



ZdK

Zentralkomitee
der deutschen Katholiken

Argumentationshilfen
zur aktuellen Debatte um die
Präimplantationsdiagnostik

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1. Darstellung des Diskussionsstandes zur PID
2. Dirk Lanzerath: "Präimplantationsdiagnostik – Zentrale Fakten und Argumente",
in: Konrad-Adenauer-Stiftung: Analysen und Argumente, Ausgabe 85, November 2010.
3. Hille Haker: "PID bleibt ethisch strittig – auch nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes",
in: ICEP-Argumente, Jg. 6/ Nr. 4/2010.
4. Weitere Literaturhinweise
Dietmar Mieth: "Genetische Frühelektion. In welcher Gesellschaft wollen wir leben?",
in: Stimmen der Zeit, Bd. 228 / Nr. 10/2010, S. 663-672.

Johannes Reiter: "Designtes Leben – Von der synthetischen Biologie bis zur Sterbehilfe",
in: Herder Korrespondenz, Jg. 64/ Nr. 8/2010, S. 389-394.

Eberhard Schockenhoff: "Diskriminierung mit rechtsstaatlicher Billigung. Zum PID-Urteil des
Bundesgerichtshofes", in: Internationale Katholische Zeitschrift "Communio", Jg. 39/ Nr. 4/2010,
S. 471-474.
5. Ausgewählte Positionierungen von ZdK, katholischen Verbänden, Organisationen und von
Diözesanräten

Beschluss der Vollversammlung des ZdK "Gesetzliches Verbot der Präimplantationsdiagnostik" im
November 2010.

Beschluss der Vollversammlung des ZdK zu Fragen der biomedizinischen Entwicklung und ihrer
ethischen Bewertung im Mai 2001.

Diözesanrat Augsburg: "Erklärung – Diözesanrat entschieden gegen Präimplantationsdiagnostik"
vom 14.10.2010.

Katholischer Deutscher Frauenbund: "KDFB für PID-Verbot", Pressemitteilung vom 26.10.2010.

Kolpingwerk Deutschland: "Wir sind nicht Herr über Leben und Tod!" Bundeshauptausschuss
des Kolpingwerkes Deutschland lehnt Präimplantationsdiagnostik (PID) ab. Presse- und Medien-
information vom 08.11.2010.

Deutscher Caritasverband: "Werdende Eltern und Menschen mit Behinderung unterstützen,
Präimplantationsdiagnostik verbieten", Stellungnahme vom 09.11.2010.

Brief der Katholischen Frauengemeinschaft Deutschlands und der Evangelischen Frauen in
Deutschland "Christliche Frauenverbände lehnen Präimplantationsdiagnostik ab" vom
15.11.2010 an politische Entscheidungsträger in der Bundesregierung und im Bundestag.

Hubert Wissing: "Mit Leidenschaft, Augenmaß und Frustrationstoleranz", in: Salzkörner, Jg. 16,
Nr. 4/ 2010.

Vorwort

Die politische Debatte um die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) ist durch das Urteil des Bundesgerichtshofes im Juli dieses Jahres neu entfacht worden. Das Urteil macht eine gesetzliche Neuregelung der PID notwendig. Dazu bedarf es einer breiten gesellschaftlichen Debatte und intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik. Sie betrifft uns als Christen in besonderer Weise, da eine Zulassung der PID Grundsätze unseres christlichen Menschenbildes verletzen würde.

Diese Materialsammlung soll daher der grundsätzlichen Information der katholischen Laien über das Thema PID dienen und möglichst viele Mitchristen für dessen Bedeutung sensibilisieren. Dazu enthält die Sammlung zunächst eine Darstellung des Diskussionsstandes zur PID mit den wichtigsten Erläuterungen zu medizinischen, rechtlichen und ethischen Aspekten, dann zwei Artikel zur ethischen Debatte um die PID sowie schließlich weitere Literaturhinweise und eine Zusammenstellung ausgewählter, bisheriger Positionierungen des ZdK sowie aus katholischen Verbänden, Organisationen und den Diözesanräten.

Als katholische Christen können und sollten wir in unserem gesellschaftlichen und sozialen Umfeld Überzeugungsarbeit für unser Anliegen eines gesetzlichen Verbots der PID leisten und den Zugang zu Funktions- und Entscheidungsträgern in Politik und Gesellschaft suchen, insbesondere zu den örtlichen Bundestagsabgeordneten und örtlichen Parteiverbänden. Ansprechpartner sind aber auch die anderen christlichen Kirchen vor Ort sowie nichtkonfessionelle Partner wie die Behindertenverbände, z.B. die Lebenshilfe. Denn ein gemeinsames, partnerschaftliches Bündnis für den Lebensschutz wird die Legitimation unseres Anliegens und seine Durchschlagskraft deutlich erhöhen.

Es ist wichtig, dass wir uns entschieden und öffentlich wahrnehmbar an der politischen Debatte zur PID beteiligen. Wir fordern die Abgeordneten des Deutschen Bundestages auf, sich für ein gesetzlich ausdrücklich verankertes Verbot der PID in Deutschland auszusprechen.

Dr. Stefan Vesper

- Generalsekretär -

1. Darstellung des Diskussionsstandes zur PID

Die komplexe Thematik der PID wird sowohl in der Wissenschaft als auch in der Politik mit Hilfe vieler Fachbegriffe debattiert. Dieses Papier dient dazu, die grundlegenden medizinischen, rechtlichen sowie ethischen Aspekte der Thematik in verständlicher Sprache zusammenzufassen und somit auch für ein breites Publikum zugänglich zu machen.

PID – Begriff und Verfahren

Mit dem Begriff der Präimplantationsdiagnostik (PID) bezeichnet man Untersuchungen, die eine Diagnose an Embryonen ermöglichen, die außerhalb des Körpers, insbesondere im Rahmen der "künstlichen Befruchtung", der sogenannten In-Vitro-Fertilisation, gewonnen werden. Bei dieser Befruchtung im Reagenzglas werden nach einer hormonellen Stimulation der Eierstöcke einige Eizellen aus dem Körper der Frau entnommen und außerhalb des Körpers, also "extrakorporal", in einem Gefäß mit den Spermien des Mannes zusammengeführt. Die Spermien befruchten die Eizellen und die daraus entstandenen Embryonen werden in die Gebärmutter der Frau eingepflanzt. Wenn diese Embryonen sich dort einnisten, kommt es zu einer Schwangerschaft.

Die PID wird vor dem Transfer in den weiblichen Körper, aber nach der Verschmelzung von Eizelle und Spermien zum Embryo und somit nach dem Beginn des menschlichen Lebens vorgenommen. Dabei wird das Erbgut von ein bis zwei Zellen eines mehrere Tage alten Embryos entnommen. Das Erbgut dieser entnommenen Zellen wird auf krankheitsrelevante Merkmale wie bestimmte Erbkrankheiten oder signifikanten Veränderungen des menschlichen Genoms untersucht. Dabei muss zwischen der Entnahme von totipotenten und pluripotenten Zellen unterschieden werden. Totipotente Zellen, die 2-3 Tage nach der Befruchtung (Blastomerenstadium) entnommen werden, können sich unter bestimmten Bedingungen zu eigenständigen Embryonen entwickeln. Entnommene Zellen im Blastozystenstadium, d.h. 5 bis 6 Tage nach der Befruchtung, sind hingegen pluripotent und können sich nur noch zu verschiedenen Organen und Geweben, aber nicht mehr zu einem gesamten Organismus entwickeln.

Von der PID zu unterscheiden sind die Verfahren der Präkonzeptions- bzw. Präfertilisationsdiagnostik. Bei letzterer werden die Polkörper der Eizellen der Frau bereits vor der Befruchtung untersucht und Informationen über das mütterliche Erbgut gewonnen. Dieses Verfahren kann durch die präkonzeptionelle Untersuchung männlicher Samenzellen ergänzt werden, wobei die Hauptschwierigkeit einer genetischen Untersuchung männlicher Samenzellen darin besteht, dass sie durch die Untersuchungsverfahren zerstört werden können und so für eine spätere Befruchtung einer Eizelle nicht mehr zur Verfügung stehen.

Die Risiken der In-Vitro-Fertilisation bestehen für die Frauen in der Gefahr einer Infektion bei Entnahme der Eizelle und beim Transfer des Embryos in die Gebärmutter, in hormonellen Störungen, in häufig auftretenden Mehrlingsschwangerschaften sowie in den hohen psychischen Belastungen durch die Hormonbehandlungen und die Hoffnungen und Ängste bezüglich des Erfolges der künstlichen Befruchtung. Bei der PID ist das Risiko der Verwerfung von Embryonen auch nach nicht aussagekräftigen Untersuchungsergebnissen oder nach Fehldiagnosen sowie in der Zerstörung oder Schädigung bei der Entnahme der zu untersuchenden Zellen zu bedenken.

In den vergangenen Jahren ist die Nachfrage nach solchen medizinischen Kinderwunschbehandlungen gestiegen, da in Deutschland 3 bis 10 % der Paare ungewollt kinderlos bleiben. Hauptgrund sind Fruchtbarkeitsstörungen, die insbesondere auf die Verschiebung des Kinderwunsches in eine spätere Lebensphase mit sinkender weiblicher Fruchtbarkeit, auf Umweltbelastungen, auf eine ungesunde Lebensführung sowie auf Geschlechts- und Harnwegerkrankungen zurückzuführen sind. Viele Paare bringt die Diagnose einer Fruchtbarkeitsstörung an die Grenzen ihrer seelischen Belastbarkeit und in eine sehr stressvolle Lebenssituation, laut einigen Studien vergleichbar mit dem Verlust eines Partners oder dem Tod eines Kindes. Jährlich nehmen daher ca. 200.000 Paare reproduktionsmedizinische Hilfen in Anspruch. Nach einer In-Vitro-Fertilisation wurden im Zeitraum von 1999 bis 2008 über 100.000 Kinder geboren. Die Erfolgsquote bei der Kinderwunschbehandlung, die sogenannte "Baby-Take-Home-Quote" nach einer In-Vitro-Fertilisation liegt in Deutschland aktuell bei ca. 17,5 % (2008). Dabei gilt jedoch folgender Grundsatz: Je älter die Frau, desto geringer sind die Erfolgsaussichten. Insbesondere ab 35 Jahren nimmt die Erfolgsquote rapide ab. Zur Erhöhung der Erfolgsaussichten werden daher mehrere Embryonen in die Gebärmutter transferiert mit der Konsequenz eines erhöhten Risikos hormoneller Störungen und einer hohen Anzahl von Mehrlingsschwangerschaften mit einhergehenden Gesundheitsrisiken und Belastungen. In den letzten 10 Jahren ist außerhalb Deutschlands eine Entwicklung zu beobachten, die Anzahl transferierter Embryonen zu reduzieren. Diese Reduktion wird mit den psychischen Belastungen der Beteiligten vor, während und nach erfolgter Behandlung begründet, die nicht zu unterschätzen sind. Jedoch ergibt sich das Problem überzähliger Embryonen, die durch den Auswahlprozess bei der PID nicht in den Mutterleib transferiert werden.

Rechtliche Lage

Das Embryonenschutzgesetz (ESchG) erlaubt die künstliche Befruchtung für maximal drei Eizellen pro Frau. Gleichzeitig sieht es vor, dass alle erzeugten Embryonen auch implantiert werden müssen, um die Auswahl zwischen Embryonen genauso zu verhindern wie die Zeugung auf Vorrat. Unstrittig ist, dass die PID an totipotenten Zellen laut § 8 ESchG verboten ist, da sie als Embryo definiert und somit vom ESchG geschützt werden. Diskutiert wurde hingegen lange, ob die PID an pluripotenten Zellen im Sinne der deutschen Gesetzgebung und des ESchG erlaubt ist. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des ESchG im Januar 1991 wurde die PID an pluripotenten Zellen in Deutschland noch nicht praktiziert und wurde somit im ESchG nicht explizit geregelt. Vor diesem Hintergrund erklärte der Bundesgerichtshof im Juli 2010 die PID an pluripotenten Zellen für juristisch zulässig, da diese Form der PID, wenn sie mit dem Ziel der Herbeiführung einer Schwangerschaft und zum Ausschluss von drohenden Erbkrankheiten durchgeführt werde, nicht gegen die Bestimmungen des Embryonenschutzgesetzes verstoße. Auch das am 1.2.2010 in Kraft getretene Gendiagnostikgesetz, das genetische Untersuchungen bei Menschen sowie die Verwendung genetischer Proben und Daten regelt, habe laut BGH keine Regelung für die PID getroffen.

PID - Politische und ethische Debatte

Durch den jüngsten Richterspruch des BGH ist deutlich geworden, dass das Embryonenschutzgesetz in der zentralen Frage der Zulässigkeit von PID in beide denkbare Richtungen ausgelegt werden kann.

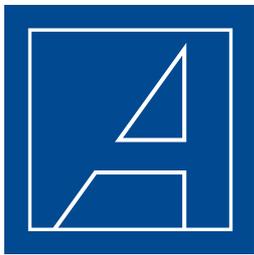
Deshalb plädiert das Zentralkomitee der deutschen Katholiken für eine unverzügliche erneute Befassung des Deutschen Bundestages mit den Grenzen der Reproduktionsmedizin und fordert die Abgeordneten des Deutschen Bundestages auf, sich für ein gesetzlich ausdrücklich verankertes Verbot der PID in Deutschland auszusprechen (ZdK Pressemeldungen vom 06.07.10, 12.07.10, 12.10.10 und 16.11.10). Die schwarz-gelbe Koalition hat sich – da in CDU/ CSU und FDP verschiedene Auffassungen vertreten werden – bereits darauf verständigt, keinen eigenen Koalitionsantrag zur Regelung der PID in den Bundestag einzubringen, sondern den Fraktionszwang aufzuheben. Die Frage über die Zulassung der PID wird daher als Gewissensfrage im Bundestag, wie schon in der Vergangenheit bei vergleichbaren ethischen Konfliktfällen üblich, mit fraktionsübergreifenden Anträgen beraten werden.

Befürworter halten die PID für ein wichtiges Mittel, um Eltern mit schweren genetischen Vorbelastungen die Entscheidung für ein Kind zu erleichtern. Sie heben das Recht auf körperliche Unversehrtheit der Frau hervor, von der man nicht verlangen könne, sich einen kranken Embryo einpflanzen zu lassen. Sie weisen darauf, dass die psychische und körperliche Belastung für Paare, die auf natürlichem Wege kein Kind bekommen können und sich daher den Verfahren einer In-vitro-Fertilisation unterziehen, sehr hoch sei. Sie treten für das Recht auf Inanspruchnahme der PID bei Paaren ein, die angesichts einer genetischen Veranlagung das Risiko minimieren wollen, ein Kind zu bekommen, das durch eine schwere Krankheit oder Behinderung beeinträchtigt wird oder absehbar nicht lebensfähig ist.

Die Kritiker der PID sehen in ihr ein Selektionsverfahren und somit eine Unterscheidung zwischen lebenswertem und vermeintlich nicht lebenswertem Leben, die dem Menschen nicht zustehe und die die grundgesetzlich verbürgte Würde des Menschen in Frage stelle. Sie befürchten die Diskriminierung und sinkende Akzeptanz kranker und behinderter Menschen. Es komme nicht mehr allen Embryonen der gleiche Schutz des Staates zu, wenn in der Konsequenz Embryonen mit genetischen Auffälligkeiten nicht zur Herbeiführung einer Schwangerschaft verwendet würden. Für die Anwendung der PID würden absehbar mehr Embryonen erzeugt als benötigt, so dass als ethisches Folgeproblem die Frage nach dem Verbleib überzähliger Embryonen aufgeworfen würde. Das geltende Embryonenschutzgesetz sehe jedoch ausdrücklich vor, dass keine überzähligen Embryonen erzeugt werden dürften.

Die Befürworter einer Liberalisierung der PID argumentieren mit dem Hinweis auf einen Wertungswiderspruch, den sie zwischen der Forderung eines gesetzlichen Verbots der PID und dem geltenden Recht bei Spätabtreibungen nach einer Pränataldiagnostik (PND) sehen. Sie sind der Auffassung, dass durch die Anwendung der PID Schwangerschaftskonflikte und Abtreibungen nach einer PND vermieden würden. Kritiker widersprechen diesem Argument, da PID und PND nicht ohne Weiteres miteinander vergleichbar seien. Denn die PND beziehe, anders als die PID, ihre Rechtfertigung in vielen Fällen daraus, Aufschluss über heil- oder frühzeitig behandelbare Erkrankungen des Fötus zu liefern. Es sei aber keine Rechtfertigung für pränatale Untersuchungen, durch sie Krankheiten oder Behinderungen als Prüfkriterium für die Fortsetzung der Schwangerschaft feststellen zu können. Eine straffreie Spätabtreibung nach einer PND sei nach geltendem Recht (§§ 218 f. StGB) einzig auf der Grundlage einer medizinischen Indikation möglich, also bei gesundheitlicher Gefährdung der Mutter, nicht aber aufgrund einer embryopathischen Indikation, d.h. bei angeborenen Erkrankungen oder Fehlbildungen des Embryos. Die Entscheidung gegen eine Fortsetzung der Schwangerschaft sei auch nach einem entsprechenden Befund der PND keineswegs unausweichlich, während eine PID keinen anderen Zweck als das Aussortieren von Embryonen mit bestimmten genetischen Merkmalen habe.

Die meisten Befürworter der PID sprechen sich nicht für eine generelle Freigabe der PID aus, sondern schlagen vor, die Anwendung der PID nur in bestimmten Fällen und bei gewissen genetischen Erbkrankheiten zu erlauben. Die Gegner der PID befürchten eine Stigmatisierung bestimmter Krankheitsbilder und Behinderungen. Sie gehen davon aus, dass sie sich aufgrund der hohen Individualität der Fälle nicht trennscharf abgrenzen lassen. Dazu verweisen sie auf die Erfahrungen in anderen europäischen Ländern, in denen die PID gesetzlich erlaubt ist, beispielsweise in Großbritannien. Vor dem Hintergrund der dortigen Entwicklung sei selbst bei einer Verständigung darauf, was hinreichend schwere genetische Erbschäden seien, und einer transparenten Liste von Indikationen zu befürchten, dass diese mit der Zeit immer umfangreicher werde. Man begeben sich auf die schiefe Ebene der zunehmenden Abhängigkeit des Lebensrechtes eines Kindes von seiner (prognostizierten) Gesundheit. Sie sind überzeugt, dass die Zulassung der PID nach strengen Kriterien in einem begrenzten Indikationskatalog keine sinnvolle Kompromisslösung zwischen Befürwortern und Kritikern der PID darstelle.



AUSGABE 85
November 2010

ANALYSEN & ARGUMENTE

Präimplantationsdiagnostik – Zentrale Fakten und Argumente

Dirk Lanzerath (ext.)

Seit dem Urteil des Bundesgerichtshofes im Juli 2010, das die Präimplantationsdiagnostik (PID) in bestimmten Fällen für rechtlich zulässig erklärt, nimmt die Intensität der Debatte in Politik und Gesellschaft über dieses umstrittene diagnostische Verfahren, die Reproduktionsmedizin und den Lebensschutz wieder zu.

