



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Ethik des Helfens vs. Ethik des Lebens

Die Debatte des Deutschen Bundestages zur gesetzlichen
Regelung der Präimplantationsdiagnostik

Verfasserin

Elisabeth Fink

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Theologie (Mag.theol.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 012

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Katholische Religionspädagogik

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr.theol. Sigrid Müller

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagung.....	1
1. Einleitung.....	3
2. Präimplantationsdiagnostik.....	7
2.1 Begriffsdefinitionen der Präimplantationsdiagnostik.....	7
2.2. Geschichtliche Entwicklung.....	8
2.3 Gründe für die Durchführung einer PID.....	10
2.3.1 Monogen vererbare Krankheiten.....	10
2.3.2 Multifaktorielle Erbkrankheiten.....	11
2.3.3 Chromosomenstörungen.....	11
2.3.4 Zur Bestimmung von gewollten Eigenschaften.....	12
2.4.1 Die Polkörperdiagnostik an der Eizelle.....	13
2.4.2 Blastomerenbiopsie.....	14
2.4.3 Blastozystenbiopsie.....	15
2.5 Methoden der Analyse des gewonnenen Erbmaterials.....	15
2.5.1 Polymerase-Kettenreaktion (PCR – Polymerase chain reaction).....	15
2.5.2 Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH).....	16
2.5.3 DNA-Chips.....	17
2.6. Risiken der PID.....	17
2.7 Der momentane Stand der PID.....	19
3. Die Rolle der Erfahrung im ethischen Argument.....	23
3.1 Vorbemerkungen zum Begriff der Erfahrung.....	23
3.1.1 Der Erfahrungsbegriff in der Philosophie.....	23
3.1.2 Der Erfahrungsbegriff aus theologisch-ethischer Sicht.....	24
3.1.3 Der Begriff der Erfahrung bei Dietmar Mieth.....	25
4. Die Debatte des Deutschen Bundestages zur gesetzlichen Regelung der PID.....	29
4.1 Gesetzesentwürfe zur rechtlichen Handhabung der PID in Deutschland.....	29
4.1.1 Gesetzesentwurf zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik.....	30
4.1.2 Gesetzesentwurf zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik.....	34
4.1.3 Gesetzesentwurf zur begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik.....	36
4.2 Stellungnahme des Deutschen Ethikrats.....	38
4.2.1 Votum zur begrenzten Zulassung der PID.....	43
4.2.2 Votum für ein gesetzliches Verbot der PID.....	45
4.2.3 Sondervotum.....	51
4.3 Stellungnahmen von Sachverständigen zur Anhörung im Deutschen Bundestag.....	51
4.3.1 Stellungnahme von Prof. Dr. Matthias Herdegen.....	52
4.3.2 Stellungnahme von Prof. Dr. Hille Haker.....	53
4.3.3 Stellungnahme von Dr. Dr. Sigrid Graumann.....	56
4.3.4 Stellungnahme von Prof. Dr. Richard Schröder.....	58

4.4 Die Anhörung im Deutschen Bundestag	60
5. Argumente der Beratung	63
5.1 Arten von Argumenten der Beratung	63
5.1.1 Argumente der Vertreter des Gesetzesentwurfs zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik	63
5.1.2 Argumente der Vertreter des Gesetzesentwurfes zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik	64
5.1.2 Argumente der Vertreter des Gesetzesentwurfes zur begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik	66
5.2 Ausschlaggebende Argumente für die Entscheidungsfindung	67
5.2.1 Entscheidende Argumente der Vertreter des Gesetzesentwurfs zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik	67
5.2.2 Entscheidende Argumente der Vertreter des Gesetzesentwurfs zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik	71
5.2.3 Entscheidende Argumente der Vertreter des Entwurf eines Gesetzes zur begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik	76
5.3 Bedeutung der persönlichen Erfahrung und Erfahrung anderer	78
5.4 Stellung der Expertenmeinungen	80
6. Zusammenfassung	81
7. Allgemeines Abkürzungsverzeichnis	87
8. Bibliographie	89
Abstract	91
Lebenslauf	93

Vorwort und Danksagung

Die vorliegende Diplomarbeit entstand im Jahr 2012, im Rahmen meines Studiums der Katholischen Religionspädagogik an der Universität Wien.

Schon nach meiner ersten Vorlesung im Bereich Moraltheologie (Theologische Ethik) war für mich klar, dass ich mich auf diesem Gebiet wohlfühlte und somit entschied ich mich auch hier meine Diplomarbeit zu schreiben. Die Entscheidung fiel auf das hochaktuelle Thema der Präimplantationsdiagnostik und im Speziellen auf die Debatte dazu im Deutschen Bundestag. Da es in Österreich vielleicht schon in naher Zukunft zu einer ähnlichen Situation kommen könnte, war es besonders interessant, sich anzusehen, wie es in unserem Nachbarland zu einer Entscheidung gekommen ist.

An dieser Stelle gilt ein besonderer Dank meiner Betreuerin, Frau Prof. Dr. Sigrid Müller, die mich überhaupt erst für dieses Thema begeistert und mich besonders in den ersten Schritten meiner Arbeit in die richtige Richtung gewiesen hat.

Weiters möchte ich mich an dieser Stelle bedanken bei...

...meinen Eltern, die mir den Weg des Studiums ermöglicht und mich immer, wo es ging, unterstützt haben. Ohne sie, wäre ich nicht wer ich bin und wo ich heute stehe.

... der besten Freundin und Mitbewohnerin, Daniela Schadler, durch deren moralische Unterstützung und gutes Zureden, die Schwierigkeiten eines Studium überhaupt erst zu überwinden waren.

... meiner Tante Maria und meinem Onkel Hans Marbler, die mir Unterschlupf gewährt haben, als ich die Ruhe für die Arbeit am meisten gebraucht habe.

And a very special thanks to the best husband, David. No one knows better than him, how much energy and sacrifices this degree has cost. Without his patience I would have never made it that far. This diploma thesis is dedicated to him.

1. Einleitung

Diese Diplomarbeit behandelt das heiß diskutierte Thema der Präimplantationsdiagnostik (PID). Die PID ist ein medizinisches Verfahren, bei dem, durch In vitro Fertilisation (IVF), befruchtete Eizellen im Labor hergestellt werden, denen danach genetisches Material entnommen wird, um, durch bestimmte Testverfahren, Informationen, über mögliche vorliegende Krankheiten, zu erhalten. Dieses Diagnoseverfahren soll Paaren, die Anlagen zu einer vererbaren Krankheit haben, helfen, ein gesundes Kind zu bekommen.

In den meisten Ländern Europas fehlt eine gesetzliche Regelung für die PID, sowie generell für die Reproduktionsmedizin. In Ländern wie Frankreich und Großbritannien ist die PID, unter bestimmten Voraussetzungen, begrenzt erlaubt. In Italien ist sie z.B. verboten. In Österreich steht dazu im Gesetzestext, dass Untersuchungen, an befruchteten Eizellen, nur zum Zweck der Herbeiführung einer Schwangerschaft durchgeführt werden dürfen. Dies kann als ein Verbot der PID ausgelegt werden, schließt sie allerdings auch nicht vollständig aus. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass diese Rechtsauffassung umstritten ist. Auch in Deutschland bestand bis zum Juli 2011 ein Verbot der PID. Zumindest hatte man dies so angenommen. Am 6. Juli 2010 hat der Deutsche Bundesgerichtshof in zwei Fällen entschieden, dass die Untersuchung von Embryonen, mittels Blastozystenbiopsie, auf schwere genetische Schäden, keine Strafbarkeit nach dem bestehenden Embryonenschutzgesetz darstelle. Diese Beschlüsse betrafen ausschließlich diese beiden Fälle und sollten nicht generell zu einer begrenzten Zulassung der PID führen. Allerdings hat es dennoch eine gewisse Rechtsunsicherheit bewirkt und die Diskussion, um eine Zulassung der PID in Deutschland, neuentfacht. So beschloss der Ausschuss für Gesundheit, eine klare gesetzliche Regelung, zur Frage der PID, zu finden.

