

Medizinisch-ethische Probleme am Beginn des Lebens

J. Zander

In der Medizin der Gegenwart werden Spannungen zwischen einer sog. wertfreien Wissenschaft und ethischen Wertvorstellungen über das, was sein soll, am Beginn unseres Lebens besonders deutlich. Es kann sich in vielfacher Hinsicht die Frage stellen, ob das medizinisch Mögliche auch sittlich erlaubt ist. Frauenärztinnen und Frauenärzte geraten heute leicht in Spannungsfelder dieser Art. Dort müssen sie nicht nur aufklärend und beratend, sondern gegebenenfalls auch handelnd Stellung beziehen.

Schwangerschaftsabbruch

Auch nach dem Inkrafttreten des neugefaßten Paragraphen 218 StGB am 21. Juni 1976 werden nach wie vor mit Vehemenz sehr unterschiedliche Positionen zu der mit dem Schwangerschaftsabbruch verbundenen Tötung des Kindes in seiner embryonalen oder fetalen Lebensphase vertreten. Das Bundesverfassungsgericht hatte eine *Indikationsregelung* gefordert. In der praktischen Handhabung kommt aber die derzeitige gesetzliche Regelung der Fristenlösung nahe. Unter den Indikationen steht die Notlage ganz an der Spitze. 1976 wurden in der Bundesrepublik 13 044 legale Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen. Inzwischen sind es jährlich fast 100 000. Es ist nicht eindeutig zu erkennen, daß die Gesamtzahl der Abtreibungen nach 1976 abgenommen hat. Sie werden jedoch in der großen Mehrzahl unter besseren medizinischen Voraussetzungen vorgenommen.

Es gibt Ärzte, welche von vornherein jeden Schwangerschaftsabbruch ablehnen und ihn anderen überlassen. Es gibt inzwischen ebenfalls genügend Ärzte, denen die von der Mutter oder den Eltern zum Ausdruck gebrachte Störung des sozialen Wohlbefindens in jedem Fall ausreicht, eine unerwünschte Schwangerschaft unter der Indikation einer Notlage durch die Tötung des Kindes zu beenden. Dabei wird der Rahmen des Gesetzgebers nicht selten überschritten. Es gibt schließlich eine nicht geringe Anzahl von Ärzten, welche dem Abbruch einer Schwangerschaft nicht von vornherein ausweichen, für die jedoch jede Tötung des Kindes im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs mit einer eigenen Konfliktsituation verbunden ist. Ein *genereller ärztlicher Konsensus* zum Schwangerschaftsabbruch besteht nicht.

Im Fachgebiet der Frauenheilkunde wird auf der einen Seite mit dem Schwangerschaftsabbruch das möglichst wirksam vernichtet, was auf der anderen Seite bei bestehendem Kinderwunsch mit allen Mitteln gefördert und erhalten werden soll. Damit sind alle Voraussetzungen für *permanente Konfliktsituationen* im ethischen Bereich gegeben. Es erscheint mir notwendig, daß dieser Sachverhalt immer wieder deutlich gemacht wird und daß die volle Sensibilität für das, was bei der Tötung des Kindes im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs geschieht, unter allen Umständen erhalten wird. In der gegebenen Situation sehe ich darin die einzige Möglichkeit, einer schleichenden Verschiebung des ethischen Bewußtseins bei Ärzten, bei den Patienten und schließlich auch in unserer Gesellschaft entgegenzuwirken.

Kindliche Indikation zur Beendigung der Schwangerschaft

Die kindliche Indikation zum Schwangerschaftsabbruch wird in den letzten Jahren aus den verschiedensten Richtungen besonders intensiv diskutiert. Durch Fortschritte in der *pränatalen Diagnostik*, insbesondere mit Hilfe der Fruchtwasseruntersuchung und der Ultraschallmethodik, können heute vielfach genetische Störungen, Stoffwechselerkrankungen, Entwicklungsstörungen, Mißbildungen verschiedenster Schweregrade und schließlich auch funktionelle Störungen, z. B. von seiten des kindlichen Herzens, frühzeitig und mit erstaunlicher Präzision erkannt werden.