Im vorliegenden Papier werden die medizinischen Sachverhalte, die rechtlichen Regelungen und Stellungnahmen sowie die ethischen Aspekte der PID erläutert. Es erklärt die wichtigsten Pro- und Kontra-Argumente, gibt einen zusammenfassenden Überblick über die rechtliche Situation in ausgewählten Nachbarländern, skizziert mögliche gesellschaftliche Folgen und reflektiert die PID vor der grundlegenden Frage nach dem ethischen Status des Embryos.

Die Konrad-Adenauer-Stiftung will damit die politische Meinungsbildung zu diesem schwierigen Thema unterstützen.

Ansprechpartner

Dr. Norbert Arnold
Leiter des Teams Gesellschaftspolitik
Hauptabteilung Politik und Beratung
Telefon: +49(0)30 2 69 96-35 04
E-Mail: norbert.arnold@kas.de

Postanschrift:

Konrad-Adenauer-Stiftung, 10907 Berlin

www.kas.de

publikationen@kas.de

ISBN 978-3-941904-93-4



INHALT

3 | A. MEDIZINISCHE ASPEKTE

a. Zellentnahme am Embryo	4
b. Ziele	4
c. Alternative Verfahren	4
d. Risiken	4

5 | B. RECHTLICHE REGELUNGEN UND STELLUNGNAHMEN

I. Die PID und das Embryonenschutzgesetz in Deutschland.....	5
II. Richtlinien und Empfehlungen in Deutschland	6
III. Die Regelungen in ausgewählten Nachbarländern Deutschlands.....	6

7 | C. ETHISCHE ASPEKTE

I. Der normative Status verschiedener Anwendungsziele der PID.....	7
a. Selektion von Embryonen mit genetischen Krankheitsdispositionen	7
b. Selektion von Embryonen aufgrund ihrer Eignung als Spender für ein erkranktes Geschwisterkind.....	8
c. Medizinisch nicht indizierte Selektion von Geschlecht und anderen Merkmalen.....	8
II. Status und Schutz des Embryos.....	8
a. Spezies-, Potentialitäts-, Kontinuitäts- und Identitätsargument.....	9
b. Ethische Fragen von PID und künstlicher Befruchtung	10
III. Mögliche gesellschaftliche Folgen einer Zulassung der PID	10
a. Gefahr der Diskriminierung.....	10
b. Technisierung von Fortpflanzung und Schwangerschaft: Von der PND über IVF zur PID.....	11

13 | DER AUTOR



Seit der Bundesgerichtshof (BGH) im Juli 2010 ein Urteil des Berliner Landgerichts vom Mai 2009 bestätigt und damit die Präimplantationsdiagnostik in einer bestimmten Form auch im Rahmen des Embryonenschutzgesetzes für zulässig erklärt hat, ist in Deutschland die ethische und rechtspolitische Debatte zur modernen Reproduktionsmedizin wieder neu belebt worden.

Unter „Präimplantationsdiagnostik“ (PID)¹ werden *diagnostische Verfahren (Teil A)* im Rahmen der künstlichen Befruchtung verstanden, mit deren Hilfe Embryonen im Labor (in vitro) auf genetische Krankheitsdispositionen hin untersucht werden. Der positive oder negative Befund wird dann zum Entscheidungskriterium dafür, ob der Embryo mit der Absicht, eine Schwangerschaft herbeizuführen, in die Gebärmutter transferiert wird oder nicht.

Eine klare einzelgesetzliche Regelung der PID existiert bislang in Deutschland nicht; rechtswissenschaftlich gab es unterschiedliche Positionen zur Auslegung des Embryonenschutzgesetzes. Gleichwohl hat das oben genannte Urteil des BGH nicht nur höchstrichterlich zur Auslegung des Embryonenschutzgesetzes hinsichtlich der Zulässigkeit der PID beigetragen, sondern auch gleichzeitig den Gesetzgeber zu klaren *gesetzlichen Regelungen (Teil B)* aufgefordert. Deutschlands Nachbarländer haben teilweise schon länger Regelungen zur PID gesetzlich verankert.

In der für die rechtspolitische Debatte bedeutenden *ethischen Diskussion (Teil C)* über die Rechtfertigbarkeit der PID, können drei größere Themenkomplexe voneinander unterschieden werden, die unterschiedlich kontrovers diskutiert werden. Der erste Themenkomplex betrifft die Hochrangigkeit der *Anwendungsziele (C.I)* der PID, wie etwa Paaren mit schweren erblichen Belastungen biologisch eigenen „gesunden“ Nachwuchs zu ermöglichen, aber auch eine Immuntypisierung für eine spätere Zell- oder Gewebespende für ein erkranktes Geschwisterkind bei einem Embryo vorzunehmen. Der zweite Komplex betrifft die PID als *Mittel (C.II)* zur Erreichung dieser Ziele. Denn es gilt zu erörtern, ob die Selektion derjenigen Embryonen, die aufgrund eines positiven Befunds nicht transferiert werden, die Rechte und Schutzansprüche des betreffenden Embryos verletzt. Dabei wird die prinzipielle Schutzwürdigkeit nur von wenigen Autoren ganz in Zweifel gezogen wird. Diese Schutzansprüche sind dann abzuwägen mit der Vermeidung zukünftigen Leids und hoher Belastungen von Kind und Familie. Hier ist zu prüfen, ob nicht die Schutzansprüche des Embryos der reproduktiven Freiheit und Selbstbestimmung von Frauen und Paaren gewisse Grenzen ziehen müssen. Mit dieser Frage wird der dritte ethische Themenkomplex aufgeworfen, nämlich der nach den gesamtgesellschaftlichen *Folgen (C.III)* einer Zulassung der PID. Diese betreffen unsere Ansprüche an eine moderne Fortpflanzungsmedizin sowie die sich da-

durch verändernden gesellschaftlichen Vorstellungen über reproduktive Verantwortung und verantwortete Elternschaft.

Die folgenden Abschnitte möchten zentrale Sachverhalte zur PID und wesentliche Argumente aus der ethischen und rechtspolitischen Debatte zusammenstellen. Es wird Wert darauf gelegt, dass man zu einer ausgewogenen moralischen Bewertung der PID nur dann kommen kann, wenn man sie nicht isoliert betrachtet, sondern den gesamten Handlungsrahmen mit in Betracht zieht. Dabei spielt vor allem eine Rolle, dass das gesamte Fortpflanzungsgeschehen in den modernen Industrieländern sehr stark technisiert worden ist und sich auch in Deutschland im Rahmen des natürlichen Schwangerschaftsverlaufs eine Praxis der pränatalen Diagnostik eingestellt hat, die in vielen Fällen bei pathologischem Befund einen Schwangerschaftsabbruch zur Folge hat. Dies sind Indikatoren für die gegenwärtigen gesellschaftlichen Einstellungen zur modernen Fortpflanzungsmedizin sowie zur Rechtsauffassung in diesem Zusammenhang.

A. MEDIZINISCHE ASPEKTE

Die Techniken, die eine PID ermöglichen, wurden zwischen Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre vor allem in den USA, Großbritannien und Belgien entwickelt. Die frühen Anwendungen der PID fanden 1990 in Großbritannien statt.² Das erste lebend geborene Kind nach einer PID wurde im Jahr 1995 dokumentiert.³ Die Typisierung für das Humane Leukozytenantigen (HLA), um einen Embryo zu selektieren, der als immunkompatibler Gewebespende für ein Geschwisterkind in Frage kommt, wurde 2001 erstmalig beschrieben.⁴ Als Indikationen für die Durchführung einer PID werden in der internationalen medizinischen Literatur genannt: vorliegende schwere erbliche Belastung in der Familie durch monogene Erkrankungen wie Cystische Fibrose, Myotone Dystrophie, Spinale Muskelatrophie, Sichelzellanämie, β -Thalassämie, Chorea Huntington, Epidermolysis bullosa, Marker-X-Syndrom u. a., wiederholte Fehlgeburten, deren Ursachen in Chromosomenstörungen liegen können oder auch wiederholte erfolglose Behandlung durch In-vitro-Fertilisation (IVF). Eine niederländische Studie⁵ zweifelt jedoch die Steigerung von Schwangerschaftsraten von IVF mit nachfolgender PID gegenüber der Anwendung der IVF ohne PID an. Bei multifaktoriell bedingten Erkrankungen müssten viele genetische Risikofaktoren bei zahlreichen Embryonen untersucht werden, um einen wenig belasteten Embryo zu finden. Dies ist derzeit nicht praktikabel.⁶

Nach Angaben der *European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)* waren die häufigsten Anlässe für eine PID die beiden nicht behandelbaren neuronalen Erkrankungen Chorea Huntington und Myotone Dystrophie.⁷ Die Zahl der PID-Anwendungen in Europa wurde bis zum



Jahr 2005 auf etwa 12.000 geschätzt; die Anzahl der nach PID geborenen Kinder wird zwischen 2.000 und 5.000 oder höher vermutet.⁸ Aufgrund der Risiken und der Komplexität des Themas scheuen aber auch viele Paare die Anwendung der PID nach eingehender Beratung.⁹

a. Zellentnahme am Embryo

Die PID setzt eine vorhergehende *In-vitro-Fertilisation (IVF)*¹⁰ oder eine *Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)*¹¹ voraus, bei denen jeweils vorher die Stimulation der Eierstöcke zur Eizellgewinnung erfolgt ist. Die so erzeugten Embryonen können dann *in vitro* (im Labor) genetisch untersucht werden. Bei der weltweit häufiger angewandten Methode der PID werden dem drei Tage alten Embryo (6-10 Zell-Stadium (Blastomere)) ein bis zwei Zellen entnommen, die zu diesem Zeitpunkt noch *totipotent* sind (vgl. C.II). Bei diesen Zellen kann davon ausgegangen werden, dass sich bei entsprechenden Bedingungen aus ihnen ein eigenständiger Embryo entwickeln kann. Da die Zerstörung totipotenter Zellen als ethisch und rechtlich besonders umstritten gilt, wird vorgeschlagen, die Zellentnahme (Biopsie) erst fünf bis sechs Tage nach der Befruchtung vorzunehmen. Dieses Verfahren ist weniger stark verbreitet. Zu diesem Zeitpunkt befindet sich der Embryo im Blastozystenstadium. Die Mehrheit der Forscher ist der Auffassung, dass in diesem Stadium die embryonalen Zellen nicht mehr totipotent, sondern nur noch als *pluripotent* anzusehen sind.¹² Das heißt, sie können sich in alle Gewebetypen entwickeln, nicht aber mehr in einen vollständigen Organismus. Durch die zu diesem Zeitpunkt bereits wesentlich engeren Zellverbindungen (sog. Kompaktifizierung) besteht jedoch ein erhöhtes Risiko der Verletzung einzelner Zellen, deren Erbmateriale dann die Untersuchungsprobe verunreinigen könnte. Ferner kann es bei einer Zellentnahme in diesem Stadium eher zu einer Zerstörung des Embryos kommen als bei der Zellentnahme in früheren Stadien.

b. Ziele

In der genetischen Analyse des entnommenen biologischen Materials lassen sich Chromosomenstörungen (veränderte Zahl oder veränderte Struktur) oder andere genetische Veränderungen (Mutationen) erkennen. Ziel ist es, nur solche Embryonen in die Gebärmutter zu implantieren, bei denen sich keine erkennbaren Krankheitsdispositionen nachweisen lassen. In Einzelfällen wurde eine PID in verschiedenen Ländern auch zur Feststellung nicht krankheitsrelevanter Merkmale (z. B. Geschlecht) oder zur Prüfung der Eignung als Gewebespender (immunologische Gewebekompatibilität)¹³ für ein bereits geborenes Geschwisterkind angewandt.

Die Verfahren der PID ergeben keine endgültige diagnostische Sicherheit. Veröffentlichungen mit großen Fallzahlen gehen von Fehldiagnosen zwischen unter 1 % bei der Geschlechtsbestimmung und 7 % bei monogen bedingten Erbkrankheiten aus.¹⁴ Im Rahmen einer späteren Schwangerschaft müssen die Befunde durch die verschiedenen Verfahren der pränatalen Diagnostik (PND)¹⁵ weiter kontrolliert werden. Ferner existiert ein Risiko einer angeborenen Fehlbildung nach PID, das zwischen 2 % und 4 % angegeben wird.¹⁶ Wenn man Daten verschiedener Studien miteinander kombiniert, dann liegt im Erhebungsdurchschnitt die Schwangerschaftsrate nach einer PID bei etwa 29 %.¹⁷

c. Alternative Verfahren

Alternativ zur genetischen Untersuchung am Embryo wurden Diagnosetechniken an den weiblichen Keimzellen (Eizellen) entwickelt, weil diese als ethisch unbedenklich gelten. Für solche Verfahren sind die Begriffe Präkonzeptions- oder Präfertilisationstechnik eingeführt worden.¹⁸ Der Polkörper¹⁹ der Eizelle wird vor der künstlichen Befruchtung nach genetischen Dispositionen untersucht. Diese Methode erfasst jedoch nur das Erbgut der Mutter. Eine unmittelbar vergleichbare Methode an den männlichen Keimzellen (Spermien) ist bislang nicht möglich, weil ein solches Verfahren die Spermien zerstört. Es wird jedoch an Methoden gearbeitet, Spermien zu klonen, um dann die identisch duplizierten Zellen zu untersuchen und die unversehrten zur Befruchtung einzusetzen. Wohl ist es physikalisch möglich Spermien mit X- bzw. Y-Chromosomen²⁰ voneinander zu unterscheiden, so dass an Spermien durchaus präkonzeptionell eine Geschlechtswahl vorgenommen werden kann. Damit können geschlechtschromosomal gebundene genetische Erkrankungen vermieden werden.

d. Risiken

Die Risiken der PID-Verfahren entsprechen für die Frau zunächst denen der extrakorporalen Befruchtung durch IVF/ICSI ohne PID. Zum einen können durch die Eizellentnahme und beim Transfer der Embryonen nach der Diagnose Infektionen hervorgerufen werden, zum anderen tritt das ovarielle Hyperstimulations-Syndrom (OHSS)²¹ oft verstärkt auf. Dies ist dadurch bedingt, dass für die PID in der Regel mehr Eizellen gewonnen werden müssen als für die IVF/ICSI ohne PID, da viele Embryonen aufgrund nicht erfolgreicher Biopsien oder nicht aussagekräftiger Untersuchungsergebnisse nicht transferiert werden. Daher wird die hormonelle Stimulation im Zusammenhang mit der PID meist stärker angesetzt als bei einer *In-vitro-Fertilisation* ohne nachfolgende PID. Ob das Risiko einer Fehlbildung durch das Verfahren selbst erhöht wird, ist umstritten.²² Weitere Risiken bestehen in der Verletzung benachbarter Organe bei der Punktion sowie in den gehäuft auftretenden Mehrlingsschwangerschaften.



ten nach IVF. Des Weiteren können die Frau bzw. das Paar hohen psychischen Belastungen durch Hormonbehandlungen sowie durch Hoffnungen und Ängste hinsichtlich des Erfolges des Verfahrens ausgesetzt sein.

B. RECHTLICHE REGELUNGEN UND STELLUNGNAHMEN

I. Die PID und das Embryonenschutzgesetz in Deutschland

Eine gesetzliche Regelung der Präimplantationsdiagnostik ist in Deutschland derzeit (2010) nicht verankert. Wohl gibt es neben *verfassungsrechtlichen* Normen einzelgesetzliche Bestimmungen wie jene des *Embryonenschutzgesetzes (ESchG)*, aus denen sich einzelne Aspekte der rechtlichen Zulässigkeit der PID ableiten lassen.²³ So gilt unumstritten, dass die PID an Zellen, die im Blastomerenstadium entnommen wurden und damit als totipotent gelten, verboten ist. Nach § 8 des ESchG ist jede einzelne totipotente Zelle ein Embryo, der durch diese Legaldefinition geschützt ist. Eine Entnahme von totipotenten Zellen aus einem Embryo ist nach § 2 Abs. 1 des ESchG untersagt, da der entnommene Embryo nicht zum Zweck seiner eigenen Erhaltung entnommen und verwendet wird. Es wurde jedoch kontrovers diskutiert, ob die PID an Blastozysten im Sinne der deutschen Gesetzgebung erlaubt sein könne. Damit würde man mit Zellen arbeiten, die nicht mehr totipotent sind, sondern nach Auffassung der Mehrheit der Forscher nur noch pluripotent sind und daher nicht mehr in der Lage wären, sich zu einem vollständigen Organismus zu entwickeln. Da bei positivem Befund der Embryo verworfen würde und damit keine Schwangerschaft im Sinne von § 2 ESchG herbeigeführt werden würde, hielten viele Juristen auch dieses Verfahren für nicht mit dem ESchG vereinbar.²⁴

Dagegen hat jedoch das *Berliner Landgericht* im Mai 2009 entschieden, dass diese Form der PID, wenn sie mit dem langfristigen Ziel der Herbeiführung einer Schwangerschaft und zum Ausschluss von drohenden schweren Erbkrankheiten durchgeführt wird, nicht gegen Strafnormen des Embryonenschutzgesetzes verstoße. Das Berliner Landgericht ging davon aus, dass nicht die PID Behandlungszweck gewesen sei, sondern der explizite Wunsch der Patientin, eine Schwangerschaft herbeiführen zu wollen. Auch die Behandlung des Embryos durch den Arzt sei nicht missbräuchlich, weil ein Transfer in den Uterus nicht erzwungen werden kann. Der Einwilligungsvorbehalt der Patientin habe vielmehr den Ausschlag für die Verwerfung der Embryonen ergeben. Ganz im Gegenteil hätte sich der Arzt dann strafbar gemacht, wenn er Embryonen gegen den Willen der Patientin transferiert hätte. Damit blieb nur die Option des passiven „Absterbenlassens“, das nicht mit einem „aktiven Verwerfen“ gleichzusetzen sei, so die Argumentation des Ge-

richts. Zudem seien keine totipotenten Zellen zur Untersuchung verwendet worden. Um jedoch einer Ausweitung von Selektionskriterien im Rahmen der Anwendung der Präimplantationsdiagnostik vorzubeugen, fordert das Gericht den Gesetzgeber ausdrücklich dazu auf, eine Regelung der PID im ESchG zu verankern.²⁵

Der 5. („Leipziger“) Strafsenat des *Bundesgerichtshofs* hat schließlich im Juli 2010 das Berliner Urteil bestätigt. Damit wurde die PID bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen (also mit dem Ziel der Herbeiführung einer Schwangerschaft als Untersuchung von Zellen im Blastozystenstadium zum Ausschluss schwerwiegender genetischer Erkrankungen) höchstrichterlich für straffrei erklärt. Der BGH stellt fest, dass die Präimplantationsdiagnostik zur Entdeckung schwerer genetischer Schäden des extrakorporal erzeugten Embryos nicht strafbar sei, da „nicht mit der im Strafrecht erforderlichen Bestimmtheit ein Verbot der bei Erlass des Embryonenschutzgesetzes im Jahr 1990 erst im Ausland entwickelten PID abgeleitet werden“ könne, zumal eine PID im Blastozystenstadium den Embryo nach aktuellem Erkenntnisstand nicht schädige und seinem im ESchG intendierten Schutz vor Missbräuchen damit nicht zuwider liefe. Ferner lautet die Einschätzung, dass nicht davon ausgegangen werden könne, „dass der Gesetzgeber sie [die PID] verboten hätte, wenn sie bei Erlass des Embryonenschutzgesetzes schon zur Verfügung gestanden hätte“. Der BGH betont jedoch ausdrücklich, dass „der Gegenstand seiner Entscheidung nur die Untersuchung von Zellen auf schwerwiegende genetische Schäden zur Verminderung der genannten Gefahren im Rahmen der PID“ sei und will damit einen Dammbrech zu einer unbegrenzten Selektion von Embryonen, etwa nach Wunschgeschlecht, vermeiden.²⁶