Da dieses Thema jedoch ein besonders heikles ist, weil viele verschiedene Aspekte zu bedenken sind und sich die Meinungen in der Gesellschaft dazu spalten, hat man sich dazu entschieden, darüber eine öffentliche und interfraktionelle Debatte im Deutschen Bundestag abzuhalten.

Im Rahmen dieser Diplomarbeit soll nun diese Debatte näher erörtert werden. Zunächst soll die Frage, was die PID überhaupt ist, beantwortet werden. Dabei soll der Begriff

definiert, die geschichtliche Entwicklung betrachtet, das Verfahren selbst erklärt, sowie die Risiken aufgezeigt werden. Weiters wird auch der aktuelle Forschungsstand behandelt.

In einem zweiten Schritt werden das Thema der Erfahrung und ihr Einfluss auf (ethische) Entscheidungen philosophisch, theologisch und ethisch erörtert. Besonders wird hier auf die Stellung Dietmar Mieths eingegangen. Dieses Kapitel erklärt sachlich, welche Rolle die Erfahrung im ethischen Argument spielt, was für das Verständnis der Art der Argumentation in der Debatte des Deutschen Bundestags von Bedeutung sein wird.

Der größte Teil der Arbeit widmet sich der Debatte selbst. Zunächst werden dazu die drei Gesetzesentwürfe vorgestellt, die vor der Anhörung verfasst und an den Ausschuss für Gesundheit gesandt wurden und über welche in der Debatte entschieden werden sollte. Darin wird geschildert, aus welchen Gründen man für eine Zulassung bzw. ein Verbot der PID wirbt. Weiters wird in der Debatte auf den Bericht des Deutschen Ethikrats Bezug genommen, weshalb auch er in dieser Arbeit beschrieben werden soll. Er gibt im wesentlichen Aufschluss über das Verfahren der PID und ihre Anwendung in ausgewählten europäischen Ländern und stimmt, mit zwei unterschiedlichen Voten und einem Sondervotum, über die Frage der Zulassung der PID ab. An nächster Stelle stehen die Stellungnahmen von vier Sachverständigen, die als Experten auf ihrem Gebiet, aus ihrer Sicht, eine Meinung zu diesem Thema abgeben. Auch diese Stellungnahmen wurden dem Ausschuss für Gesundheit überreicht und waren den Abgeordneten in der Debatte bekannt. Diese drei Punkte, die Gesetzesentwürfe, der Bericht des Deutschen Ethikrats und die Stellungnahmen der Sachverständigen, waren die Grundlage für die Beratung im Deutschen Bundestag am 14. April und 7. Juli 2011. Ob und wie sehr darauf in der Debatte tatsächlich Bezug genommen und welche Argumente von den Abgeordneten in ihren Reden vorgebracht wurden und später zur Entscheidung geführt haben, soll im letzten Teil der Arbeit behandelt werden. Dieser Abschnitt beschäftigt sich näher mit den vorgebrachten Argumenten der VertreterInnen der jeweiligen Gesetzesentwürfe, um sie danach zu analysieren und festzustellen, welche entscheidend waren. Ebenso soll geklärt werden, welche Rolle die Erfahrung in den Argumenten der Abgeordneten gespielt hat und wie die Erfahrungen das Ergebnis der Debatte beeinflusst haben.

So erhält der Leser/die Leserin dieser Diplomarbeit einen guten Über- und Einblick in die Debatte des Deutschen Bundestages zur gesetzlichen Regelung der PID und generell

darin, wie es zu einer parlamentarischen Lösung bei einem ethisch hochsensiblen, relevanten und aktuellen Problem kommen kann. Diese Debatte in Deutschland könnte die Vorlage sein, für eine eventuell noch bevorstehende Diskussion zu diesem Thema in Österreich und anderen Ländern Europas, in denen es noch keine (klare) gesetzliche Regelung zur PID gibt.

2. Präimplantationsdiagnostik

2.1 Begriffsdefinitionen der Präimplantationsdiagnostik

Bevor man sich mit der ethischen Debatte über die Gesetzesregelung zur Präimplantationsdiagnostik (PID) im Deutschen Bundestag befasst, sollen zunächst der Begriff der PID und der naturwissenschaftlich-medizinische Sachstand geklärt werden.

„Der Begriff Präimplantationsdiagnostik (PID; englisch: preimplantation genetic diagnosis / PGD) bezeichnet ein frühes Verfahren der vorgeburtlichen Diagnostik“.¹ Bei der PID handelt es sich also um eine genetische Untersuchung an Embryonen. In diesem Verfahren werden ausschließlich Embryonen verwendet, die durch In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), also durch künstliche Befruchtung, erzeugt wurden. Für die Diagnose bedarf es mehr als einen Embryo. Daher werden die Eierstöcke der Frau hormonell stimuliert, um so die Heranreifung mehrerer Eizellen gleichzeitig herbeizuführen. Bei der IVF kommt es zum eigenständigen Eindringen der Samenzelle in die Eizelle, bei der ICSI erfolgt dies durch eine direkte Injektion. Erst nach dem Verschmelzen der Eizelle mit der Samenzelle spricht man von einem Embryo. Die Untersuchungen erfolgen im Achtzellstadium am dritten Tag nach der Befruchtung, also noch vor der Implantation in die Gebärmutter. Dabei werden „Zellen (Blastomerezellen) isoliert und auf bestimmte genetische Veränderungen untersucht“.² Nur jene Embryonen werden eingesetzt, die die gesuchte genetische Abweichung nicht aufweisen.

„Die Untersuchungen zielen darauf ab, Embryonen, bei denen aufgrund einer in der Familie vorliegenden Erbkrankheit ein Risiko für das Auftreten dieser Krankheit besteht, zu erkennen und ihren Transfer in den Uterus der Frau zu vermeiden.“³ Der Grund für diese Art Suche nach genetischen Defekten an Embryonen ist demnach der Wunsch eines Paares nach einem „gesunden“ Kind, bei dem eine erblich übertragbare

¹ STEINKE, Verena et al., Präimplantationsdiagnostik. Medizinisch-naturwissenschaftliche, rechtliche und ethische Aspekte, Freiburg/München : Alber, 2009, 29.

² STEINKE, Verena et al., Präimplantationsdiagnostik, 29.

³ KOLLEK, Regine, Präimplantationsdiagnostik. Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht, Tübingen/Basel : Francke, 2000, 27.

Krankheit oder Behinderung in der Familie bekannt ist bzw. das schon ein behindertes Kind zur Welt gebracht oder durch eine Fehlgeburt verloren hat.

„Von PID spricht man aber auch, wenn nach erwünschten Merkmalen gesucht wird, wie zum Beispiel nach einem bestimmten Geschlecht des Embryos oder nach Genen des Immunsystems, die Auskunft darüber geben können, ob der Embryo sich zu einem geeigneten Gewebespender für ein erkranktes Familienmitglied entwickeln könnte.“⁴ Das heißt, dass bei der PID nicht nur nach Merkmalen an Embryonen gesucht wird, durch welche sie von der Einpflanzung in den Mutterleib ausgeschlossen werden, sondern auch nach erwünschten Eigenschaften, wie einem bestimmten Geschlecht oder einer Blutgruppe, um so zum Beispiel zu geeigneten Bluttransfusionen für ein Geschwisterkind zu gelangen. So stellt die PID grundsätzlich ein Auswahl- und Selektionsverfahren dar.

2.2. Geschichtliche Entwicklung

Wie in einem Artikel von Alan Handyside et al. berichtet, wurde die erste PID an einem menschlichen Embryo 1990 in Großbritannien durchgeführt.⁵ In diesem Fall ging es darum, „X-chromosomal gebundene Erbkrankheiten“⁶ zu verhindern, indem man durch das Auswahlverfahren der PID nur weibliche Embryonen in die Gebärmutter implantierte, da diese Krankheit meist nur Männer betrifft, weil sie, im Gegensatz zu Frauen, kein zweites X-Chromosom besitzen, das den Defekt des ersten ausgleichen könnte. Die ersten Untersuchungen durch die PID zielten also auf die Geschlechterbestimmung ab.

