 1.200 oder 1.300 Jahren Krankenhaustradition vorgeworfen zu bekommen, wir verstünden nichts von der Ethik des Heilens, das ist schon ein starkes Stück.

Wer bei Jesus, dem Heiland, in die Schule gegangen ist – ein Großteil von dem, was von ihm überliefert ist, sind Heilungsberichte –, der braucht keinen Nachhilfeunterricht, der ihm die Bedeutung des Heilens klarmacht. Von daher ist von mir aus und von uns aus zu sagen, dass die Gentechnik eine ganze Menge neuer Möglichkeiten bietet, dem Heilungsauftrag nachzukommen. Dem stehen die Kirchen natürlich nicht im Weg. Deswegen kommen in christlichen Krankenhäusern diese Möglichkeiten zum Einsatz.

Nicht die Methode und die Methoden an sich sind das Problem, sondern ihre Anwendung. Darüber muss gesprochen werden. Was ist, wenn in einem Embryo nicht nur nach den Schwächen, nach dem zu Heilenden gefahndet wird, sondern wenn nach den Schwachen gefahndet wird und die Schwachen selektiert werden? Das ist doch faktisch ein gutes Stück das Ergebnis, wenn man wachen Auges durch die Lande geht und mit betreffenden Personen spricht und diskutiert.

In einem Aufsatz von Frau Professorin Nippert aus Münster las ich, dass 94 % der Kinder mit Trisomie 21, also Mongolismus, abgetrieben werden. Leid wird nicht dadurch gelindert oder geheilt, dass man die Leidenden oder die potenziell Leidenden aus der Welt schafft.

Ich möchte auf einen ganz wichtigen Unterschied im Hinblick auf die Würde des Menschen hinweisen, der in der gegenwärtigen Diskussion vielleicht nicht genügend bedacht wird. Daran liegt mir. Jetzt geht es mehr in die ethische Diskussion. Das ist ja auch das Erste, bevor wir dann zu konkreten Fragen der Moral kommen.

Der Mensch hat nicht Wert, der Mensch hat Würde. Der Wert hängt von der Bewertungsgrundlage ab. Er ändert sich und kann gegen null gehen. Würde dagegen eignet einen Menschen als Mensch. Das Wort „Wert“ entstammt der Ökonomie, dem Markt. Damit ist das Wort nicht disqualifiziert, aber seine Aussagekraft ist eingeschränkt. Sie ist dann

eingeschränkt, wenn es um Unbezahlbares geht, um das, was den Markt überschreitet. Kant hat das klar erkannt: „Was einen Preis hat“, schreibt er, „an dessen Stelle kann auch etwas anderes gesetzt werden. Was dagegen über allen Preis erhaben ist, das ist eine Würde.“ Damit ist die theologische Vorstellung von der Gottesebenbildlichkeit des Menschen in die Philosophie übersetzt. Habermas, der eben schon zitiert wurde, hat das ja in der bekannten Rede auch aufgegriffen und den Begriff „Gottesebenbildlichkeit“ – Habermas, immerhin! – neu in die Diskussion gebracht. Ich sehe das als sehr bemerkenswert an.

Aufklärung und Säkularisierung haben das Subjektsein, die Person, die Personalität des Menschen nicht nur gestärkt. Sie haben vieles dazu beigetragen, dass der Mensch in seiner Subjekthaftigkeit gestärkt wird, und zwar auch gegen die Kirchen. Das sei durchaus zugegeben. Aber sie haben es – darauf weist auch Habermas hin – nicht nur gestärkt.

Wenn man jetzt fragt, wie man diesen die Person auflösenden oder sie beeinträchtigenden Tendenzen entgegenwirken kann, darf man sich vielleicht auf Nietzsche berufen. Das ist ein unverdächtiger Zeuge. An der Stelle, an der er vom Tod Gottes spricht, hat seine Frage „Wohin ist Gott?“ ein bemerkenswertes Echo. Wohin ist denn der Mensch? Vielleicht darf man im Umkehrschluss zu Nietzsche die Aufklärung und Säkularisierung neu mit der Gottesfrage konfrontieren – so kann man Habermas wohl auch verstehen – und fragen, ob es einen anderen Fels als Gott und Gottesebenbildlichkeit in der Brandung gibt, wenn es in Sachen Menschenwürde zum Schwur kommt.

Dass das meine Überzeugung ist, werden Sie mir im Voraus zugestehen. Ich finde es nur wichtig, dass das nicht nur eine private kirchliche Meinung ist, sondern dass Leute wie Kant und Habermas und selbst Nietzsche in seinen Fragen diese Frage, die von uns heute ganz tabuisiert und in den privaten Bereich hineingebracht wird, in die Öffentlichkeit gehoben haben.

Vielleicht lasse ich es dabei, weil die Zeit voranschreitet. Ich melde mich dann gleich in der Diskussion noch zu Wort.

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Vielen Dank, Bischof Kamphaus. – Herr Professor Richter, die beiden Bischöfe haben die Maßstäbe sehr hoch gesetzt. Sie sind auch klinischer Praktiker. Wie sieht diese Frage in der Praxis aus?

Herr Prof. **Dr. Gerd Richter**: Ich werde an das Pult gehen, weil ich ein paar Bilder mitgebracht habe. Ich bedanke mich jetzt schon bei Frau Dr. Bock für die Zusammenarbeit. Sie hat ihren Laptop mitgebracht, damit ich Ihnen nachher ein paar Bilder zeigen kann.

Ich bedanke mich für die Einladung und möchte, wie Herr Hein das eigentlich auch verlangt hat, von vornherein sagen, von wo aus ich argumentiere. Ich argumentiere ausgehend von einer kontextsensitiven Ethik, die meines Erachtens in einer pluralistischen, säkularisierten Gesellschaft eine Forderung ist. Ein kontextsensitive Ethik hat Ihren Ausgang in ethischen Prinzipien der mittleren Ebene, wie zum Beispiel Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit, Nicht-Schaden. Sie nimmt Anleihe bei unterschiedlichen Moraltheorien, und ihre Theoriestructur ist unvollständig, erlaubt aber kohärente Urteilsbildungen. Und sie weist ein irreduzibles Moment der Subjektivität auf, denn es verlangt nach Verantwortungsübernahme.

Von dieser Theorie ausgehend möchte ich die Ebene der ethischen Universalien wie der Menschenwürde ansprechen. Wir haben ja heute im Podium erlebt, wie schwierig dieser Begriff ist und wie schwierig damit zu hantieren ist. Oder nehmen wir den kategorischen Imperativ, den transzendentalpragmatischen Letztbegründungsbeweis, oder aber in der säkularisierten Gesellschaft auch göttliche Gebote. Das sind ethische Universalien, die die Handhabung äußerst schwierig machen. Ich will es mir und uns allen leichter machen, indem ich mich auf diese kontextsensitive Ethik beziehe, die von ethischen Prinzipien der mittleren Reichweite ausgeht.

In meinem kurzen Vortrag möchte ich auch die Zeit in der Weise nachvollziehen, dass die Problematik über die Gentherapie zur Präimplantationsdiagnostik und dann zur Stammzellenforschung geht. Die somatische Gentherapie – darüber ist man sich heute einig – ist akzeptiert. Sie weist keine ethisch neuen Probleme auf. Sie ist in der klinischen Forschung eingesetzt.

Unterschiedliche Bedeutung eines Gentransfers in

Körperzellen

Keimbahnzellen

betreffen nur Teile des Organismus während eines Teils der Lebensspanne

betreffen den ganzen Organismus eines Menschen vom Beginn bis zum Ende seines Lebens

betreffen nur das behandelte Individuum

betreffen eine grundsätzlich unendliche Reihe von Nachfolgenerationen

Wirkungen zeigen sich im Körper des bereits lebenden Patienten
Betroffene geben ihre freiwillige und informierte Zustimmung

Wirkungen werden erst in Kindern und Kindeskindern manifest
Betroffene können nicht gefragt werden

Die somatische Genterapie, das heißt die Genterapie an Körperzellen, ist nach einer ausführlichen Diskussion, die lange vor der Einführung dieser Technik begonnen hatte, akzeptiert, und zwar auf vielerlei Wissenschaftsgebieten: Soziologie, Philosophie, Medizin, Theologie. Sie befindet sich im Stadium der klinischen Forschung, aber sie hat trotz großer Versprechungen bislang keines dieser Versprechen eingehalten.

Ausgehend davon gibt es Stimmen im Bereich der Gentransferforschung, nach denen wir uns dann mit der so genannten Keimbahngenterapie befassen sollten, da sie eher verspreche, Erfolge zu zeigen. Hier möchte ich auch auf etwas hinweisen, was im ethischen Diskurs von besonderer Bedeutung ist, nämlich: Wie sprechen wir? Was für einen Gebrauch haben wir von der Sprache? „Keimbahngenterapie“ ist ein Unwort, das es nicht gibt. Denn Eingriffe in die Keimbahn, das heißt in die Samenzellen und die Eizellen oder in die Zygote, sind keine Therapie. Denn fehlt ein Individuum, und es fehlt eine identifizierbare Krankheit, die für eine Therapie Voraussetzungen sind. Ich spreche daher von einem Gentransfer in Keimbahnzellen.

Hier will ich noch ganz kurz darauf eingehen, was der Unterschied ist: Eine somatische Genterapie in Körperzellen betrifft nur Teile eines

Organismus während eines Teils seiner Lebensspanne. Die Manipulation auf Keimbahnebene betrifft den ganzen Organismus eines Menschen vom Beginn bis zum Ende seines Lebens. Die somatische Gentherapie betrifft nur das behandelte Individuum. Der Keimbahngentransfer, die Keimbahnmanipulation betrifft grundsätzlich eine unendliche Reihe von Nachfolgegenerationen.

Die somatische Gentherapie zeigt Wirkungen im Körper des bereits lebenden Menschen, und ausschließlich dort. Wirkungen und Nebenwirkungen bei der Keimbahngentherapie werden erst in Kindern und Kindeskindern manifest. Bei der somatischen Gentherapie gibt der Betroffene seine freiwillige und informierte Zustimmung. Bei der Keimbahngentherapie sind Betroffene nur Ertragende.

Ethische Problematik von Keimbahneingriffen

- Eingriffe in die Keimbahn sind mit unvorhersehbaren und daher ethisch unakzeptablen Nebenwirkungen verbunden (prinzipielle Folgen-Ungewißheit)
- setzen eine ethisch nicht akzeptable (Embryonen-)Forschung voraus
- Keimbahnveränderungen sind Veränderungen in der Gesamtkonstitution von Menschen, sie sind Veränderungen des Menschen selbst
- Keimbahnveränderungen sind in ihren Wirkungen auf die zukünftige Menschheit nicht eingrenzbar (Irreversibilität), außer mit eugenischen Maßnahmen wie Fortpflanzungsverboten oder Sterilisation
- Keimbahnveränderungen sind Eingriffe in das Leben anderer zukünftige Menschen werden durch Keimbahnveränderungen gezeichnet, ohne in Freiheit zustimmen zu können, sie sind Nur-Betroffene
- Ziele eines Keimbahngentransfers sind mit anderen Alternativen zu erreichen: freiwilliger Verzicht auf genetisch eigene Kinder, Samen- und Eizellspende, PID

Damit kommen wir zu der ethischen Problematik bei Keimbahneingriffen. Eingriffe in die Keimbahn sind mit unvorhersehbaren und daher ethisch unakzeptablen Nebenwirkungen verbunden. Sie weisen eine prinzipielle Folgeungewissheit auf. Darauf will ich später noch ganz kurz eingehen.

Sie setzen eine bis jetzt nicht akzeptierte Forschung voraus. Keimbahnveränderungen sind Veränderungen in der Gesamtkonstitution von Menschen. Es sind Veränderungen des Menschen selbst. Keimbahnveränderungen sind in ihren Wirkungen auf die zukünftige Menschheit nicht eingrenzbar. Sie sind irreversibel,

es sei denn mit eugenischen Maßnahmen wie Fortpflanzungsverboten oder Sterilisation. Keimbahnveränderungen sind Eingriffe in das Leben anderer, und immer nur anderer. Zukünftige Menschen werden durch Keimbahnveränderungen gezeichnet, ohne in Freiheit zustimmen zu können. Sie sind nur Betroffene.

Ziele eines Keimbahgentransfers, seien sie noch so ehrenwert, sind auch durch andere Alternativen zu realisieren. Hier möchte ich vor allem auf die Präimplantationsdiagnostik eingehen. Über den freiwilligen Verzicht auf genetisch eigene Kinder, Samen- und Eizellspende sage ich nur am Rande etwas. Das führt uns jetzt zum nächsten Thema, der Präimplantationsdiagnostik, wobei ich sagen muss: Die Präimplantationsdiagnostik kam später als diese Diskussion.

Ziel der Präimplantationsdiagnostik

- ⌘ Herbeiführung einer Schwangerschaft bei einem genetischen Hochrisikopaar und Geburt eines nicht von der infrage stehenden genetisch bedingten Erkrankung betroffenen Kindes
- ⌘ Verhinderung der möglichen Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch bei positiver Pränataldiagnostik

Das Ziel der Präimplantationsdiagnostik, das leider sehr oft vergessen wird und auch mit dem Embryonenschutz oft totgeschlagen wird, ist nämlich einzig und allein die Herbeiführung einer Schwangerschaft bei einem genetischen Hochrisikopaar und die Geburt eines nicht von der infrage stehenden genetisch bedingten Erkrankung betroffenen Kindes. Das heißt aber auch: Hier geht es nicht um das Designerbaby oder um das Recht auf ein gesundes Kind, sondern „nur“ um ein Kind, das nicht an der genetisch infrage stehenden Erkrankung leidet. Und das weitere

Ziel der Präimplantationsdiagnostik ist die Verhinderung der möglichen Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch bei positiver Pränataldiagnostik.

Ethische Probleme der PGD

- ⌘ Totipotenz vs. Pluripotenz
- ⌘ Ziel der PID:
Schwangerschaft und Geburt vs. Selektion
- ⌘ Motive der PID:
individuelle Gesundheitsfürsorge vs. Eugenik
- ⌘ Recht auf ein „gesundes“ Kind
gesellschaftliche Erwartung
- ⌘ Frage der Regulierung und Eingrenzbarkeit
- ⌘ Embryo *in vivo* vs. Embryo *in vitro*
(Schwangerschaftsabbruch vs. PID)

Hier habe ich eine Liste der ethischen Probleme der Präimplantationsdiagnostik aufgestellt. Zum einen ist da das Problem der Totipotenz versus Pluripotenz in der Diskussion. Die Frage nach der Totipotenz und der Pluripotenz embryonaler Zellen scheint naturwissenschaftlich nach dem Embryologen Beier soweit eindeutig beantwortbar zu sein, dass spätestens nach Abschluss des Achtzellstadiums die embryonalen Zellen ihre Totipotenz verloren haben.

Allerdings gibt es natürlich auch philosophische Argumente, die die Begrifflichkeit der embryonalen Totipotenz dahin gehend kritisieren, dass der aristotelische Substanzbegriff für die Wirklichkeit des Menschen und sein Werden unzureichend ist und somit gleichzeitig die Rede von der Realpotenz in der Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik für eine ethische Begründung unbrauchbar ist. Ich meine, das ist ein philosophisches Scheinproblem.

Über das Ziel der Präimplantationsdiagnostik habe ich mich schon ausgelassen.