Über eine Regelung der PID wird seit langem in Deutschland diskutiert. Ein spezifisches Urteil des Bundesverfassungsgerichts liegt derzeit nicht vor. Bei einer gesetzlichen Regelung sind einerseits die Grundrechte des Embryos zu beachten (Recht auf Menschenwürde und Recht auf Leben), andererseits spielen die Rechte des Paares und hier vor allem der Frau eine gewichtige Rolle (Recht der Frau auf körperliche Unversehrtheit, allgemeines Persönlichkeitsrecht, Recht auf Fortpflanzung), aber auch die Berufsfreiheit des Arztes muss Beachtung finden.²⁷ Umstritten ist jedoch, ob aufgrund der Situation *in vitro* ähnliche Argumente geltend gemacht werden können wie im Rahmen des Grundkonflikts beim Schwangerschaftsabbruch (§ 218 StGB), da die von vornherein enge Bindung zwischen Mutter und Embryo im Rahmen einer Schwangerschaft hier so nicht gegeben ist und zudem der Arzt als zusätzlicher und mitverantwortlicher Akteur hinzutritt. Denn bei einer Pränataldiagnostik (PND) stünden bereits das Lebensinteresse von Mutter und Kind gegeneinander, während im Falle der PID durch die Erzeugung von Embryonen diese Situation absichtlich hervorge-



bracht werde. Daher böte dieses Argument keinen hinreichenden Grund, die Handhabung der PID ethisch und rechtlich an die Handhabung der PND anzugleichen. Auch wenn die Grundsituation verschieden ist, wird von einigen ein Wertungswiderspruch zu der rechtlichen Zulässigkeit der PND im Mutterleib gesehen, nach der die Frau im Falle der Diagnose einer schädlichen genetischen Disposition sich für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden kann, während die PID als eine auf das gleiche Ergebnis zielende Methode vor der Implantation und damit zu einem früheren Zeitpunkt unzulässig sein soll. Die *Befürworter* der PID machen geltend, dass der Hintergrund in beiden Fällen, nämlich eine Antizipation unzumutbarer postnataler Belastungen durchaus vergleichbar sei; die *Kritiker* hingegen führen aus, dass ein solcher Konflikt nicht vorweg genommen werden könne.²⁸

II. Richtlinien und Empfehlungen in Deutschland

Die *Bundesärztekammer (BÄK)* geht in ihrem Diskussionsentwurf zur PID aus dem Jahr 2000 davon aus, dass die Entnahme nicht-totipotenter Zellen aus der Blastozyste zu diagnostischen Zwecken, die am Ende das Ziel haben soll, eine Schwangerschaft einzuleiten, mit dem ESchG vereinbar ist. Der Richtlinienentwurf sieht eine restriktive Anwendung der PID vor, indem er sie auf Paare beschränkt „für deren Nachkommen ein hohes Risiko für eine bekannte und schwerwiegende, genetisch bedingte Erkrankung“ vorliegt. Diese bekannten und schwerwiegenden, genetisch bedingten Erkrankungen werden im Einzelnen nicht benannt. Spätmanifeste Krankheiten sollen von der Diagnose ausgeschlossen bleiben.²⁹ Eine neue Stellungnahme seitens der BÄK nach dem Urteil des BGH wird erwartet.

Auch die *Enquete-Kommission* des 14. Deutschen Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“ hat sich in ihren Beratungen mit dem Thema PID befasst. Die Empfehlungen sind in ihrem „Schlussbericht“ (Berichtsabschnitt PID) formuliert, der am 14. Mai 2002 dem Bundestagspräsidenten übergeben und publiziert wurde. Eine Mehrheit von 16 Kommissionsmitgliedern spricht sich darin dafür aus, „die PID in Deutschland nicht zuzulassen und das im ESchG enthaltene Verbot der in-vitro-Fertilisation zu diagnostischen Zwecken ausdrücklich im Hinblick auf die PID zu präzisieren“. Eine Minderheit von drei Mitgliedern empfiehlt hingegen, „eine PID für hilfeschuchende Paare mit einem nachweisbar hohen genetischen Risiko“ unter besonderen Voraussetzungen in bestimmten Ausnahmefälle zu erlauben.³⁰

Umgekehrte Mehrheitsverhältnisse bei den Voten zur Einschätzung der PID findet man in der am 23. Januar 2003 vorgelegten Stellungnahme des *Nationalen Ethikrates*. Dort sprechen sich 15 Mitglieder mehrheitlich für eine „eng begrenzte Zulassung der PID“ aus. Wie im Fall des Diskus-

sionsentwurfs der BÄK werden diese nicht genau definiert. Nur eine Minderheit von sieben Mitgliedern votiert dafür, „das im geltenden ESchG enthaltene Verbot der PID beizubehalten und im Hinblick auf die PID zu präzisieren“. In einem ergänzenden Votum schließen sich zwei Mitglieder dem Minderheitsvotum grundsätzlich an, vertreten jedoch die Ansicht, „dass in einem existenziellen Konfliktfall die zu treffende Gewissensentscheidung des Individuums frei sein muss und nicht durch ein staatliches Strafgesetz erzwungen werden kann“. Alle Mitglieder kommen in der Empfehlung überein, „alle mit der Reproduktionsmedizin zusammenhängenden wesentlichen Fragen in einem speziellen Fortpflanzungsmedizinengesetz zu regeln“.³¹

In einer eigenen Stellungnahme zur Polkörperdiagnostik aus dem Jahr 2004 sieht der *Nationale Ethikrat* einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf mit Blick auf die Polkörperdiagnostik nicht, doch wird dem Gesetzgeber erneut empfohlen, ein umfassendes Fortpflanzungsmedizinengesetz zu erlassen.³² Vom *Deutschen Ethikrat* wird eine Stellungnahme zur PID erwartet.

III. Die Regelungen in ausgewählten Nachbarländern Deutschlands

In den Nachbarländern Deutschlands sind die Regelungen zur PID sehr unterschiedlich. So erlaubt das *österreichische* Fortpflanzungsmedizinengesetz die Untersuchung von entwicklungsfähigen Zellen nur, insoweit dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung für die Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist (FMedG Art 1 § 9). Die *österreichische Bioethikkommission* beschäftigte sich im Juli 2004 auch mit der PID. Im abschließenden Votum votierten 12 der 19 Mitglieder für eine begrenzte Zulassung, während sich sieben Mitglieder für die Beibehaltung der gesetzlichen Lage aussprachen.³³

In der *Schweiz* ist eine Selektion von Keimzellen erlaubt, wenn die Gefahr besteht, dass eine schwere unheilbare Krankheit auf die Nachkommen übertragen wird (Fortpflanzungsmedizinengesetz Art. 33). Die PID an Embryonen ist jedoch grundsätzlich verboten (FMedG Art 5 III). Die in-vitro-Erzeugung von Embryonen ist in der Schweiz nur zulässig, wenn dadurch die Unfruchtbarkeit eines Paares überwunden werden soll und andere Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind (FMedG Art. 5). Die Polkörperdiagnostik ist zugelassen.

Sehr früh hat *Großbritannien* den Weg für eine PID gesetzlich bereitet und lässt die Einhaltungen des sehr umfassenden Gesetzes von einer eigens eingerichteten Behörde beaufsichtigen. Mit dem 1990 verabschiedeten *Human Fertilization and Embryology Act* wurde in Großbritannien ein rechtlicher Rahmen für den Umgang mit künstlich be-



fruchteten Embryonen gesteckt. PID und die damit einhergehende Selektion von Embryonen sind an lizenzierten Zentren generell erlaubt. Das britische Gesundheitsministerium hat 2002 Richtlinien für die Inanspruchnahme von PID herausgegeben. Gründe für PID sind demnach schwerwiegende Erbkrankheiten, chromosomale Störungen und die Eignung als Gewebespende für ein bereits lebendes erkranktes Geschwisterkind unter bestimmten Voraussetzungen, wobei eine medizinische Indikationserweiterung vorausgesehen wird. Eine Selektion nach Geschlecht des Embryos ist streng reglementiert: Gemäß des Absatzes 10D des von der *Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA)* herausgegebenen *Code of Practice, 8th Edition* (2009) darf diese nur durchgeführt werden, wenn die medizinische Indikation der Gefahr einer geschlechtsgebundenen Erbkrankheit besteht.

In Frankreich wird die Anwendung von PID seit 1994 durch das Bioethikgesetz (*Loi No. 94-654 du 29 juillet 1994*) reguliert. Eine Neufassung trat 2004 in Kraft (*Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique*). Die PID ist demnach nur zur Vermeidung schwerer genetischer Krankheiten erlaubt, die zum Zeitpunkt der Diagnose als unheilbar und unheilbar gelten. Die Diagnostik darf nicht durchgeführt werden, wenn nicht zuvor eindeutig bei einem Elternteil die Anomalie festgestellt wurde, die für jene Krankheit verantwortlich ist. Sie darf nur in einer speziell hierfür zugelassenen Einrichtung durchgeführt werden. Paare müssen vorab mindestens zwei Jahre zusammenleben.

In den Niederlanden trat am 1. September 2002 der Embryo Act in Kraft. Nach ihm ist die PID gesetzlich nicht untersagt. Eine geschlechtsspezifische Selektion von Embryonen ist jedoch verboten. Seit Mai 2008 wird im Parlament über die Möglichkeit diskutiert, ob Embryonen, die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für beispielsweise erblich bedingten Krebs aufweisen, vor der Implantation aussortiert werden dürfen. Derzeit liegt aber noch kein Gesetzentwurf vor.

In Belgien ist die PID nicht explizit gesetzlich geregelt. Sie wird unter dem Begriff „Behandlung“ jedoch implizit durch das seit dem 11. Mai 2003 geltende Gesetz zur Forschung an Embryonen (*Loi relative à la recherche sur les embryons in vitro*) geregelt. Bei vorliegender medizinischer Indikation und nach Antrag an die zuständige Bioethikkommission wird die PID in lizenzierten Zentren durchgeführt. Eine geschlechtsspezifische Auswahl von Embryonen ist verboten, mit Ausnahme der Selektion, die es erlaubt, Embryonen mit geschlechtsgebundenen Krankheiten auszusondern. Großbritannien und Belgien gelten als Vorreiter der Entwicklung und Durchführung von PID.

C. ETHISCHE ASPEKTE

In der ethischen Diskussion über die Rechtfertigbarkeit der PID können drei größere Themenkomplexe voneinander unterschieden werden. Während sich der erste Themenkomplex mit der Hochrangigkeit der Anwendungsziele (C.I) der PID befasst, richtet sich der zweite Komplex auf die Mittel (C.II), die zur Erreichung dieser Ziele notwendig sind. Zudem sind in einem dritten ethischen Themenkomplex die gesamtgesellschaftlichen Folgen (C.III) zu erörtern, die eine Zulassung der PID mit sich zieht. Dies betrifft vor allem unsere gesellschaftlichen Vorstellungen über reproduktive Verantwortung und verantwortete Elternschaft angesichts der Möglichkeiten moderner Fortpflanzungsmedizin.

I. Der normative Status verschiedener Anwendungsziele der PID

Mit der PID können – wie in A beschrieben – prinzipiell sehr unterschiedliche Anwendungsziele verfolgt werden. In der ethischen Diskussion geht es sowohl um die Wertung dieser Ziele selbst, als auch um die Frage, ob und wenn ja welche dieser Anwendungsziele mögliche Verletzungen von Schutzansprüchen der beteiligten Embryonen rechtfertigen können.

a. Selektion von Embryonen mit genetischen Krankheitsdispositionen

Als ein zentrales Anwendungsziel der PID gilt, die Chancen auf eigenen Nachwuchs bei solchen Paaren zu erhöhen, die Träger von derartigen Krankheitsdispositionen sind, ohne das Risiko der Manifestation bestimmter genetisch bedingter Krankheiten mit zu übertragen. Die Befürworter der PID verweisen auf das zu erwartende Leid der Kinder und die hohe Belastung für ihre Eltern. Gerade bei Familien, die sich bereits intensiv mit ihrer familiären genetischen Belastung auseinandergesetzt oder die bereits ein pflegebedürftiges Kind haben, wird dies als ein gewichtiges Argument angesehen. Kritiker hingegen wenden ein, dass es auch für solche Paare Alternativen gebe, wie die ethisch weniger problematische Polkörperdiagnostik – die jedoch nur für wenige Fälle eine diagnostische Hilfe wäre – oder auf eigenen biologischen Nachwuchs zu verzichten und stattdessen die Möglichkeit der Adoption von Kindern in Betracht zu ziehen. Denn nicht nur die Verletzung der Schutzwürdigkeit des Embryos wird hier als moralisches Problem aufgeführt, sondern es wird auch darauf verwiesen, dass Krankheiten und Behinderungen stets individuell und subjektiv zu interpretierende Größen darstellen,³⁴ während die Zulassung der PID in solchen Fällen suggerieren würde, dass bestimmte Krankheitsbilder oder Behinderungen als objektiv vermeidbar zu gelten hätten. Genau dies sei jedoch eine unzulässige Fremdeinschätzung.³⁵ Die Befürworter wenden an dieser Stelle ein, dass man gerade den betroffenen Familien ein solches Urteil zu-



trauen sollte und man daraus noch nicht eine prinzipielle Beurteilung des Lebenswerts von Menschen mit bestimmten Erkrankungen oder Behinderungen ableiten könne.³⁶

Hinsichtlich einer beschränkten Zulassung der PID, die sich an der „Schwere des Leids“ orientiert, also auf die Diagnose „schwerer erblicher Vorbelastung“ richtet, wird aus ethischer Perspektive vor allem über die Schwierigkeit diskutiert, eine Auswahl der zu diagnostizierenden Belastungen, Krankheiten bzw. Merkmale und der Selektionskriterien (tödliche Krankheiten, spätmanifeste Krankheiten, nicht behandelbare Krankheiten usw.) zu treffen. Ein bekannter Fall hat sich in Großbritannien zugetragen. Dort ließ ein Paar eine PID durchführen, um so die Vererbung eines Brustkrebsgens (BRCA1) vermeiden zu können. Das Kind wurde 2009 geboren.³⁷ Hier zeigt sich bereits eine Ausdehnungstendenz der Indikation in jenen Ländern, die die PID schon seit einigen Jahren praktizieren. Bei einer eingeschränkten Zulassung der PID auf Dispositionen für schwere Schädigungen wäre gerade eine Positivliste der gemeinten Merkmale eher diskriminierungsfördernd. Eine allgemeiner formulierte Einschränkung ohne Positivliste, die sich auf „schwere erbliche Belastungen“ bezieht, würde es vermutlich einer Kommission, einer Behörde oder dem Richterrecht überlassen, welche Merkmale in Zweifelsfällen darunter zu verstehen sind. Bei eingeschränkter Zulassung oder gar einer völligen Freigabe – so fürchten *Kritiker* – würde langfristig eine Erweiterung der Indikation auch auf minderschwere Erkrankungen oder gar auf Merkmale ohne Krankheitswert erfolgen, wenn dies technisch möglich wäre.³⁸

b. Selektion von Embryonen aufgrund ihrer Eignung als Spender für ein erkranktes Geschwisterkind

Ein weiteres Anwendungsziel der PID liegt in der Herstellung von so genannten „Retter-Geschwistern“ („saviour siblings“). Dabei handelt es sich um Kinder, die einem kranken älteren Geschwisterkind für eine Behandlung notwendige Stamm- oder Gewebezellen liefern sollen. Dazu wird nach einer künstlichen Befruchtung mittels PID durch HLA-Typisierung der Embryo mit der größten immunologischen Übereinstimmung mit dem erkrankten Kind ausgewählt und transferiert. Nach der Geburt soll dann mit den Stammzellen aus dem Nabelschnurblut oder dem Knochenmark des Neugeborenen dem kranken Geschwisterkind geholfen werden. In Großbritannien (2003) und in Spanien (2008) sind solche Kinder zur Welt gekommen. *Befürworter* dieses Anwendungsgebiets der PID machen geltend, dass in einem solchen Fall einem lebensbedrohlich erkrankten Kind, für das auf anderem Wege kein passender Spender gefunden werden könne, zu helfen sei. Wenn zudem bei den Eltern ganz wesentlich der Wunsch nach einem weiteren gesunden Kind im Vordergrund stünde und nicht die Gewebespende, dann sei auch ein solches Ziel vertretbar. *Kritiker* wenden dagegen ein, dass hier

ein Embryo nicht primär um seiner selbst willen geschaffen werde, sondern mit dem Ziel einem anderen Menschen zu helfen, so dass damit eine Instrumentalisierung erfolge, die ethisch nicht zu rechtfertigen sei. Diese aktuellen „Herstellungsbedingungen“ würden die Beziehung zwischen zwei zu diesem Zeitpunkt nicht einwilligungsfähigen Menschen ihr ganzes Leben lang in problematischer Weise prägen. Zudem stelle sich die Frage, inwieweit einem aus diesen Gründen in die Welt gebrachten Kind die Chance bleibe, sich selbst gerade bei weiteren Behandlungen freiwillig für oder gegen die Hilfe zu entscheiden und gegebenenfalls damit verbundene Schmerzen zu erleiden. Darüber hinaus sei zu beachten, dass bei dem Prozess eine beträchtliche Anzahl gesunder Embryonen erzeugt und verworfen würden.³⁹

c. Medizinisch nicht indizierte Selektion von Geschlecht und anderen Merkmalen

Ein weiteres Anwendungsziel liegt in der Selektion von Embryonen aufgrund nicht-krankheitsrelevanter Merkmale wie beispielsweise dem Geschlecht, insofern es sich nicht um die Diagnose einer an Geschlechtschromosomen gebundene Krankheit handelt. Gegen diese Form der Selektion richten sich gravierende ethische *Bedenken*, weil es keine hochrangigen Ziele gebe – wie etwa das Gut Gesundheit –, die gegen die Schutzkonzepte des Embryos abwägbar wären. *Befürworter* dieser Anwendungsmöglichkeit der PID machen indes geltend, dass auch soziale Kriterien zulässige Kriterien seien. Gerade bei nicht-krankheitsrelevanten Merkmalen wird eine schleichende Ausweitung (slippery slope) in Richtung einer eugenischen Selektion und ethisch umstrittener Embryonenforschung befürchtet.⁴⁰ Derzeit scheinen jedoch mit Ausnahme der Geschlechtsdiagnostik keine Selektionen bestimmter nicht-krankheitsrelevanter Merkmale durch PID technisch möglich.