Zwei Jahre später, 1992, wurde das erste Kind, an dem eine PID durchgeführt worden war, geboren. Während der ersten drei Jahre der Arbeit mit PID sah es jedoch nicht so aus, als ob sie wirklich funktionieren würde, und einige Fehldiagnosen wurden gemeldet.

⁴ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 4.

⁵ Vgl. HANDYSIDE, Alan/KONTOGIANNI E. H./HARDY K./WINSTON R. M. L. Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by Y-specific DNA amplification. In: Nature, 344 (6268), 1990, URL: <http://www.nature.com/nature/journal/v344/n6268/abs/344768a0.html> (Stand: 6.6.2012), 768–770.

⁶ R. KOLLEK, Präimplantationsdiagnostik, 28.

„Nach der Einführung der Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) [siehe 2.5.2, *Anm. d. Verf.*] für die PID bei Chromosomenstörungen in den Jahren 1993-1994, hat sich die Anzahl von PID-Zyklen jährlich zu verdoppeln begonnen, was bis zum Jahr 1996 mehr als 100 nicht betroffene Kinder ergab.“⁷ Dies zeigt, dass ein Fortschritt in der Methode und der Technik eine Steigerung der Erfolgsrate um den zweifachen Wert ergab. Auch in den darauf folgenden Jahren wurden weiter Fortschritte gemacht, was sich auf die Anzahl der durchgeführten Untersuchungen ausübte. „Die Anwendung der PID nahm weiter zu, als es 1996 möglich wurde, Translokationen zu erkennen.“⁸

Bei Translokationen handelt es sich um strukturelle Fehlverteilung der Chromosomen, die, falls der Nachwuchs davon betroffen ist, meist eine tödliche Fehlbildung zur Folge hat. „Die Einsetzung von kommerziell erhältlichen fünf-farbigen Sonden in den Jahren 1998-1999 führte zu angesammelten Erfahrungen von mehr als 5000 klinischen Zyklen für Aneuploidie-Tests weltweit.“⁹ Aneuploidie ist eine „Form der Genommutation, bei der ein einzelnes Chromosom eines Chromosomensatzes fehlt (Hypoploidie) oder überzählig vorliegt (*Hyperploidie*).“¹⁰

Diese 5000 Zyklen führten zu 1000 Geburten. Jedoch befanden sich darunter auch einige Fehldiagnosen, was die weitere Verbesserung der Genauigkeit der Analyse verlangt.

Fest steht jedoch, dass in den über zwei Jahrzehnten seit der ersten Anwendung der PID ein konstanter Prozess des Fortschritts zu bemerken ist. So schreibt Verlinsky et.al. 2005, dass „nun jährlich mehr als 1000 Zyklen von PID durchgeführt werden“¹¹.

⁷ “After the introduction of fluorescent in situ hybridization (FISH) analysis in 1993-1994 for PGD of chromosomal disorders [...], however, the number of PGD cycles began to double annually, yielding more than 100 unaffected children by the year 1996”.

VERLINSKY, Yury/KULIEV Anver, *Practical Preimplantation Genetic Diagnosis*, Chicago, USA : Springer, 2005, 7. [*Übers. d. Verf.*]

⁸ “Application of PGD increased further when the ability to detect translocations became possible in 1996” Y. VERLINSKY/A. KULIEV, *Practical Preimplantation Genetic Diagnosis*, 7. [*Übers. d. Verf.*]

⁹ “Introduction of commercially available five-color probes in 1998-1999 led to the accumulated experience of more than 5000 clinical cycles worldwide for the aneuploidy testing”.

Y. VERLINSKY/A. KULIEV, *Practical Preimplantation Genetic Diagnosis*, 7. [*Übers. d. Verf.*]

¹⁰ *Kompaktlexikon der Biologie*, Copyright Spektrum Akademischer Verlag, URL: <http://www.wissenschaft-online.de/abo/lexikon/biok/640> (Stand: 26.6.2012)

¹¹ „[...]more than 1000 PGD cycles are now performed annually.“

Y. VERLINSKY/A. KULIEV, *Practical Preimplantation Genetic Diagnosis*, 8. [*Übers. d. Verf.*]

2.3 Gründe für die Durchführung einer PID

Die verschiedenen Indikationen, aus welchen man sich für ein PID entscheidet, überschneiden sich häufig und fallen auch in den Bereich der Pränataldiagnostik. Hier seien drei Indikationsgruppen genannt:

2.3.1 Monogen vererbare Krankheiten¹²

Bei dieser Krankheit handelt es sich um eine Mutation eines einzelnen Gens. Man kann hier unterscheiden zwischen einer rezessiven, dominanten und x-chromosomalen Vererbung.

Bei rezessiver Vererbung kam es bei den Eltern nicht zu einer Erkrankung, das heißt sie liegt verborgen, weil jeweils nur eines der beiden Chromosomen betroffen ist. Ein Kind könnte allerdings mit 25 Prozent Wahrscheinlichkeit die beiden erkrankten Chromosomen erben und somit auch die Krankheit.

Liegt ein dominanter Erbgang vor, das heißt, dass die Krankheit direkt von einem Elternteil auf den Nachwuchs übergeht, dann besteht eine Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent, dass auch das Kind daran erkrankt.

Bei der x-chromosomalen Vererbung stammt das mutierte Chromosom, ein X-Chromosom, meistens von der Mutter. Wenn es sich bei dem Kind um einen Jungen handelt, ist er eher davon betroffen, weil er, im Gegensatz zu seiner Mutter, kein zweites X-Chromosom besitzt, welches den Defekt ausgleichen könnte. Ein Mädchen könnte das normalerweise nicht mutierte X-Chromosom von seinem Vater vererbt bekommen haben und ist daher selbst nicht von der Krankheit betroffen, jedoch Trägerin der Krankheitsanlagen.

Monogen vererbte Krankheiten gibt es viele, sogar mehrere Tausend. Ihre Behandlung ist schwer und ihre Heilung nicht von Dauer. Die Symptome sind meist sehr stark und führen oft schon in der Kindheit zum Tod.

Auch der Brustkrebs fällt in die Kategorie der monogenen Erbkrankheiten.

¹² Vgl. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, in: Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode, Drucksache 17/5210, 03.03.2011, 5.

2.3.2 Multifaktorielle Erbkrankheiten¹³

Darunter fallen zum Beispiel Asthma oder Diabetes. Zum Ausbruch der Krankheit führt aber nicht allein eine genetische Veranlagung, sondern vor allem auch der Umwelteinfluss und der persönliche Lebenswandel. In diesem Fall müsste bei einer PID auf alle möglichen unterschiedlichen genetischen Mutationen getestet werden. „Um einen Embryo zu finden, der keinen der genetischen Risikofaktoren trägt, wäre eine große Zahl von Embryonen für die Untersuchung notwendig.“¹⁴ Selbst wenn eine Untersuchung im Rahmen der PID in solchen Fällen vorgenommen würde, was gegenwärtig nicht der Fall ist, so könnte man höchstens Angaben über ein eventuell gesteigertes Krankheitsrisiko geben, aber keine bestimmten Vorhersagen machen.

2.3.3 Chromosomenstörungen¹⁵

„Chromosomenstörungen stellen die häufigste Ursache für Fehlgeburten (Aborte) im ersten Schwangerschaftsdrittel dar.“¹⁶ Das ist rückführbar auf eine falsche Chromosomenverteilung.

Es lassen sich zwei Gruppen von Chromosomenstörungen unterscheiden, eine zahlenmäßige und eine strukturelle Störung. Bei einer zahlenmäßigen, oder numerischen, Chromosomenstörung handelt es sich um ein Zuviel oder Zuwenig an Kopien von Chromosomen im Genom. Eine bekannte und bei Babys am öftesten auftretende Chromosomenstörung ist das sogenannte Down-Syndrom. Hier handelt es sich um eine Trisomie, also um drei Kopien.