Zu den Motiven für die Präimplantationsdiagnostik wird hier immer wieder das Argument der Selektion – das will ich auch als Unwort herauslassen – und auch die Eugenik angeführt. Aber um was geht es denn bei der Präimplantationsdiagnostik? Es geht nicht um gesellschaftspolitische Maßnahmen zur Änderung eines Genpools, sondern es geht einzig und allein um die individuelle Gesundheitsfürsorge einer Frau oder eines Paares, sodass ich das eindeutig auf diese Seite lokalisieren will.

Es geht um das Recht auf ein gesundes Kind. Genauso wenig, wie wir überhaupt das Recht auf Kinder haben, haben wir gleichzeitig beim Reproduktionsrecht kein Recht auf ein gesundes Kind.

Ich habe schon ausgeführt, dass die Präimplantationsdiagnostik dieses Versprechen auch nicht machen darf, sondern die Präimplantationsdiagnostik ist nur bei einem infrage stehenden genetischen Risiko anwendbar. So muss in diesem Zusammenhang auch die polemische Diskussion um die Designerbabys zurückgewiesen werden. Dafür muss aber das Leiden der Familien mit einem hohen genetischen Risiko in Betracht gezogen werden, die selbst Erfahrung mit behinderten Kindern und mit schwerstbehinderten Kindern haben, die das aus ihrer eigenen Familie als Geschwister, Neffe, Nichte oder Eltern kennen. Das sollte man berücksichtigen und nicht leichtfertig vom Tisch wischen.

Allerdings schaffen neue Möglichkeiten auch neue Zwänge. Das Angebot regelt die Nachfrage. Natürlich ist hier zu fragen: Was für Zwängen unterwerfen wir uns, wenn wie die Präimplantationsdiagnostik protegieren? Hier muss ganz eindeutig der Umgang mit Behinderungen in unserer Gesellschaft angemahnt und angesprochen werden. Ich denke, dass die Präimplantationsdiagnostik eine Möglichkeit ist, die gleichzeitig den Umgang mit Behinderungen in unserer Gesellschaft artikuliert. Das meine ich weiter gehend als zum Beispiel das Human Genome Project, das ELSI-Project: Ethical, Legal, and Social Implications of Human Genetics Research, wo dieser Aspekt herausgefallen ist. Hier, denke ich, müssen wir weitermachen, neu anfangen und auch so etwas wie zum Beispiel ein Antidiskriminierungsgesetz vollbringen. Dies muss in dem gleichen Atemzug geschehen, in dem wir Präimplantationsdiagnostik vielleicht zulassen wollen.

Auf die nächste Frage will ich jetzt nicht weiter eingehen. Dazu ist heute Nachmittag schon gesprochen worden. Aber wie sieht es mit der Unterscheidung Embryo in vivo versus Embryo in vitro, Schwangerschaftsabbruch versus Präimplantationsdiagnostik aus? Das ist immer ein beliebter Punkt. Ich wundere mich darüber, wo viele Leute in dieser Diskussion stehen, die einen Schwangerschaftsabbruch vehement begründen und rechtfertigen können, die Präimplantationsdiagnostik aber absolut ablehnen.

Der Schwangerschaftsabbruch ist grundsätzlich rechtswidrig, und der Schwangerschaftsabbruch ist lediglich bei einer Unzumutbarkeit der Austragung einer Schwangerschaft gestattet und dann für die Mutter straflos. Deswegen ist er aber noch lange nicht gerechtfertigt. Hier gerät der Rechtsstatus der Mutter in Konflikt mit dem Lebensrecht des Embryos oder des Föten. Dabei wird – und das ist wichtig – in den meisten Fällen der Konflikt zwischen der Autonomie der Mutter und der ihr durch ein krankes Kind unzumutbar erscheinenden Belastung für die Phase nach der Geburt antizipiert. Hier besteht hinsichtlich dieser Inanspruchnahme in der Tat eine Analogie der Konfliktsituation von Frauen zwischen Schwangerschaftsabbruch und Präimplantationsdiagnostik, denn auch beim Schwangerschaftsabbruch ist nicht die real existierende Schwangerschaft der Grund für den Abbruch, sondern die Antizipation des gemeinsamen Lebens mit diesem Kind, das nicht zumutbar und nicht aushaltbar erscheint. Hier finde ich einen Wertungswiderspruch, der aufgelöst werden muss.

Darüber hinaus haben wir in unserer Gesellschaft natürlich schon längst auch den Umgang mit Embryonen fraglos geregelt, indem wir Nidationshemmer wie zum Beispiel die Spirale anwenden. Hier besteht ein gesellschaftlicher Konsens darüber, dass das moralisch und ethisch akzeptabel ist.

Präimplantationsdiagnostik zwischen Keimbahngentransfer und selektivem Abort - Befragung von Hochrisikofamilien zu ihren Präferenzen bezüglich frühestmöglicher vorgeburtlicher Diagnostik

Forschungsprojekt im Rahmen des BMBF-Förderkonzepts „Ethische, rechtliche und soziale Aspekte der Humangenomforschung“ (Förderkennziffer 01KU 9902)

Prof. Dr. Gerd Richter (Projektleiter), Innere Medizin, Lehrbeauftragter Medizinische Ethik, Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. Georg Hoffmann, Universitätskinderklinik Heidelberg

Prof. Dr. Manuela C. Koch, Medizinisches Zentrum für Humangenetik, Philipps-Universität Marburg

Prof. Dr. R. Zoll, Institut für Soziologie, Philipps-Universität Marburg

Eine Frage bleibt bei der Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik bislang immer vor der Tür, nämlich die Frage: Was meinen denn die eigentlich Betroffenen dazu? Jeder hat dazu eine Meinung. Wir haben mit Unterstützung des BMBF im Marburg und in Heidelberg eine Studie durchgeführt, deren Datenerhebung gerade abgeschlossen ist und von der ich Ihnen ganz kurz einige erste Ergebnisse zeigen will.

Gruppenbildung

I: Gruppe mit 25%iger Wiederholungswahrscheinlichkeit A) hoher Krankheitswert

- 1.) Methylmalonazidurie, Propionazidurie, Harnstoffzyklusdefekte (in der Regel schwerwiegende Folgeerkrankungen und eingeschränkte Lebenserwartung trotz rationaler Therapie)
- 2.) CDG-Syndrome, Purin- und Pyrimidindefekte (stationäre Behinderung, keine rationale Therapie)
- 3.) Speichererkrankungen, peroxisomale Erkrankungen, Mitochondriopathien (fortschreitende tödliche Erkrankungen, keine Therapiemöglichkeit)

B) weniger stark ausgeprägter Krankheitswert

- 1.) Phenylketonurie (PKU), Tubulopathien (gut behandelbar)
- 2.) mittelkettiger Acyl-CoA Dehydrogenasemangel, Homocystinurien, Hypermethioninämie, Glutarazidurie Typ I, Neurotransmitterdefekte, Cystinose, Glukogenosen, Galaktosämie (behandelbar, Langzeitprognose unsicher)

Wir haben genetische Erkrankungen unterteilt in verschiedene Gruppen. Die erste Gruppe mit 25-prozentiger Wiederholungswahrscheinlichkeit ist unterteilt in eine Gruppe mit einem hohen Krankheitswert und eine mit einem niedrigen Krankheitswert.

II. Gruppe mit 50%iger Wiederholungswahrscheinlichkeit

A) hoher Krankheitswert

- 1.) Myotone Dystrophie
- 2.) Muskeldystrophie vom Typ Duchenne

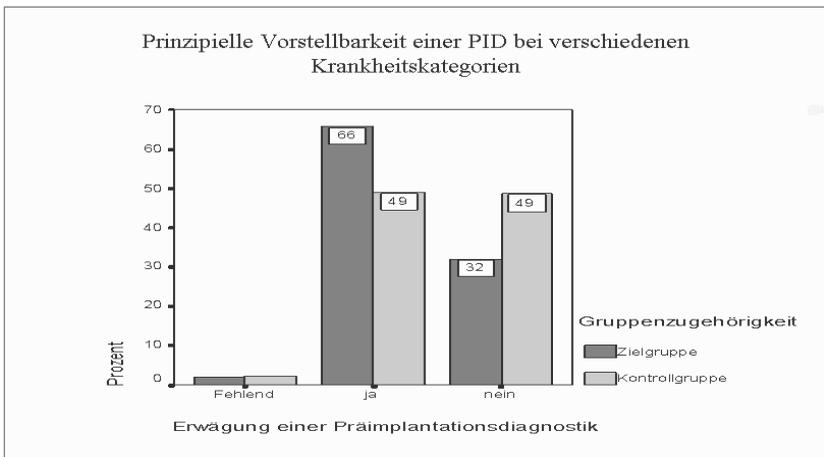
B) weniger stark ausgeprägter Krankheitswert

- 1.) Fazioskapulohumerale Muskeldystrophie
- 2.) Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung Typ 1a

III. Gruppe mit niedriger Wiederholungswahrscheinlichkeit und hohem Krankheitswert

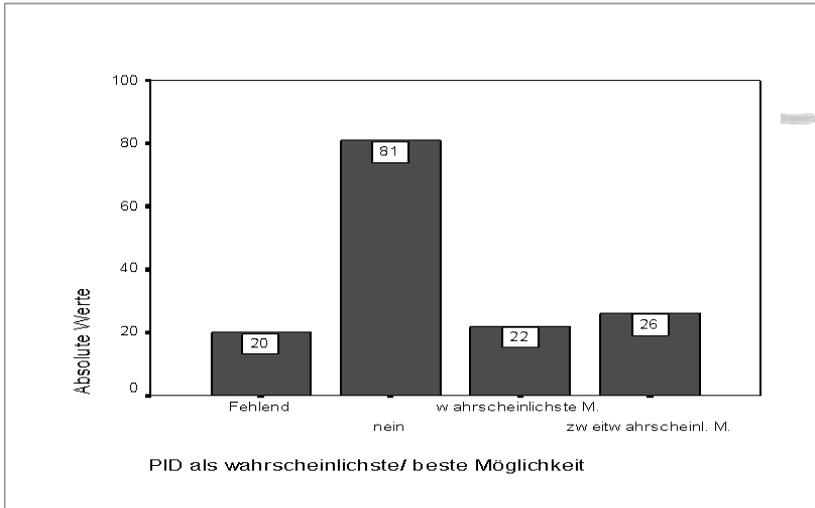
- 1.) Spina bifida aperta (stationäre Behinderung mit z.T. schwerwiegenden Folgeerkrankungen, keine Therapiemöglichkeit, unsichere pränatale Diagnostik)

Hier haben wir eine Gruppe mit 50-prozentiger Wiederholungswahrscheinlichkeit, ebenfalls mit hohem und niedrigem Krankheitswert, und eine Gruppe mit niedriger Wiederholungswahrscheinlichkeit, aber hohem Krankheitswert.

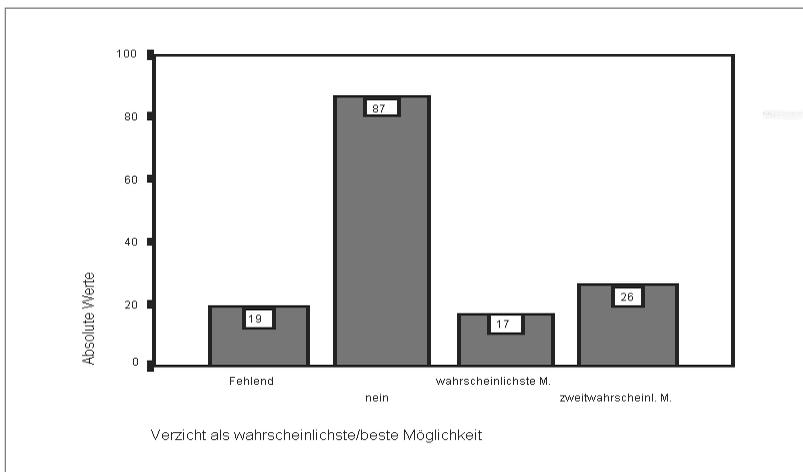


Hier sehen Sie erste Ergebnisse der noch nicht voll ausgewerteten Studie. Wir haben neben den genetischen Hochrisikopaaren – ich möchte Wert darauf legen, dass wir Paare befragt haben; das waren nicht nur Frauen, sondern Männer und Frauen – gleichzeitig eine

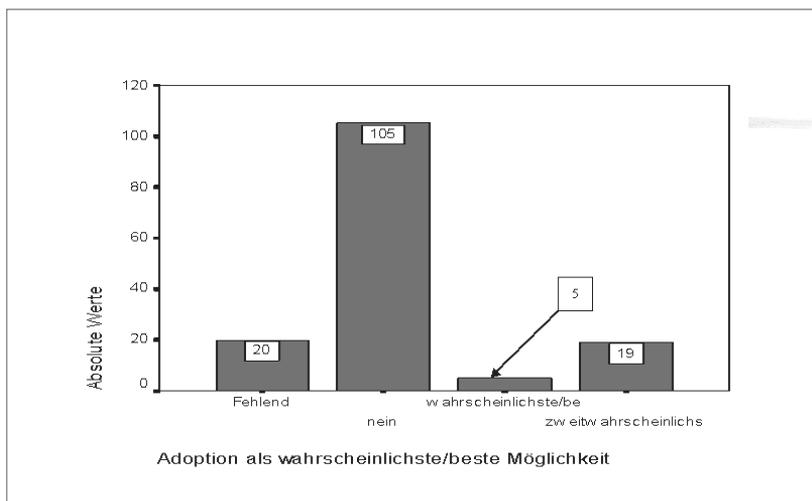
Kontrollgruppe von 120 gesunden, nicht genetisch hoch risikobehafteten Paaren befragt. Hier sehen wir, wie dieses Gesamtkollektiv die Präimplantationsdiagnostik einschätzt: Bei der Zielgruppe, sprich den genetischen Hochrisikopaaren, halten 66 % eine Präimplantationsdiagnostik für erwägenswert, während das nur rund 50 % bei der anderen Gruppe sind. Von der Zielgruppe würden 32 % eine Präimplantationsdiagnostik ablehnen. Das ist aber allgemein die Frage.



Hier wird es schon sehr viel konkreter. Hier sind nämlich genetische Hochrisikopaare befragt worden, die einen aktuellen Kinderwunsch haben: Wie würdet ihr die Präimplantationsdiagnostik einschätzen wollen? Da sagen lediglich 50 von 150 Befragten, das sind ein Drittel, dass sie eine Präimplantationsdiagnostik erwägen würden. Die Hälfte sagt, sie würden eine Präimplantationsdiagnostik nicht erwägen.



In diesem Zusammenhang wird natürlich immer darauf verwiesen: Wie sieht es mit einem Verzicht auf eigene Kinder aus? Wie sieht es mit einer Adoption aus? Für diese Menschen ist der Verzicht auf Kinder keine Möglichkeit. 87 von 150 Befragten sagen dazu klipp und klar Nein.



Bei der Adoption, Herr Hein, sieht es ähnlich aus: 105 von 150 Befragten sagen ganz klipp und klar: Das ist nicht meine Möglichkeit.

Das waren die Schaubilder. Vielen Dank.

Das heißt, aufgrund einer solchen Befragung und einer solchen empirischen Studie kann ich natürlich nicht zu einem ethischen Urteil kommen. Aber im Rahmen einer kontextsensitiven Ethik ist das mit zu bedenken. Wenn Sie mich nach dem moralischen Status des Embryos fragen, möchte ich Ihnen sagen: Die Frage nach dem moralischen Status des Embryos ist eine Unfrage. Sie kann nicht beantwortet werden.