II. Status und Schutz des Embryos

Ob und inwieweit mit der Anwendung der PID Schutzansprüche des Embryos verletzt werden, wird kontrovers diskutiert. Zugrunde liegt dieser Diskussion die Frage nach dem (Zeit-) Punkt, von dem an dem Embryo innerhalb seiner ontogenetischen Entwicklung Rechte und Schutz zugesprochen werden. Diese Frage stellt sich nicht nur hinsichtlich des mit diesen Verfahren verbundenen Eingriffs in den Embryo bei der Embryobiopsie und der unvermeidbaren Zerstörung von Embryonalzellen bei der Diagnose, sondern auch und insbesondere hinsichtlich des möglichen Verzichts auf den Embryotransfer bei einem positiven Befund, sonstigen unerwünschten Eigenschaften bzw. einer nicht zumutbaren Schwangerschaft.



a. Spezies-, Potentialitäts-, Kontinuitäts- und Identitätsargument

Maßgebend für eine Beurteilung des moralischen Status des menschlichen Embryos ist das jeweils zugrunde gelegte ethische Schutzkonzept. Wenn es sich bei frühen menschlichen Embryonen von der Zygote („befruchtete Eizelle“) an um Menschen handelt (*Speziesargument*) – und das wird kaum bestritten, auch nicht in der Legaldefinition im vergleichsweise liberalen britischen Recht – dann stellt sich die Frage, inwiefern sich die im deutschen Grundgesetz verankerte und dem geborenen Menschen eigene Schutzwürdigkeit auf den menschlichen Embryo übertragen lässt. Fasst man die *Menschenwürde* als dasjenige Prinzip auf, das besagt, dass jedem Menschen Würde zukommt, weil es zur menschlichen Natur gehört, sittliches Subjekt (Person) zu sein, d. h. sich selbst Zwecke setzen zu können, und leitet daraus das Lebensrecht eines jeden einzelnen ab, dann ist die Reichweite dieses Rechts zu untersuchen. Wie lässt sich also der Schutz des menschlichen Lebens im Blick auf menschliche Embryonen konkretisieren?

Der Lebensschutz von geborenen Menschen steht außer Frage und wird in der Regel nur in Notfall- oder Notwehrsituationen relativiert. Körperteile, Organe oder Zellen, die lebendig und menschlich sind, werden zwar für Forschung, Diagnose und Therapie verwendet, aber nur mit Genehmigung des „Spenders“ und nur zu den ausgemachten Zwecken. Damit ist auch dieser Umgang mit menschlichem Leben keineswegs beliebig. Auch frühe menschliche Embryonen sind Zellen bzw. Zellkomplexe. Wie aber unterscheiden sich diese embryonalen Zellen von den Körperzellen, für die es Regeln eines bestimmten zweckgebundenen Umgangs gibt? Für die ethische Argumentation ist hier der Bezug zum im medizinischen Abschnitt eingeführten *Differenzierungspotential* von Zellen herzustellen. Denn im Gegensatz zu Körperzellen sind die Zygote und frühen embryonalen Zellen – zumindest bis ins 8-Zellstadium – totipotent, d. h. sie haben das Vermögen, sich zu einem vollständigen Organismus zu entwickeln. Auf dieses Vermögen der Totipotenz wird auch im Embryonenschutzgesetz (vgl. B.I) verwiesen, wenn es um den Schutz dieser besonderen menschlichen Zellen geht (§8 ESchG).

Warum hat das Differenzierungspotential eine solche Bedeutung für die ethische Urteilsbildung? Beim Kriterium der Totipotenz können zwei Momente unterschieden werden: ein *deskriptives* und ein *normatives*. Das deskriptive Moment ist dasjenige, mit dem es die Biologie im Blick auf die empirischen Fragen nach den für dieses Entwicklungspotenzial verantwortlichen Faktoren (genetische Regulierungen, Substanzen in der Zellflüssigkeit, Umweltfaktoren usw.) zu tun hat. Die normative Komponente kommt dann ins Spiel, wenn man das Kriterium der Totipotenz mit der Frage nach der

Kontinuität der Identität der individuellen menschlichen Existenz (*Kontinuitäts-/Identitätsargument*) verbindet. Wenn nämlich die Herausbildung des zu schützenden sittlichen Subjekts die körperliche Existenz zur Voraussetzung hat und sich diese ohne Zäsuren bis zur Zygote zurückverfolgen lässt im Sinne einer Einheit von biologischer und vernünftiger Natur des Menschen, dann sind Schutz der Person und Schutz der Kontinuität menschlichen Lebens eng miteinander verbunden. Umstritten ist dann jedoch, ob diese Kontinuität der menschlichen *Existenz als zweckesetzendes Wesen*, die ex post unproblematisch erscheint, auch von der Zygote aus in Projektion auf das Entstehende geltend gemacht werden kann. Angesichts der aktuellen Ergebnisse aus Molekular-, Zell- und Entwicklungsbiologie ist auch ein neuer naturphilosophischer und ethischer Blick auf das Kriterium der Totipotenz notwendig. Denn die Relevanz der unterschiedlichen natürlichen (z. B. Verhältnis von Genom zur Zellflüssigkeit) und künstlichen Bedingungen (z. B. die Möglichkeit der Reprogrammierung bzw. Redifferenzierung von Körperzellen zu totipotenten Zellen) für die Eigenschaft der Totipotenz ist naturphilosophisch und normativ neu zu bewerten: Denn das Vorhandensein eines neuen individuellen Genoms ist nur eine notwendige, nicht aber eine hinreichende Bedingung für die Existenz eines menschlichen Individuums.

Wenn man nun die in der Diskussion befindlichen Positionen in Bezug auf den Status des Embryos miteinander vergleicht, dann gibt es bei einer sehr groben Aufteilung zwei Varianten: Die *erste Variante überträgt die dem geborenen Menschen eigene Schutzwürdigkeit auf den menschlichen Embryo* bzw. jede menschliche Zelle, sofern sie die Fähigkeit besitzt, sich zu einem vollständigen menschlichen Organismus zu entwickeln (Totipotenz) – unabhängig von dessen bzw. deren aktuellen Eigenschaften; die *zweite Variante* hingegen spricht dem Embryo bzw. der totipotenten menschlichen Zelle eine *abgestufte Schutzwürdigkeit* zu, die sich nach den in den jeweiligen Entwicklungsstufen aktuell ausgebildeten Eigenschaften bemisst (Individualität, entwickeltes Nervensystem, Schmerzempfinden bis hin zu Vernunftfähigkeit, Selbstachtung o. ä.). Während eine dem eigenen Schutz und Erhalt zuwiderlaufende Verfügung über einen menschlichen Embryo bzw. eine totipotente menschliche Zelle, wie sie das beschriebene Verfahren impliziert, daher von Vertretern der ersten Variante als ethisch unbedingt unzulässig angesehen wird, gilt sie Vertretern der zweiten Variante unter bestimmten Umständen als ethisch rechtfertigbar und im Blick auf die reproduktive Selbstbestimmung von Frauen und Paaren als möglicherweise sogar geboten.⁴¹ Unter den Varianten des abgestuften Schutzkonzepts ist diejenige, die die Individualität des Embryos an der Entwicklung des Primitivstreifens biologisch und ontologisch fest macht und dies in ein normatives Kriterium überführt, besonders verbreitet. Dies geschieht etwa 14 Tage nach der Befruchtung. Danach ist die Ausbildung eineiiger Zwillinge ausge-



geschlossen, weil sich mit dem Primitivstreifen die Körperachse auszubilden beginnt. Dieses Kriterium der Individualisierung liegt bspw. auch dem derzeitigen britischen Recht zugrunde. Die Begründungsfigur hierfür ist im Warnock-Report niedergeschrieben.⁴²

b. Ethische Fragen von PID und künstlicher Befruchtung

Nicht nur die technischen Fragen der PID, sondern auch die normativen Fragen der PID stehen im engen Zusammenhang mit den Verfahren von IVF und ICSI und müssen bei der Bewertung über die Adäquatheit der Mittel berücksichtigt werden. Im Rahmen der künstlichen Befruchtung kommt es nicht nur zu problematischen Mehrlingsreduktionen,⁴³ sondern bei diesen Verfahren – und dies gilt gleichermaßen in Deutschland, wenn auch im geringeren Umfang als beispielsweise in Großbritannien – fallen Embryonen an, die aus unterschiedlichen Gründen nicht implantiert werden und dadurch verwaisten. Der Umgang mit ihnen ist rechtlich in Deutschland nicht geregelt, da solche Fälle nicht intendiert sind (§1 ESchG). Damit stellt sich die Frage des Sterbenlassens von Embryonen unabhängig von der PID im Rahmen der IVF. Doch da für eine PID vorher in der Regel viele Eizellen gewonnen und befruchtet werden müssen, um hinreichende Befunde für einen Transfer sicherzustellen, wird der Sachverhalt durch die PID verschärft. Kategorische Vertreter der ersten der beiden oben (C.I) aufgeführten Positionen würden daher anmerken, dass bereits mit der Einführung der künstlichen Befruchtung der *Dammbruch* eingetreten ist und die verwaisten Embryonen gar nicht erst hätten anfallen dürfen. Nichtsdestoweniger muss sich auch derjenige, der die künstliche Befruchtung ablehnt, darüber Gedanken machen, was mit verwaisten oder überzähligen Embryonen geschehen soll, wenn sie in der Welt sind. Eine rechtliche Verpflichtung einer dauerhaften Kryokonservierung gibt es nicht. In Großbritannien ist bspw. gesetzlich festgelegt, dass kryokonservierte Embryonen nach fünf Jahren zu vernichten sind.

Das Szenario der überzähligen Embryonen bei der IVF und die Tatsache, dass die IVF erst die Bedingungen für eine PID schafft, führt notwendigerweise auch dazu, die normativen Voraussetzungen für die *Zulassung der IVF als Mittel* neu zu überdenken. *Kritiker* der IVF machen geltend, dass ihre Zulassung ursprünglich an andere Voraussetzungen und Ziele gebunden war und dass der Rahmen einer Nachahmung eines eigentlich natürlichen Vorgangs, nämlich der Befruchtung, durch *zunehmende Technisierung* gesprengt worden sei. Im Falle ihres Einsatzes im Rahmen der PID wird sie für Paare genutzt, die auch ohne die Methoden der assistierten Reproduktion in der Lage wären, Kinder zu zeugen. Damit dienen die Verfahren der künstlichen Befruchtung nicht mehr ausschließlich der Therapie bei Fertilisationsstörungen, sondern werden im Rahmen der PID auch zur Selektion von

Embryonen mit bestimmten Befunden genutzt. Wohl betonen die *Befürworter* der PID, dass nicht die Selektion, sondern eine erfolgreiche Schwangerschaft mit einem gesunden Kind das Ziel sei. Zudem gebe es auch bei der natürlichen Befruchtung Selektionsvorgänge vor der Einnistung (Nidation) in die Gebärmutter, gerade auch aufgrund von chromosomalen Störungen, deren Diagnose zentraler Gegenstand der PID sei. Doch die *Ambivalenz* der künstlichen Befruchtung und des Embryonenschutzgesetzes, das die IVF regelt, wird durch die Ausweitung der ursprünglichen Zielsetzung (Behandlung bei Sterilität und Fertilisationsstörungen) auf genetische Diagnostik durch PID deutlich. Denn das Embryonenschutzgesetz verbietet etwas – nämlich die Embryonenforschung – die Voraussetzung für das gewesen ist, was sie regelt, nämlich die IVF. Nun kommt mit der PID ein weiteres Feld hinzu,⁴⁴ das ohne Embryonenforschung nicht möglich gewesen wäre.

III. Mögliche gesellschaftliche Folgen einer Zulassung der PID

a. Gefahr der Diskriminierung

Aus ethischer Perspektive werden vielfach auch die Folgen der Zulassung der PID diskutiert, sowohl gesamtgesellschaftlich als auch für behinderte und nicht-behinderte Individuen. *Kritiker* befürchten eine zunehmende Diskriminierung kranker und behinderter Menschen. Denn bei einer Zulassung der Verfahren der PID könne auf Paaren mit Kinderwunsch ein gesellschaftlicher Druck zur Verhinderung behinderten Lebens entstehen, der den Eltern möglicher kranker und behinderter Kinder nahe lege, zum „Wohl der Allgemeinheit“ die Methoden der PID zu nutzen, um der Gesellschaft keine höheren Kosten für die Pflege und Betreuung eines behinderten oder kranken Kindes zuzumuten. Die so möglicherweise entstehenden Mechanismen einer „schleichenden Eugenik“ würden dann die in Verbindung mit der PID häufig zitierte reproduktive Selbstbestimmung der Eltern keineswegs stärken, sondern im Gegenteil eher erschweren. Es wird angeführt, dies sei bereits am Beispiel der Pränataldiagnostik (PND) sichtbar: Allein durch die Verfügbarkeit der Verfahren entstünde ein gesellschaftlicher Druck, diese auch nutzen zu müssen – unabhängig von allem Eigeninteresse, ein gesundes Kind zur Welt bringen zu wollen.

Kritiker führen darüber hinaus an, dass eine Zulassung der PID der Billigung von „Lebensunwert“-Urteilen entspräche. Dies habe vor allem auf die generelle Lebenssituation behinderter und kranker Menschen gravierende Auswirkungen. Sie würden im Falle einer Zulassung der PID mit einem staatlich tolerierten „Lebensunwert“-Urteil konfrontiert, das ihre eigene Existenz radikal in Frage stellt. Erst wenn klare Räume für die Selbstenfaltung der Schwächsten der Gesellschaft eröffnet werden, werde auch die reproduktive



Freiheit von Eltern gestärkt. Dies könne durchaus dadurch geschehen, dass hier eben auch Grenzen gezogen werden.⁴⁵ Die *Befürworter* der PID hingegen argumentieren, dass die Vermeidung konkreten individuellen Leids keineswegs dazu führen würde, bereits geborene Menschen mit bestimmten Krankheiten oder Behinderungen zu diskriminieren. Schon gar nicht könne aus der Anwendung der PID abgeleitet werden, die Würde behinderter Menschen in Frage zu stellen. Zudem gebe es keine empirischen Befunde aus den Nachbarländern, die PID praktizieren, dass PID Diskriminierung befördere. In den Industrieländern seien in den letzten Jahren sogar die Rechte von Behinderten gestärkt und deren Lebensbedingungen mit hohem Aufwand verbessert worden.⁴⁶

**b. Technisierung von Fortpflanzung und Schwangerschaft:
Von der PND über IVF zur PID**

Aus ethischer Perspektive ist es schwierig, die PID isoliert als Verfahren zu betrachten. Ins Kalkül gezogen werden müssen vielmehr das gesamte Vorgehen im Rahmen unseres reproduktiven Verhaltens und die Ansprüche, die sich aus den Vorstellungen über eine reproduktive Selbstbestimmung hinsichtlich der Möglichkeiten moderner Fortpflanzungsmedizin ergeben. *Biomedizinische Entwicklungen* sowie *Entscheidungen Einzelner* beeinflussen stets auch gesamtgesellschaftliche Trends und schließlich gesetzgeberische Vorhaben. Es sind nicht nur die Folgen einer Zulassung der PID in Anbetracht der befürchteten Zunahme der Diskriminierung behinderter Menschen⁴⁷ und steten Ausweitung der Anwendungsziele der PID, die die gesellschaftlichen Ansprüche verändern, vielmehr – so die *Kritiker* – habe sich bereits jetzt das reproduktive Verhalten deutlich gewandelt. Auch der natürliche Prozess der Fortpflanzung und der natürliche Schwangerschaftsverlauf sind in der modernen Pränatalmedizin zunehmend mit technisierten diagnostischen Verfahren verknüpft, die zu einem großen Teil auch solidargemeinschaftlich finanziert werden. Neben den Standardmethoden wie der Sonographie hält die pränatale Medizin Verfahren wie etwa Fruchtwasseruntersuchungen oder Chorionzottenbiopsie vor, die mit den genetischen Untersuchungen der PID vergleichbar sind, nur an späteren Stadien der embryonalen und fetalen Entwicklung ansetzen.

Durch diese Handlungsmöglichkeiten wächst nicht nur der Anspruch an die Medizin, Sorge zu tragen, dass der Nachwuchs auch gesund zur Welt kommt, es entwickelt sich sogar eine Vorstellung davon, man habe „ein Recht auf ein gesundes Kind“. Doch da gerade für die Krankheitsbilder, die derzeit bei der PID im Mittelpunkt stehen, keine hinreichenden Therapiemöglichkeiten vorliegen, folgt nach der pränatalen Untersuchung oftmals nur der Schwangerschaftsabbruch. Die *Rollen von Frauen und Eltern* in dem gesamten Prozess der Fortpflanzung haben sich daher verändert, weil

sie sich zunehmend mit Möglichkeiten konfrontiert sehen, die ihnen neue Verantwortungen und schwierige Entscheidungen aufbürden.

Wenn Kritiker sowohl bei PID als auch bei PND betonen, dass es kein „Recht auf ein gesundes Kind“ geben könne, dann widerspricht dies noch nicht der Fürsorgepflicht gegenüber Schwangeren, ärztlicherseits alles zu unternehmen, dass ein Kind gesund auf die Welt kommen soll. Ob das Sterbenlassen von Embryonen bei der PID ähnlich wie der Schwangerschaftsabbruch nach einer PND aber als Maßnahme hier gerechtfertigt sein kann, ist – wie gezeigt – umstritten. Gerade der *Wandel der Rolle des Arztes* durch den medizintechnischen Fortschritt ist auf diesem Gebiet ein heftig diskutiertes Thema. Sein Handlungsfeld und seine Handlungsziele weiten sich zunehmend aus, die klassischen Zielsetzungen Diagnose, Heilung und Palliation in der Medizin werden zunehmend überschritten.⁴⁸ Ob gerade die PID mit den berufsethischen Vorgaben übereinstimmen kann ist auch in der Ärzteschaft umstritten. So lehnt bspw. die *Gesellschaft Ärzte für das Leben e.V.* den Diskussionsentwurf des wissenschaftlichen Beirates der *Bundesärztekammer* zur PID ab. Sie begründet dies damit, dass es sich um ein ausschließliches Selektionsverfahren handelt, welches nicht mit den ärztlichen Aufgaben vereinbar sei.⁴⁹

Damit sind es gerade die Fragen nach *verantworteter Elternschaft* und nach dem *Rollenverständnis der Ärzte* in der modernen Reproduktionsmedizin, die neben der Frage nach dem *Status des Embryos* verstärkt diskutiert werden müssen, wenn die Regelung der PID in ein Gesamtkonzept verantworteter Fortpflanzungsmedizin eingebunden werden soll.⁵⁰

- 1| *Englisch: Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD).*
- 2| Handyside, A. H. / Kontogianni, E. H. / Hardy, K. / Winston, R. M. (1990): *Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by Y-specific DNA amplification.* In: *Nature* 344(6268), 768-770.
- 3| Liu, J. / Lissens, W. / Van Broeckhoven, C. / Lofgren, A. (1995): *Normal pregnancy after preimplantation DNA diagnosis of a dystrophin gene deletion.* In: *Prenatal Diagnosis* 15(4), 351-358.
- 4| Verlinsky, Y. / Rechitsky, S. / Schoolcraft, W. / Strom, C. (2001): *Preimplantation diagnosis for fanconi anemia combined with HLA matching.* In: *Journal of the American Medical Association* 285(24), 3130-3133.
- 5| Mastenbroek, S. / Twisk, M. / van Echten-Arends, J. / Sikkema-Raddatz, B. (2007): *In vitro fertilization with preimplantation genetic screening.* In: *New England Journal of Medicine* 357(1), 9-17; Hingegen Cohen, J. / Grifo, J. A. (2007): *Multicentre trial of preimplantation genetic screening reported in the New England Journal of Medicine: an in-depth look at the findings.* In: *Reproductive Biomedicine Online* 15(4), 365-366.
- 6| Steinke, V. / Rahner, N. (2009) *Medizinisch-naturwissenschaftliche Aspekte der Präimplantationsdiagnostik*, 41. In: *Präimplantationsdiagnostik (Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE 10)*, verantwortet durch D. Sturma, D. Lanzerath, B. Heinrichs – Freiburg i. Br., 13-51.