Strukturelle Chromosomenstörungen bedeuten, dass die Chromosomen an anderen Orten, meist auf anderen Chromosomen, lokalisiert sind. Das muss nicht immer zu Fehlbildungen führen, denn die Störung kann sich in Balance halten. Jedoch kann für Kinder von Trägern die Gefahr bestehen, dass bei der Reifung der Zellen eine Vermehrung oder Verringerung des genetischen Materials stattfindet. Das kann mit „schweren und multiplen Fehlbildungen sowie schweren Störungen des zentralen

¹³ Vgl. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 6.

¹⁴ V. STEINKE et al., Präimplantationsdiagnostik, 41.

¹⁵ Vgl. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 6.

¹⁶ V. STEINKE et al., Präimplantationsdiagnostik, 36.

Nervensystems verbunden¹⁷ sein. In den meisten Fällen führen solche Anomalien zum Tod.

2.3.4 Zur Bestimmung von gewollten Eigenschaften

Nach momentanem Stand der Forschung ist es nicht möglich, gewünschte körperliche oder geistige Eigenschaften, wie die Körpergröße oder den IQ, durch die PID zu selektieren. Sie sind zu sehr durch die große Anzahl verschiedener Gene und durch Lebensbedingungen und Umwelteinflüsse bestimmt. Allerdings ist es möglich, das Geschlecht und bestimmte immunologische Merkmale festzustellen.

Die Bestimmung des Geschlechts dient „meist zur Ermittlung einer geschlechtsgebundenen

Krankheit¹⁸. In Ländern außerhalb Europas wird die PID auch eingesetzt, um dem Wunsch der Eltern nach einem weiblichen bzw. männlichen Kind nachzukommen.

Eine weitere Möglichkeit, bei der es zum Einsatz der PID kommt, ist die HLA-Typisierung. HLA steht für Humanes Leukozytenantigen und ist immunologisches Gewebe. Die genaue Bestimmung des Typs des Gewebes ist wichtig im Zusammenhang mit Transplantationen. Je ähnlicher das Immungewebe des Spenders mit dem Empfänger ist, desto größer die Chancen, dass das Transplantat verträglich ist und nicht abgestoßen wird. So wird die PID hier eingesetzt „um einen geeigneten Spender [...] für ein bereits existierendes Kind mit einer therapiebedürftigen Erkrankung zu erzeugen¹⁹. Das bedeutet, dass bei der PID nach einem Embryo gesucht wird, dessen HLA-Komplex mit dem eines kranken Geschwisterkindes übereinstimmt. Direkt nach der Geburt könnten so zum Beispiel Stammzellen aus dem Nabelschnurblut oder später Knochenmark zur Therapie des Geschwisterkindes gewonnen werden. Dieses Verfahren ist jedoch sehr aufwendig und es „muss eine beträchtliche Zahl von Embryonen (etwa 20 bis 30) erzeugt werden, um mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die angestrebte

¹⁷ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 6.

¹⁸ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 7.

¹⁹ V. STEINKE et al., Präimplantationsdiagnostik, 40.

HLA-Kombination bei einem Embryo zu finden²⁰. Aus diesem Grund wurde diese Untersuchung bislang nur in einzelnen Fällen durchgeführt.

2.4 Möglichkeiten und Techniken der Gewinnungen von Zellen für die PID

Die verschiedenen Verfahren der Zellgewinnung unterscheiden sich im Wesentlichen durch den Zeitpunkt des Eingriffes. Dieser kann an einer Eizelle oder an einem Embryo in seinen unterschiedlichen Stadien der Entwicklung vorgenommen werden. „Die Eizelle bzw. der Embryo wird hierfür zunächst von umgebenen Zellen befreit und mit einer Saugpipette fixiert. Die Zona pellucida [eine Schutzhülle um die Eizelle, *Anm. d. Verf.*] wird aufgebrochen, um in einem zweiten Schritt einzelne Zellen zu entfernen.“²¹ Es erfolgt also eine Aufspaltung der Eizelle und die Entnahme einiger Zellen.

2.4.1 Die Polkörperdiagnostik an der Eizelle

Es handelt sich hierbei um eine Besonderheit im Rahmen der PID. Bei dieser Diagnostik finden Untersuchungen an einer Eizelle statt noch vor der Verschmelzung des weiblichen und männlichen Zellkerns. Das heißt, genau genommen wird hier noch nicht ein Embryo untersucht, sondern es findet „eine Form der Eizellselektion vor der Implantation“²² statt.

Eine reife Eizelle, also nachdem ein Spermium eingedrungen, aber es noch nicht zu einer Verschmelzung der weiblichen und männlichen Kerne gekommen ist, bringt bei der „Reduktions- oder Reifeteilung“²³ sogenannte Polkörper hervor. Das erste Polkörperchen enthält das genetische Material der Mutter und ist auch das Erbmaterial, das später von ihr an das Kind weitergeben wird.

Durch die Entnahme dieses Polkörperchens, „mithilfe mikrochirurgischer Techniken“²⁴, die viel Erfahrung und Geschick verlangen, können im Rahmen dessen Untersuchung

²⁰ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 7.

²¹ V. STEINKE et al., Präimplantationsdiagnostik, 34.

²² V. STEINKE et al., Präimplantationsdiagnostik, 34.

²³ R. KOLLEK, Präimplantationsdiagnostik, 31.

²⁴ R. KOLLEK, Präimplantationsdiagnostik, 32.

Rückschlüsse auf das weibliche Erbgut gezogen werden. Wenn also zum Beispiel eine Krankheit vorliegt, die auf einem X-Chromosom liegt, und das untersuchte Material krankhaft ist, kann angenommen werden, dass das Erbmaterial des Embryos, das mit dem Kern des Vaters verschmolzen ist, davon nicht betroffen ist.

Die Nachteile dieser Diagnostik sind das eng eingeschränkte Zeitfenster zwischen dem Eindringen des Spermiums und der Verschmelzung der Vorkerne, und es können nur von der Mutter übertragbare Krankheiten untersucht werden.

Der Vorteil dieser Untersuchung ist, dass dabei kein Embryo vorliegt, da es sich ja um eine Eizelle vor der Kernverschmelzung handelt. Das heißt, dass sie vom deutschen Embryonenschutzgesetz (ESchG) nicht betroffen ist.

2.4.2 Blastomerenbiopsie

Diese Methode wird am meisten ausgeübt. „Bei der Blastomerenbiopsie werden einem Embryo etwa am dritten Tag, ungefähr im Acht-Zell-Stadium, ein bis zwei Zellen entnommen.“²⁵ Das Acht-Zell-Stadium wird gewählt, weil die Zellen zu diesem Zeitpunkt noch als totipotent gelten, das heißt, jede einzelne Zelle kann sich noch zu einem eigenständigen Organismus entwickeln. Die Entnahme von zwei Zellen in diesem Stadium führt zu keiner Beeinträchtigung in der Entwicklung des Embryos, verlangsamt ihn lediglich ein wenig.

„In jeder Zelle des Embryos ist sowohl das väterliche als auch das mütterliche Erbgut enthalten, sodass eine Untersuchung auf erbliche Erkrankungen aus der mütterlichen und der väterlichen Linie möglich ist.“²⁶ Da es sich bei dieser Vorgehensweise um die Untersuchung eines Embryos handelt, liegen hier natürlicherweise sowohl Erbgut der Mutter als auch des Vaters vor. Dies hat gegenüber der Polkörperuntersuchung den entscheidenden Vorteil, dass auch nach vom Vater übertragbaren Krankheiten gesucht werden kann. Dadurch dass zwei Zellen entnommen werden, kann die Diagnose sicherer ausfallen als bei der oben erwähnten Methode. Allerdings kann hier nie eine Garantie abgegeben werden, da es sich bei den entnommenen Zellen auch um solche handeln kann, die nicht stellvertretend für den gesamten Organismus sind. Genetische Veränderung muss nämlich nicht auf alle Zellen gleich verteilt sein.

²⁵ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 5.

²⁶ V. STEINKE et al., Präimplantationsdiagnostik, 35.