Daraus können sich für die Eltern und für den Arzt Überlegungen für das weitere Handeln ergeben, welche notwendig zur Auseinandersetzung mit ethischen Wertvorstellungen über die Erhaltung von Leben führen müssen. *Wie ausgeprägt muß zum Beispiel die Entwicklungsstörung eines Kindes sein*, bis sie die Beendigung einer Schwangerschaft auch in einem fortgeschrittenen Stadium rechtfertigt? Geburtshelfer müssen auch mit der Frage rechnen, ob man ein geschädigtes, entwicklungsgestörtes oder mißgebildetes Kind nach seiner natürlichen Geburt nicht besser sterben läßt, auch dann, wenn dieses Kind die Chance hat, bei entsprechenden Maßnahmen unter zwar erschwerten, aber doch erträglichen Bedingungen zu leben. Im Hintergrund solcher Überlegungen steht die Frage nach einem lebenswerten und lebensunwerten Leben in ihrer ganzen Fragwürdigkeit.

Heterologe Insemination

Homologe Inseminationen mit dem Nativejakulat des Ehemannes oder Partners sind als therapeutische Methode bei gewissen Fertilitätsstörungen von seiten des Mannes ak-

Prof. Dr. med. J. Zander, Direktor der I. Frauenklinik der Universität, Maistr. 11, D-8000 München 2.

zeptiert. Heterologe Inseminationen mit dem Samen eines *fremden Spenders*, welcher den „Eltern“ und dem Gezeugten in der Regel unbekannt bleibt, werden ebenfalls seit Jahrzehnten in vielen Ländern vorgenommen. Die Methode ist naturgemäß sehr viel wirksamer als die homologe Insemination. Die Zahl der in dieser Weise gezeugten Menschen dürfte zur Zeit in Hunderttausende gehen.

Gewisse *Auswahlkriterien bei der Wahl des Spenders* von seiten des Arztes sind kaum vermeidbar. In einer Veröffentlichung über eine große Zahl von heterologen Inseminationen heißt es u. a.: „Benützt wurde ausschließlich das Nativejakulat gesunder Spender, die uns nach Kenntnis ihrer Familiengeschichte, ihres Phänotypus und auch vom Lebenswandel her als geeignet erschienen.“ Die Naivität von Aussagen dieser Art ist kaum zu übersehen.

Die Meinungen darüber, ob die heterologe Insemination sittlich erlaubt ist, ist bei Ärzten geteilt. Ich selbst kann mich nicht zu einer heterologen Insemination entschließen. Der genetische Vater wird ausschließlich zum Spender des Samens und soll im übrigen dem von ihm gezeugten Menschen unbekannt bleiben. Dem zu Erzeugenden wird damit von vornherein aus der Befriedigung des Wunsches der Lebenden eine Bürde aufgegeben, welche ihn grundsätzlich in bezug auf das Wissen um seine Herkunft von der großen Mehrzahl der übrigen Menschen unterscheidet.

Spermabanken, in denen Sperma über Jahre konserviert werden kann, wurden inzwischen vielerorts errichtet. Für ihre praktische Nutzung sind der Phantasie keine Grenzen gesetzt. U. a. besteht für den Mann die Möglichkeit, sich auch nach seinem Tode zu vermehren.

Befruchtung des Eies unter In vitro-Bedingungen und Embryo-Transfer

Auch weibliche Eier können inzwischen unmittelbar vor dem Eisprung in relativ einfacher Weise ge-

wonnen und Manipulationen verschiedenster Art ausgesetzt werden. Die *extrakorporale Befruchtung* des Eies im Reagenzglas ist möglich. Frühembryonale Zellverbände können in eine Gebärmutter übertragen werden. Dort ist nach der Einnistung die Entwicklung bis zur Geburt eines gesunden Kindes möglich. Die ersten Erfahrungen geben zu der Vermutung Anlaß, daß diese Methodik in der Zukunft größere praktische Bedeutung für verschiedene Formen der Sterilität gewinnen wird. Es ist kaum anzunehmen, daß sie bei homologer Anwendung in einer gegebenen Partnerschaft zu ethischen Konfliktsituationen führt.

Für die In vitro-Befruchtung des Eies kann analog zur heterogenen Insemination der *Samen eines fremden Spenders*, außerdem aber auch das *Ei einer fremden Spenderin* benutzt werden. Die Übertragung des neuen Lebensträgers in die Gebärmutter einer fremden Frau ist theoretisch ebenfalls möglich, man spricht von der Ammenschwangerschaft.