- 7| Goossens, V. / Harton, G. / Moutou, C. / Scriven, P. N. (2008): ESHRE PGD consortium data collection VIII: cycles from January to December 2005 with pregnancy follow-up to October 2006. In: *Human Reproduction* 23(12), 2629-2645.
- 8| Steinke / Rahner 2009, a.a.O., 47.
- 9| Ebd.
- 10| Die Ei- und Samenzellen werden bei der IVF im Reagenzglas zusammengebracht, so dass eine Befruchtung außerhalb des Körpers erfolgen kann. Die entstehende befruchtete Eizelle (Zygote) entwickelt sich in vitro in gleicher Weise wie auf natürlichem Wege zum frühen Embryo.
- 11| Bei der ICSI wird eine einzelne, vorher bereits isolierte Samenzelle direkt mit Hilfe einer Kanüle in die Eizelle injiziert.
- 12| Andere Auffassung: Denker, H.-W. (2007): Potentiality of embryonic stem cells: an ethical problem even with alternative stem cell sources, 2007. In: *Journal of Medical Ethics* 2006 November; 32(11): 665-671.
- 13| Im März 2003 ist in Großbritannien das erste Retter-Geschwisterkind geboren worden.
- 14| Sermon, K. / Van Steirteghem, A. / Liebaers, I. (2004): Preimplantation genetic diagnosis. In: *The Lancet* 363(9421), 1633-1641.
- 15| Sonographie, Serumuntersuchung, Chorionzottenbiopsie, Amniozentese und Cordozentese.
- 16| Nekkebroeck, J. / Bonduelle, M. / Desmyttere, S. / Van Den Broeck, W. (2008): Mental and psychomotor development of 2-year-old children born after preimplantation genetic diagnosis / screening. In: *Human Reproduction* 23(7), 1560-1566; Nekkebroeck, J. / Bonduelle, M. / Desmyttere, S. / Van Den Broeck, W. (2008): Socio-emotional and language development of 2-year-old children born after PGD / PGS, and parental well-being. In: *Human Reproduction* 23(8), 1849-1857.
- 17| Sermon / Van Steirteghem / Liebaers 2004 a.a.O.
- 18| Vgl. Woopen, C. (1998): Präfertilisationsdiagnostik – ein Nomenklaturvorschlag. In: *Frauenarzt* 39, Heft 2, 262.
- 19| Während sich die Eizelle noch im Eierstock befindet, besitzt sie, kurz bevor der Eisprung stattfindet, einen doppelten Chromosomensatz. Hieraus entsteht der bei der Methode der Polkörperdiagnostik zu untersuchende erste Polkörper, der einen der beiden Chromosomensätze enthält und für die Befruchtung abgestoßen wird, so dass nur noch der andere einfache Chromosomensatz mit den Erbinformationen der Mutter in der Eizelle verbleibt.
- 20| Die Spermien bestimmen das Geschlecht des Embryos, weil sie eines der beiden Geschlechtschromosome tragen (X-/Y-Chromosom). Die Eizelle trägt stets ein X-Chromosom (XX = weiblich; XY = männlich).
- 21| Das OHSS kann durch die stark erhöhten Hormonspiegel im Körper nach der hormonellen Stimulation des Eisprungs entstehen. Nach der Eizellpunktion kommt es zu einer Überfunktion der Eierstöcke, die mit deren Vergrößerung und Zystenbildung in den Eierstöcken einhergeht. Die erhöhten Hormonspiegel führen bei schweren Fällen zu schmerzhaften zystischen Vergrößerungen der Eierstöcke mit einer erhöhten Durchlässigkeit der Blutkapillaren mit Wasseransammlungen im Bauchraum sowie mit Blutdruck- und Blutdichteveränderungen.
- 22| Steinke / Rahner 2004, a.a.O. 47.
- 23| Vgl. Günther, H.-L. / Taupitz, J. / Kaiser, P. (2008): Embryonenschutzgesetz. Juristischer Kommentar mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Einführungen, Stuttgart.
- 24| Vgl. Laufs, A. (2001): Präimplantationsdiagnostik – Juristische Überlegungen. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – Wissenschaftliches Symposium des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut vom 24.-26. Mai 2000 in Berlin. Baden-Baden: Nomos, 204-208.
- 25| Vgl. Middel, A. (2009): Rechtliche Aspekte der Präimplantationsdiagnostik, 106-108. In: *Präimplantationsdiagnostik (Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE 10)*, verantwortet durch D. Sturma, D. Lanzerath, B. Heinrichs, 52-123.
- 26| Bundesgerichtshof 5. Strafsenat (2010): Urteil vom 6. Juli 2010. Az 5 StR 386/09.
- 27| Vgl. Hufen, Friedhelm (2001): Präimplantationsdiagnostik aus verfassungsrechtlicher Sicht, 444. In: *Medizinrecht* 19(9), 440-451.
- 28| Vgl. Schärer 2009, a.a.O., 128; Haker, H. (2004): Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik – ein Wertungswiderspruch? In: Lenzen, Wolfgang (Hrsg.): *Wie bestimmt man den moralischen Status von Embryonen?* Paderborn.
- 29| Bundesärztekammer (2000): Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik. In: *Deutsches Ärzteblatt* 97(9), A-525-528.
- 30| Bericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ „Schlussbericht“. Bundestagsdrucksache 14/9020. Berichtsabschnitt PID, 27-115.
- 31| Nationaler Ethikrat (2003): *Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft*. Stellungnahme des Nationalen Ethikrates.
- 32| Nationaler Ethikrat (2004): *Polkörperdiagnostik*. Stellungnahme des Nationalen Ethikrates.
- 33| Greiner, Robert (2004): *Präimplantationsdiagnostik (PID) – Der Bericht der österreichischen Bioethikkommission*. In: *Zeitschrift für Biopolitik* 3: 182.
- 34| Vgl. Lanzerath, D. (2000): *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*, Freiburg i. Br., 195-254.
- 35| Vgl. Honnefelder, L. / Lanzerath, D. (1998): *Krankheitsbegriff und ärztliche Anwendung der Humangenetik*. In: M. Düwell, D. Mieth (eds.) *Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik aus ethischer Perspektive*, Tübingen 1998, 51-77.
- 36| Vgl. hierzu: Mieth, Dietmar (2006): *Die Sehnsucht nach einem Leben ohne Leiden. Ein Recht auf Nicht-Leiden?* In: Hilpert, Konrad / Mieth, Dietmar (Hg.): *Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs*. Freiburg i. Br.: Herder (*Quaestiones Disputatae* 217), 133-156; Kollek, Regine (2002): *Präimplantationsdiagnostik. Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht*. 2. Aufl. Tübingen; Schockenhoff, Eberhard (2005): *Fortpflanzungsfreiheit und verantwortliche Elternschaft. Zur ethischen Problematik der Präimplantationsdiagnostik*. In: Schockenhoff, Eberhard / Buch, Alois / Volkenandt, Matthias (Hrsg.): *Medizinische Ethik im Wandel. Grundlagen – Konkretionen – Perspektiven*. Freiburg i. Br.: Schwabenverlag, 216-232; Fonk, Peter (1999): *Schwangerschaft auf Probe? Pränatale Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik*. In: *Ethica* 7(2), 143-171; Mackenzie, Catriona / Scully, Jacky Leach (2007): *Moral imagination, disability and embodiment*. *Journal of Applied Philosophy* 24(4), 335-351; Harris, J. (1995): *Der Wert des Lebens – Eine Einführung in die medizinische Ethik*. Hg. v. Ursula Wolf. Berlin: Akademie; Kreß, Hartmut (2007): *Präimplantationsdiagnostik. Ethische, soziale und rechtliche Aspekte*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (50), 157-167; Ruppel, Katja / Mieth, Dietmar (1998): *Ethische Probleme der Präimplantationsdiagnostik*. In: Düwell, Marcus / Mieth, Dietmar (Hrsg.): *Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik aus ethischer Perspektive*. Tübingen: Francke, 358-381; Honnefelder / Lanzerath a.a.O.; Eibach, Ulrich (2003): *Präimplantationsdiagnostik (PID) – Grundsätzliche ethische und rechtliche Probleme*. In: *Medizinrecht* 21(8), 441-450.
- 37| Pressemitteilung des University College London vom 9. Januar 2009: <http://www.ucl.ac.uk/news/news-articles/0901/09010802>, [09.01.2010].
- 38| Vgl. hierzu Honnefelder / Lanzerath 1998.
- 39| Vgl. hierzu Schraer 2009, a.a.O. 135-136.
- 40| Vgl. hierzu Jachertz, Norbert (2000): *Präimplantationsdiagnostik: Am Rande der schiefen Bahn*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 97(9), A-507.



- 41| Vgl. hierzu insbesondere: Rager, G. (Hg.) (2009): *Beginn, Personalität und Würde des Menschen (Grenzfragen 32)*, 3. Aufl., Freiburg i. Br.; Damschen, G. / Schönecker, D. (Hrsg.) (2002): *Der moralische Status menschlicher Embryonen*. Berlin; Lanzerath, Dirk (1998): *Natürlichkeit der Person und mechanistisches Weltbild*. In: Dreyer, M. / Fleischhauer, K. (Hg.): *Natur und Person im ethischen Disput*. Freiburg, 81-104.
- 42| Vgl. *Committee of Inquiry into Fertilisation and Embryology (1984) (the Warnock Report)*, London.
- 43| Beckmann, D. (Hg.) (1986): *Künstliche Befruchtung: Psychosomatische und ethische Aspekte*. München: Psychosozial Verlag; De Jong, Theresia (2002): *Babys aus dem Labor. Segen oder Fluch?* Weinheim: Beltz.
- 44| Vgl. hierzu auch das Feld der Forschung mit embryonalen Stammzellen: Lanzerath, D. (2010): *Herausforderungen der Bioethik*. (Zukunftsforum Politik), Berlin, 19-28.
- 45| Vgl. Schräer 2009, a.a.O., 129-134.
- 46| Vgl. *Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt Österreich (Hrsg.) (2004): Präimplantationsdiagnostik (PID)*. In: *Bericht der Bioethikkommission*. Wien: *Bioethikkommission des Bundeskanzleramts*, 17.
- 47| Vgl. Schockenhoff 2005, a.a.O. 228
- 48| Lanzerath 2000, a.a.O.; ders. (2002): *Enhancement: Form der Vervollkommnung des Menschen durch Medikalisierung der Lebenswelt?* In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 7*, Berlin, Heidelberg, New York, 319-336.
- 49| *Gesellschaft Ärzte für das Leben e.V...20.07.2001: <http://www.aerzte-fuer-das-leben.de/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik-pid.html> [09.11.2010]*.
- 50| *Vertiefende Argumente und Diskussionen findet man in: Präimplantationsdiagnostik (Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE 10)*, verantwortet durch D. Sturma, D. Lanzerath, B. Heinrichs – Freiburg i. Br. 2009; stets aktualisierte online Informationen: *drze – Im Blickpunkt: Präimplantationsdiagnostik: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/pid> [09.11.2010]*.

DER AUTOR

Dr. Dirk Lanzerath ist Geschäftsführer des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.



ICEP *argumente*

6. Jg. | 4. Ausgabe 2010 | Juli

Abgedruckt mit freundlicher Genehmigung des Berliner Instituts für christliche Ethik und Politik (ICEP),
Herrn Prof. Dr. A. Bohmeyer (V.i.S.d.P.) und Frau Prof. Dr. Hille Haker. Erstabdruck in: ICEP argumente 4/2010, S. 1-2.,
Internet: <http://www.icep-berlin.de/index.php?id=50>

PID bleibt ethisch strittig – auch nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs

von Hille Haker, Frankfurt am Main/Chicago

Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs zur Präimplantationsdiagnostik (PID) wird als Durchbruch für diejenigen Paare begrüßt, die ein erhöhtes Risiko haben, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen. Aber weder das Argument, es werde ein Wertungswiderspruch zu erlaubten Spätabbrüchen beseitigt, noch die Begrenzung der PID auf „schwere Behinderungen“ können überzeugen. Die Regelung des Umgangs mit Embryonen und der Gendiagnostik in der Fortpflanzungsmedizin kann nicht den Gerichten obliegen, sondern bedarf der demokratisch legitimierten Gesetzgebung nach einer breiten öffentlichen Debatte.

Wertungswiderspruch zwischen PND und PID?

Mit seiner Entscheidung zur PID verhilft der Bundesgerichtshof (BGH) einer Argumentation zum Durchbruch, die von Seiten der Reproduktionsmedizin seit Jahren vorgebracht wird: Paare mit erblich bedingten Risikofaktoren sollen eigene Kinder bekommen können, ohne sich den extremen Belastungen eines möglichen Schwangerschaftsabbruches nach Pränataldiagnostik (PND) aussetzen zu müssen. Damit, so ist verschiedentlich geäußert worden, stelle das Gericht nicht nur Rechtssicherheit für Ärzte her, sondern räume auch einen Wertungswiderspruch aus, der mit dem Embryonenschutzgesetz (ESchG) gegeben sei. Denn ohne die PID klar zu verbieten, habe es die Selektion von Embryonen in der Reproduktionsmedizin unter Strafe gestellt, obwohl ein späterer Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik explizit dann nicht rechtswidrig ist, wenn die gegenwärtige und zukünftige gesundheitliche Belastung der Mutter durch ein behindertes Kind diesen rechtfertige. Widersprüchlich sei es, den menschlichen Embryo *in vitro* stärker zu schützen als einen viel weiter entwickelten Fötus im Mutterleib. Diese Argumente für die PID beruhen jedoch auf mehrfachen Verkürzungen, die sie insgesamt als ethisch fragwürdig erscheinen lassen.

In der Tat kann die PND als Strategie zur Verhinderung von Kindern mit angeborenen Behinderungen angesehen werden – dies ist aber gerade nicht die Rechtfertigung, die bei ihrer Einführung und Verbreitung vorgebracht wurde, und im Übrigen auch nicht die Rechtfertigung der medizinischen Indikation für den Schwangerschaftsabbruch. Im Gegenteil, in beiden Fällen ging es darum, durch Abschaffung der „embryopathischen Indikation“ so genannten „eugenischen“ Motiven einen Riegel vorzuschieben. Das Argument, die PID verlege den Zeitpunkt der „Verwerfung“ eines behinderten Embryos/ Fötus' nur nach vorne, kann vom deutschen Rechtsverständnis nicht nachvollzogen werden, denn es stellt Behinderungsfaktoren oder -risiken als hinreichenden Rechtfertigungsgrund für die Verwerfung von Embryonen bzw. den Schwangerschaftsabbruch dar. Das hieße, die Gesetzesabsichten ins Gegenteil zu verkehren. Schlimmer noch: Das Argument unterstellt, dass Behinderungsprognosen, die während der Schwangerschaft durch PND festgestellt werden, quasi automatisch einen Schwangerschaftsabbruch nach sich ziehen werden. Der Entscheidungskonflikt, der sehr wohl auch zugunsten der Fortsetzung der Schwangerschaft ausgehen kann, kommt in diesem Argument nicht mehr vor, stattdessen geht es nun darum, die Geburt von Kin-

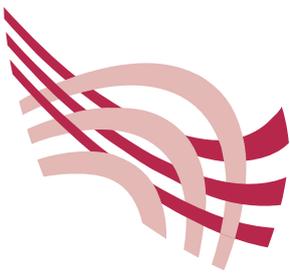
ICEP · Berliner Institut für christliche Ethik und Politik

Das ICEP versteht sich als politische Ideenagentur, die mit sozialetischen Positionen und Expertisen zu gesellschaftspolitischen Fragestellungen Entscheidungsträger und Betroffene vom Standpunkt einer anwendungsorientierten christlichen Ethik aus berät. Zusammen mit anderen Sozialethikerinnen und Sozialethikern bildet es eine Plattform für christliche Ethik im politischen Raum. Das ICEP ist eine Forschungseinrichtung der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB).

Über die Autorin

Dr. Hille Haker ist Professorin für theologische Ethik an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main und hat den Richard McCormick Chair für Ethik an der Loyola University Chicago inne. Sie ist Mitglied der European Group on Ethics in Sciences and New Technologies (EGE) der Europäischen Kommission. Ihre Schwerpunkte liegen in den Bereichen Fundamentalethik, Ethik und Literatur, Biomedizinische Ethik und in der Geschlechterforschung.

dern mit angeborenen Behinderungen zu verhindern, weil ein Leben mit bestimmten Behinderungen (welchen eigentlich?) für unzumutbar, und ein Leben mit einem Kind, das bestimmte Behinderungen hat, ebenfalls für unzumutbar erachtet wird. Ein Wertungswiderspruch? In der Tat, aber er entsteht zwischen der PID-Argumentation und dem Gleichbehandlungsgrundsatz, der auch für Embryonen im gleichen Entwicklungsstadium, gleichgültig mit welcher erwünschten oder unerwünschten genetischen Ausstattung, gelten muss.



Die PID erfordert die Erzeugung von mehr Embryonen, als implantiert werden sollen

Die PID ist, unabhängig davon, wie man zu ihr steht, eine Selektionsdiagnostik – die Frage ist einzig, wie die Auswahl von Embryonen bewertet wird. Anders als beim Schwangerschaftsabbruch geht es bei der PID um eine Auswahl zwischen Embryonen, und nicht um die Abwägung zwischen der Gesundheit der Frau und dem Leben des Kindes. Entsprechend setzt diese Methode die Herstellung einer größeren Anzahl von Embryonen in vitro voraus. Die PID ist zwar in der Analysemethode der PND vergleichbar, keinesfalls aber in der ethischen Beurteilung. Ethisch problematisch ist es nämlich, mehrere Embryonen in der Absicht zu erzeugen, mindestens einen „geeigneten“ Embryo für die Implantation auswählen zu können. Weil in der generellen Abwägung zwischen der Gesundheitsbelastung der Frau und dem Leben des (zukünftigen) Kindes für das BGH-Urteil offenbar klar ist, dass dem Paar der Vorrang gebührt, vollzieht es eine Kehrtwende in der deutschen Rechtsprechung: Aus verständlichen Elternwünschen wird eine Begründung für die Erzeugung von Embryonen auf Probe. Genau dies ist aber mit dem Grundgesetz und dem ESchG nicht vereinbar, die daran festhalten, dass Embryonen nicht einfaches „Zellmaterial“ sind, das hergestellt, genutzt oder verworfen werden kann, sondern die, wie der Gesetzgeber immer wieder festgestellt hat, in den Schutzbereich des deutschen Rechts fallen.