Auch ich habe Habermas gehört und gelesen. Ich möchte sein Ergebnis nicht teilen, aber seine Prämisse, die heißt: Einerseits können wir dem Embryo unter Bedingungen des weltanschaulichen Pluralismus nicht von Anfang an den absoluten Lebensschutz zuschreiben, den Personen als Träger von Grundrechten genießen. Auf der anderen Seite steht die Intuition, dass das vorpersonale menschliche Leben nicht einfach für konkurrierende Güter verfügbar gemacht werden darf. Aufgrund dessen muss gesagt werden, dass jenseits dieser kontroversen Diskussion um den moralischen Status des Embryos festgestellt werden kann, dass die Attribute der moralischen Würde und der Personenwürde nicht zur leiblichen Existenz des Menschen dazukommen, sondern notwendig leiblich vermittelt sind.

In diesem Zusammenhang ist auch plausibel, dass auch die vorpersonalen Stadien menschlicher Existenz an dem Schutz partizipieren, den wir personalen Wesen schulden. Somit unterliegen menschliche Embryonen besonderer Schutzwürdigkeit, die aber wohl nicht mit dem Würdebegriff abzudecken ist.

Lassen Sie mich abschließend zu den embryonalen Stammzellen kommen. Hier ist die Situation in der Tat so, wie Kurt Schmidt es aufgezeigt hat: Der Herkunftsweg ist entscheidend. Ausgehend von der Zuschreibung einer besonderen Schutzwürdigkeit – aber nicht der Menschenwürde – für Embryonen mag es angehen, dass embryonale Stammzellenforschung an überzähligen Embryonen durchgeführt werden kann. Dies darf allerdings nur unter der Voraussetzung der Frage geschehen, was ich damit erreichen will. Hier sind die Heilsversprechungen so groß und so diffam, dass man hier ethisch und moralisch zur Raison rufen muss, genauso wie das bereits 1995 in der Gentherapie-Diskussion durch das NIH geschehen ist.

Allerdings meine ich, dass hier natürlich auch die adulte Stammzellenforschung eine Priorität hat. Es ist aber zu fragen, ob wir, wenn wir uns auf die adulte Stammzellenforschung fokussieren, nicht auch intermittierend die embryonale Stammzellenforschung benötigen, um in der adulten Stammzellenforschung weiterzumachen. Ich denke, es gibt gute wissenschaftliche Beweise aus tierexperimentellen Untersuchungen, dass das Potenzial der adulten Stammzelle groß ist und dass das mithilfe vielleicht zeitlich begrenzter embryonaler Stammzellenforschung zu erreichen ist, sodass hier eventuell auch die Analogie überzähliger Embryonen mit Organ Spendern geführt werden kann: Überzählige Embryonen werden für solche Vorhaben mit Einwilligung derjenigen, von denen sie kommen, gespendet, genauso wie hirntote Menschen das entweder von sich selbst oder nach Rückfrage bei Ihren Angehörigen machen. – Vielen Dank.

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Vielen Dank, Herr Professor Richter. Ich nehme an, dass es nachher viele Fragen dazu geben wird.

Aber zunächst einmal haben Sie, Frau Professor Neuer-Miebach, das Wort.

Frau Prof. **Dr. Therese Neuer-Miebach**: Danke schön. – Ich habe zwei oder drei Vorbemerkungen.

Erstens positionieren wir uns ja offenbar oder outen uns hier an dem ethischen Podium. Im Grunde kann ich mich dem anschließen, was Herr Richter mit einem sehr wissenschaftlichen Begriff „kontextsensitive Ethik“ formuliert hat. Mir fehlt dabei aber ein ganz wichtiger Aspekt. Er hat die Kriterien Gerechtigkeit, Autonomie und Nicht-Schaden genannt. Mir fehlte ein ganz wichtiges Kriterium, nämlich das der Verschiedenartigkeit, das heißt der Respektierung von menschlicher Unterschiedlichkeit. Das wird sich nachher an meinem Beitrag noch deutlich zeigen, denke ich.

Zweite Vorbemerkung: Ich habe mich gewundert, dass in diesen Foren die Ökonomie außen vor gelassen wurde. Soll dieses Thema schamhaft ausgeblendet bleiben? Was wir heute hier verhandeln, hat für mich als Soziologin auch etwas mit Ökonomie zu tun: erstens mit dem Standort

Deutschland. Das ist ein handfester ökonomischer Aspekt. Der zweite ökonomische Aspekt ist, dass diejenigen, die forschen und sich um wissenschaftliche Erkenntnis kümmern, auch ein aus meiner Sicht legitimes Interesse daran haben, an dem zu verdienen, was sie mit ihrem wissenschaftlichen Schweiß erarbeitet haben. Sicherlich spielt da auch die Frage der Patentierung eine Rolle.

Der dritte Punkt, der aus meiner Sicht bisher auch ein bisschen zu kurz gekommen ist, ist die Gesundheitsökonomie. Wenn wir hier über Innovationen und neue Möglichkeiten sprechen, dann ist meine grundlegende ethische Frage in diesem Zusammenhang: Welchen Gesellschaftsmitgliedern werden denn diese Segnungen des Gesundheitssystems tatsächlich auch zur Verfügung stehen? Wer wird längerfristig Zugang zu solchen ausgefeilten Techniken wie In-vitro-Fertilisation und Präimplantationsdiagnostik usw. haben?

Ich möchte mich nicht im Einzelnen zu Fragen der Stammzellenforschung positionieren. Sie haben eben gehört, dass die Enquetekommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ eine erste Stellungnahme dazu abgegeben hat. Ich bin Mitglied der Enquetekommission und schließe mich selbstverständlich dem an, was da formuliert worden ist. Zur Präimplantationsdiagnostik werden wir demnächst, in absehbarer Zeit, einen weiteren Bericht vorlegen.

Ich möchte gern zu ein paar gesellschaftlichen und soziologischen Fragestellungen ein paar Anmerkung machen. Ein Thema dazu ist: Zusammenhänge, Kontexte. Ich denke, das ist für eine politische Urteilsbildung und auch für die politische Entscheidung sehr wichtig. Ich halte es für dringend notwendig, dass bei der politischen Entscheidung über PID, Import von embryonalen Stammzellen oder auch Forschung und Beteiligung an der Forschung zur Produktion embryonaler Stammzellen, gesehen wird, dass das nicht isolierte Einzelentscheidungen sein können, sondern dass das Ganze, wenn wir gesellschaftlich verantwortlich handeln wollen, in einem Gesamtzusammenhang im Sinne eines biomedizinischen Rahmengesetzgebungswerks oder dergleichen stehen müsste. In anderen Ländern in Europa sind wir da weiter. Mein Problem ist: Wenn wir jetzt eine isolierte Entscheidung zur PID oder zum Import von embryonalen Stammzellen treffen, dann könnten wir uns ein Stück weit

Möglichkeiten und Rahmengesetzgebungen verbauen und auch den Blick auf einzelne Techniken verengen, bei denen es aus meiner Sicht um mehr geht. Das ist das eine.

Der zweite Aspekt ist, dass eine ethische begründete Entscheidung darüber, ob wir beispielsweise den Import von embryonalen Stammzellen für akzeptabel halten oder nicht, mit Weiterungen verbunden ist. Wenn Sie die Papiere, vor allem die Stellungnahme der DFG vom Mai dieses Jahres, gelesen haben, dann lesen Sie darin, dass die DFG sagt: „Der Import ist der erste Schritt. Der zweite Schritt, den wir wollen, ist, dass deutsche Wissenschaftler sich an der Produktion, an der Standardsicherung für die Produktion von embryonalen Stammzellen beteiligen.“

– Nicht für die Importfrage. – Der dritte Schritt ist dann: „Wenn sich dann herausstellt, dass sie qualitativ nicht so gut sind, wie wir sie brauchen, dann müsste bitte auch überlegt werden, dass das Embryonenschutzgesetz dahin gehend geändert werden sollte, dass auch in Deutschland die Möglichkeit besteht, sich an der Produktion von embryonalen Stammzellen in Deutschland zu produzieren.“ Das heißt, mit der ersten Entscheidung ist eine Schrittfolge verbunden.

Ähnlich ist es – ich hatte das heute Morgen mit meiner Frage angedeutet – mit dem Zusammenhang oder Nichtzusammenhang von Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik. Wenn Sie die Geschichte der Pränataldiagnostik verfolgen, sehen Sie, wie diese Technik sich verselbstständigt hat. Ursprünglich nur für ganz bestimmte enge Indikationen vorgesehen, hat sie sich ständig ausgeweitet. Bis heute ist sie rechtlich nicht geregelt. Alle, die sie in Anspruch nehmen wollen, können sie heute bekommen. Das heißt, wenn wir jetzt über die Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnostik entscheiden, müssen wir uns darüber im Klaren sein, ob es überhaupt gelingen kann, eine Grenze zu ziehen. Vielleicht wollen wir ja auch keine Begrenzung. Dann muss man das aber auch so offen formulieren.

Der nächste Punkt sind die Kompetenzen. Ich frage: Wer setzt legitimerweise die Kriterien für die Forschungsfragen bzw. für den Umgang mit Forschungsmöglichkeiten? Heute Morgen ist die Freiheit von Forschung und Wissenschaft diskutiert worden. Wenn es um die konkrete Anwendung und um die Genehmigung von

Forschungsprojekten geht, haben wir Regelungen, die sich weitgehend – das sage ich vorsichtig – im Bereich von standesrechtlichen Selbstverpflichtungen bewegen. Ich glaube – das sage ich nur als Anregung auch für die weitere politische Diskussion – , dass wir es bei diesen existenziellen Fragen, bei denen es um die Verwertung, Vernutzung oder sonstige Instrumentalisierung von menschlichem Leben geht, nicht bei standesrechtlichen Regelungen und Leitlinien belassen können. Das ist heute Morgen sowie auch in dem rechtlichen Forum angesprochen worden. Es geht darum, dass der Staat sich positioniert und dass die Politik Verantwortung hat und Entscheidungen fällt.

Es ist auch formuliert worden: Transparenz sei ein wichtiges Kriterium. Wenn es darum geht, Transparenz zu praktizieren, dann heißt das bei diesen Entscheidungen für mich auch, dass alle Verwendungsinteressen auf den Tisch kommen. Das müssen alle möglichen Anwendungsinteressen sein, beispielsweise der Präimplantationsdiagnostik bzw. ähnlicher genetischer Testmöglichkeiten. Dabei ist es egal, ob man sie dann in diesem oder jenem Zusammenhang Präimplantationsdiagnostik nennt oder nicht. Wenn es nicht mehr um Implantation geht, dann nennt man die genetische Diagnostik möglicherweise genetische Qualitätssicherung, also auch genetische Tests.

Damit meine ich genetische Tests auch im Zusammenhang mit der Forschung an Embryonen und im Zusammenhang mit der Intervention in die Keimbahn. Wenn es darum geht, für so etwas wie die Präimplantationsdiagnostik eine Regelung zu finden, dann stehen dahinter Interessen, legitime Interessen. Aber sie müssen auf den Tisch, wenn die Politik eine adäquate Entscheidung dazu treffen soll, in der alle relevanten Aspekte abgewogen worden sind.

Ich möchte ganz konkret wenigstens auf ein paar der gestellten Fragen eingehen. Wann beginnt das menschliche Leben? Darüber haben sich meines Erachtens schon seit Jahrhunderten Theologen, Philosophen, Naturwissenschaftler und Mediziner die Köpfe eingeschlagen oder auch nicht. Ich glaube, das ist aus der einen wie aus der anderen Wissenschaftsrichtung nicht entscheidbar. Man kann das durch die Geschichte verfolgen: Das sind jeweils kulturell-pragmatische, meinerwegen auch utilitaristische Festlegungen. Das heißt, wir müssen

uns verständigen und irgendwo einen Punkt setzen, der begründet ist. Meine Position wäre, dies bei der Verschmelzung von Ei und Samenzelle zu machen. Ich glaube, das wäre eine Positionierung, die jede willkürliche Festsetzung in früheren oder späteren oder sonstigen Stadien ein Stück weit beenden würde. Aber auch diese Festlegung hat ja ihre Schwächen, wobei ich mir nicht gern sagen lassen würde, dass das eine rein biologische Festlegung sei.

Die Fragen 5 und 6 fasse ich zusammen: Wird sich durch die Gentechnik die Einstellung zu Krankheit und Behinderung in der Gesellschaft verändern? Heute Morgen wurde das abgestritten. Es wurde gesagt, es gebe keine Auswirkungen vorgeburtlicher Eingriffe auf das Leben von behinderten Menschen und auf die gesellschaftliche Position von Menschen mit Behinderungen, die geboren sind. Ich denke, das sind zwei Kontexte, bei denen es durchaus Hinweise darauf gibt – ich sage das vorsichtig –, dass behindertes Leben gefährdet wird. Das eine sind die Zahlen der Pränataldiagnostik. Wenn Sie sich beispielsweise die Entwicklung von 1990 bis 1997 ansehen, dann ist da eine entscheidende, über hundertprozentige Zunahme von pränataldiagnostischen Maßnahmen festzustellen, während sich der Anteil der Beratungen im Vergleich dazu bei gut 40 % bewegt. Dabei kann man diese beiden Maßnahmen, PD und PID, nicht unbedingt absolut vergleichen. Ihre Auswirkungen beziehen sich auf die vorgeburtliche Phase.

Auf die nachgeburtliche Phase bezogen kam es in der juristischen Runde heute Nachmittag ganz kurz einmal vor: Wir haben inzwischen eine Rechtsprechung zum Thema „Behindertes Kind als Schaden“. Eine solche Rechtsprechung setzt natürlich auch rechtspolitische Maßstäbe für das, was nachher möglicherweise in Recht gegossen wird. Wir haben auch Diskussionen im Rahmen der Versicherungen, der gesetzlichen Krankenversicherungen und der privaten Krankenversicherungen darüber, ob und inwieweit pränatal festgestellte Behinderungen möglicherweise ein Ausschlusskriterium seien oder aber zu höheren Prämien führen sollten. Wir haben auch die Diskussion über genetische Tests im Zusammenhang mit der Zugänglichkeit von Arbeitsplätzen. Es ist nicht so, als wären da nicht zumindest gewisse Tendenzen erkennbar. Ich formuliere das vorsichtig.

Wir haben auch das Problem der Zugänglichkeit von behinderten Menschen im Gesundheitswesen. Ich habe gerade vor zwei oder drei Monaten – ich hoffe, das ist ein Einzelfall, aber immerhin – die klipp und klare Aussage gegenüber der Mutter eines jungen Mannes mit Downsyndrom gehört, der auf eine Nierenspende angewiesen ist. Es wurde der Mutter in der Klinik ganz lapidar gesagt: „Sie erwarten doch nicht, dass der auf die Liste der Empfänger für eine neue Niere kommt.“

Wir haben aus meiner Sicht auch eine solche Tendenz bei der europäischen Biomedizinkonvention, wo es Sonderregelungen und Sondereingriffszulässigkeiten für drittnützige Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen gibt. Da gibt es eine Regelung für die Verwendung von so genanntem regenerierbarem Gewebe von einwilligungsunfähigen Menschen, allerdings unter bestimmten Konditionen. Das heißt, es gibt gewisse Entwicklungstendenzen, von denen ich glaube, dass wir sie sehr genau beobachten müssen. Es wird gerne gesagt: Ihr habt keine empirischen Belege dafür. Wie viele sind es denn? Die Drohung mit dem empirischen Nachweis als Totschlagsargument ist eine Verkürzung. Wir haben aber keine empirischen Belege dafür, dass die embryonale Stammzellenforschung das Heil bringt, das wir uns vielleicht davon erhoffen. Das heißt, das bewegt sich genauso gut im spekulativen Bereich von Hoffnungen und Befürchtungen wie meine Befürchtungen und die anderer hinsichtlich der Diskriminierung oder der Selektionsgefahr für behindertes Leben.