2.4.3 Blastozystenbiopsie

Auch diese Methode führt Untersuchungen an einem Embryo durch. Dieser befindet sich aber dabei schon im Blastozystenstadium, ist also ungefähr 5 Tage alt. Zu diesem Zeitpunkt kann dem Embryo „eine Reihe von Zellen der äußeren Zellschicht entnommen werden“²⁷. Auch hier lässt sich allerdings nicht mit hundert Prozent Sicherheit sagen, ob es sich dabei um repräsentative Zellen handelt. Auch hier besteht noch die Möglichkeit, dass es sich um zum Beispiel scheinbar normal entwickelte Zellen handelt und somit auf ein gesundes Kind geschlossen wird. In Wahrheit kann es aber bei der Zellteilung auch zu einer Fehlverteilung der Chromosomen gekommen sein. Dennoch „steigt die Diagnosesicherheit bei einem Screening nach numerischen Chromosomenstörungen“²⁸. Deshalb steigt das Interesse an der Anwendung dieses Verfahrens weltweit.

Ein Problem stellt hier jedoch auch wieder das knappe Zeitfenster dar, währenddessen die durch die Blastozystenbiopsie entnommenen Zellen untersucht werden können, da der Embryo schon nach ein bis zwei Tagen in den Uterus übertragen bzw. eingefroren werden muss.

2.5 Methoden der Analyse des gewonnenen Erbmaterials

Nach der Gewinnung des genetischen Materials erfolgt nun deren Analyse, um bestimmte genetische Auffälligkeiten zu ermitteln. Dafür gibt es verschiedene Methoden. Die zwei wichtigsten seien hier genannt:

2.5.1 Polymerase-Kettenreaktion (PCR – Polymerase chain reaction)

„PCR ist eine Methode, mit deren Hilfe einzelne Gene oder Genabschnitte vervielfältigt und so der Analyse zugänglich werden.“²⁹ Diesen Prozess der Vervielfältigung nennt man auch Amplifikation, und die Zahl der Vermehrungen kann rund tausend betragen.

²⁷ V. STEINKE et al., Präimplantationsdiagnostik, 36.

²⁸ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 5.

²⁹ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 7.

Nach dem Eingriff werden die Gene mit „fluoreszierenden Farbstoffen oder mit radioaktiven Substanzen markiert“³⁰, um sie so sichtbar zu machen. Am häufigsten wird die PCR in der PID eingesetzt, um den Embryo auf monogene Erbkrankheiten und das Geschlecht hin zu untersuchen.

Ein Vorteil der PCR ist, dass die Amplifikation nicht viel Zeit in Anspruch nimmt und auch die darauf folgenden Untersuchungen schnell abgeschlossen werden können, sodass der Embryo meist noch am selben Tag in die Gebärmutter transferiert werden kann. Allerdings handelt es sich bei der PCR um ein sehr empfindliches Verfahren. „Denn schon wenn eine mikroskopisch kleine Hautschuppe der mit den Proben umgehenden Person in das Reagenzgefäß fällt, kann das Ergebnis verfälscht werden.“³¹ Immer wieder kommt es zu solchen Verunreinigungen der Proben, und eine falsche Diagnose bleibt unbemerkt, was zur Übertragung eines erkrankten Embryos führen kann. Um die Quote richtiger Diagnosen zu steigern, empfiehlt sich die Untersuchung von wenigstens zwei Zellen anstatt nur einer.

2.5.2 Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH)

Die FISH-Methode wird verwendet zur Feststellung des Geschlechts, im Falle einer monogenen Erbkrankheit, und um ein mögliches Vorhandensein von numerischen Chromosomenstörungen festzustellen. Auch bei dieser Technik werden fluoreszierende Farbstoffe verwendet, um Chromosomen zu markieren. Dabei kommen „Sonden, die an verschiedenfarbige Farbstoffe gekoppelt sind“³², zum Einsatz. Die Anzahl und die Typen der verwendeten Sonden hängen von den Indikationen der Untersuchung ab. Zum Beispiel „zur Geschlechtsbestimmung werden prinzipiell nur zwei Sonden [...] benötigt“³³, da man nur eine für das X- und eine andere für das Y-Chromosom braucht. Verglichen mit der PCR hat der FISH den Vorteil, dass es schwerer durch DNA des die Untersuchung durchführenden Wissenschafters verunreinigt werden kann. Jedoch gibt es auch einen schwerwiegenden Nachteil dieser Technik. Das Problem ist, „dass Embryonen häufig [in diesem Stadium, *Anm. d. Verf.*] sogenannte Mosaik bilden.“³⁴ Das heißt, dass es möglich ist, dass nicht alle Chromosomen des Embryos das gleiche

³⁰ R. KOLLEK, Präimplantationsdiagnostik, 49.

³¹ R. KOLLEK, Präimplantationsdiagnostik, 49.

³² R. KOLLEK, Präimplantationsdiagnostik, 46.

³³ V. STEINKE et al., Präimplantationsdiagnostik, 44.

³⁴ R. KOLLEK, Präimplantationsdiagnostik, 47.

Muster aufweisen. Wenn man also nur ein Chromosom untersucht, lässt sich daraus nichts Definitives über die Gesamtheit der Chromosomen sagen. Es könnte sich also bei dem untersuchten Chromosom um ein normales Muster handeln und der Embryo dennoch erkrankt sein, oder umgekehrt. Daher ist es auch hier ratsam, noch eine zweite Zelle zu untersuchen.

2.5.3 DNA-Chips

Mithilfe von DNA-Chips kann man durch hohe Auflösung bestimmte Abschnitte von Chromosomen untersuchen und sogar Defekte in einzelnen Genen, durch den Vergleich mit DNA von Familienmitgliedern, feststellen. „DNA-Chips haben das Potenzial, ein gesamtes Genom auf Veränderungen zu untersuchen. Sie haben deshalb eine Anwendungsperspektive für das Aneuploidie-Screening“.³⁵ Eine Aneuploidie ist eine numerische Chromosomenstörung, wie die meisten Fruchtbarkeitsstörungen. Ein Aneuploidie-Screening zielt demnach auf eine bessere Erfolgsquote der IVF ab.

2.6 Risiken der PID

Damit überhaupt erst ein PID angewandt werden kann, muss dem eine IVF zur Gewinnung von mehreren reifen Eizellen vorausgehen. Dies bedarf einer Hormonbehandlung der Frau. Die Eizellen werden später unter Narkose dem Eierstock entnommen. Der Deutsche Ethikrat hält in seiner Stellungnahme zur PID fest, „[s]owohl Hormonbehandlungen als auch Eizellenentnahme sind mit Risiken für die Frau verbunden“.³⁶ Ein Risiko der Hormonbehandlung ist das Auftreten des ovariellen Hyperstimulations-Syndroms (OHSS) in verschieden schweren Graden. Bei besonders schweren Fällen kann die OHSS verbunden sein mit einer „zystischen Vergrößerung der Eierstöcke, mit einer erhöhten Durchlässigkeit der Blutkapillaren, mit Wasseransammlungen im Bauchraum sowie mit Blutdruck- und Blutdichteveränderungen“.³⁷ Dies kann für Frauen einen mehrtägigen Aufenthalt im

³⁵ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 7.

³⁶ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 8.

³⁷ R. KOLLEK, Präimplantationsdiagnostik, 58.