Die Begrenzung auf „schwere Behinderungen“ ist nicht machbar

Die PID unterwirft die Bewertung der Qualität von Embryonen nicht einfach den durchaus verständlichen Motiven von Eltern, die ihren Kindern eine Krankheit oder Behinderung ersparen wollen, sondern vor allem der jeweils aktuellen Verfügbarkeit von genetischen Tests und ihrer Empfehlung durch den behandelnden Arzt. Welche Krankheiten, Behinderungen, Dispositionen oder auch Merkmale allerdings vor der Implantation von Em-

bryonen analysierbar sind, entscheiden weder Eltern noch Ärzte, sondern jene Forschungsinstitute und Firmen, die die entsprechenden Analysemethoden entwickeln und vermarkten. Dieser Sachverhalt ist insofern ethisch problematisch, als damit die Entscheidung über die ethische Bewertung der Tests der öffentlichen und ethischen Diskussion entzogen wird. Bisher jedenfalls gibt es keinerlei Entscheidungskriterien etwa über eine Liste von Krankheiten oder Behinderungen, die getestet werden dürfen, sondern im Gegenteil, es gibt eine breite Ablehnung, eine solche Liste zu erstellen. Stattdessen herrscht derzeit die normative Kraft des Faktischen, also eine stillschweigende Implementierung derjenigen Tests, die angeboten werden – und das BGH-Urteil bleibt ebenso schwammig wie die gesamte Diskussion seit Jahren: Es sollen, so heißt es, „nur“ schwere Behinderungen ausgeschlossen und keine Designer-Kinder gezeugt werden dürfen – aber die Definition darüber, was eine schwere Behinderung ist und was eigentlich ein „Designer-Kind“ ist, dürfte schwerfallen. Die PID erfordert aber die Diskussion zumindest über die „negative Selektion“, das heißt darüber, welche Befunde zum Ausschluss der Implantation führen sollen, und welche so „leicht“ sind, dass sie den Paaren zugemutet werden können. Ist diese Diskussion überhaupt ethisch verantwortlich führbar?

Macht das BHG-Urteil das Embryonenschutzgesetz überflüssig?

Als der deutsche Gesetzgeber mit dem Embryonenschutzgesetz grundsätzlich die assistierte Fortpflanzung erlaubte, wollte er kinderlosen Paaren die Fortpflanzungsmedizin zugänglich machen, aber gleichzeitig den Zusammenhang von Zeugung im „Reagenzglas“ und Schwangerschaft so eng wie möglich halten. Er hat daher der Verwendung „extrakorporal“ verfügbarer Embryonen in Reproduktionsmedizin und Embryonenforschung Grenzen gesetzt. Und er hat die Verbindung von assistierter Fortpflanzung und Auswahl von Embryonen nach Qualitätsmerkmalen ausgeschlossen. Dies wird angesichts der deutschen Geschichte zwar seit Jahren als rückwärtsgewandte, übervorsichtige Haltung dargestellt – mit gleichem Recht kann man aber auch die gegenwärtige internationale Reproduktionsmedizin für geschichtsvergessen halten. Um die genannten Grenzen zu wahren, hat das ESchG auch die Anzahl der in vitro erzeugten Embryonen begrenzt. Die PID kann aber nur an Embryonen durchgeführt werden, die grundsätzlich lebens-

fähig sind (ob die Zellentnahme ihnen schadet, ist längst nicht geklärt!). Da damit zu rechnen ist, dass einer oder mehrere Embryonen verworfen werden müssen, müssen mehr Embryonen für die Analyse zur Verfügung stehen, als implantiert werden. Wie dies innerhalb der Grenzen des ESchG möglich sein soll, ist rätselhaft. Denn dort ist explizit festgehalten, dass nur so viele Embryonen erzeugt werden dürfen, wie auch implantiert werden sollen, maximal aber drei, weil nicht mehr transferiert werden dürfen. Damit wollte der Gesetzgeber die Auswahl zwischen Embryonen genauso verhindern wie die Zeugung auf „Vorrat“. Wenn dies heute anders gesehen wird, dann kann eine Veränderung nur im Rahmen einer Gesetzesänderung erfolgen.

PID wirft die Frage nach der Zumutbarkeit von Behinderung auf

Die Frage, die sich eine Gesellschaft, die die PID einführt, zwangsläufig stellen muss, lautet also: Welche Behinderungen, Krankheiten oder Krankheitsdispositionen dürfen einem Kind zugemutet werden? Und: Wer soll und darf darüber entscheiden, welche Kinder ihren Eltern zugemutet werden können oder nicht? Dies kann nicht einfach Sache der persönlichen Beurteilung der Eltern sein, da es das Lebensrecht Dritter, nämlich des Kindes, berührt. Der Umgang mit Behinderungen ist zudem eine gesellschaftliche Frage, die nicht der Reproduktionsmedizin, und schon gar nicht Paaren, die unter dem Druck stehen, ein gesundes Kind bekommen zu wollen, überlassen werden kann. Bisher gab es einen gesellschaftlichen Konsens, dass Fragen der Zumutbarkeit von Menschen mit Behinderungen in absurde Abstufungen des Werts eines Menschenlebens führen. Sie wurden daher aus ethischen Gründen zurückgewiesen. Die PID nun schleichend einzuführen, ohne diese Diskussion öffentlich und letztlich im Parlament auszutragen, ist nicht hinnehmbar.

Impressum

Herausgeber / V.i.S.d.P.
ICEP · Berliner Institut für
christliche Ethik und Politik

Köpenicker Allee 39–57
10318 Berlin

vertreten durch
Prof. Dr. Axel Bohmeyer

info@icep-berlin.de
www.icep-berlin.de

ISSN-Nr. 1614-7677

4. Weitere Literaturhinweise

a) Dietmar Mieth: "Genetische Frühselektion. In welcher Gesellschaft wollen wir leben?", in: Stimmen der Zeit 10/2010, S. 663-672. Verfügbar unter: http://www.stimmen-der-zeit.de/zeitschrift/archiv/beitrag_details?k_beitrag=2532255&query_start=1&k_produkt=2532870 (13.10.2010).

Dietmar Mieth (Sozialethiker/ Theologe) betrachtet die die ethische Debatte um die Präimplantationsdiagnostik vor allem aus der philosophischen Perspektive. Dabei warnt er insbesondere vor den gesellschaftlichen und sozialen Auswirkungen einer genetischen Frühselektion von Embryonen. Vor diesem Hintergrund diskutiert er u.a. das Urteil des BGH vom Juli 2010, die Medienberichterstattung zur PID, die Problematik einer begrenzten Zulassung der PID, die rechtlichen und moralischen Schutzrechte von Embryonen und die Auswirkungen eines fortschreitenden normativen Pluralismus unserer Gesellschaft.

b) Eberhard Schockenhoff: "Diskriminierung mit rechtsstaatlicher Billigung. Zum PID-Urteil des Bundesgerichtshofes", in: Internationale Katholische Zeitschrift "Communio", Jg. 39/ Nr. 4/2010, S. 471-474.

Eberhard Schockenhoff (Moraltheologe) kritisiert in seinem Artikel das Urteil des Bundesgerichtshofes von Juli 2010 zur Präimplantationsdiagnostik aus rechtlicher und moralischer Perspektive. Er wirft dem BGH vor, gegen die Menschenwürde zu urteilen, einer Diskriminierung behinderter Menschen mit rechtsstaatlicher Billigung Vorschub zu leisten und den Kinderwunsch der Eltern vor den Lebensschutz des Embryos zu stellen. Er befürchtet, dass das Urteil eine bedenkliche Entwicklung in der Fortpflanzungsmedizin anstößt: weg vom bisherigen Schutzgedanken des menschlichen Lebens und hin zur selektiven Willkür seines Erzeugers.

c) Johannes Reiter: "Designtes Leben – Von der synthetischen Biologie bis zur Sterbehilfe", in: Herder Korrespondenz, Jg. 64/ Nr. 8/2010, S. 389-394.

Johannes Reiter (Moraltheologe) thematisiert in seinem Beitrag die ethische Problematik einer zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz der menschlichen Bestimmung über Leben und Tod am Anfang und Ende des Lebens. Ein wichtiges Instrument dazu sei die Biomedizin und die Fortschritte in der Genomforschung, deren Technik uns dieses Verhalten überhaupt ermöglicht. Aber ist alles, was technisch machbar ist, auch ethisch korrekt? Diese Spannung zwischen den technischen Möglichkeiten und den ethischen Grenzen menschlichen Handelns diskutiert er anlässlich der BGH-Urteile im Sommer 2010 am Beispiel der Präimplantationsdiagnostik und der Sterbehilfe.

Viele weiterführende Informationen finden Sie außerdem beim Deutschen Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften in Bonn: www.drze.de.



ZdK

Zentralkomitee
der deutschen Katholiken

5. Ausgewählte Positionierungen von ZdK, katholischen Verbänden, Organisationen und von Diözesanräten

Beschluss der Vollversammlung des Zentralkomitees der deutschen Katholiken

"Gesetzliches Verbot der Präimplantationsdiagnostik"

Von der Vollversammlung des Zentralkomitees der deutschen Katholiken am 19./20. November 2010 verabschiedet

Durch das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 6. Juli 2010 ist deutlich geworden, dass die strengen deutschen Gesetze zum Embryonenschutz und zur Gendiagnostik – entgegen der bisherigen Rechtsprechung – kein generelles Verbot der PID regeln. Das Urteil macht eine unverzügliche erneute Befassung des Deutschen Bundestages mit den Grenzen der Reproduktionsmedizin notwendig. Das Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK) ruft nach reiflicher Abwägung auch der schwierigen Lebenssituation betroffener Paare die Abgeordneten des Deutschen Bundestages auf, sich für ein gesetzlich ausdrücklich verankertes Verbot der PID in Deutschland auszusprechen, denn PID bedeutet Tötung von Embryonen allein wegen ihrer genetischen Eigenschaften und damit eine dramatische Diskriminierung insbesondere behinderten menschlichen Lebens.

Begründung:

1. Paare, die auf natürlichem Wege kein Kind bekommen können und die sich daher den psychisch und körperlich häufig sehr belastenden Verfahren einer In-vitro-Fertilisation unterziehen, um ihren Kinderwunsch doch erfüllen zu können, erleben Wechselbäder von Hoffnung und Enttäuschung. Es ist verständlich, dass sie mit Hilfe künstlicher Befruchtung den Eintritt einer Schwangerschaft erreichen wollen. Gleiches gilt für Paare, die die PID in Anspruch nehmen wollen, um angesichts einer genetischen Veranlagung das Risiko zu minimieren, dass ihr Kind durch eine schwere Krankheit oder Behinderung beeinträchtigt wird oder dass der Embryo absehbar nicht lebensfähig ist und die Schwangerschaft leidvoll vorzeitig endet. Diese Paare verdienen Respekt, Beratung und Hilfe. Wenn aber auf ihren nachvollziehbaren Wunsch, ein gesundes Kind zu bekommen, mit einer Freigabe der PID und der nachfolgenden Selektion genetisch auffälliger Embryonen geantwortet wird, ist als weitreichende gesellschaftliche Konsequenz der Ungleichbehandlung der Embryonen die Vermeidung und sinkende Akzeptanz kranker und behinderter Menschen zu befürchten und abzusehen. Für das ZdK ist in einer ethischen Güterabwägung aufgrund der gesellschaftlichen Tragweite das gleiche Lebensrecht

jedes Embryos unabhängig von Gesundheitskriterien höher zu bewerten als die gleichwohl sehr ernst zu nehmenden Ängste und Befürchtungen der betroffenen Paare.

2. Eine Selektion von Embryonen steht dem Menschen nicht zu. Mit der PID werden menschliche Embryonen daraufhin untersucht, ob genetische Anlagen zu entdecken sind, in deren Nachweisfall die Embryonen für eine Schwangerschaft nicht verwendet, sondern verworfen werden. Sie ist grundsätzlich zu verbieten, da ansonsten zwischen lebenswertem und vermeintlich nicht lebenswertem Leben unterschieden würde und nicht mehr allen Embryonen der gleiche Schutz des Staates zukäme. Zur Anwendung einer Selektionstechnik würden absehbar mehr Embryonen erzeugt als benötigt würden. Als ethisches Folgeproblem ergäbe sich der Verbleib der überzähligen Embryonen, die zu vermeiden vom Embryonenschutzgesetz explizit intendiert wurde.
3. Der Schutz des ungeborenen Lebens ist für das ZdK seit jeher ein grundlegendes Anliegen gewesen. Bei der Frage des Schwangerschaftsabbruchs war und bleibt es eine Daueraufgabe, um den richtigen, ethisch verantwortbaren Weg zum Schutz des ungeborenen Lebens zu ringen. Wenn nun in der aktuellen Debatte aber ein Wertungswiderspruch zwischen der Forderung eines gesetzlichen Verbots der PID und dem geltenden Recht bei Spätabtreibungen nach einer Pränataldiagnostik (PND) gesehen wird, so ist dem zu widersprechen. Gleiches gilt für die Auffassung, die PID sei zu begrüßen, da mit ihrer Anwendung Schwangerschaftskonflikte und Abtreibungen nach einer PND vermieden würden. PID und PND sind nicht ohne Weiteres miteinander zu vergleichen. Denn die PND bezieht, anders als die PID, ihre Rechtfertigung in vielen Fällen daraus, Aufschluss über heil- oder frühzeitig behandelbare Erkrankungen des Fötus zu liefern. Es ist aus Sicht des ZdK keine Rechtfertigung für pränatale Untersuchungen, durch sie Krankheiten oder Behinderungen als Prüfkriterium für die Fortsetzung der Schwangerschaft feststellen zu können. Eine straffreie Spätabtreibung nach einer PND ist nach geltendem Recht einzig auf der Grundlage einer medizinischen Indikation möglich, also bei gesundheitlicher Gefährdung der Mutter, nicht aber aufgrund einer embryopathischen Indikation. Die Entscheidung gegen eine Fortsetzung der Schwangerschaft ist auch nach einem entsprechenden Befund der PND keineswegs unausweichlich, während eine PID keinen anderen Zweck als das Aussortieren von Embryonen mit bestimmten genetischen Merkmalen hat.
4. Die von den Befürwortern einer limitierten Zulassung der PID angeführten Kriterien sind nicht trennscharf abzugrenzen. Selbst bei einer Verständigung darauf, was hinreichend schwere genetische Erbschäden sind, und einer transparenten Liste von Indikationen wäre zu erwarten, dass diese mit der Zeit immer umfangreicher würde. Man begäbe sich in der Reproduktionsmedizin auf die schiefe Ebene der zunehmenden Abhängigkeit des Lebensrechtes des Kindes von seiner (prognostizierten) Gesundheit und von gesellschaftlichen Maßstäben, die sich immer wieder verändern.

Beschluss der Vollversammlung des Zentralkomitees der deutschen Katholiken zu Fragen der biomedizinischen Entwicklung und ihrer ethischen Bewertung

Von der Vollversammlung des Zentralkomitees der deutschen Katholiken am 4./5. Mai 2001 verabschiedet

Im Anschluss an den Diskussionsanstoß "Der biomedizinische Fortschritt als Herausforderung für das christliche Menschenbild" des kulturpolitischen Arbeitskreises des ZdK und an das Hirtenwort der Deutschen Bischofskonferenz unter dem Titel "Der Mensch: sein eigener Schöpfer?" fasst die Vollversammlung des Zentralkomitees der deutschen Katholiken folgenden Beschluss:

1. Gentechnik, Biomedizin und Neurobiologie werden unser Leben fundamental verändern und unsere religiösen, kulturellen und humanen Auffassungen und Einstellungen herausfordern. Dieser Herausforderung wollen und müssen wir uns als Christen stellen. Um eine menschenwürdige Zukunft zu gestalten, wollen und müssen wir uns einbringen in den Dialog von Gesellschaft, Kultur und Politik und mit dazu beitragen, dass die notwendige Kooperation von Natur- und Geisteswissenschaften gelingt. Dabei wird es darauf ankommen, einen Diskurs zu führen, bei dem die Begründungen für die jeweils eingenommenen Positionen offen dargelegt werden. Es gibt keine voraussetzungslose Position in diesen Fragen.

Das ZdK bekennt sich zur grundgesetzlich verbürgten Forschungsfreiheit und hält medizinische Forschung, die darauf zielt, Krankheiten zu heilen für geboten. Zugleich erinnert das ZdK an die Würde eines jeden Menschen, die im Zentrum des christlichen Menschenverständnisses steht und zugleich Grundlage unserer Verfassung ist. Die Menschenwürde begrenzt die Forschungsfreiheit, damit diese nicht zu unmenschlichen Konsequenzen führt.

2. Das menschliche Leben beginnt mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle zur befruchteten Eizelle mit doppeltem Chromosomensatz. Ab diesem Moment entwickelt sich menschliches Leben nicht zum Menschen, sondern als Mensch. Jeder Versuch, eine andere Grenze für den Beginn des menschlichen Lebens und damit für die Schutzwürdigkeit des Menschen zu ziehen, ist willkürlich. Dies hält auch das geltende Embryonenschutzgesetz fest und liegt in der Konsequenz einschlägiger Urteile des Bundesverfassungsgerichts.

Das ZdK tritt für die Erarbeitung eines umfassenden Fortpflanzungsmedizingesetzes ein, welches den neuen biomedizinischen Entwicklungen Rechnung trägt und nicht unter das Schutzniveau des geltenden Embryonenschutzgesetzes von 1990 zurückgeht. Dies gilt insbesondere für den im geltenden Embryonenschutzgesetz festgehaltenen Ausschluss von Forschung an Embryonen und von anderen Verwendungen, die nicht dem Wohl des Embryos selbst dienen.

3. Das ZdK lehnt die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland ab. Unter Präimplantationsdiagnostik wird die Untersuchung am Erbmateriale eines Embryos in vitro

vor dem Transfer zur Einnistung in die Gebärmutter auf Krankheitsdispositionen verstanden. Es ist selbstverständlich, dass Eltern sich ein gesundes Kind wünschen. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass Embryonen, bei denen eine genetisch bedingte Erkrankung prognostiziert wird, vernichtet werden.

Eine große Gefahr sieht das ZdK darin, dass mit der Zulassung der Präimplantationsdiagnostik - entgegen der erklärten Absicht der Befürworter einer solchen Zulassung - faktisch Tendenzen zur Selektion menschlichen Lebens Vorschub geleistet wird. Die Praxis in Ländern, in denen die Präimplantationsdiagnostik zugelassen ist, zeigt, dass es äußerst schwierig ist, eine Eingrenzung auf wenige Indikationen durchzuhalten.

Das ZdK sieht eine zusätzliche Gefahr darin, dass durch die mit der Präimplantationsdiagnostik verbundene Absicht, individuelles Leid zu vermindern bzw. zu verhindern (hier: dem Kinderwunsch von genetisch vorbelasteten Eltern möglichst zu entsprechen), Veränderungen eintreten würden, die über die individuelle Situation weit hinausreichen. Sie verdrängt insbesondere den Sachverhalt, dass der abwehrende und abwertende Umgang mit körperlichen oder seelischen Gebrechen die Behinderungen und das Leiden der Betroffenen erheblich verstärkt, ja oftmals erst verursacht. Damit wäre einer generellen Entwicklung der Weg geebnet, die rasch zu einer fundamentalen Veränderung der Einstellung zur Würde eines menschlichen Lebens mit Behinderung und Krankheit und damit auf die Einstellung zu kranken und behinderten Menschen überhaupt führen würde.

4. Dass in Deutschland sog. Spätabtreibungen, d.h. Schwangerschaftsabbrüche bei zu erwartender Krankheit oder Behinderung des Kindes bis unmittelbar vor dem Zeitpunkt der Geburt erfolgen, ist ein Skandal. Deshalb fordert die Vollversammlung entsprechend der ZdK-Erklärung vom 16. Februar 1999 politische Initiativen zur Vermeidung sog. Spätabtreibungen. Es geht dabei insbesondere um eine verbesserte Beratung mit dem Ziel des Lebensschutzes vor pränataler Diagnostik sowie nach Diagnose einer nicht behebbaren Krankheit oder Entwicklungsstörung des nicht geborenen Kindes. Ferner ist eine rechtliche Klärung des Anwendungsbereiches der medizinischen Indikation (§ 218 a Abs. 2 StGB) dringend geboten. Denn es darf nicht mehr erlaubt sein, einen Schwangerschaftsabbruch bei zu erwartender Krankheit oder Behinderung des Kindes stillschweigend unter die medizinische Indikation zu subsumieren und damit zu legalisieren. Ist diese Klärung anders nicht zu erreichen, muss der Gesetzgeber eine Novellierung des § 218 a Abs. 2 StGB vornehmen.