Zur Frage 3: Welche ethischen und moralischen Werte setzen der Genforschung und der Gentechnik Grenzen? Wenn ich mich positioniere, gibt es eine Grenze, dass das Leben Dritter für mich als Forscherde, als Wissenschaftlerin nicht verfügbar wäre. Ich halte es für höchst zweifelhaft, dass man für Menschen, die nicht selbst Ja oder Nein zu ihrer Einbeziehung in die Forschung und dergleichen sagen können, Sonderregelungen trifft. Ich glaube, wenn wir wollen, dass der Mensch oder die Menschheit oder Menschenmaterial verfügbar wird, dann müssen wir solche Regelungen auch für uns alle treffen. Dann müssen wir alle uns notfalls zur Verfügung stellen, wenn es denn darum ginge, dass unser Leben oder Teile unseres Daseins für bestimmte höherrangige Ziele sinnvoll eingesetzt werden könnten.

Für mich geht es um Abwägungen. Es geht um eine Abwägung des Lebensrechts. Es geht um die Abwägung und andere Schutzrechte. Daneben steht die Selbstverwirklichung bzw. die freie Entfaltung der Persönlichkeit der Mutter, der Paare, der Familie. Dabei steht auch die Freiheit von Forschung und Wissenschaft in Rede. In Rede steht auch die freie Berufsausübung, beispielsweise der Mediziner, und wir haben das nachhaltige, berechnigte gesellschaftliche Interesse, Heilung zu bekommen. Die Ethik des Heilens ist das neue Stichwort, das zurzeit die Runde macht.

Bezogen auf die politische Entscheidung, die ansteht, ist mein Votum, dass Politik sich positionieren muss. Es ist eigentlich überfällig, dass die Politik Rahmensetzungen vornimmt. Ich glaube nicht an die absolute Griffbarkeit des Rechts, aber ich glaube, dass die Bundespolitik eine Rahmensetzung machen muss, innerhalb derer dann die einzelnen Fragestellungen ausgehandelt werden müssen. Und ich glaube, dass das sehr bald passieren muss und nicht in Abhängigkeit von wahltaktischen Überlegungen. Ich glaube, die Wissenschaft hat auch ein Recht darauf, dass die Politik sich relativ bald positioniert.

Letzte Bemerkung: öffentliche Diskussion, Einbeziehung der Öffentlichkeit. Ich glaube, dass es bei derartigen Diskussionen, wie wir sie jetzt hier führen, nicht nur darum geht, öffentliche Akzeptanz zu bekommen. Ich halte es für notwendig, auch die Bevölkerung in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, und zwar mit anderen neuen Verfahren neben den parlamentarischen Entscheidungsverfahren. Da wünsche ich mir beispielsweise auch eine stärkere Beteiligung von Menschen mit Behinderungen oder von Gruppierungen, die Menschen mit Behinderungen vertreten können, sowie, auch von Frauen. Ich habe bemerkt, dass wir heute in jedem dieser Foren eine einzige Alibifrau hatten. Ich hätte mir eine größere Beteiligung von Frauen gewünscht. – Danke.

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Vielen Dank, Frau Professor Neuer-Miebach. Wir haben gesehen, dass es auch in der Ethik mindestens so breit zu geht wie beim Recht.

Herr Dr. Sahm, alle Beteiligten haben bisher sehr aus ihrer Warte geurteilt. Sie haben eine doppelte Warte. Sind auf der einen Seite praktizierender Arzt, und auf der anderen Seite sind Sie auch publizistisch tätig. Ich bitte Sie, ein bisschen auch zusammenzufassen, was wir bisher geboten haben.

Herr **Dr. Stephan Sahm**: Das ist eine Rolle, die mir jetzt natürlich zukommt: zusammenzufassen. Ich werde nicht umhin kommen, aus einer Perspektive zusammenzufassen, von der ich meine, dass man sich mit ihr der Sache nähern könnte. Diese Chance will ich nicht verstreichen lassen.

Es wurde zu Recht darauf hingewiesen, dass in einer ethischen Diskussion – Sie könnten ja meinen, als praktischer Mediziner säße ich hier auf dem falschen Podium, ich hätte heute Morgen hierhin gehört. Es wurde aber zu Recht darauf hingewiesen, dass man absolute Handlungsverbote nicht von vornherein ausschließen darf, denn das wäre dann ein Denkverbot. Wenn wir dies von vornherein tun, wie es gelegentlich auch heute in manchen Podien anklang, dann schränken wir den ethischen Diskurs von vornherein ein. Denn Ethik ist ja eine Unbedingtheitsverpflichtung.

Ich kann Ihnen erzählen, dass wir in der Medizin von Grenzen umgeben sind, und zwar nicht nur von Grenzen der Naturwissenschaft, sondern auch von ethischen und moralischen Grenzen und auch absoluten Grenzen, etwa der Grenze der Achtung der Autonomie. Die meisten von Ihnen – es sind viele Juristen da – wissen, dass wir einen Patienten erst behandeln und an ihm etwas diagnostizieren dürfen, nachdem er eingewilligt hat. Das ist eine absolute Schranke, die wir nicht übertreten dürfen. Ich behandle derzeit einen Menschen, der an einer schweren Tumorkrankheit leidet, den wir bei einer Verbesserung der Lebensqualität lebensverlängernd behandeln können. Der Patient lehnt aber ab, und er hat das letzte Wort. Darüber sind wir uns alle einig.

Ich will mich hier außerdem als Freund der Gentechnik outen. Ich bin als Arzt natürlich ständig damit umgeben. Aber Gentechnik ist das eine, Verbrauch von Embryonen ist etwas anderes. Ich will Ihnen ein Beispiel geben: Wir sind in der Medizin gewohnt, mit klinischen Mitteln, mit Ultraschall und anderen Maßnahmen Krankheiten zu diagnostizieren,

von denen wir wissen, dass die Krankheit am Ende erblich ist. Das betrifft etwa die Eisenspeicherkrankheit Hämochromatose, die sehr häufig ist. Auch früher mussten wir die Menschen beraten, was das bedeutet. Dies gilt auch für sehr schwere Krankheiten, die lebensbedrohlicher sind als die eben Genannte.

Nun erlaubt uns die Gendiagnostik in vielen Fällen statt einer Entnahme von Lebergewebe und anderen aufwendigen Prozessen, das mit einer einfachen Blutentnahme zu machen. Wir haben heute Morgen etwas vom Gen-Chip gehört. Ich sehe keinen ethischen Hinderungsgrund dagegen, dies einzuführen. Ob Sie Ihr hohes Cholesterin kennen oder das Gen für das hohe Cholesterin, macht nur einen statistischen Unterschied der Aussage aus. Das Gen für das hohe Cholesterin bedeutet weniger als das hohe Cholesterin. Daraus folgert, dass es für die Medizin keine grundlegenden Neuigkeit ist, dass wir einen Umgang damit pflegen, dass es aber wohl Gründe gibt, rechtliche Regelungen zu treffen. Das lasse ich jetzt aus. Frau Neuer-Miebach hat auf die gesellschaftlichen Folgen mancher Entwicklungen hingewiesen. Wir haben das heute gehört. Ich möchte das jetzt nicht wiederholen. Es gibt sehr wohl Grenzen, die wir hier setzen müssen. Ich glaube, dass es einen sehr hohen rechtlichen Regelungsbedarf gibt, auch im Zusammenhang mit dem Versicherungswesen und in anderen Zusammenhängen.

Das ist aber für die Medizin nichts Neues. Es wurde bisher einfach deshalb geregelt, weil es in der Dimension nicht diese große Rolle gespielt hat. Gleiches gilt für die Gentherapie. Jeder, der eine Tablette Kortison nimmt, unterzieht sich einer Gentherapie, denn diese Tablette wirkt am Genom. Sie wirkt nur nicht so lange am Genom, wie eine Gentherapie am Genom wirken soll. Das hat etwas mit der langfristigen Auswirkung zu tun. Das gilt für das einzelne Individuum bei der somatischen Therapie. Aber wir sind es als Ärzte auch gewohnt, mit langfristigen Auswirkungen für das einzelne Individuum zu rechnen. Denken Sie dabei nur an Organentfernungen auf operativem Weg. Auch dies ist keine grundsätzlich neue Dimension der Medizin.

Erlauben Sie mir den Schwenk: Das gilt mit Einschränkungen – obwohl wir gute Gründe haben, dies zurückzuhalten – sogar für die Keimbahntherapie. Wenn Sie an eine Krankheit wie die Thalassämie denke, die im Mittelmeerraum sehr weit verbreitet ist, wüssten Sie: Wenn

sie durch eine Keimbahntherapie heilbar wäre, wäre dies ethisch zu rechtfertigen. Auch Theologen haben dies schon zugestanden. Ich denke da an Herrn Berger aus Heidelberg.

Es gibt Gründe, dies aus Sicherheitserwägungen zu unterlassen, weil wir das nicht abschätzen können. Das ist aber kein grundsätzliches ethisches Argument, sondern es ist das Argument des informal consensus des Babys: Diesen informal consensus überschreiten wir auch, wenn wir eine Notfalloperation an einem Säugling vornehmen. Auch dies sind – darauf will ich hinweisen – keine grundsätzlich neuen Dimensionen der Medizin. Allerdings bedürfen sie wegen ihrer langfristigen Auswirkungen besonderer rechtlicher Regelungen.

Etwas anderes ist es, wenn wir es mit Stammzellen zu tun haben. Bei den Stammzellen handelt es sich um Zellen, von denen wir ja gehört haben, was das biologisch bedeutet. Auch die Mehrzahl der Befürworter, zumindest hierzulande – darauf will ich Sie aufmerksam machen –, plädiert für Beschränkungen. Das sollte Sie stutzig machen, denn die Beschränkungen, die der Stammzellenforschung auferlegt werden, sollten uns stutzig machen. Es sind Beschränkungen auf bestimmte Zellen oder aus bestimmten Quellen. Wenn es ethisch gerechtfertigt wäre, mit Embryonen zu forschen – nicht zu therapeutischen Zwecken für den einzelnen Embryo –, dann ist es auch ethisch zwingend, sie dafür herzustellen, falls denn ein Mangel entstehen sollte. Wir sollten die taktische Dimension der Diskussion da nicht unterschätzen.

Ich denke da an die Wissenschaftler aus Bonn, mit denen wir diskutiert haben und die darauf hinweisen: Wir wollen ja nur an ganz wenigen Zellen etwas machen, damit wir es später überflüssig machen. Wenn dies gerechtfertigt ist, dann könnten wir sogar gezwungen sein, sie herzustellen. Dann ist die DFG, die meiner Ansicht nach da falsch liegt, zumindest nur konsequent, wenn sie dies einfordert. Wir sollten uns davon aber nicht blenden lassen.

Wir kommen nicht umhin, die Unfrage nach dem moralischen Status des Embryos zu stellen, auch wenn sie schwer zu beantworten ist. Aber sie als Unfrage zu bezeichnen, bezeichnet ein Denkverbot. Dagegen wehre ich mich. Deswegen versuche ich, einige Aspekte dazu zu sagen.

Wert und Würde hängen irgendwie zusammen. Aber Würde ist die Ursache für Wert, sonst gäbe es nämlich gar keinen Wert. Das heißt, Würde ist eine Chiffre für etwas, was eine Selbstzwecklichkeit beansprucht, ein Zweck aus sich heraus. Wir könnten uns nun mit den Bischöfen darüber unterhalten, wer die Copyright-Idee dafür hat, ob diese nicht vom Christentum her stammt. Ich würde ihnen wohl zustimmen, aber mich interessiert heute nicht das Copyright, sondern das, was wir damit anfangen wollen. Die Chiffre nennen wir Menschenwürde. Das heißt, dass die Selbstzwecklichkeit anerkannt wird.

Wenn wir die Selbstzwecklichkeit aus dieser Stelle der Diskussion heraus haben wollen, lassen Sie mich auf den Nebenaspekt hinweisen. Wenn wir sie an dieser Stelle nicht wollen, weil sie uns unangenehm ist, dann radizieren wir sie. Entschuldigen Sie diesen Begriff. Wir greifen das dann an anderer Stelle auf; denn die Menschenwürde ist der Grund allen Heils. Wir heilen ja nicht aus kommerziellen Interessen – zumindest sollten wir das nicht tun –, sondern wegen des Selbstzwecklichkeitsanspruchs des Gegenübers. Was kümmern uns die 200 Paare, wenn sie nicht eine Selbstzwecklichkeit an sich haben? Deren Würde macht es notwendig, über deren Anspruch nachzudenken. Wir sollten die Diskussion nicht an einer Stelle vertiefen und an der anderen notwendig machen.

Würde kann nicht definiert werden. Dies ist eine Tatsache, die die Philosophie der Aufklärung festgestellt hat. Würde ist die Ursache von Wert. Wir können uns ihr natürlich nähern, indem wir sagen, dass sie die Ursache ist und die Selbstzwecklichkeit bezeichnet, oder in der Sprache von Herrn Habermas: Würde ist die Chiffre dafür, dass jemand am Diskurs teilnehmen darf. Zur Voraussetzung dieses Diskurses gehört es, dass wir nicht darüber diskutieren, wer mitreden darf. Wenn wir diesen Diskurs darüber, wer mitreden darf, anfangen, dann sind wir auf einem falschen Pferd. Habermas selbst – er ist vom juristischen Podium falsch interpretiert worden – beansprucht für den Embryo ein fiktives Mitsprache- und diskursives Recht.

Nun können wir fragen: Wenn das mit der Würde so ist, dann müssen wir sie ja doch einem bestimmten Zeitpunkt zuschreiben und sagen, wann sie denn beginnt. „Jetzt drückt er sich um den Punkt.“ – Nein, ich drücke mich nicht darum. Es gibt einen Punkt, der von allem

Embryologen als der Moment der Individuation anerkannt wird. Frau Neuer-Miebach hat ihn genannt: den Zeitpunkt der Kernverschmelzung. Jetzt gibt es eine Nobelpreisträgerin aus Deutschland, die geschrieben hat: „Aber was nützt uns das Genom, wenn es in der Gebärmutter nicht eingeschaltet wird?“ Gestatten Sie mir, das süffisant zu sagen. Meine Frau ist Juristin, deswegen darf ich das tun. Die Juristen haben das nämlich auf dem vorangegangenen Podium so betont. Ich verstehe, warum das einem Juristen einleuchtet. Ich will Ihnen aber sagen, warum ich das für falsch halte. Denn der Mensch ist ein extremer Nesthocker. Von Anfang an, von der Kernverschmelzung an bis zum Ende hängt er von Umweltfaktoren ab: von sozialen Faktoren und molekularbiologischen Faktoren. Es gibt keinen Grund, einen bestimmten Umweltfaktor zu einem Absoluten zu erheben. In dem berühmten Artikel von Frau Nüsslein-Volhard hat sie es verfehlt, den Grund zu benennen, warum die Nidation der entscheidende Umwelteinfluss sein soll.

Die Menschen, die meinen, die Menschenwürde aufgrund eines bestimmten Kriteriums irgendeiner Spezies Mensch zuschreiben bzw. weniger scharf zuschreiben zu können, bekennen damit ihre Abkehr von der Idee der Menschenrechte. Denn Menschenrechte kommen allen zu, und zwar voraussetzungslos. Das ist, in die säkulare Sprache übersetzt, das, was man Gottesebenbildlichkeit nennen kann. Diese Sprache ist uns heute vielleicht lieber, weil wir uns ja peinlich berührt zeigen, wenn wir uns zu religiösen Motiven bekennen. Aber das ist derselbe Sinn, der dahinter steckt. Wir sollten vorsichtig mit der Frage sein, ob wir diese Idee aufzugeben bereit sind.