Die Errichtung von *Ei-Banken* analog zu den Spermabanken und schließlich auch die von Banken für frühembryonale befruchtete Eier ist im Gespräch.

Die ethische Problematik ist im Grunde die gleiche wie bei der heterologen Insemination. Sie wird durch die verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten der extrakorporalen Manipulation des Befruchtungsvorganges nur noch deutlicher. Nicht nur der genetische Vater, sondern auch die genetische Mutter und unter Umständen sogar beide Teile können für den neu gezeugten Menschen unbekannt bleiben. Die *Folgen*, welche sich daraus für die *traditionelle Definition einer Familie* ergeben, sind in höchstem Maße bedenkenswert. Es ist allerdings damit zu rechnen, daß auch in diesem Bereich alle gegebenen Möglichkeiten praktisch genutzt werden.

Das Experiment am Beginn des Lebens

Voraussetzung für jeden neuen Heileingriff ist das Experiment am

Menschen. Sein Ausgang kann allenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit, niemals mit Sicherheit vorausgesagt werden, auch dann, wenn die Bedingungen zum Beispiel tierversimentell mit extremer Sorgfalt geprüft wurden. Das Experiment am Menschen bleibt deshalb immer ein Wagnis, auch dann, wenn die Risiken nach den Ergebnissen der Voruntersuchungen tragbar erscheinen.

Nach den schlimmen Erfahrungen der Vergangenheit haben die Ärzte in aller Welt dem Experiment am Menschen in den letzten beiden Jahrzehnten größte Aufmerksamkeit gewidmet. Das Ergebnis der gemeinsamen Bemühungen ist bekanntlich in der Deklaration von Helsinki/Tokio den Empfehlungen für Ärzte, die in der biomedizinischen Forschung am Menschen tätig sind, niedergelegt.

Es steht außer Frage, daß Entscheidungen über *Experimente an Keimzellen*, welche für eine Befruchtung in Frage kommen, ebenso wie Experimente im Rahmen des Befruchtungsvorganges und an dem neuen Leben in seinen frühen embryonalen Stadien mit einer außerordentlichen ethischen Verantwortung verbunden sind.

Die Methodik der extrakorporalen Befruchtung des menschlichen Eies mit dem anschließenden Embryo-Transfer befindet sich noch im Stadium des Experimentes. Die spezifische Betrachtungsweise als Experiment ist notwendig, weil sie die höchst sorgfältige Beobachtung – auch aus der Sicht der ethischen Verantwortung – einschließt.

Letzteres gilt selbstverständlich für alle nur denkbaren experimentellen Manipulationen mit männlichen und weiblichen Keimzellen, vor und im Verlauf des Befruchtungsvorganges oder mit embryonalen Zellverbänden vor dem Embryo-Transfer. Auf die verschiedenartigen theoretischen Möglichkeiten in dieser Richtung kann in diesem Zusammenhang nicht eingegangen werden. Es sei jedoch darauf verwiesen, daß nach der Auffassung des Rechtsmediziners *Spann* das Experimentieren mit beiden Keimzellen als solches im rechts-

freien Raum liegt. Demnach ist zumindest in unserem Land eine Kontrolle von Experimenten in diesem Bereich ausschließlich aus ethischer Sicht möglich.

Abschließende Betrachtung

Es besteht allgemeine Übereinstimmung darüber, daß sich ärztliches Handeln an ethischen Grundwerten, welche nahezu alle Heiltraditionen und Kulturen für sich in Anspruch nehmen, orientiert, wie zum Beispiel dem anderen zu nützen und nicht zu schaden, seine Würde zu achten, um die Erhaltung seines Lebens bemüht zu sein. In dem großen Freiraum für ärztliches Handeln am Beginn menschlichen Lebens stellen sich jedoch höchst differenzierte ethische Fragen. Sie betreffen nicht nur den Lebenden und seine Wünsche, sondern auch den noch zu Zeugenden, den eben erst Gezeugten und den noch nicht geborenen Menschen. Die letztlich resultierenden Auffassungen können recht unterschiedlicher Art sein. Nur an den äußersten Grenzen der Handlungsmöglichkeiten ergibt sich von seiten des Strafrechts ein limitierender Faktor.