Das Arzthaftungsrecht muss zudem so ausgestaltet werden, dass Ärztinnen und Ärzte nicht davon abgehalten werden, Eltern zu ermutigen, sich auch in Zweifelsfällen für ein - möglicherweise behindertes - Kind zu entscheiden.

5. Kein Mensch darf im Bereich der Gentechnik zur Diagnose gezwungen werden. In der Erklärung "Prädiktive Gentests. Eckpunkte für eine ethische und rechtliche Orientierung" hat der Ethikbeirat beim Bundesministerium für Gesundheit wichtige Vorschläge für die Anwendung sog. prädiktiver genetischer Tests vorgelegt. Darin wird festgehalten, dass die

sog. prädiktiven genetischen Tests legitimen Interessen der Gesundheitsvorsorge und der Lebensplanung dienen können. Ergebnisse der genetischen Diagnostik können jedoch so einschneidende Konsequenzen für die Betroffenen haben, dass eine solche Diagnose nur nach Einwilligung erfolgen darf und es das Recht geben muss, solche Untersuchungen abzulehnen. Anknüpfend an diese Argumente fordert das ZdK wegen der Gefahr des Missbrauchs beim Abschluss von Versicherungen bzw. vor Abschluss eines Arbeitsvertrages entsprechende rechtliche Regelungen.

6. Das ZdK hält das Verbot der Klonierung von menschlichen Embryonen für unerlässlich, weil die Erzeugung von Embryonen durch Klonierung fundamental gegen die individuelle und allgemeine Würde des Menschen verstößt. Genetisch identische Embryonen dürfen weder mit dem Ziel hergestellt werden ein geklontes Kind zur Welt zu bringen (sog. reproduktives Klonen) noch dürfen sie erzeugt werden, um embryonale Stammzellen zu gewinnen (sog. therapeutisches Klonen). Denn weder ein sozialer noch ein medizinischer Nutzen können ein Verfahren rechtfertigen, das die unantastbare Würde menschlicher Lebewesen verletzt. Im Fall des sog. therapeutischen Klonierens ist es zudem wissenschaftlich zunehmend umstritten, ob das Klonieren menschlicher Embryonen sowohl notwendig wie auch überhaupt geeignet ist, um die anvisierten therapeutischen Ziele zu erreichen.

Die Ergebnisse der naturwissenschaftlichen Forschung zeigen, dass das Klonieren von Embryonen mit methodenbedingten unwägbar und unverantwortbaren Risiken für das entstehende Lebewesen verbunden ist. Das ZdK stellt fest, dass die von den Befürwortern des sog. therapeutischen Klonens herausgestellte Unterscheidung zwischen reproduktivem und therapeutischen Klonieren auf Dauer nicht tragfähig ist. Das ZdK hält es in Anerkennung der verfolgten therapeutischen Ziele für richtig, die ethisch unbedenklichen Alternativen, z.B. die Forschung mit adulten Stammzellen zu forcieren.

7. Das ZdK fordert alle Gemeinden und katholischen Organisationen auf, sich intensiv mit den hier anstehenden Fragen zu beschäftigen. Denn es bereitet große Sorge, dass die Vorstellungen vom perfekten, vitalen, stets jugendlichen und gesunden Menschen zunehmend Haltungen und Handlungen in unserer Gesellschaft bestimmen. Für die Akzeptanz von tatsächlichem Leid und Behinderungen, von unvermeidbaren Krankheiten und Begrenzungen des Menschen hätte dies dramatische Konsequenzen. Deshalb gehören die Fragen, was den Menschen zum Menschen macht, wie er mit seiner Endlichkeit umgehen kann, von welchen Visionen er sein Handeln leiten läßt und welche Begrenzungen seines Tuns um der Humanität willen vorgenommen werden müssen, unabdingbar mit in den Diskurs.

Diözesanrat entschieden gegen Präimplantationsdiagnostik

14.10.2010

Mit großer Sorge hat der Diözesanrat der Katholiken in der Diözese Augsburg Berichte zur Kenntnis genommen, dass es in der FDP Pläne gibt, die Präimplantationsdiagnostik (PID), die bisher in Deutschland verboten ist, freizugeben. Die Überlegungen gehen offenbar so weit, ganz auf die Festlegung von Bedingungen zu verzichten, wann PID angewandt werden darf. Ebenso ist bekannt geworden, dass es auch in der CDU Stimmen gibt, die nicht mehr zum Verbot der PID stehen, sondern die PID in festgelegten Grenzen erlauben wollen.

Damit würde der Schutz des vorgeburtlichen menschlichen Lebens aufgegeben. Wenn solche Pläne Gesetz werden, kommt es zur Aussonderung vermeintlich unwerten Lebens. Letztlich werden die Tore zur Schaffung beliebiger Designerbabys geöffnet.

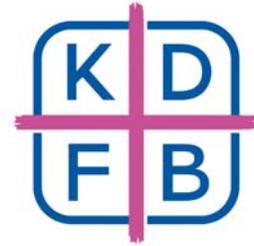
Wir appellieren eindringlich an alle, die politisch Verantwortung tragen, dem Schutz und der Würde menschlichen Lebens in jeder Phase des Lebens absolute Priorität einzuräumen. Auch der embryonale Mensch hat ein Recht auf Leben und den Schutz seiner Würde. PID hingegen bedeutet Selektion von embryonalen Menschen.

Diese Selektion ist ethisch inakzeptabel. Es ist konsequent, dass das deutsche Embryonenschutzgesetz die PID verbietet. Auch in Zukunft muss die Selektion von menschlichen Embryonen verboten sein.

Sollte es im Deutschen Bundestag zu einer Abstimmung über ein geändertes Embryonenschutzgesetz kommen, vertritt der Diözesanrat die Auffassung, dass es keinen Fraktionszwang geben darf. Hier ist eine fraktionsübergreifende Abstimmung nötig, bei der allein die persönliche Gewissensentscheidung der Abgeordneten entscheiden darf.

Augsburg, den 14. Oktober 2010

Helmut Mangold
Vorsitzender



Katholischer Deutscher
FRAUENBUND

KDFB e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Kaesestraße 18
50677 Köln

Tel. 0221/860 92-0
Fax 0221/860 92-79
bundesverband@frauenbund.de
www.frauenbund.de

PRESSEMITTEILUNG

KDFB für PID-Verbot

Köln, 26.10.2010 – Der Katholische Deutsche Frauenbund e.V. (KDFB) spricht sich eindeutig gegen die Anwendung von Präimplantationsdiagnostik (PID) aus und fordert von der Politik ein entsprechendes Verbot.

Die Bundesdelegiertenversammlung des 220.000 Mitglieder starken Frauenverbandes appelliert an Politikerinnen und Politiker, sich für den Schutz des Lebens von Anfang an einzusetzen. „Selektion und Tötung von Embryonen verstoßen gegen Menschenwürde und Schutzwürdigkeit von menschlichem Leben“, erklärt KDFB-Präsidentin Ingrid Fischbach. Eine Untersuchung extrakorporal befruchteter Embryonen auf schwerwiegende genetische Schäden und die anschließende Verwerfung bei positivem Befund führt nach Meinung des Frauenbundes zu einer Unterscheidung von scheinbar „wertem“ und „unwertem“ Leben. Dies sei mit einem christlichen Menschenbild nicht vereinbar.

Der Frauenbund sieht die Nöte von Frauen, die in eine Situation kommen, sich für oder gegen ein krankes oder behindertes Kind zu entscheiden. Oft sind sie familiärem oder gesellschaftlichem Druck ausgesetzt und sie fühlen sich zu einer Selektion gedrängt. In diesem moralischen Dilemma will der KDFB Frauen unterstützen und ihnen Mut machen, dem Anspruch auf Perfektion zu widerstehen und zu bedenken, dass gelingendes und glückliches Leben trotz Schicksalsschlägen möglich ist. „Es ist Aufgabe des Staates, werdende Müttern und Paare in dieser Situation zu unterstützen und umfassende Hilfen für ein Leben mit einem kranken oder behinderten Kind zu gewährleisten“, stellt KDFB-Präsidentin Fischbach fest.

Die Forderung nach einem Verbot von PID ergänzt die bereits bestehenden Positionen des KDFB zu Gendiagnostik und Embryonenschutz.

Ute Hücker
Pressereferentin

Der Katholische Deutsche Frauenbund e.V. (KDFB) ist ein unabhängiger Frauenverband mit bundesweit 220.000 Mitgliedern. Seit der Gründung 1903 setzt er sich für die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern in Politik, Gesellschaft und Kirche ein.

08.10.2010 - Wir sind nicht Herr über Leben und Tod!

Bundeshauptausschuss des Kolpingwerkes Deutschland lehnt Präimplantationsdiagnostik (PID) ab.

"Die unverfügbare Würde des Menschen muss vom ersten Moment seiner Existenz im Mittelpunkt stehen und zentrale Richtschnur in allen Lebensphasen sein. Daher ist eine gesetzliche Regelung mit einem Verbot der Präimplantationsdiagnostik unverzichtbar. Der Mensch macht sich bei dieser Diagnose zum Herrn über Leben und Tod." So heißt es in einer Stellungnahme, die der Bundeshauptausschuss des Kolpingwerkes Deutschland am Wochenende in Berlin verabschiedete.

Anfang Juli hatte der Bundesgerichtshof in einem Grundsatzurteil festgestellt, dass die Präimplantationsdiagnostik (PID) nicht in jedem Fall gegen das Embryonenschutzgesetz verstößt und damit unter bestimmten Voraussetzungen straffrei bleibt. Seitdem gibt es Forderungen nach einem expliziten Verbot dieser Untersuchungsmethode. Bei PID werden im Reagenzglas erzeugte Embryonen auf Risikofaktoren untersucht und bei einem schwerwiegenden genetischen Schaden vernichtet.

"Präimplantationsdiagnostik ist mit dem christlichen Menschenbild nicht vereinbar. Es verstößt gegen die Achtung der Menschenwürde und dem im Grundgesetz festgelegten Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit", erklären die mehr als 150 Delegierten des katholischen Sozialverbandes aus der gesamten Bundesrepublik weiter. Die Präimplantationsdiagnostik verletze das grundgesetzlich festgeschriebene Verbot der Benachteiligung wegen einer Behinderung, wenn das Leben eines Embryos wegen eines auffälligen genetischen Befundes vernichtet wird. "Die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens verbietet jede Selektion von Embryonen. Nach unserer Verfassung ist menschliches Leben einzigartig, wertvoll und uneingeschränkt schützenswert - unabhängig von Behinderungen oder Krankheiten."

Weiter heißt es in der Erklärung: "Das Akzeptieren von Unvollkommenheit und Unverfügbarkeit des Lebens müssen wir in einer Gesellschaft, in der all zu häufig die perfekte Programmierbarkeit des Lebens unterstellt wird, neu erlernen. Der Schutz jeglichen Lebens muss im Vordergrund stehen. Das macht die Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik erneut deutlich."

Das Kolpingwerk Deutschland begrüßt die Aufhebung des Fraktionszwanges bei einer Entscheidung über die Präimplantationsdiagnostik im Deutschen Bundestag. "Bei einer solchen Entscheidung sind die Abgeordneten allein ihrem Gewissen verpflichtet."

Das Kolpingwerk Deutschland ist ein katholischer Sozialverband mit mehr als 265.000 Mitgliedern. Der Bundeshauptausschuss ist das zwischen den Bundesversammlungen tagende Kontroll- und Beschlussorgan. Er berät in allen das Kolpingwerk Deutschland und seine Einrichtungen betreffenden wichtigen Fragen.

Heinrich Wullhorst



Werdende Eltern und Menschen mit Behinderung unterstützen, Präimplantationsdiagnostik verbieten

Situation

Laut dem Urteil des 5. Strafsenats des Bundesgerichtshofes vom 6. Juli 2010 (5 StR 386/09) ist das Vorhaben einer Präimplantationsdiagnostik (PID) mit dem Embryonenschutzgesetz vereinbar. Mit seiner Entscheidung zur PID verhilft der Bundesgerichtshof einer Argumentation zum Durchbruch, die von verschiedenen Seiten vertreten wird: Paare mit erblich bedingten Risikofaktoren sollen die Möglichkeit haben, eigene Kinder zu bekommen, ohne sich den Belastungen eines möglichen Schwangerschaftsabbruchs nach Pränataldiagnostik (PND) aussetzen zu müssen. Zusätzlich lehnt der Senat in seiner Entscheidung eine unbegrenzte Selektion menschlicher Embryonen anhand genetischer Merkmale ab und wünscht eine eindeutige gesetzliche Regelung der Materie. Die Straffreiheit der Präimplantationsdiagnostik begrenzen die Richter auf „schwerwiegend genetische Schäden“. Es besteht jedoch keine Einigkeit darüber, was konkret darunter zu verstehen ist. Damit ist in der Bundesrepublik eine rechtliche Situation eingetreten, in der die PID nicht nur nicht ausdrücklich verboten ist, sondern für keine Indikation begrenzt ist und faktisch erlaubt ist.

Bewertung

Die PID stellt die Frage nach der Bedeutung eines Menschenlebens und der Zumutbarkeit von Kindern mit Behinderung für ihre Eltern. Die Berufung auf Selbstbestimmung, Menschenwürde, Annahme menschlichen Lebens, menschliches Leid und gesellschaftliche Solidarität müssen sorgfältig bedacht werden. Die Beantwortung solch grundsätzlicher Fragen bedarf einer breiten öffentlichen Debatte und einer demokratisch legitimierten Gesetzgebung. Es ist nicht hinnehmbar, die PID schleichend einzuführen, ohne das Für

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.
Prälat Dr. Peter Neher
Präsident

Kontakt:
PD Dr. Ulrike Kostka
Abteilungsleiterin der Abteilung Theologische und verbandliche Grundlagen
ulrike.kostka@caritas.de

Dr. Alexis Fritz
Leiter der Arbeitsstelle Theologie und Ethik
alexis.fritz@caritas.de

Postfach 4 20, 79004 Freiburg i. Br.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.
Lorenz-Werthmann-Haus
Telefon-Zentrale (07 61) 2 00-0
Telefax (07 61) 2 00-50 9

und Wider öffentlich und letztlich im Parlament auszutragen. Die öffentliche und parlamentarische Debatte ist mit Respekt vor den verschiedenen Positionen zu führen, die um ethisch verantwortbare Haltungen ringen. Ein Moratorium, das die PID bis zu einer gesetzlichen Neuregelung verbietet, könnte die erforderliche Zeit für Nachdenken und Beraten schaffen. Der Deutsche Caritasverband spricht sich aus folgenden Gründen für ein gesetzliches Verbot einer Durchführung der PID in Deutschland aus.

Mensch, Würde und Lebensrecht von Anfang an

Immer mehr Paare (zumeist mit unerfülltem Kinderwunsch) wollen sich ihren verständlichen Wunsch nach einem eigenen Kind mit Hilfe der In-vitro-Fertilisation (IVF) erfüllen. Tatsächlich bringt nur jede fünfte Frau nach den oft belastenden Prozeduren der IVF ein Kind zu Welt. Die PID dient dann dazu, Embryonen mit unerwünschten genetischen Anlagen zu erkennen und auszusortieren. In vielen Ländern wird sie routinemäßig bei der IVF angewendet, um die Erfolgsrate der IVF zu steigern.

Biologisch betrachtet, entwickelt sich der menschliche Embryo von Anfang an als Mensch. Dieses menschliche Leben besitzt von Anfang an eine eigene Würde und eine darin begründete Schutzwürdigkeit. Die Festsetzung der Menschenwürde zu einem anderen Zeitpunkt des menschlichen Lebens wäre willkürlich. Denn der Embryo besitzt von dem Moment der Verschmelzung der Ei- und Samenzelle die Potentialität sich zu einem Fötus zu entwickeln, auch wenn ca. 70% der Embryonen sich im natürlichen Prozess nicht einnisten. Grundsätzlich kann sich ein Embryo jedoch zu einem Fötus entwickeln und geboren werden.

Menschliche Embryonen in vitro bedürfen aufgrund der erweiterten Zugriffsmöglichkeiten eines besonderen und uneingeschränkten Schutzes. Im Rahmen der PID werden menschliche Embryonen gezielt unter der Bedingung gezeugt, sie bei auffälligem positivem Befund nicht in den Uterus zu übertragen. Auch wenn das Verfahren an Zellen angewandt wird, die sich allein nicht zu einem kompletten Individuum entwickeln können, führt dies letztlich zur Selektion bzw. Instrumentalisierung von Embryonen. Zur Wahrung der Menschenwürde gemäß Art. 1 Abs. 1 GG – Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. – und des Rechts auf Leben gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG – Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. – darf der Gesetzgeber die PID in Deutschland nicht zulassen.

Das Verbot der Durchführung der Präimplantationsdiagnostik und die Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs ist kein Widerspruch

Zu Recht weist das Urteil des Bundesgerichtshofes eine „Schwangerschaft auf Probe“ zurück. Das Argument, die PID verlege den Zeitpunkt der Selektion eines Embryos mit genetischen Schäden lediglich nach vorne, kann vom deutschen Rechtsverständnis nicht nachvollzogen werden. Denn es stellt Behinderungsfaktoren oder -risiken als hinreichenden Rechtfertigungsgrund für die Verwerfung von Embryonen bzw. den Schwangerschaftsabbruch dar. Die Ausnahme von der Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs in §218a StGB hat nicht die Behinderung des Kindes zum Gegenstand. Vielmehr betrifft sie einen Konflikt, in dem zwischen der Schutzwürdigkeit des Embryos und dem Recht der Schwangeren auf Leben und ihrer körperlichen oder seelischen Unversehrtheit entschieden werden muss. Nur wenn die Gefahr für die Schwangere nicht auf eine andere Weise abgewendet werden kann, ist der Schwangerschaftsabbruch straffrei. Im Unterschied zu

einer vorliegenden Schwangerschaft wird durch die PID ein Konfliktpotential gezielt herbeigeführt statt dasselbe zu vermeiden. Der Gesetzesgeber kann den einkalkulierten Konflikt bei der PID bereits dadurch vermeiden, in dem er ihre Durchführung nicht zulässt.

Ferner wird unterstellt, dass Prognosen über eine Behinderung oder schwere Erkrankung, die während der Schwangerschaft durch PND festgestellt werden, automatisch einen Schwangerschaftsabbruch nach sich ziehen. Der Entscheidungskonflikt von Frauen und Paaren, der sehr wohl auch zur Fortsetzung der Schwangerschaft führen kann, bleibt bei dieser Argumentationslinie außen vor.