Es gibt kein Recht auf Heilung. Aber Abwehrrechte – das wissen die Juristen – sind immer mehr Anspruchsrechte. Es gibt ein Recht auf medizinische Behandlung. Aber das Abwehrrecht des Lebensrechts ist sehr hoch angesiedelt und nur im Falle des Lebens gegen Leben aufzurechnen. Diese Konfliktsituation liegt nicht vor, sodass man schließen kann, dass die embryonale Stammzellenforschung, das heißt, die Forschung mit dem Verbrauch embryonaler Stammzellen, ethisch verwerflich ist.

Noch ein Wort zur PID, zur Präimplantationsdiagnostik. Wir haben ja heute schon sehr viel davon gehört. Es ist eine der Grundregeln der Ethik, dass wir eine präventive Ethik betreiben sollen. Das heißt, wir

müssen Konflikte vermeiden. Das Wunderbare an der Präimplantationsdiagnostik ist, dass man sie vermeiden kann, indem man die Zeugung im Reagenzglas unterlässt.

Dies ist einer der wesentlichen Punkte, wo es sich von der eingetretenen Schwangerschaft unterscheidet. Ich bin nicht hier, um die Schwangerschaftsregelungen des § 218 hier zu rechtfertigen. Aber das ist ein grundlegender Unterschied.

Ich komme zum letzten Punkt. Es gibt natürlich sehr wohl Alternativen. Wenn Sie die wissenschaftlichen Zeitschriften des letzten Dreivierteljahres durchsehen, dann nehmen die Studien zur Forschung an alternativen Quellen, nämlich an adulten Stammzellen, massiv zu. Wir haben noch gar nicht angefangen, diese Forschungsfeld zu fördern. Es gehört auch zu den Regeln, dass man alternative Wege, die ethische Konflikte vermeiden, zunächst betreten muss. Lassen Sie mich sagen: Ich habe ja ständig mit solchen diagnostischen und wahrscheinlich bald auch therapeutischen Methoden Umgang. Ich glaube, dass wir sehr optimistisch sein können, dass die Gentechnologie auch in unserem Land zu einem Segen wird. Aber wir haben allen Grund, das ohne Verbrauch embryonaler Stammzellen und ohne Einführung der Präimplantationsdiagnostik zu tun.

Lassen Sie mich frei mit Wilhelm Busch schließen:

Das Gute, dieser Satz steht fest,
ist auch das viele, was man lässt.

Danke schön.

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Recht herzlichen Dank, Herr Dr. Sahm.

Ich glaube, es gibt jetzt Anlass zu vielen Fragen. Bitte schön, Frau Wagner.

Ministerin **Ruth Wagner**: Ich will im Voraus sagen: Es tut mir leid, dass ich um halb sechs Uhr gehen muss. Das sollte eigentlich dazu führen, mich nicht zu melden. Aber ich fühle mich so provoziert, dass ich das tun muss. Sie wissen, ich eröffne die Ausstellung der Gauck-Behörde in unserem Haus. Ich muss um halb sechs Uhr gehen.

Ich kann es nicht hinnehmen, dass ich als Christin, wenn ich mich dafür ausspreche, die adulte und unter bestimmten Konditionen möglicherweise auch eine embryonale Stammzellenforschung zu ermöglichen, und die PID befürworte, als ethisch verwerflich dastehe.

Ich will Ihnen einen einzigen Menschen entgegenhalten, den Sie mit Sicherheit als Christen erkennen werden, nämlich den Kölner Moralthologen Franz Böckle, der sich 1985 als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft, die das Embryonenschutzgesetz vorbereitet hat, mit genau diesen Fragen auch schon auseinander gesetzt hat. Das hat dieses Haus auch getan. Ich habe ihn damals, 1986, zitiert. Er hat als seine Entscheidung für sich gesagt und als Rat an die Wissenschaft gegeben: Doing by risk step by step. Das heißt, er hat – wie viele, die unter ganz bestimmten Bedingungen bereit sind, heute zu sagen, wie Genforschung weiter betrieben werden soll; ich sage das im ganz allgemeinen Sinn – gesagt: Man muss Forschung unter bestimmten Bedingungen zulassen, und sie muss die grundsätzliche Revisionsmöglichkeit in sich enthalten.

Das ist der Punkt. Ich muss verantwortlich mit bestimmten Restriktionen, Richtlinien, meinetwegen gesetzlichen Vorgaben Ethikkommissionen sagen: Was kann ich im jeweiligen Schritt verantworten und was nicht? Wenn wir das nicht tun – ich glaube, das ist dringend nötig –, dann wird es bestimmte Möglichkeiten der Forschung und der Wissenschaft in Deutschland nicht mehr geben. Das halte ich für nicht akzeptabel, denn wenn wir uns nicht einschalten, sondern zu Verboten kommen – das ist jetzt auch sehr allgemein, denn das will ja niemand in dieser allgemeinen, fundamentalistischen Art und Weise –, wenn wir uns nicht auf diesem Weg des kontrollierten, prüfenden Forschens in voller Verantwortung von Medizinern bewegen, wie wir es heute Morgen in der ersten Runde gesehen haben, die selbst natürlich auch ethisch denkende und moralisch abwägende Menschen sind, dann werden wir nicht verhindern, dass rein kommerzielle Unternehmen rund um die Welt Dinge betreiben, die niemand in diesem Saal will.

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Vielen Dank. – Herr Bischof Kamphaus wird darauf gleich antworten.

Bischof Prof. **Dr. Franz Kamphaus**: Ich will nicht sachlich antworten, sondern nur falsche Eindrücke vermeiden. Es geht um Franz Böckle. Er war Moraltheologe in Bonn. Von Haus aus war er ein Schweizer. Ich habe ihn gut gekannt. Er war katholischer Theologe. Er ist seit zehn Jahren tot. Er hat also die rasante Entwicklung in all diesen Fragen nicht mitgemacht. Deswegen – damit er sich nicht im Grab umdreht – will ich nur verhindern, dass er für eine Sache in Anspruch genommen wird, für die er sich vielleicht nicht in Anspruch nehmen lässt. Dabei will ich das mit dem riskanten step by step nicht infrage stellen. Das ist ja ein Grundsatz, der sich nicht nur auf diese Fragen hier bezieht. Ich will nur verhindern, dass sich mit Franz Böckle Falsches einschleicht.

Ministerin **Ruth Wagner**: Darf ich eine Bemerkung machen, Herr Bischof Kamphaus? Dann frage ich jetzt, wenn Sie so wollen, scharf zurück. Wenn ich der Einlassung von Herrn Hein folge, wonach die Schlange als das Symbol des Bösen dargestellt wird: Ist die Verhinderung der Nidation über eine Schwangerschaftsvorbeugung und die Pille schon verwerflich?

Bischof **Martin Hein**: Ich würde zunächst einmal, Frau Ministerin, sagen: In meiner Ausführung habe ich nicht gesagt, dass Befürworter von Präimplantationsdiagnostik ethisch verwerflich handelten, sondern ich habe nur Argumente vorzubringen versucht, um die Bedenklichkeit eines solchen Verfahrens deutlich zu machen. Ich stehe hier nicht an, um Ketzerhüte zu verteilen, sondern meine Aufgabe ist es, Argumente in einen Diskussionsprozess einzubringen, von denen ich persönlich überzeugt bin und für deren Überzeugungskraft ich an dieser Stelle gern werben möchte.

Ich argumentiere aber nicht – auch wenn ich mich sozusagen auf eine höhere Warte beziehe – von einer höheren Warte her, sondern in einem säkularen Kontext, wie es hier auch unser Symposium darstellt, vertraue

ich gewissermaßen auf die Überzeugungskraft meiner Argumente. Wer also eine andere Meinung vertritt, der handelt aus meiner Sicht ethisch befragbar, aber nicht im Sinne der ethischen Verwerflichkeit. Es geht darum, ethische Entscheidungsfähigkeit zu ermöglichen. Da, meine ich, hat der christliche Glaube durchaus auch etwas beizutragen.

Wenn Sie mich jetzt konkret fragen, erlauben Sie mir noch einen Satz, bevor ich endgültig antworte: Ich bin mit dem gegenwärtigen Embryonenschutzgesetz sehr zufrieden. Es geht ja in der Debatte gegenwärtig genau darum, ob dieses seit langem bewährte und im Bereich unserer Forschung durchaus auch approbierte Gesetz aufgeweicht werden soll. Mein Plädoyer geht dahin: Belassen Sie es bei dem gegenwärtigen Status des Embryonenschutzgesetzes.

Bei den anderen Fragen würde ich sagen: Das ist im Grunde auch nicht ethisch verwerflich. Die Frage der Spirale hat sich in der Diskussion tatsächlich kurzzeitig einmal als ein Problem dargestellt. Ich bin der Meinung, es lässt sich im Grunde nur in dem Moment von menschlichem Leben im Sinne der Definition sprechen, wie wir sie von der Juristenrunde gehört haben, in dem die Nidation erfolgt ist. Insofern würde ich etwa die Nutzung einer Spirale als Empfängnisverhütung nicht als ethisch bedenklich darstellen wollen.

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Ich möchte jetzt nicht in eine Debatte von Einzelnen kommen. Deswegen gebe ich zunächst einmal Herrn Jung das Wort.

Abg. **Dr. Franz Josef Jung**: Ich habe eine Frage an Herrn Bischof Kamphaus. Sie setzen sich ja auf allen Ebenen, würde ich fast sagen, für das Leben ein, und Sie gehen sogar so weit, in Konflikt mit Ihrer Kirche zu kommen, wenn es um die Beratung zum Leben geht. Deshalb komme ich jetzt zu einem Punkt, der mich in Zusammenhang mit der Frage embryonaler Stammzellenforschung unglaublich beschäftigt. Natürlich nehmen wir immer eine Abwägung vor. Wir nehmen ja die Abwägung Leben gegen Leben vor, wenn wir über medizinische Indikation sprechen.

Ich unterstelle jetzt, Stammzellenforschung und ihre adulte Priorität usw. ist jetzt nicht mein Thema. Ich will das bloß auf meine Frage zuspitzen. Ich frage mich, ob es dann nicht verantwortbar ist, wenn ich die Chance der Forschung zum Leben habe, im Grunde genommen in dieser Abwägung gegenüber „überzähligen“ Zellen – Sie nennen es so; andere sagen, es seien todgeweihte Zellen. Die Adoption, lieber Bischof Hein, ist da für mich nicht die Alternative. Sie wäre für mich viel mehr gegeben, wenn wir über die Abtreibungsfrage redeten. Aber so weit sind wir da auch nicht.

Dabei muss ich auch sagen: In dieser Frage sind mir auch die Unterschiedlichkeiten der Positionen von der Abweichung zu diesen Positionen nicht stringent genug. Das heißt, hier werden von Betroffenen oft nicht die gleichen Maßstäbe angelegt. Deshalb noch einmal konkret zugespitzt, Bischof Kamphaus: Wenn sich wirklich konkret die Frage embryonaler Stammzellenforschung in der Abwägung der Chance zum Leben gegenüber todgeweihten – ich benutze jetzt dieses Wort – Zellen stellen würde, muss ich mich nicht dann für das Leben entscheiden?

Bischof Prof. **Dr. Franz Kamphaus**: Ich denke, in meinem Sinn hat Herr Dr. Sahm die Antwort eben schon gegeben. Dem schließe ich mich ausdrücklich an. Ich halte diese Alternative auch für konstruiert. Ich weiß nicht, ob sie sich – da müssen Eingeweihte besser urteilen – faktisch so stellt. Die Frage, die hier offenkundig heute Morgen auch schon diskutiert worden ist, wie es mit dem Dammbbruch, mit der Öffnung der Schleuse etc. aussieht, ist in diesem Zusammenhang auch zu stellen.

Ich hätte eine andere Frage, aber ich weiß nicht, ob das jetzt noch weiter diskutiert wird. Mich interessiert, wie wir weiterkommen. Ich bin eben auf die Beratung angesprochen worden. Mich interessiert, wie wir in all diesen Konfliktfällen weiterkommen, die jetzt durch das, was wir heute Nachmittag diskutieren – die neuen Möglichkeiten, die die Gentechnik, global gesagt, mit sich bringt –, entstehen. Die neuen Situationen und neuen Konflikte, die dadurch entstehen, lassen mich fragen, wie wir darauf Beraterisch reagieren. Das ist weder bei uns in der Kirche noch sonst überhaupt, wie ich das sehe, entsprechend diskutiert und vorangebracht. Es ist verschiedentlich postuliert worden. Ich wünschte mir, dass die Politik das aufgreifen würde, damit wir in

dieser Sache weiterkommen, dass gerade in den kritischen Fällen bei positiven Befunden usw. eine Regelung gefunden wird. Dass es mit der Spätabtreibung und der medizinischen Indikation so nicht weitergehen kann, ist oft genug gesagt worden.

Was tun wir und was tut die Politik, um da weiterzukommen, und auch der Beratung und der verpflichtenden Beratung, wie in anderen Fällen, gesetzliche Kraft zu geben?

Abg. **Axel Wintermeyer**: Ich kann darauf jetzt keine Antwort geben. Das würde auch zu weit führen. Ich denke aber, dass die Politik, Herr Bischof Kamphaus, sich schon sehr über diese Fragestellung im Klaren ist und dass da auch Antworten gefunden werden müssen.

Ich möchte eine konkrete Frage an Herrn Dr. Sahn stellen. Ich bin für mich persönlich in meiner Entscheidung auch immer im Abwägungsprozess zwischen dem konkreten menschlichen Leben – es ist, glaube ich, heute auch durch alle Podien klar und durchgängig gewesen, dass man die befruchtete Eizelle zumindest auch als menschliches Leben bezeichnen darf – und dieser abstrakten Heilungschance, die immer mit dem Thema der embryonalen Stammzellen hochgefahren wird. Mit dieser Abwägung habe ich unheimliche Schwierigkeiten, und zwar deswegen, weil ich mich, wenn ich konkretes Leben gegen konkrete Lebenshilfe abwägen müsste, möglicherweise sogar für die Lebenshilfe entscheiden würde. Aber das, was mit den embryonalen Stammzellen geschieht, ist für mich immer noch zu abstrakt.

Auf der anderen Seite wird sehr stark öffentlich darüber diskutiert. Ich glaube, in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“, Herr Dr. Hefty, stand, dazu gebe es momentan in der Öffentlichkeit eine selektive Wahrnehmung. Das Potenzial adulter Stammzellen wird meines Erachtens viel zu wenig genutzt und in der aktuellen Diskussion auch viel zu wenig gesehen. Ich habe vorhin auch im ersten Podium die Frage gestellt – da hatten wir ja leider nur eine Viertelstunde Zeit; das ist mir nicht richtig beantwortet worden, wie ich diese Frage bisher überhaupt nicht richtig beantwortet bekommen habe –, wo bei der embryonalen Stammstellenforschung das angeblich so Heilsbringende liegt.

Ich möchte jetzt nicht die Beispiele bringen. Sie sind ja vorhin auch zugegen gewesen; Sie kennen sie. Mich würde einmal interessieren, wo der eigentliche Zweck und auch der moralische Zweck der Forschung ist, unbedingt mit embryonalen Stammzellen arbeiten zu müssen, der uns in diese Schwierigkeit hineinbringt, eine Entscheidung zu treffen und das Embryonenschutz zu ändern. Darüber reden wir ja. Wir reden ja nicht darüber, dass wir etwas verbieten wollen, sondern wir sollen es erlauben. Das ist auch für mich als Politiker ein relativ großer Unterschied.