Es ist davon auszugehen, daß in dieser Lebensphase keineswegs alles sittlich erlaubt ist, was medizinisch möglich ist. Zwischen dem sittlich Erlaubten und nicht Erlaubten gibt es jedoch eine überaus breite *Grauzone*, in der gehandelt wird und in der ebenfalls eine Stellungnahme von uns gefordert wird. Kontinuierliches Bemühen um das Erkennen des Inhaltes und des vollen Ausmaßes dieser Grauzone, vor allem aber auch der möglichen Auswirkung von Handlungen in dieser Grauzone, ist Voraussetzung für die Sensibilisierung zur ethischen Verantwortung.

Dokumentation: K – G2 Ethik, Medizinische – Gynäkologie

Originalien.

Die Beeinflussung von Lungenerkrankungen durch künstliche Lähmung des Zwerchfells (Phrenikotomie).

Von F. Sauerbruch in Zürich.

In einer zusammenfassenden Arbeit (Die extrapleurale Thorakoplastik, Ergebnisse der inn. Med. u. Kinderheilkunde, Bd. X) habe ich vor kurzem die allgemein pathologischen Grundlagen der Lungenkollapstherapie und besonders der extrapleurale Thorakoplastik auseinandergesetzt. Ich konnte zeigen, dass die mechanische Einengung des Brustkorbes über dem Haupterkrankungsherd nur selten genügt, wenn nicht daneben noch für eine funktionelle Ruhigstellung der Lunge gesorgt wird. Im besonderen ergab sich, dass eine partielle Oberlappenplastik das erkrankte Lungengewebe zwar zur Retraktion, und Kavernen zur Verkleinerung bringen kann, dass aber nur dann für den Heilverlauf eine genügende Wirkung zu erhoffen ist, wenn gleichzeitig durch Ausdehnung der Rippenresektion auf die unteren Thoraxabschnitte auch eine Ruhigstellung der Lunge erreicht wird. Geradezu notwendig wird aber diese Beeinflussung des Unterlappens bei Oberlappentuberkulosen, wenn es sich um kavernöse Phthisen mit grossen Sputumengen handelt. Hier ist die Gefahr einer Aspiration tuberkulösen Materials aus dem erkrankten Oberlappen in den gesunden Unterlappen ausserordentlich gross. Zweimal habe ich bei umschriebener Oberlappenplastik diese Aspiration beobachtet und diesem Eingriff seitdem stets die Einengung und Ruhigstellung des Unterlappens vorausgeschickt. Anfangs wurde diese Operation in 2 Sitzungen ausgeführt. Nach dem jetzigen Ausbau der Technik kann man aber in den allermeisten Fällen dem Kranken in einer Sitzung die Resektion der 11.—2. bzw. 1. Rippe zumuten (vergl. die genannte Arbeit). Wenn Wilms neuerdings glaubt, dass auch nach der Einengung des Unterlappens die Aspirationsgefahr fortbestehe, so kann ich demgegenüber auf meine Erfahrungen hinweisen. Bei 58 Kranken habe ich nunmehr die extrapleurale Thorakoplastik wegen Tuberkulose ausgeführt. Es trat nur bei den beiden isolierten Oberlappenplastiken eine Aspirationspneumonie auf derselben Seite ein. Klinisch war sie schon am ersten Tage nach der Operation als beginnende Pneumonie nachweisbar. Die Kranken gingen an den Folgen dieser Erkrankung nach 3 bzw. 4 Monaten zugrunde. Dagegen wurde in keinem der anderen Fälle eine Aspiration in den gesunden Unterlappen derselben Seite beobachtet. Die Ruhigstellung und Einengung des Unterlappens schloss eben diese Komplikation aus.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei fast allen fortgeschrittenen Oberlappentuberkulosen auch im Unterlappen vereinzelt Herde angetroffen werden. Hier ist die Einengung des Unterlappens ohne weiteres indiziert. Andererseits muss zugegeben werden, dass der Eingriff bei kleineren, scharf umgrenzten Prozessen im Oberlappen und vollständig gesunden Unterlappen im Missverhältnis zu der Ausdehnung der Erkrankung steht...