Diskriminierung von Menschen mit Behinderung

Wird eine PID vorgenommen, um menschliche Embryonen mit auffälligem Befund nicht zu transferrieren, so impliziert dies stets ein Urteil über lebenswertes und nicht lebenswertes Leben. Es liegt nahe, dass ein Verfahren zur Aussonderung genetisch geschädigter Embryonen diskriminierende Haltungen gegenüber Menschen mit Behinderung innerhalb der Gesellschaft verstärkt. Eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung ist aufgrund der Gleichheit aller Menschen und ihrer individuellen Rechte ethisch nicht zulässig. Sie ist gemäß Art. 3 Abs. 3 GG verboten. Auch im UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) wird vom Gesetzesgeber gefordert, die institutionellen Rahmenbedingungen so zu regeln, dass Menschen mit Behinderung nicht länger als defizitär angesehen werden, Diskriminierung unterbunden und eine volle selbstbestimmte Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht wird. Diesem würde eine Zulassung der PID widersprechen.

Gesellschaftlicher Druck auf Eltern bei ihrer Entscheidung

Schon jetzt sehen sich Frauen und Paare vereinzelt im Falle der Geburt eines Kindes mit Behinderung mit latenten bis offenen Schuldzuweisungen konfrontiert. Die Geburt eines Kindes mit Behinderung wird teilweise als vermeintlich vermeidbares Risiko angesehen. Es ist zu befürchten, dass durch die Zulassung der PID der gesellschaftliche Erwartungs- und unrealistische Perfektionsdruck auf werdende Eltern noch mehr zunimmt.

Insbesondere Frauen fühlen sich mit ihrer Verantwortung für ihr Kind von ihrem sozialem Umfeld und der Gesellschaft im Stich gelassen. Das Leben mit Kindern mit Behinderung ist für alle Beteiligte eine große und teilweise leidvolle Herausforderung. Die Leistungen der betroffenen Eltern wird durch das soziale Umfeld zu wenig wertgeschätzt. Dieser Mangel an Respekt zeigt sich mitunter darin, dass die Entscheidung für ein behindertes Kind für viele betroffene Paare ein Armutsrisiko und eine berufliche Benachteiligung bedeutet. Die Caritas setzt sich für ein individuelles sowie gesellschaftliches Umdenken ein, das Kinder mit Behinderung und das Leben mit ihnen sowie die gesellschaftliche Teilhabe für alle Betroffenen ermöglicht. Die Zulassung der PID ist das falsche Signal für die Situation betroffener Familien und den erforderlichen gesellschaftlichen Inklusionsbemühungen.

Problem der Begrenzung der Indikationen

Die Erfahrung in verschiedenen Ländern zeigt, dass im Falle einer Zulassung der PID, nur schwer entscheidbar ist, ab wann eine schwerwiegende Erkrankung bzw. ein schwerer genetischer Schaden vorliegt, der die Anwendung einer PID rechtfertigt. Weder eine Beschränkung auf sogenannte Hochrisikopaare, noch das Kriterium der Zumutbarkeit für die betroffene Frau oder ein verbindli-

cher Indikationenkatalog bietet eine klare Begrenzung der PID. Hinzukommt, dass die PID im Rahmen der IVF nicht nur für so genannte Hochrisikopaare relevant ist. Eine Ausdehnung der PID als allgemein zugängliche Screening-Methode für genetische Auffälligkeiten bei einer IVF kann nur durch ein Verbot des Angebots und der Durchführung der PID vermieden werden. Zu berücksichtigen ist zudem, dass eine Zulassung der PID das Problem von nicht verwendeten Embryonen erheblich vergrößern würde. Es würde sich die Frage ergeben, was mit diesen Embryonen geschieht. Es ist abzusehen, dass es ein großes Interesse von Seiten der Forschung geben wird, diese Embryonen für die Gewinnung von embryonalen Stammzellen zu verwenden. Damit eröffnet die Zulassung der PID weitere ethische Problemkreise.

Empfehlung

Die gegenwärtig für alle Seiten unbefriedigende rechtliche Situation ist durch ein gesetzliches Verbot der Präimplantationsdiagnostik zu beheben. Denn nur durch eine klare rechtliche Regelung, d.h. durch ein Verbot des Angebots und der Durchführung der PID durch Ärzte und (medizinische) Institutionen in Deutschland, können die hochgradigen ethischen Probleme der PID vermieden werden.

Der Wunsch von Hochrisikopaaren, ein Kind ohne eine bestimmte Behinderung oder Erkrankung zu bekommen, ist sehr nachvollziehbar. Gleichwohl ist die PID aufgrund der Selektion von menschlichem Leben auch in diesem Fall nicht zu rechtfertigen. Der Wunsch nach einem gesunden Kind stellt keinen Rechtfertigungsgrund für die Selektion eines Embryos dar. Auch die ethischen und rechtlichen Fragen der Spätabtreibung sind durch eine Zulassung der PID nicht lösbar, weil sie neue schwerwiegende ethische Probleme aufwirft. Den betroffenen Paaren sind psychosoziale Beratungsangebote zur Verfügung zu stellen. Die psycho-soziale Beratung vermag nicht das Problem der Kinderlosigkeit zu lösen, kann jedoch bei der Bewältigung unerfüllter Kinderwünsche helfen und Paare in ihren Entscheidungsprozessen begleiten. Die Caritas bietet solche Beratungsmöglichkeiten durch ihre Beratungsdienste an.

Geeignete sozial-, arbeitsmarkt- und gesellschaftspolitische Maßnahmen und Initiativen sind auszubauen, die das Armutsrisiko von Familien mit Kindern mit Behinderung senken und berufliche Benachteiligung abbauen. Durch eine Stärkung der selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen und einer umfassenden Inklusion in allen gesellschaftlichen Bereichen können die Selbstbestimmung und Entfaltungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung verbessert werden. Die Caritas engagiert sich durch ihre Initiative für selbstbestimmte Teilhabe für eine inklusive Gesellschaft.

Freiburg, den 09. November 2010

Deutscher Caritasverband e.V.
Prälat Dr. Peter Neher
Präsident

Kontakt:

PD Dr. Ulrike Kostka, Abteilungsleiterin Theologische und verbandliche Grundlagen,
DCV Freiburg, Tel. 0761 200 658, ulrike.kostka@caritas.de
Dr. Alexis Fritz, Leiter der Arbeitsstelle Theologie und Ethik, DCV Freiburg,
Tel. 0761 200 253, alexis.fritz@caritas.de

Adresse

Düsseldorf, den 15. November 2010

Christliche Frauenverbände lehnen Präimplantationsdiagnostik ab

Sehr geehrte (Name),

auch wenn der Wunsch nach einem eigenen und gesunden Kind aus der Sicht Einzelner nachvollziehbar und verständlich ist, hat die Anwendung der Präimplantationsdiagnostik (PID) weitreichende gesellschaftliche Auswirkungen, die aus ethischer und frauenpolitischer Sicht nicht wünschenswert sein können. Wir – als die größten deutschen christlichen Frauenverbände – lehnen daher jede Zulassung der PID ab.

Der Schutz und die Würde jeglichen menschlichen Lebens sind im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verankert. Mit der Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention hat die Bundesregierung im Jahr 2009 diese grundgesetzlich verankerten Schutzrechte erneut bekräftigt und sich verpflichtet, der Diskriminierung behinderten Lebens politisch und gesellschaftlich entgegenzuwirken.

Die PID jedoch macht genau das Gegenteil: Sie unterzieht menschliches Leben einer Qualitätskontrolle und unterscheidet damit letztendlich zwischen lebenswertem und nicht lebenswertem Leben. Damit verstößt sie sowohl gegen das Grundgesetz als auch gegen die UN-Behindertenrechtskonvention.

Das Recht auf ein gesundes Kind gibt es nicht, ebenso wenig die Garantie darauf oder auch die Pflicht dazu. Mit einer politisch erlaubten wie gesellschaftlich zugelassenen PID besteht die Gefahr, dass Eltern – Frauen wie Männer – von Kindern mit Behinderungen und Erwachsene mit Behinderungen in unserer Gesellschaft noch mehr an den Rand gedrängt werden. Auch ist zu befürchten, dass eine Zulassung der PID schnell zum gesellschaftlichen und auch zum medizinischen Normalfall wird.

Das Argument vieler PID-Befürwortender, PID sei für Frauen weniger belastend als das Risiko einer Schwangerschaft und deren möglicher Abbruch nach Pränataldiagnostik, geht von falschen Voraussetzungen aus.

Ein Schwangerschaftsabbruch nach embryopathischer Indikation (wegen einer zu vermutenden Behinderung oder Erkrankung des Embryos) ist nach § 218 StGB gar nicht mehr zulässig, sondern nur dann möglich, wenn eine nicht anders abzuwendende Gefahr für das Leben oder die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren besteht. Anders als bei der Auswahl von Embryonen außerhalb des Mutterleibes besteht in Schwangerschaftskonfliktsituationen sehr wohl die Option, sich bewusst für ein Kind mit Behinderung zu entscheiden.

PID erhöht die Gefahr von Fehlgeburten oder Fehlentwicklungen im Laufe einer Schwangerschaft: Zur PID werden den Embryonen Zellen entnommen, eine Schädigung der untersuchten Embryonen ist hierbei nicht auszuschließen. Deshalb raten auch MedizinerInnen nach In-Vitro-Fertilisation (IVF) und PID – selbst ohne Befund – zur anschließenden Pränataldiagnostik, was Schwangere vor die nächste Konflikt- und Entscheidungssituation stellt.

Darüber hinaus setzt eine PID voraus, dass eine Frau, auch wenn sie ohne medizinische Hilfestellungen schwanger werden kann, sich mit einer IVF hohen Risiken für die eigene Gesundheit durch wiederholte Hormonbehandlungen und gesundheitsgefährdenden Operationen aussetzt, um überhaupt Eizellen für die Embryonenerzeugung gewinnen zu können.

Wir, die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands und die Evangelischen Frauen in Deutschland, bitten Sie dringend, unsere Argumente bei den anstehenden Entscheidungen im Bundestag zu bedenken. Gern stehen wir Ihnen für weiterreichende Gespräche zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Maria Theresia Opladen
Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands



Brunhilde Raiser
Evangelische Frauen in Deutschland

Mit Leidenschaft, Augenmaß und Frustrationstoleranz

Plädoyer für eine christlich geprägte Politik unter den Bedingungen fortschreitender Säkularisierung

Die katholische Kirche ist im Gespräch wie schon seit Jahren nicht mehr. Doch leider hat sie die Agenda nicht selbst bestimmen können. Sie ist im Gespräch, weil sie, ausgehend von der Aufdeckung zahlreicher Fälle sexuellen Missbrauchs, unter öffentlicher Dauerbeobachtung steht. Sie ist vollauf damit beschäftigt, auf die Vorwürfe und kritischen Anfragen zu reagieren – daneben drohen gesellschaftsprägende diakonische und politische Initiativen und ihre Frohe Botschaft insgesamt zu verblassen. Wie gestalten Christen unter diesen Bedingungen Politik?

Die aktuelle Ohnmachtserfahrung steht nicht für sich allein, sondern ist eingebettet in eine Entwicklung, in der die Kirche (und keineswegs allein die katholische Kirche) an gesellschaftlichem und politischem Boden verloren hat. Matthias Sellmann hat jüngst darauf hingewiesen, dass in den letzten Jahrzehnten ein Großteil kirchlicher Definitions- und Steuerungsmacht erodiert sei. "Die Kirche ist heute auf einen Markt geworfen. Andere schaffen jetzt die Situationen, in denen sie sich bewähren muss." Vielfach fehlt es aber innerhalb der Kirche noch an Einsicht in den Rollenwechsel vom Ethikmonopolisten zum konkurrierenden Anbieter, folglich auch an Bereitschaft zur Kommunikation auf Augenhöhe mit anderen Marktteilnehmern. Um die ökonomischen Analogien nicht überzustrapazieren, sei mit Sellmann auch auf die theologische Grundlegung für den vorzunehmenden Blick- und Rollenwechsel verwiesen, denn "die Kirche als Gemeinschaft des Volkes Gottes ist ja auch dogmatisch hervorragend auf diese Situation vorbereitet, aktiviert sie doch erst unter Säkularisierungsbedingungen das großartige zweipolige ekklesiologische Programm von ‚Lumen Gentium‘ und ‚Gaudium et spes‘". Kein Anlass zur Resignation also, vielmehr für jede Menge

Hoffnung, die sich aber an der gesellschaftlichen und politischen Realität abzuarbeiten hat.

Beispiel PID

Dafür gibt es zahlreiche aufschlussreiche Beispiele. In diesem Beitrag soll die Debatte über die Präimplantationsdiagnostik (PID) im Vordergrund stehen, die vom Bundesgerichtshof (BGH) im Juli 2010 für juristisch zulässig, da mit dem Embryonenschutzgesetz vereinbar erklärt wurde.

Unter PID wird die Untersuchung am Erbmaterial eines Embryos in vitro auf Krankheitsdispositionen vor dem Transfer zur Einnistung in die Gebärmutter verstanden. Auf Grundlage der PID können Embryonen mit genetischen Defekten selektiert werden. In mehreren EU-Staaten ist die PID und die nachfolgende Selektion zugelassen. In Deutschland ist im 1990 beschlossenen Embryonenschutzgesetz festgelegt, dass Embryonen extrakorporal nur zur Herbeiführung einer Schwangerschaft hergestellt werden dürfen. Dies wurde bis vor kurzem in der Rechtsprechung als Verbot der PID ausgelegt, da diese ja keinen anderen Zweck als die Aussonderung schadhafter Embryonen hat.

Mit diesem Status quo ante konnten die christlichen Kirchen und die aus christlicher Motivation engagierten Politiker leben, da die mit der Embryonenselektion verbundene Tötung menschlichen Lebens somit gesetzlich unterbunden war. Gleichwohl gab es Vorstöße für eine gesetzliche Klarstellung, so z. B. die Forderung des ZdK 2001, ein umfassendes Fortpflanzungsmedizinengesetz zu erarbeiten, das nicht hinter dem Schutzniveau des geltenden Embryonenschutzgesetzes zurückbleibt, ebenso aber auch Befürchtungen, dass eine gesetzliche Explizierung auf die schiefe Ebene einer kontinuierlichen reproduktionsmedizinischen Liberalisierung führen werde. Denn der fragile Status der bis dato vorherrschenden Gesetzesauslegung war den Verfechtern des Lebensschutzes durchaus bewusst, zumal seit dem Beschluss des Embryonenschutzgesetzes die Forschung weiter vorangeschritten war und die zunehmende PID-Zulassung in Nachbarstaaten einen reproduktionsmedizinischen Tourismus dorthin beflügelte, durch den der deutsche Weg als Insellösung immer stärker an Plausibilitätsschwund litt und unter Rechtfertigungsdruck geriet.

So gesehen reflektiert das Anfang Juli vom BGH gesprochene Urteil nicht zuletzt einen gesellschaftlichen Wandel, in dem der berechtigte Wunsch von (werdenden) Eltern, ein gesundes Kind zu bekommen, zu einer Anspruchshaltung geworden ist, die nicht mehr grundsätzlich hinterfragt wird.

An dem Urteil wird auch deutlich, dass kirchlich sanktionierte Positionen inzwischen offenbar mehr gesellschaftspolitischem Gegenwind ausgesetzt sind, als sie einem Anliegen Rückenwind verleihen können. Sie haben an Wirkmacht eingebüßt; neue Strategien der politischen Vermittlung sind gefragt.

Handlungsoptionen

Wie ist mit diesem Kurswechsel in der Rechtsprechung, der weit über das konkrete Urteil hinausweist, nun angemessen umzugehen?

Zwischen den Partnern der Regierungskoalition gibt es offenkundig einen Konflikt: Während aus der Union nach wie vor überwiegend Stimmen zu vernehmen sind, die sich für ein Verbot der PID aussprechen, hält die FDP es für ethisch geboten, sie (werdenden) Eltern nicht vorzuenthalten. Dies so zu sehen ist durchaus eine legitime Haltung. Kirchen und christliche Politiker haben die Ethik nicht für sich gepachtet, und in einer gesellschaftspolitischen Debatte ist die eine ethische Argumentation einer anderen noch nicht dadurch überlegen, dass sie in einen explizit christlichen Kontext gestellt wird. Es ist abzusehen, dass in dieser konkreten Gemengelage ein Koalitionsantrag wohl nicht möglich sein dürfte. Für aussagekräftige Gesetzesinitiativen müsste daher, wie in der Vergangenheit des öfteren in bioethischen Fragen, zuletzt bei der Stammzellforschung, der Regelung von Spätabtreibungen und der Patientenverfügung, der Fraktionszwang aufgehoben werden – oder es müsste auf eine gesetzliche Regelung unter der aktuellen Bundesregierung verzichtet werden. Dies scheint die Position der Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger zu sein, die durch das BGH-Urteil hinreichende Klarheit zugunsten der Zulassung der PID hergestellt sieht.

Auf Neuregelung dringen

Es ist nicht ohne Pikanterie, dass die Strategie der Vermeidung einer politischen Klärung vor kurzem noch für die Gegner der PID durchaus nahelag.

Gab es bislang noch gute Gründe für ein Stillhalten und Aushalten der Interpretierbarkeit des Gesetzes, so hat sich die Beweispflicht nun umgekehrt. Angesichts des Kurswechsels in der Rechtsprechung wäre es fahrlässig, jetzt nicht auf eine gesetzliche Neuregelung zu dringen. Denn wenn jetzt nichts geschieht, gilt das Urteil des BGH als Maßstab und die politische Normsetzung wird dem Gesetzgeber von der höchstrichterlichen Rechtsprechung abgenommen.

Es ist müßig nun zu spekulieren, ob inzwischen der Zug für eine dauerhafte Limitierung der PID uneinholbar abgefahren ist. Noch immer gilt die Intervention eines Kirchenrepräsentanten als zu beachtende, aber nicht als allein ausschlaggebende Stimme im bioethischen Diskurs. Noch immer ist auch die Forderung eines generellen PID-Verbots als ethisch gehaltvolle Privilegierung des Nicht-Wissens um Gesundheit oder Krankheit eines Kindes (das auch gesund immer ein Wagnis ist) argumentativ konkurrenzfähig. Sie ist mehr als eine bei erster Gelegenheit aufzugebende Maximalposition für den politischen Aushandlungsprozess. Zugleich muss man aber keinesweg prophetisch begabt sein, um abzusehen, dass sich weder die eine noch die andere Maximalposition letztlich in einem Gesetzestext wiederfinden dürfte.

Dialog suchen

Keinesfalls erfolgversprechend dürfte es sein, nur die eigene ethische Logik gelten zu lassen und mittlerweile etablierte Instanzen wie den Deutschen Ethikrat, den zu konsultieren z. B. die Bundesforschungsministerin und vormalige ZdK-Vizepräsidentin Annette Schavan empfohlen hat, gering zu schätzen. Vielmehr kommen christlich motivierte und politisch engagierte Bürger, auch wenn sie ein klares Leitbild verfolgen, gar nicht umhin, sich auf die Welt, das heißt auch die gesellschaftspolitische Umwelt, einzulassen, wie sie ist. Ein christlicher Realitätssinn gebietet, sich keinen überhöhten Erwartungen hinzugeben, auch vergebliche Anläufe in Kauf zu nehmen, aber doch – frei nach Max Weber – mit Ausdauer, Leidenschaft und Augenmaß für die als richtig erkannten Positionen einzustehen und Zeugnis von seinen Überzeugungen abzulegen.

Dr. Hubert Wissing, seit Mai 2010 Leiter der Arbeitsgruppe Kirche und Gesellschaft im Generalsekretariat des ZdK