Herr Dr. Stephan Sahn: Zwanzig Sekunden vorneweg: Wenn man eine Handlung als verwerflich erachtet, dann erachtet man nicht prinzipiell den, der so handelt, als verwerflich. Es geht ja um die Richtigkeit der Handlung, die zur Debatte steht. Da muss es erlaubt sein, bei der Richtigkeit zu einem anderen Schluss zu kommen. Wir sollten uns gegenseitig unterstellen, dass wir das in der vollen Verantwortung der Auswirkung für die Betroffenen und für die Gesellschaft machen und auch für alle anderen Aspekte. Denn wo kämen wir hin, wenn wir unterstellen müssten, einer hätte dabei böse Motive?

Zu der Frage nach dem Abwägen: Im sonstigen Rechtsleben gilt einfach: Abwehrrechte gehen vor Anspruchsrechten. Der Embryo hat natürlich zunächst den Anspruch, dass er sich zum erwachsenen Menschen entwickeln kann und nicht einfach ohne eine Beachtung seiner Selbstzwecklichkeit einfach für Forschung verbraucht werden darf.

Jetzt werden Sie sagen: Aber es gibt so viele kranke Menschen. Da erwischen Sie in mir den Richtigen. Ich sehe sie jeden Tag, und ich kann Ihnen tausend Beispiele geben, Bei denen die Gesellschaft zu anderen Ergebnissen kommt, bei denen sie so kranken Menschen irgendwie helfen könnte. Wenn wir uns auf diese Rhetorik des Mitleids verlassen, dann müssen wir zu ganz anderen Ergebnissen kommen. Dann müssen wir nämlich sagen: Wir schließen eine Reihe der Forschungslaboratorien und schaffen dafür – Herr Richter ist Gastroenterologe wie ich – endoskopische Einrichtungen an. Denn wir könnten jedes Jahr 30.000 Todesfälle durch Dickdarmkrebs

verhindern – dafür brauchen wir keine Forschung mehr –, wenn wir die jetzt zur Verfügung stehenden Methoden nur einsetzen. Ich könnte Ihnen aus dem Bereich der Medizin eine Fülle dieser Beispiele geben.

Wenn wir das unter einer globalen Perspektive beachten, dann sollten wir den Wissenschaftsetat herunterschrauben und Impfkationen im Ausland durchführen. Ich will das nicht zynisch sagen. Natürlich müssen wir hier forschen. Ich will nur sagen: In dieser Abwägung stehen wir immer. Wir sollten nicht so tun, als ob sie uns einzig und allein bei der Frage embryonaler Stammzellen begegnet.

Genauso, wie wir diese Abwägung in anderen Fällen zugunsten anderer Zwecke und Ziele entscheiden, können wir auch das Ziel zu Heilen zugunsten des Lebensrechts von Embryos zurückstellen.

Herr Prof. **Dr. Gerd Richter**: Ich würde gern kurz konkret auf Ihre Frage antworten. Es gibt Untersuchungen, bei denen aus adulten Mäusestammzellen, aus Knochenmarkstammzellen in der Tat Leberzellen und Muskelzellen gewonnen wurden. Die Frage bei der adulten Stammzellenforschung ist: Wie reprogrammiere ich diese Stammzellen, sodass sie das genetische Programm der ersten Phase wieder erreichen? Das ist unendlich schwierig, und das wissen wir nur in grauen Schimmern. Ich denke, die Möglichkeiten der adulten Stammzellenforschung sind sehr groß. Aber da muss ich wissen, mit was ich umgehe. Wenn ich wissen will, wie die Reprogrammierung funktioniert, kann ich meines Erachtens naturwissenschaftlich nicht davon absehen, wie die Programmierung geht. Das bedeutet, dass ich eventuell auch für den Einsatz und die Fortentwicklung adulter Stammzellentherapien das Wissen aus der embryonalen Stammzellenforschung benötige. Das habe ich vorhin ganz kurz gesagt. Ich habe auch gesagt, warum ich das bei überzähligen Embryonen für ethisch vertretbar halte. Vielleicht gibt es Punkte, bei denen praktisch in einem Moratorium solche Forschung erlaubt wird, um in einem anderen Gebiet Fortschritte zu machen.

Ich möchte nur auf eines hinweisen, was in diesem Zusammenhang auch zu sagen ist: Das therapeutische Klonen hört sich super an, hat aber medizinisch eine Reihe von Problemen, die wir noch gar nicht erkennen und erst in Schattierungen wahrnehmen. Das betrifft zum

Beispiel die Immunologie. Ich denke, dass da auch noch eine ganz andere Dimension hereinkommt: die Ausbeutung von Frauen. Wo bekommen wir denn die Eizellen her, die wir dafür bräuchten? Wir bräuchten Unmengen. Da, denke ich, wäre zum Beispiel die adulte Stammzellenforschung eine Möglichkeit, mit der ich wirklich Ziele erreichen kann, die mir heute theoretisch vorschweben. Dabei muss ich nicht das therapeutische Klonen nutzen, wohl aber wissen, wie die Programmierung in embryonalen Zellen funktioniert. Das heißt, ich kann bei der adulten Stammzellenforschung nicht auf embryonale Stammzellenforschung verzichten.

Abg. **Frank-Peter Kaufmann:** Herr Sahm, Sie hatten in Ihrem Beitrag am Ende als ethische Kategorie – so habe ich das verstanden – auch die Prävention erwähnt. Sie sagten das so nach dem Motto: Wenn in vitro erst einmal gar nichts drin ist, dann muss man hinterher auch nicht die Fragen beantworten, was man damit macht. Und nachdem Herr Bischof Hein jetzt gesagt hat, er sei mit dem gültigen Gesetz einverstanden, will ich die Frage doch noch einmal zurückgeben: Wäre es nicht auch Bestandteil der ethischen Diskussion, sich die Frage zu stellen, ob man möglicherweise mit dem Schritt, die In-vitro-Fertilisation zu erlauben und zu akzeptieren, einen Schritt zu weit gegangen ist, weil man dann auf eine Reihe von Fragen zukommt, mit deren Beantwortung man sich ungeheuer schwer tut? Deswegen sind wir ja hier zusammen. Ich sage das deshalb nicht zuletzt als GRÜNER, weil wir mit dem Thema Atompolitik, zumindest aus unserer Sicht, genau das sehen und jetzt mühsam versuchen, das wieder zurückzubringen. Das Thema Atompolitik spielte ja in einem Forum heute auch schon einmal eine Rolle. Bei der schnellen Antwort, man könne es auch zurückdrehen, wird in diesem Beispiel übersehen, dass es Zehntausende von Jahren dauert, bis das wirklich endgültig beseitigt ist. Das sind Lasten für künftige Generationen. Wir ahnen ja gar nicht, inwieweit man in dem Bereich der Genforschung, wenn sie dann weitergeht, überhaupt etwas zurückdrehen kann. Auf jeden Fall geht das auch nicht in kürzeren Zeiten.

Ich frage also zurück: Wäre es nicht unter ethischen Gesichtspunkten eine ernsthafte Diskussion, zu sagen, man müsste auch einen Schritt zurück und die In-vitro-Fertilisation als Quelle vieler ungelöster Fragen

eher wieder beseitigen denn weiter fördern? Diese Frage würde ich nicht nur an Sie richten, sondern auch noch einmal an die beiden Kirchenvertreter, die beiden Bischöfe.

Herr **Dr. Stephan Sahm**: Das ist grundsätzlich nicht vergleichbar, weil die In-vitro-Fertilisation einen therapeutischen Ansatz verfolgt. Dass sie zur Diagnostik und zur Selektion missbraucht werden kann, spricht zunächst nicht gegen den therapeutischen Ansatz, sondern nur dafür, dass man diesen Missbrauch als Selektion verhindern muss. Deswegen ist grundsätzlich zu unterscheiden: Die Präimplantationsdiagnostik – wenn sie denn eingesetzt würde, um den Embryo zu heilen – ist etwas ethisch sehr Wertvolles. Das gilt aber nicht, wenn der Embryo dann verworfen wird. Deswegen unterscheidet sich die In-vitro-Fertilisation in ihrer Intention grundlegend. Vergessen wir nicht, dass für Handlungen auch weiterhin die Intention grundlegend ist. Das gilt auch im sonstigen Rechtsleben.

Bischof Prof. **Dr. Franz Kamphaus**: Ich schließe mich dem an.

Bischof **Martin Hein**: Die Position der Kirche könnte ja sehr einfach lauten: Die einzige ethisch legitime Haltung gegenüber dem Leben insgesamt ist die des Empfangens, des Lassens, des Zulassens. Das ist aber nicht der Fall. Natürlich hat sich gerade das Christentum – darauf hat Bischof Kamphaus mit Recht hingewiesen – auch in der Art und Weise, wie es im Sinne der Gründung von Hospitälern und Krankenhäusern mit Krankheiten umgegangen ist, sehr deutlich dafür ausgesprochen, neben der Haltung des Empfangens auch eine Haltung des Planens zu berücksichtigen.

Menschliches Leben erfolgt eben in beiden Teilen als eine Spannung: Auf der einen Seite erlebe ich Leben als etwas, was meiner unmittelbaren Verfügungsgewalt entzogen ist, genauso wenig wie ich ja nichts dafür kann, dass ich geboren worden bin. Das ist der entscheidende Akt eines Lebens, das ich persönlich empfangen habe. Das haben vielleicht andere Menschen gewollt, in diesem

Fall meine Eltern. Aber ich persönlich habe zu dieser Grundentscheidung nichts beitragen können. Das ist sozusagen Ausdruck einer tiefsten Haltung des Empfangens meines Lebens.

Zugleich habe ich aber auch eine ganze Fülle von Planungen, die ich auch ernst nehmen muss. Im Zusammenhang einer ethischen Debatte geht es mir darum, zu einem sinnvollen Verhältnis zu kommen: auf der einen Seite das Gegebensein oder das Geschenkworden-Sein zu betonen, auf der anderen Seite aber nicht abzustreiten, dass es im menschlichen Leben natürlich, oft auch mithilfe von entsprechenden Forschungen, Planungsmöglichkeiten gibt, genauso wie ich – unabhängig von medizinischen Dingen – in gewisser Hinsicht auch meine Biografie plane und zu einem gewissen Teil auch erreichen kann, was ich mir vorgenommen habe. Dabei muss ich auf der anderen Seite aber auch sagen: Ich habe nicht alles erreicht, was ich mir als Plan gesetzt habe.

Konkret hieße das auch: Wir werden die wissenschaftlichen Erfahrungen, die die In-vitro-Fertilisation gebracht hat, und auch die Praxis nicht mehr zurückschrauben können. Ich glaube kaum, dass das geht. Das gäbe einen Aufschrei, den Sie auch politisch nicht durchsetzen könnten. Ich könnte mich jetzt auf die reine Lehre zurück beziehen. Aber das will ich deswegen nicht, weil sie nicht mehr praktikabel wäre. Mir geht es dann wiederum um einen verantwortlichen Umgang, das heißt also, um einen nach bestimmten, aus meiner Sicht christlichen Kriterien geordneten Umgang im Sinne des planerischen Verfahrens.

Frau **Roswitha Löwer**: Ich möchte noch einmal auf den Punkt zurückkommen, den Herr Dr. Schmidt am Anfang seiner Ausführungen vorgebracht hat, nämlich dass es bei der Bewertung der ethischen Problematik bei embryonaler Stammzellenforschung sehr wohl sicherlich auch auf die Frage der Herkunft der Stammzellen ankommen könnte. Ich möchte deswegen vor allem Herrn Dr. Sahl, aber vielleicht auch die anderen im Publikum und vielleicht auch Herrn Dr. Dederer als Fachmann für die rechtliche Seite fragen: Wie ist es denn aus ethischer und auch aus rechtlicher Sicht zu bewerten,

wenn man Stammzellen, die es ja auch schon gibt, zur Forschung benutzt, wenn diese aus abgetriebenen Embryonen gewonnen worden sind?

Da gibt es bestimmte Zelltypen, die so genannten Urkeimzellen. Sie haben dieselben Potenziale wie eine embryonale Stammzelllinie, die aus der verbrauchenden Embryonenforschung hervorgegangen ist. Andererseits hat man natürlich auch die Möglichkeit, über somatischen Gentransfer etwas zu machen – einmal abgesehen von all der Problematik, die Herr Richter schon angesprochen hat: Wo bekommen wir all die Eizellen für therapeutisches Klonen her? Aber man könnte ja an Stammzellen forschen, die so gewonnen worden sind, und so doch wichtige Erkenntnisse gewinnen, die man eventuell braucht, um adulte Stammzellenforschung besser voranzutreiben.

Für mich stellt sich die Frage – das könnte vielleicht Herr Dr. Sahm zuerst beantworten –: Wie sind diese beiden Quellen ethisch zu bewerten? Und dann die Frage: Muss man sie nicht auch rechtlich getrennt betrachten? Denn gerade bei den aus somatischem Kerntransfer hervorgegangenen Stammzellen würde es sich ja darum handeln, dass zwei erwachsene Personen eine Spende vorgenommen hätten, aus der dann eine Stammzelllinie gewonnen worden wäre.

Herr **Dr. Stephan Sahm**: Wenn ich Sie richtig verstanden habe, soll ich mit dem letzten Punkt anfangen. Wenn Sie aus einer somatischen Zelle eine Stammzelle herrichten, dann sollten Sie, glaube ich, darauf achten, dass Sie sie nicht so weit herunter reprogrammieren, bis Sie beim Embryo sind. Das wäre zum Beispiel eine gute Regel, die man auch in eine zukünftige Fassung des Embryonenschutzgesetzes aufnehmen könnte. Das heißt, man darf reprogrammieren, aber nicht vollständig rückprogrammieren.

Es gibt gute Gründe gegen das Klonen. Die habe ich hier nicht aufgeführt. Aber, nebenbei bemerkt: Die Gründe gegen das Klonen wiegen nicht so schwer wie die Gründe gegen das Verbrauchen von Embryonen. Alle, die die Not der Ehepaare sehen, die keine gesunden Kinder bekommen können, sollten daran denken, dass es zum Beispiel Männer gibt, die nach einer Chemotherapie keine

Samenzellen mehr produzieren können. Man könnte eine Zelle von den weißen Leukozyten nehmen, eine weiße Blutzelle, und den Kern des Mannes nehmen und dies in die Eizelle der Frau transferieren, die vorher entkernt wurde. Dann könnte das Paar ein Kind haben, was etwas Wunderbares wäre.

Es gibt Gründe gegen das Klonen. Ich will das nicht zu lange ausführen. Das brauchen wir hier nicht. Aber diese Gründe wiegen weniger schwer als die Gründe gegen das Verbrauchen von Embryonen. Ich warne Sie, zu sagen: Das Klonen ist hier der große Konsens. Das wollen wir nicht haben. Die Argumente, die für die Präimplantationsdiagnostik sprechen, sprechen für das Klonen.

Jetzt will ich noch die eine Frage zu der Herkunft der Quellen beantworten. Das ist nämlich die Frage: Könnten wir uns nicht auf die 60 Zelllinien zurückziehen, die in Amerika dokumentiert wurden, und uns sozusagen auf eine amerikanische Lösung, wie sie für die öffentliche amerikanische Forschung gewonnen wurde, zurückziehen? Prinzipiell ist das ethisch gut möglich, weil die Kinder da sozusagen in den Brunnen gefallen sind und man sagen könnte: Jetzt haben wir das Dilemma, und das ist nicht mehr gutzumachen. Wenn wir dann ein hohes Ziel haben, dann können wir damit forschen.