Krankenhaus zufolge haben, ja in einzelnen Fällen hat es sogar zum Tod geführt. Auch bei der Eizellentnahme kann es zu Komplikationen kommen. Mögliche Probleme, die sich dabei für die Frau ergeben können, sind: „Verletzungen, Blutungen und Infektionen“.³⁸

Ein weiteres Problem ist die Chance auf Mehrlingsschwangerschaften, die bei künstlichen Befruchtungen besonders hoch ist. In Deutschland ist das Risiko geringer als in anderen Ländern wie z.B. der USA, da generell nur drei Embryonen pro Zyklus transferiert werden dürfen. Dies ist deshalb Besorgnis erregend, weil Mehrlingsschwangerschaften immer Risikoschwangerschaften sind und auch Einfluss auf die körperliche Entwicklung der Babys nehmen. Zu den sich daraus ergebenden Risiken gehören: „Bluthochdruck (ca. 2,5-fache Erhöhung gegenüber einer Einlingsschwangerschaft), Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung, ca. 2,5-fach), postpartale Nachblutung (ca. 2-fach), Kaiserschnitt (ca. 3-fach), intensivmedizinische Betreuung (ca. 15-fach) und nachgeburtliche Depression (ca. 3-fach).“³⁹ Diese Fakten zeigen, dass eine Mehrlingsschwangerschaft für eine Frau ein erhebliches Risiko mit sich bringt und die Chance darauf durch künstliche Befruchtung gesteigert wird. Allerdings zeigen die Studien auch ganz deutlich, dass nicht jede Übertragung eines Embryos in den Mutterleib überhaupt zu einer Schwangerschaft führen muss, bzw. kann es bis über die 20. Schwangerschaftswoche hinaus immer noch zu Fehlgeburten kommen. Der Bericht der ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), auf den im Folgenden noch genauer eingegangen wird, liefert dazu genaue Daten. Pro übertragenem Embryo beträgt die Schwangerschaftsrate momentan 32 Prozent und die Geburtenrate 26 Prozent. Auch die Kaiserschnitttrate ist im Durchschnitt höher und liegt bei 54,2 Prozent.⁴⁰ Aus der niedrigen Erfolgsquote ergibt sich, dass Frauen diese Behandlung häufig bis zu fünfmal durchlaufen müssen. Selbst das garantiert jedoch immer noch nicht, dass die Frauen danach ein Kind bekommen können.

Die Risiken, die sich für nach einer PID geborenen Kindern ergeben, sind nach momentanem Stand der Forschung nicht bekannt. Es kommt durch die Biopsie und die Entnahme von bis zu einem Viertel der Zellen im frühen Stadium der

³⁸ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 8.

³⁹ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 9.

⁴⁰ Vgl. J.C. HARPER et al., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection, 10.

Embryonenentwicklung zu keinen Schädigungen oder anderweitig negativen Effekten. Die Gefahr einer Fehlbildung oder Entwicklungsstörung eines Kindes ist genauso hoch wie bei IVF ohne Anwendung der PID. Allerdings kann die erhöhte Chance auf Mehrlingsschwangerschaften eine Beeinträchtigung für die Kinder bedeuten. „Zu den Risiken gehören Frühgeburtlichkeit ([...] ca.10-fach), niedriges Geburtsgewicht ([...] ca. 7- bis 10-fach), Zerebralparese (3- bis 10-fach), Atemnotsyndrom des Neugeborenen (5- bis 7-fach), Sepsis (3-fach) sowie eine bleibende, schwere Behinderung (1,5- bis 2-fach).“⁴¹ Aber auch Einlinge, die durch eine künstliche Befruchtung entstanden sind, haben ein erhöhtes Risiko der Frühgeburt. Allerdings kann nach heutigem Stand nicht exakt erklärt werden, worauf das rückzuführen ist.

2.7 Der momentane Stand der PID

Die folgenden Ausführungen basieren auf einem Bericht des ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) PGD (preimplantation genetic diagnosis) Consortiums. Die ESHRE ist eine in Europa angesiedelte Fachgesellschaft, die sich für die Erforschung von Reproduktiver Biologie und Medizin sowie der Embryologie interessiert.

Weiters informiert sie Politiker und politische Entscheidungsträger über den aktuellen Stand der Forschung auf der ganzen Welt. Jährlich verfasst die Gesellschaft einen Bericht über die von ihnen gesammelten Daten. Die hier verwendeten Informationen stammen aus dem im Februar 2012 publizierten „Human Reproduction Update“, das eine Zusammenfassung über die Datensammlung zur PID der letzten zehn Jahre beinhaltet. Das ESHRE PGD Consortium hat ihre Datensammlung aus 57 internationalen Zentren für PID, von denen die meisten nicht in Europa beheimatet sind.

In den letzten zehn Jahren, so der Bericht des ESHRE PGD Consortium, hat sich im Bereich der PID viel verändert und es wurde viel Arbeit investiert. „Die Veränderung der Testmethodik und Biopsiemethoden, die Zunahme und der Rückgang an Zyklen für das Aneuploidie-Screening, all das zeigt, dass sich das Feld weiterentwickelt hat und

⁴¹ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 9.

fortwährend weiterentwickeln wird.“⁴² In den letzten zehn Jahren hat sich also viel an der Methodik und auch an der Anzahl der Zyklen bei den Untersuchungen über numerische Chromosomenstörungen getan und dies zeigt, dass es einen Fortschritt in der Arbeit mit PID gab und immer öfter geben wird. Die Zahl der Schwangerschaften stieg auf eine Gesamtzahl von 5187, was zu 4140 Geburten und 5135 Neugeborenen führte.⁴³ Die Anzahl der geborenen Kinder ist deshalb größer als die Geburten, da es sich häufig um Mehrlingsschwangerschaften handelte.

Aus den gesammelten Daten lässt sich erkennen, dass die Schwangerschaftsrate im Zusammenhang mit der PID bei Einzelgendefekten am höchsten und bei Chromosomenstörungen am niedrigsten war. „PID bei Chromosomenstörungen hat gezeigt, dass eine hohe Anzahl an Embryonen, wegen einem chromosomalen Ungleichgewicht im Embryo, nicht für den Transfer geeignet ist.“⁴⁴

Die niedrige Transfer- und Schwangerschaftsrate bei Chromosomenstörungen liegt also an der großen Zahl der Embryonen, die zur Untersuchung vorhanden sind, bei denen eine abnormale Chromosomenverteilung vorliegt. Das legt nahe, dass für eine Verbesserung der Rate mehr Embryonen für die PID erzeugt werden müssten.

Weiters geht aus der 10-jährigen Studie der EHRE hervor, dass bei autosomal-dominanten Erbkrankheiten (bei denen ein Elternteil selbst von der Krankheit betroffen ist) wie Myotoner Dystrophie Typ 1 (eine Muskelerkrankung) und der Huntington-Krankheit (unheilbare, vererbliche Krankheit des Gehirns) die meisten Zyklen durchgeführt wurden.⁴⁵

Untersuchungen auf HLA-Übereinstimmung zeigten die größte Differenz in der Schwangerschaftsrate pro Eizellengewinnung und Schwangerschaftsrate pro Embryonentransfer. „Das spiegelt die geringe Chance wider, eine HLA-Übereinstimmung durch den Gebrauch der PID zu identifizieren, die auf genetischer Wahrscheinlichkeit basiert.“⁴⁶ Dies zeigt, dass entweder die Technik zur Selektion eines

⁴² „Changing testing methodologies and biopsy methods [...], the increase and fall in cycles for aneuploidy screening, all show that the field has been and will continue to evolve.”

J.C. HARPER et al., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection. Human Reproduction Update, 11. [Übers. d. Verf.]

⁴³ Vgl. J.C. HARPER et al., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection, 2.

⁴⁴ „PGD for chromosome abnormalities has shown that a high number of embryos are not suitable for transfer due to chromosome imbalance in the embryo.”

J.C. HARPER et al., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection, 5. [Übers. d. Verf.]

⁴⁵ Vgl. J.C. HARPER et al., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection, 7.

⁴⁶ „This reflects the small chance of identifying an HLA match using PGD based on genetic likelihood.”
J.C. HARPER et al., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection, 8. [Übers. d. Verf.]

Embryos für therapeutische Zwecke noch wenig fortgeschritten ist, bzw. dass eine Übereinstimmung von Immungewebe sehr selten auftritt.

Weiters ergibt sich aus der Datensammlung der letzten zehn Jahre, dass die erfolgreiche Diagnose von Embryonen gestiegen ist. Wenn man also mehr Embryonen erfolgreich diagnostizierte, so stehen auch mehr Embryonen für den Transfer in den Uterus zur Verfügung und somit hebt sich auch die Schwangerschafts- und Geburtenrate. „Das gesteigerte Vermögen, Embryonen zu diagnostizieren, spiegelt wahrscheinlich die Verbesserung in der Molekularernte wider, die zur Untersuchung von einzelnen Zellen angewandt wird.“⁴⁷ Die Daten zeigen somit, dass sich die molekularen Techniken bei Tests von einzelnen Zellen über die Jahre verbessert haben. Besondere Fortschritte erzielte man bei DNA-Amplifikationen inklusive der Einführung von Fluoreszenzfarbstoffen in der PCR.

Auch im Bericht enthalten sind Daten zu Fehldiagnosen. Die Mehrheit der Fehldiagnosen stammt aus den ersten fünf Jahren der Aufzeichnung. Insgesamt wurden zwölf Fehldiagnosen berichtet. Allerdings wurden in den letzten zwei Jahren keine gemeldet, was mit dem technischen Fortschritt in der PCR verbunden wird. Im Rahmen der FISH-Diagnose wurden insgesamt sechzehn Fehldiagnosen bekannt gegeben. Das ergibt eine Fehldiagnoserate von 0,1%.⁴⁸ Bei den FISH-Tests sind Fehldiagnosen am häufigsten bei Untersuchungen von je nur einer Zelle. „Es gibt Einschränkungen sowohl in der Technik, als auch bei biologischen Faktoren, die sich auf den Embryo beziehen.“⁴⁹ Es zeigt sich also, dass auch bei wachsender Verbesserung der Technik keine Garantie auf ein „gesundes“ Kind gegeben ist. Das Risiko einer Fehlbildung oder Entwicklungsstörung ist genauso hoch wie bei einer In-vitro-Fertilisation ohne Anwendung der PID.

Die Erhebungen der ESHRE in den letzten zehn Jahren beziehen sich auch auf das Gebiet des „social sexing“ (soziale Geschlechtsbestimmung, *Übers. d. Verf.*), der Selektion nach Geschlecht, ohne dass dabei eine Erbkrankheit bei den Eltern bekannt sein muss. Social sexing ist in den meisten Ländern (z.B. Australien, China, Europa) verboten. Dennoch ist es sehr wahrscheinlich, dass es betrieben wird, jedoch liegen dem ESHRE keine Berichte darüber vor. Im Rahmen des Chromosomen-Screenings liegen

⁴⁷ „The increased ability to diagnose embryos is likely a reflection of improvement over the years of molecular techniques applied to single cell testing.“

J.C. HARPER et al., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection, 8. [*Übers. d. Verf.*]

⁴⁸ Vgl. J.C. HARPER et al., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection, 11.

⁴⁹ „There are limitations of the technology as well as biological factors relating to the embryo.“
J.C. HARPER et al., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection, 11. [*Übers. d. Verf.*]

Geschlechtsproben vor, weshalb viele Paare auch über das Geschlecht schon vor dem Transfer Bescheid wissen und, je nachdem zu welchem Geschlecht sie neigen, sich für eines von beiden entscheiden. Laut der Studie wollten im siebenten bis zehnten Jahr 66% der Paare ein männliches Kind.⁵⁰ Allerdings lautet es im Bericht am Ende folgendermaßen: „Die oben präsentierten Daten kratzen kaum an mehr als an der Oberfläche; die wahre Natur und Tiefe von social sexing wird wahrscheinlich niemals bekannt sein.“⁵¹ Da das social sexing in den meisten Ländern verboten ist, werden darüber, aus offensichtlichen Gründen, auch keine Berichte veröffentlicht. Es ist jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass es immer wieder dazu kommt.

⁵⁰ Vgl. J.C. HARPER et al., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection, 10.

⁵¹ „The data presented above barely scratches the surface; the true nature and depth of social sexing will probably never be known.“

J.C. HARPER et al., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection, 10. [Übers. d. Verf.]

3. Die Rolle der Erfahrung im ethischen Argument

Die Art und Weise wie Menschen zu einem ethischen Urteil und einer Entscheidung finden und diese begründen, ist unterschiedlich. Die Begründungen können auf eine Tatsache bezogen sein oder „nur“ auf einem Gefühl basieren. Sie berücksichtigen mögliche Folgen und stützen sich dabei auf gewisse moralische Kompetenzen oder Kodexe. Eine ethische Entscheidung kann ebenso durch die Bezugnahme auf das Gewissen entstehen, so wie das im Falle der Debatte des Deutschen Parlaments über die Gesetzesvorschläge zur Präimplantationsdiagnostik im Juni 2011 der Fall war.

Eine weitere Rolle zur Bildung von ethischen Argumenten, die nicht unterschätzt werden darf, spielt die Erfahrung.

3.1 Vorbemerkungen zum Begriff der Erfahrung

Bevor hier thematisiert wird, wie und aus welchem Grund die Erfahrung zur Formung eines ethischen Urteils beiträgt, soll zunächst der Begriff der Erfahrung geklärt werden.

3.1.1 Der Erfahrungsbegriff in der Philosophie

Der Erfahrungsbegriff in der Philosophie hat sich im Wesentlichen aus dem aristotelischen und galileischen Verständnis von Erfahrung herausgebildet.

Die Erfahrung (*empeiria*) ist, nach Aristoteles, noch vor der Theorie angesiedelt. Diese ist jedoch auf die Erfahrung bezogen. Erfahrung mit etwas zu haben bedeutet, vertraut zu sein mit einer bestimmten Sache oder Handlung. Dies zeigt sich dann in der eigenen Bildung und in der Fähigkeit unterscheiden zu können. Der aristotelische Erfahrungsbegriff bestimmte die Philosophie und die Wissenschaften bis in die Neuzeit. Erst mit Frances Bacon fand ein Umdenken statt, vor allem im Zusammenhang mit der modernen Physik.

Galilei nimmt, im Rahmen des Aufbaus empirischer Wissenschaften, eine Trennung zwischen einem theoretischen und empirischen Begriff von Erfahrung vor. „An die Stelle des phänomenalen (od. aristotel.) Begriffs der [Erfahrung] tritt ein *instrumentaler*

od. *konstruktiver* Begriff⁵². Dieser Begriff von Erfahrung spielt vor allem im wissenschaftlichen Experiment eine entscheidende Rolle. Erfahrungen sind nun abhängig von einem empirischen Experiment und nicht wie bei Aristoteles erfahrungsunabhängig theoretisch. „In dieser Form wird der Galileische [Erfahrungs]-Begriff für die neuzeitl. Philos. u. Wissenschaft konstitutiv.“⁵³

3.1.2 Der Erfahrungsbegriff aus theologisch-ethischer Sicht

Mit Erfahrung ist im theologisch-ethischen Sinn „ein qualifiziertes Wahrnehmen v. personalen, gesellschaftl. u. gesch. Sinnzusammenhängen u. schließlich auch die Einsicht in konkrete Wertungen u. beachtete Normen verbunden“⁵⁴. Dieser Begriff von Erfahrung unterscheidet sich von dem der Empirie, in dem nur das rein Faktische erfasst wird. Dieser Begriff der Erfahrung verweist nicht auf ein zuvor erfolgtes Experiment, sondern viel mehr auf die geschichtliche Entwicklung von ethischen Normen. Erfahrung, insofern sie kompetent ist, bedeutet auch sich bewusst zu machen, dass unsere Wirklichkeit auf komplexe Weise von Werten geprägt ist. Erfahrung ist die „Kompetenz der Verarbeitung v. Wahrnehmungen.“⁵⁵ Bedeutung für die Ethik erlangt Erfahrung dann, wenn sie durch die gelebte Praxis normativ wird. So ist die Erfahrung zwar ein Bezugsort der theologischen Ethik, aber sie reicht für die Begründung von Gesetzen nicht aus. „Damit ethisch qualifizierte [Erfahrung] möglich ist, müssen hohe Voraussetzungen an die Bewusstheit u. Autonomie einer Persönlichkeit erfüllt sein [...]; dazu gehören u.a. die Einsicht in die [soziale] Bedingtheit [von Erfahrung], Kritikfähigkeit u. Selbstkritik, [und] Fähigkeit z. Integration neuer [Erfahrungen].“⁵⁶

⁵² J. MITTELSTRASS, Art.: Erfahrung, I. Philosophisch, in: Lexikon für Theologie und Kirche 3, 753.

⁵³ J. MITTELSTRASS, Art.: Erfahrung, I. Philosophisch, in: Lexikon für Theologie und Kirche 3, 753.