Dann kommen allenfalls sozialetische Aspekte hinein, denn Sie werden kaum verhindern können, dass es versteckte Neuproduzenten gibt, die das auf den Markt schütten. Wenn Sie dann an die Entwicklung zum Beispiel bei Pränataldiagnostik und ähnlichen Dingen herangehen und sehen, wie sich so etwas erweitert, dann müsste in dem Gesetz eine richtige Präambel stehen, in der der Bundestag mit große Bedauern feststellt, dass es diese Zellen überhaupt gibt, und dass er nur mit größtem Bauchweh in der ethischen Abwägung sagt: Jetzt führen wir sie ein. Darauf könnte man sich, glaube ich, einigen.

Herr Prof. **Dr. Gerd Richter**: Hier geht mir viel zu viel durcheinander. Es gibt kategoriale Unterschiede zwischen der Präimplantationsdiagnostik und der therapeutischen Forschung. Das

macht mir sehr viel Bauchschmerzen. Wenn wir uns um eine ethische Auseinandersetzung bemühen, dann müssen wir auf der Faktenebene klar reden.

Ich möchte jetzt auf Ihre Frage eingehen. Das Problem der Urkeimzellen aus abgetriebenen Föten ist ethisch und rechtlich vielleicht so weit gelöst, dass es kein Problem darstellt, obwohl man verschiedener Meinung sein kann, da die Transplantation fetaler Zellen in einem ähnlichen Kontext geregelt ist wie Organspenden. Ich denke auch, die embryonalen Stammzellen aus den Urkeimzellen sind anders zu betrachten als diejenigen aus übrig gebliebenen Embryonen oder aber aus Embryonen, die extra für Forschungszwecke gezüchtet oder produziert werden.

Dabei führen wir nun neben den adulten Stammzellen und den embryonalen Stammzellen noch eine andere Art von Stammzellen ein. Das dürfen wir auch nicht übersehen. Wir erreichen mit den Urkeimzellen auch nicht das, was mit den embryonalen Stammzellen erreichen können. Aber die Frage, wie das ethisch und rechtlich aussieht, ist, denke ich, gelöst.

Herr **Dr. Hans-Georg Dederer**: Vielleicht darf ich ganz kurz dazu Stellung nehmen. Ich will nur vorwegschicken: Das Recht wird oft und zu Recht als „ethisches Minimum“ bezeichnet. Das heißt, ethische Ansprüche lassen sich durch das Verfassungsrecht oder im Verfassungsrecht möglicherweise nicht befriedigen.

Für uns Juristen ist bei den Stammzellen zunächst einmal weniger die Herkunft entscheidend als vielmehr die Frage, ob sie pluripotent oder totipotent sind. Ich gehe davon aus, dass alle embryonalen Stammzellen und auch die adulten Stammzellen allenfalls pluripotent oder multipotent sind, aber nicht totipotent. Wären sie totipotent, könnten sie sich zu einem Organismus entwickeln und wären als Embryo anzusehen. Damit würden sie auf jeden Fall, zumindest nach meiner Auffassung, den Lebensschutz genießen, nach anderer Auffassung möglicherweise sogar den Menschenwürdeschutz. Das sind zwei verschiedene Schutzdimensionen.

Was die Herkunft angeht, könnte man natürlich differenzieren. Man könnte überlegen, ob es einen Unterschied macht, ob die embryonalen Stammzellen aus einem Embryo gewonnen werden, der durch die Kerntransfermethode entstanden ist, oder aus einem Embryo, der durch die Verschmelzung von Ei und Samenzelle entstanden ist, oder ob man Stammzellen gleicher Qualität wie die embryonalen Stammzellen aus abgetriebenen Föten gewonnen hat.

Nach meines Erachtens in der Juristerei unstreitiger Auffassung können die Stammzellen – die embryonalen wie die adulten Stammzellen – als solche nicht Träger eines Rechtsgutes sein. Sie stehen auch nicht unter dem Schutz des Artikels 2 Abs. 2 des Grundgesetzes, also nicht unter dem Lebensschutz. Das liegt daran, dass sie nur pluripotent und nicht totipotent sind. Deshalb steht den embryonalen Stammzellen – auch wenn sie aus einem Embryo hervorgegangen sind, der durch Kernverschmelzung entstanden ist – praktisch kein Rechtsgut von Verfassungsrang zu.

Das ist der Hintergrund, den auch Herr Taupitz erläutert hat, warum das Importverbot zu Forschungszwecken in Deutschland wahrscheinlich, meine ich – nach meiner Auffassung sogar sicher – , verfassungswidrig ist: weil die Forschungsfreiheit nur durch ein Rechtsgut von Verfassungsrang eingeschränkt werden darf, aber den embryonalen Stammzellen kein Rechtsgut von Verfassungsrang zusteht. Sie sind nur pluripotent und damit sozusagen ein bisschen potenter – durchaus signifikant – als eine normale Haut- oder Haarzelle oder sonst eine Zelle des menschlichen Körpers.

Man könnte überlegen – unterstelle ich einen Menschenwürdeverstoß dadurch, dass beispielsweise in Israel Embryonen getötet wurden, um die Stammzellen zu gewinnen –, ob ein solcher Menschenwürdeverstoß fortwirkt. Das wäre eine Doktrin, die man im amerikanischen Recht – dort im Strafprozessrecht und im Beweiserhebungsrecht – als „Fruit-of-the-poisoned-Tree“-Doktrin bezeichnet. Also könnte man überlegen, ob embryonale Stammzellen sozusagen Früchte eines verbotenen Baumes sind, die nicht verwertet werden dürfen. Diese Theorie ist sehr gewagt. Im Verfassungsrecht hat sie noch nie jemand

aufgestellt, jedenfalls nicht mit einer Begründung. Sie ist nur einmal in den Raum geworfen. Diese Theorie wird im Verfassungsrecht jedenfalls nicht verfolgt.

Der andere Ansatz wäre der Präventionsansatz, bei dem ich sage: Wenn ich mit der embryonalen Stammzellenforschung anfangen, dann besteht das Risiko, dass ich möglicherweise immer noch mehr brauche, um noch mehr forschen zu können. Dann müsste ich später einmal Embryonen töten. Darf ich im Hinblick auf die spätere Tötung und Vernichtung oder Verwerfung von Leben schon jetzt die Forschung verbieten? Dieser Gedankengang, meine ich, ist zu spekulativ, um einen Eingriff in die Forschungsfreiheit zu rechtfertigen. Meines Wissens arbeitet man zum Beispiel bei Mäusen mit embryonalen Stammzelllinien, die aus dem Jahr 1980 stammen, also relativ alt sind. Man kann also davon ausgehen, dass die jetzt existierenden menschlichen Stammzelllinien, zum Beispiel aus Israel, durchaus lange Zeit anhalten werden und man mit diesen Stammzellen noch lange forschen können wird. Es ist sehr spekulativ, im Hinblick auf möglicherweise irgendwann einmal eintretende Embryonentötungen präventiv zu argumentieren.

Das ist auch der Hintergrund für mein Votum gewesen, dass die Forschungsfreiheit verfassungswidrig beeinträchtigt würde, wenn der Import verboten würde. Das sage ich jetzt auch konkret in Richtung Berlin.

Herr **Dr. Rudolf Seufert**: Ich hatte noch eine Anmerkung zu den Ausführungen von Herrn Sahm. Ich denke, es ist absolut wichtig und notwendig, das nicht zu vermischen. Die Präimplantationsdiagnostik hat überhaupt nichts mit den anderen Techniken zu tun, die Sie da nannten: Klonen oder so etwas. Beim Klonen geht es um das Wiederherstellen eines schon vorhandenen Individuums in seinem chromosomalen Satz. Auch das funktioniert, wie es im Augenblick aussieht, wahrscheinlich nicht. Trotz der langen Zeit, die wir schon nach Dolly haben, gibt es noch immer keine Schafherden oder Rinderherden, die aus geklonten Tieren stammen.

Das funktioniert nicht, weil diese Tiere, wenn sie kommen, eine ganze Menge von gesundheitlichen Problemen haben. Sie altern. Das sind Tiere, die zum Teil nur wenige Tage leben, und das sind Techniken, die in keinsten Weise am Menschen durchgeführt werden dürfen, denke ich. Das ist etwas völlig anderes als die Präimplantationsdiagnostik, wo es eigentlich, wenn man so will, noch nicht einmal darum geht, einen Embryo nicht zum Leben zuzulassen, sondern ich will jetzt einmal den Ausdruck „auswählen“ benutzen: Ich wähle einen anderen Embryo aus, der, wenn man so will, dasselbe Recht auf Leben hat wie der Embryo, den ich eben nicht für das Einpflanzen benutze. Ich denke, das sind völlig andere Dinge, die nicht zusammengeworfen werden dürfen.

Herr **Dr. Stephan Sahm**: Ich will ganz kurz darauf antworten. Natürlich kenne ich sehr wohl den kategorialen Unterschied in der Methode. Ich habe aber gesagt: Die Argumente, die für die Präimplantationsdiagnostik sprechen, könnten uns veranlassen, das Klonen zu perfektionieren. Das ist etwas anderes.

Abg. **Traudl Herrhausen**: Ich habe ein Problem mit der Argumentation der Kirchen, die die embryonale Stammzellenforschung und die Präimplantationsdiagnostik ablehnen, auf der anderen Seite aber die In-vitro-Fertilisation zugelassen haben. Ich würde einfach gern von den Kirchen wissen, ob sie damit nicht auch ein Problem haben. Es kann ja sein, dass man eine Entscheidung getroffen hat und die Erweiterungen und Möglichkeiten zum Zeitpunkt der Entscheidung nicht gesehen hat. Aber bei der vorhandenen Kompetenz halte ich das nicht ganz für möglich. Wenn jemand eine In-vitro-Fertilisation zulässt, dann muss er doch auch wissen, dass so genannte überzählige Embryonen dabei entstehen. Dann kommt einfach die nächste Frage: Was mache ich denn als Kirche mit denen? Das ist die eine Sache.

Auf die andere Sache wollte ich einfach nur hinweisen. Ich finde, ich habe auf dem Podium manchmal eine gewisse besondere Kritik gegenüber der Pränataldiagnostik gehört. Ich habe dabei verstanden, dass die Pränataldiagnostik doch sehr zugenommen habe, und zwar

um 100 %. Dabei kann es natürlich sein, dass ich vor zehn Jahren einen Fall hatte und zehn Jahre später zwei Fälle habe. In diesem Fall muss ich nämlich auch von absoluten Zahlen ausgehen.

Aber warum wird die Pränataldiagnostik, die ja offensichtlich nach den Zahlen, die wir hier gehört haben, bei 200.000 Abtreibungen ca. 1 % bis 2 % ausmacht, mit einem solchen Subson versehen, wenn sie dann zu einer medizinischen Indikation führt, während die soziale Indikation, die wir und auch die Kirchen ja offensichtlich anerkennen, in diesem Zusammenhang einfach negiert wird?

Frau Prof. Dr. Therese Neuer-Miebach: Zu den Zahlen: Ich kann mir Zahlen schlecht merken, aber ich kann das nachsehen. Ich habe es dabei. 1991 waren es knapp unter 50.000 Amniozentesen und Chorionzottenbiopsien. Auf diese beiden Untersuchungen bezog sich das. 1997 waren es um 95.000, wenn Sie absolute Zahlen wissen wollen. Das heißt, hier war schon eine deutliche Zunahme.

Im Vergleich dazu ist die Anzahl der Beratungen bei etwa 40 % geblieben. Im Vergleich zu der Anzahl dieser genetischen Test ist also in 40 % bis 41 % der Fälle eine genetische Beratung erfolgt, obwohl wir seit 1995 das Recht auf Beratung haben. Wir haben ja auch Anrecht auf Beratung für jeden Einzelnen und jede Einzelne im Kontext von Schwangerschaft. Aber offenbar entspricht die Realität nicht dem Anspruch, den wir da haben. Ich glaube, das ist weniger eine Frage der Politik als eine Frage der praktischen Umsetzung in den Beratungsmöglichkeiten und in den Beratungsqualifikationen derjenigen, die diese Beratung machen sollten.

Vielleicht noch eine Anmerkung zu der schwierigen Frage embryonaler Stammzellen: ja oder nein, oder wie weit? Ich denke, der qualitative Unterschied im Vergleich zu Versuchen mit adulten Stammzellen ist eben wirklich, dass menschliches Leben einfach verbraucht, vernutzt oder getötet wird – wie immer man das nennt, ob man da mit Menschenwürde oder mit Lebensschutz oder mit Lebensrecht oder sonst etwas argumentiert. Dies geschieht übrigens auch beim therapeutischen Klonen. Da werden massenweise Eizellen gebraucht und massenweise befruchtete Eizellen

kaputtgemacht, je nachdem, was man macht. Das heißt in diesem Kontext also auch: Man muss sich ethisch darüber im Klaren sein, was man zur Verfügung stellt, wenn man das will. – Das war vielleicht nur eine Anmerkung.

Abg. **Dr. Franz Josef Jung:** Ich verstehe die Argumentation nicht so wie Sie. Ich möchte das auf die todgeweihten Zellen projizieren. Die haben doch keine Lebenschance. Nutze ich sie dann nicht wenigstens zur Forschung zum Leben? Das ist die Frage, die sich nur auf diesen Fall konzentriert.

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty:** Ich darf mich zwar nicht in die Materie einmischen, aber ich möchte doch sagen, dass auch todgeweihte Embryonen ein Recht auf einen natürlichen Tod haben, sozusagen auf ein In-Ruhe-sterben-Lassen, und dass sie nicht unbedingt verzweckt werden sollten.

Aber da Frau Herrhausen die beiden Kirchen aufgefordert hat, zu ihrer Weitsichtigkeit Stellung zu nehmen, glaube ich, sind beide sehr gefragt. – Bitte schön, Herr Bischof Kamphaus.

Bischof Prof. **Dr. Franz Kamphaus:** Ich kann die Frage von Frau Herrhausen sehr gut verstehen. In der Kirche gibt es viele Leute, die diese Frage umtreibt. Um nur einen Namen zu nennen: Ratzinger ist nie ein Befürworter der In-vitro-Fertilisation gewesen. Das heißt, Rom ist immer sehr zurückhaltend gewesen. Der eben zitierte Böckle war ein schneller Befürworter. Insofern gibt es kirchlicherseits auch unterschiedliche Optionen.

Man muss zur Entwicklung sagen, dass in den Achtzigerjahren, Mitte der Achtzigerjahre darüber diskutiert wurde. Seitdem ist ja eine rasante Entwicklung vor sich gegangen. Dass man aus dieser Entwicklung heraus rückblickend manches anders sieht, mag man als Kurzsichtigkeit von damals beurteilen. Aber ich denke, dass das verständlich ist. Heute würde man die In-vitro-Fertilisation durchaus noch mit anderen Argumenten beurteilen.

Ich verstehe nicht recht, wen Sie bei der PND-Kritik im Auge hatten. Ich will nur meinerseits sagen, dass ich ausdrücklich gesagt und betont habe, dass die Methode als solche viele Chancen bietet. Die Frage, die sich an jede Methode richtet – was für Gefahren bzw. Missbräuche sind damit verbunden? –, wird man doch auch stellen können, ohne dass man die Methode als solche disqualifiziert. Letzteres, meine ich, müsste man tun.

Wie immer man den Begriff „Selektion“ gebraucht: Dass in diesem Zusammenhang eine Aussonderung stattfindet, wird man doch wohl nicht bestreiten können. Die katholische Kirche – nur, dass das klargestellt wird – ist nie für die soziale Indikation unter der damaligen Indikationsregelung eingetreten. Sie hat sich aus guten Gründen, wie ich meine, auf die Beratung eingelassen. Herr Rösler ist da anderer Meinung. Aber ich meine auch weiterhin, das geschah aus guten Gründen. Das wäre aber eine eigene Debatte.

Die Frage ist – damit möchte ich noch auf meine Nachbarin hier antworten –, wie die Beratung stattfindet. Die Beratungsmöglichkeit ist gegeben. Das ist klar. Es gibt das Recht auf Beratung. Im Zusammenhang mit der Konfliktberatung gibt es die Pflichtberatung. Das ist etwas anderes. Die Frage ist, ob diese nicht gerade in diesen kritischen Fällen angezeigt ist. Das habe ich eben mit meiner Einlassung erfragen wollen.

Bischof **Martin Hein**: Es gibt tatsächlich Dilemmata, die ich auch sehe und bei denen ich Ihnen auch zugestehen würde, dass die Stimme der evangelischen Kirche, sofern es überhaupt eine einlinige Stimme gibt, uneindeutig ist. Die evangelische Kirche, für die ich spreche, ist auch fähig zur Selbstkritik. Im Umgang mit der unterschiedlichen Bewertung von PID und PND lässt sich das auch in einem gewissen Maß zeigen. Die Deutlichkeit, mit der sich zumindest die evangelischen Kirchenleitungen gegen die PID aussprechen, korrespondiert nicht in gleicher Weise mit der PND und deren Ablehnung.

Es ist ohnehin auffällig, dass die rechtlichen Regelungen im Hinblick auf die Präimplantationsdiagnostik erheblich schärfer sind als im Umgang mit heranwachsenden Föten. Das halte ich allerdings auch

rechtlich zumindest für ein Problem. Mein Vorschlag im Hinblick auf die In-vitro-Fertilisation war ja nun der, den ich am Anfang als Antwort auf Herrn Hefty gemacht hatte, überzählige Embryonen zur Adoption freizugeben. Ich halte das weiterhin, auch wenn ich kein Jurist und auch kein Naturwissenschaftler bin, zumindest für einen Beitrag zu dieser Debatte, von dem ich mir wünschen würde, dass ihn beide anderen Berufsgruppen einmal näher bedächten.

Zur Frage der Abtreibung kann ich mich Bischof Kamphaus nur anschließen: Unter den Bedingungen eines doch noch immer ausgesprochen reichen Industriestaates wie der Bundesrepublik Deutschland halte ich den Hinweis auf die soziale Indikation weiterhin für einen Skandal. Das ist so. Nun sind allerdings auch die Kirchen nicht der Meinung, dass es eine legitime Handlung sei, aus sozialen Gründen eine Abtreibung vorzunehmen. Aber wir respektieren auch den Konflikt, in dem sich Frauen befinden, und wir versuchen, auf dem Weg der Beratung oder neuerdings verstärkt auch über die so genannten Babyklappen dazu zu verhelfen, dass Kinder auch aus sozialen Konfliktsituationen heraus ausgetragen werden und ein Lebensrecht behalten.

Vielleicht noch ein abschließendes Wort aus meiner Sicht zum Begriff der Menschenwürde, den wir in erster Linie im Hinblick auf die Frage diskutiert haben, ob er Embryonen oder Zellkernen zukommt oder nicht. Ich würde ihn ganz gern auch einmal auf die handelnden Subjekte übertragen, das heißt also auf uns. Ich betrachte ihn ja – so habe ich ihn eingeführt – als einen Ausdruck einer Beziehung. Meines Erachtens gibt es bestimmte Handlungen, die gewissermaßen unserer von Gott verliehenen Menschenwürde nicht entsprechen, weil sie genau dieser Beziehung zu Gott widerstreben. Ich glaube, dass mit dem Begriff der Menschenwürde, sofern wir ihn auf uns als handelnde Subjekte beziehen, sehr viel im Hinblick auf die Verantwortung gesagt wird.

Mein Vorschlag wäre also – wir haben dafür nicht genügend Zeit, aber das gilt insgesamt –, den Begriff der Menschenwürde in der ethischen Debatte nicht nur auf den Beginn des Lebens zu platzieren, sondern ihn als Ausdruck einer Verantwortungsfähigkeit und Verantwortungsnotwendigkeit handelnder Subjekte zu betrachten.

Ich denke, unter diesem Aspekt scheidet manches auch als Möglichkeit dessen, was wir vielleicht können, aber dann doch nicht sollten, aus.

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Vielen Dank, Herr Bischof Hein. – Ich möchte jetzt vermeiden, dass wir sozusagen wie der Schnee an der Sonne zerschmelzen. Wir haben, wenn es sich dabei bewenden lässt, noch eine oder vielleicht zwei Wortmeldungen aus dem Publikum. Abgeordnete haben natürlich immer das Wort. Es gibt also noch zwei Wortmeldungen aus dem Publikum und eine Wortmeldung vom Podium. Dann würde ich gern schließen.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Herr Sahn sowie die Vertreter der Kirchen haben im Zusammenhang insbesondere mit der Präimplantationsdiagnostik die Frage der Selbstzwecklichkeit des Menschen und der daraus entstehenden Unverfügbarkeit mehrfach angesprochen. Nun gibt es einen vergleichbaren oder zumindest vielleicht ähnlichen Fall, bei dem wir, glaube ich, relativ einig zu einem anderen Ergebnis kommen. Ich würde Sie bitte, mir zu helfen, diesen Widerspruch zu klären:

In Situationen, in denen wir nicht am Anfang, sondern am Ende des Lebens sind, gibt es Fälle, über die, glaube ich, weitgehend Konsens besteht, dass die Aussichtslosigkeit ärztlichen Handelns für Patienten, die keine Auskunft mehr darüber geben können, wie sie denn selbst entscheiden würden, es rechtfertigt, sich der Frage zu nähern und sie irgendwann positiv zu entscheiden, wann denn ein Grad an Sinnlosigkeit erreicht ist, dass Handlungen eingestellt werden. Das geschieht in einigen Fällen, ohne dass jedenfalls ein hinreichend klares Diktum des Betroffenen vorliegt, wo denn dieser Punkt zu setzen sei, weil er das gar nicht im Voraus tun könnte, selbst wenn er mit der Frage konfrontiert gewesen wäre, sodass andere den Punkt festlegen müssen, an dem die Sinnlosigkeit vermeintlich so evident ist, dass wir bei einem noch lebenden Menschen die Apparate abstellen. Es ist, glaube ich, ethisch Konsens, dass das möglich sein muss. Eben kam das Wort vom Sterben in Ruhe.

Wenn ich jetzt an den Anfang gehe, dann haben wir vorhin in der Frage PID ein breites Spektrum von Möglichkeiten gehabt: Chopin und eine ganz leichte Form der Mukoviszidose. Aber genauso können wir die Trisomie 18 nehmen, die dazu führt, dass der Embryo, wenn er einmal implantiert ist, die Schwangerschaft mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit – mit viel höherer Wahrscheinlichkeit als in dem zuvor beschriebenen Fall – nicht überleben wird. Ist nicht dann, wenn wir die Verfügbarkeit in schwierigen Grenzfällen am Ende für möglich halten, weil wir sie in Wahrheit im Sinne haben, auch der Fall denkbar, bei dem sich am Anfang genau die gleiche Regel und damit das Nicht-Handeln, also das Nicht-Implantieren – so ich es denn weiß – und damit auch die Notwendigkeit, es zu erfahren, in vergleichbarer Weise rechtfertigt? Oder sitze ich in dieser Analogie einem Irrtum auf? Wenn ja: Können Sie mir das erklären?

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Ich glaube, es trifft sich gut, dass auf Ihre Frage ein Medizinethiker antworten wird. – Ich würde jetzt aber gern die Gelegenheit nutzen, um die nächste Frage noch mit einzusammeln, damit wir dann zum Schluss kommen können.

Herr **Roland Rösler**: Wir haben heute sehr viel von eventuellem Missbrauch gehört, den es zu verhindern gilt, und auch Beispiele dafür genannt bekommen. In der Diskussion ist mir an keiner Stelle begegnet, dass aus den wissenschaftlichen Veröffentlichungen hervorgeht, dass die In-vitro-Fertilisation aus genau dem Grund entwickelt wurde, um beispielsweise neue Verhütungsmöglichkeiten zu fördern – WHO, Human Reproduction Program –, und dass man mit ihr eben auch die Embryoforschung betreiben wollte. Es gab internationale Symposien – Ciba-Symposien – Ende der Achtzigerjahre, die genau diese Frage gestellt haben. Es ist doch Realität, dass wir heute einen Unterausschuss des Bioethik-Komitees der UNESCO haben, der sich mit Human Population Genetics befasst.

Es ist doch eine feststehende Tatsache, dass sich Island bereit erklärt hat, die genetischen Daten seiner gesamten Bevölkerung diesen Programmen zur Verfügung zu stellen. Es ist eine feststehende Tatsache, dass wir genetische Proben in den Südseeinseln,

beispielsweise in Papua-Neuguinea, erhalten, um bei anderen Programmen, die es tatsächlich gibt und die auch durchgeführt werden, auf längere Frist eine Eliminierung rassischer Unterschiede zu erzielen – wenn Sie den Kopf schütteln, dann müssen Sie Präsident Clinton fragen, der dieses Programm 1998 vorgestellt hat; seit letztem Jahr ist das auch ein Gemeinschaftsprogramm mit Großbritannien –, weil diese Unterschiede eben eine enorme Belastung der sozialen Systeme in den Industriestaaten darstellen.

Es gibt die klare Weisung – Sie müssten das möglicherweise auch wissen – der Wissenschaftsverleger, diesen Ausdruck „Eliminating Racial Disparities“ in den Veröffentlichungen von „Science“, „Nature“, „Lancette“ usw. möglichst zu vermeiden, weil er zu Missverständnissen führen könnte.

Würden wir angesichts dieser jetzt sehr kurz und knapp und damit vielleicht auch überschärft dargestellten, aber tatsächlichen Gegebenheiten nicht gerade in Deutschland mit einem Zulassen der Embryonalforschung, der Präimplantationsdiagnostik usw. bereits beschrittene Wege verstärken, oder ist es nicht durchaus so, dass wir unsere derzeit führende Position in Bezug auf die Stammzellenforschung – allerdings aus der adulten Stammzellenforschung kommend – dadurch behalten haben, dass wir bisher eine solch restriktive Handhabung der Möglichkeiten praktiziert haben?

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Ich habe das Kopfschütteln von Herrn Richter gesehen. Ich bitte ihn aber, erst einmal einen Medizinethiker antworten zu lassen. Wenn dessen Antwort einer Ergänzung bedarf, dann gebe ich Ihm gern das Wort. – Bitte schön, Herr Schmidt.

Herr **Dr. Kurt Schmidt**: Ich gehe gern auf Ihre Frage ein, und Gerd Richter geht bestimmt auf Sie ein.

Da ich in einer Klinik in der Ethikberatung arbeite, möchte ich aus meiner Sicht sagen: Diese beiden Fälle, die Sie geschildert haben, kann man nicht vergleichen. Das sage ich aus folgendem Grund:

Bei einem Patienten am Ende seines Lebens, der nicht mehr antworten kann, würden wir aus ethischer Sicht schauen: Was ist der mutmaßliche Wille dieses Patienten? Wir würden versuchen, diesen Willen aufgrund dessen, was er vielleicht vorher schriftlich geäußert hat, aus seiner Lebensgeschichte oder aus dem, was Angehörige darüber berichten, zu erschließen.

Dieses Kriterium, nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu fragen, fehlt uns am Anfang des Lebens völlig. Wir können vom Embryo nicht sagen: Was würde er in dem Moment entscheiden? Das können wir nicht, weil wir die Lebensgeschichte dieses Embryos – Äußerungen, in welcher Richtung auch immer – nicht haben. Das sind zwei grundsätzliche Unterschiede aus der Sicht der Medizinethik. Deshalb möchte ich sagen: Entscheidungen am Anfang und am Ende des Lebens lassen sich im Hinblick auf das Prinzip der Selbstbestimmung, der Autonomie des Patienten nicht vergleichen.

Die beiden anderen Aspekte, die ich mir in der Diskussion hier noch aufgeschrieben habe, betrafen den Fall, als Sie gefragt haben: Was ist denn mit den todgeweihten Embryonen? Da möchte ich Sie nur darauf hinweisen, dass wir doch seit zwei, drei Jahren auch eine Bewegung gerade von betroffenen Frauen haben, die etwa durch eine Fehlgeburt ihr Kind ganz früh verloren haben, und nun für eine würdige Bestattung dieses Kindes eingetreten sind, und dass viele Städte diesen Weg gegangen sind, dass sie gesagt haben: Wir machen anonyme oder speziell deklarierte Grabfelder. Die Frage, ob nun dieser Embryo „zu nichts mehr nütze“ ist, ist noch einmal eine ganz andere Frage, je nachdem, welche von den schwangeren Frauen hiervon betroffen ist. Sie zeigt meines Erachtens, dass wir hier auch verschiedene Richtungen sehen, wie die betroffenen Frauen mit den Embryonen, die vielleicht noch zur Verfügung stehen, umgehen wollen.

Jetzt komme ich zum dritten Aspekt. Es gibt viele Dinge wie etwa In-vitro-Fertilisation oder die Spirale, über die wir in anderem Kontext schon diskutiert haben. Das ist nichts Neues wirklich für die Medizinethik.

Aber in dem Moment, wenn ein neuer Bereich hinzukommt, geschieht etwas wie bei einem Mobile: Da ist zum einen das, was bisher Bestand hatte. Jetzt wird ein neues Teil in das Mobile gehängt, und alles verändert sich. Das betrifft die gesamten Strukturen. Es geht darum, dass wir über all die Dinge noch einmal neu nachdenken. Wir müssen nicht automatisch zu einer anderen Entscheidung kommen, aber wir stellen dann noch einmal eine andere Frage. Wir sehen das dann in einem anderen Kontext.

So habe ich die Diskussion hier eben auch erlebt. Es ist wichtig, dass man unter der Perspektive, was jetzt neu kommt – embryonale Stammzellenforschung –, sagt: Gut, jetzt müssen wir auch die anderen Dinge noch einmal neu betrachten. Hat das eigentlich so Bestand oder nicht?

Herr Prof. **Dr. Gerd Richter**: Ich möchte noch ein ganz kurzes Schlusswort zu Ihrer Frage abgeben. Populationsgenetisch ist das, was Sie gesagt haben, naturwissenschaftlich einfach nicht möglich. Es kann keine Genpoolverbesserung durch genetische Manipulation oder Diagnostik geben. Punkt.

Moderator **Dr. Georg Paul Hefty**: Meine Damen und Herren, ich unterstehe mich, eine Diskussion, die über acht Stunden so intensiv gelaufen ist, in irgendeiner Weise zusammenzufassen. Ich möchte aber Sie als Abgeordnete und die nicht anwesenden Kollegen dazu ermutigen, Entscheidungen nicht aus dem Weg zu gehen, sondern sie selbst zu treffen. Denn all die Entscheidungen, die die Politik und der Gesetzgeber nicht trifft, werden nicht von der Gesellschaft insgesamt getroffen werden, sondern werden auf der einen Seite – das wäre ja noch der bessere Fall in unserem Rechtsstaat – von einzelnen Richtern oder einzelnen Gerichten und zum anderen von Interessengruppen getroffen werden. Ich glaube, auch in diesem Zusammenhang würde bei einer fehlenden Regelung der alte Satz aus meiner Zeitung Gültigkeit erlangen: Den Rest regelt der Markt. Das sollten Sie in diesem Fall vermeiden.

Danke schön für Ihre Aufmerksamkeit.