⁵⁴ RÖMELT, Johannes, Art.: Erfahrung, III. Theologisch-ethisch, in: Lexikon für Theologie und Kirche 3, 756.

⁵⁵ RÖMELT, Johannes, Art.: Erfahrung, III. Theologisch-ethisch, in: Lexikon für Theologie und Kirche 3, 756.

⁵⁶ RÖMELT, Johannes, Art.: Erfahrung, III. Theologisch-ethisch, in: Lexikon für Theologie und Kirche 3, 756.

3.1.3 Der Begriff der Erfahrung bei Dietmar Mieth

Wie schwer sich das Wort „Erfahrung“ definieren lässt, zeigt sich schon am Beispiel des Generationenkonflikts. So meint die ältere Generation, wenn sie von Erfahrung spricht, ein Wissen, das überliefert wurde und auf das sie zurückgreifen kann, und die jüngere Generation meint dabei den Wunsch und die Freiheit, solche Erfahrungen erst einmal selbst machen zu dürfen. Im alltäglichen Leben taucht der Begriff der Erfahrung oft auch im Zusammenhang mit Können und Expertise auf. So werden erfahrene Dienstleister und Handwerker jenen bevorzugt, die zwar vielleicht ein theoretisches Wissen darüber besitzen, es aber an Praxis fehlt. Weiters wird Erfahrung häufig mit Wahrnehmung und Erleben gleichgesetzt. Zunächst ist alles, was der Mensch sinnlich wahrnimmt eine Erfahrung. Es ist seine Art, die Welt zu erschließen und sich in gewisser Form anzueignen. Wie der Mensch allerdings seine Umgebung wahrnimmt und bestimmte Ereignisse erlebt, ist subjektiv. Jede Person, auch wenn alle genau dasselbe betrachten, nimmt eine Sache anders wahr und zieht unterschiedliche Schlüsse daraus. Ebenso kann ein und derselbe Mensch die gleiche Sache zu einem späteren Zeitpunkt anders wahrnehmen und empfinden. „Der Versuch, Subjektivität und Pragmatismus [...] aus der Erfahrung von vornherein auszuklammern, führt zunächst in den Bereich der Erfahrung, den man heute allgemein den ‚empirischen‘ nennt.“⁵⁷ Anders ausgedrückt ist der Versuch, etwas objektiv zu erfahren, die Grundlage des Experiments und der Naturwissenschaft. Dafür wurden viele Werkzeuge und Instrumente erfunden und gefertigt wie z.B. das Mikroskop, um das Spektrum der Erfahrung noch zu erweitern. In den Geisteswissenschaften wäre das Instrument für eine objektive Erfahrung die Hermeneutik.

Wahrnehmungen sind jedoch immer vielfältig und bedingt. So schließen wir z.B. von Misstrauen auf vorausgehende schlechte Erfahrungen und umgekehrt bei vertrauensvollem Verhalten auf gute Erfahrungen im Leben dieses Menschen. Jedoch, so Mieth, sind „[v]ielfältige Wahrnehmungen [...] keine Garantie für Erfahrung im Sinne von Kompetenz, Wahrnehmung zu verarbeiten.“⁵⁸ Genau um diesen Prozess der Reflexion und Verarbeitung geht es dem Begriff von Erfahrung, der für das ethische Argument eine Rolle spielt und nun im Folgenden näher bestimmt wird.

⁵⁷ MIETH, Dietmar, *Moral und Erfahrung I. Grundlagen einer theologischen-ethischen Hermeneutik*. 4. überarb. und ergänzte Neuauflage, Freiburg : 1999, 16.

⁵⁸ D. MIETH, *Moral und Erfahrung I.*, 135.

Die hier relevante Erfahrung hat weniger mit der empirischen Wahrnehmung zu tun, sondern sie ist zu verstehen als eine Lebenserfahrung „im Sinne der verarbeiteten Erlebnisse und Begegnungen“⁵⁹. Das bedeutet, wenn Erfahrungen für ethische Entscheidungen relevant sein sollen, dann kann es nie bei einer bloßen Wahrnehmung bleiben. Erfahrung und Wahrnehmung müssen unterschieden werden. Erfahrung muss einhergehen mit einer vernünftigen Einsicht. Das heißt, „dass die wahrgenommene, erlebte und in der Begegnung angestoßene Erfahrung erst durch die Besinnung auf sich selbst, durch die Reflexion, zur eigentlichen Erfahrung wird“⁶⁰. Es bedarf demnach des Nachdenkens über eine Erfahrung und einer kritischen Auseinandersetzung. Sollen Erfahrungen tragend sein, dann müssen sie reflektiert und kontrolliert sein. Wenn es zu einem Fortschritt der Erfahrung hin zu einer Erfahrungskompetenz gekommen ist, dann kann man von Erfahrunglichkeit sprechen. Laut Dietmar Mieth kommt es darauf an, „Erfahrung als Kompetenz der Verarbeitung von Wahrnehmungen zu betrachten, denn nur eine solche Erfahrungskompetenz ist für sittliche Einsicht relevant.“⁶¹ Das heißt zwar noch nicht, dass die aus diesen reflektierten Erfahrungen gewonnenen Einsichten schon moralisch sind, aber sie sind dennoch wichtig, weil sie der Grund für moralische Urteile sein können. Daher lautet auch die These Dietmar Mieths, „dass die sittlich richtige Haltung auf dem Rücken der Verarbeitung und Aneignung von sittlich relevanter [...] Lebenserfahrung im Sinn des Erlebens und der Begegnung, entsteht.“⁶² Jeder Mensch handelt so, dass dieses Handeln seinen/ihren Grundsätzen entspricht und das gewünschte Ergebnis erzielt. Das verlangt wiederum Erfahrungen, auf die zurückgegriffen werden kann, sowie die Auseinandersetzung mit diesen. „Dies macht deutlich, wie sehr sich Handeln auf durch Reflexion aufgeschlossene Erfahrung beziehen kann.“⁶³ Es lässt sich daher zusammenfassend sagen, dass jeder Erfahrung eine Wahrnehmung oder ein Erleben zugrunde liegt und durch das Nachdenken über diese Erfahrung Schlüsse gezogen werden, die zu bestimmten Entscheidungen und Handlungen führen können. Die Wahrnehmung der Welt regt also beim Menschen die Reflexion an und bestimmt somit auch seine/ihre Handlungen. Dies würde bedeuten,

⁵⁹ MIETH, Dietmar, *Moral und Erfahrung II. Entfaltung einer theologisch-ethischen Hermeneutik*, Freiburg, Schweiz : Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 1998, 171.

⁶⁰ D. MIETH, *Moral und Erfahrung II*, 169.

⁶¹ D. MIETH, *Moral und Erfahrung I*, 135.

⁶² D. MIETH, *Moral und Erfahrung II*, 171.

⁶³ D. MIETH, *Moral und Erfahrung II*, 172.

dass „sich Erfahrungheit als Ergebnis der Spannungseinheit von Reflexion und Praxis“⁶⁴ herausbildet.

Weshalb aber spielen diese Überlegungen für die Bildung eines ethischen Arguments und somit möglicherweise auch eines ethischen Beschlusses eine Rolle? Wie vorhin schon erläutert, beeinflussen Erfahrungen die Meinungsbildung und die Entscheidungssetzung. Dem kann man argwöhnisch gegenüberstehen, da nicht jede Erfahrung zu einem guten Urteil führen muss. Anders gesehen ist es jedoch wichtig, dass der Mensch Einsicht in die bestehenden Werte und Normen hat, sonst wären sie nämlich wirkungslos, das sich der Mensch ihnen gegenüber teilnahmslos verhielte. Will man allerdings Erfahrung zur Lösung eines moralischen Dilemmas heranziehen, so muss zuallererst diese Erfahrung kritisch unter die Lupe genommen werden. Sie muss also reflektiert werden. „Erfahrung, soll sie etwas ausrichten, verlangt Fortschritt in der Erfahrungskompetenz.“⁶⁵ Sonst käme die Erfahrung nur einem Aufzeigen des eigenen Leids gleich. Die Vielschichtigkeit von Erfahrung muss vielmehr durchleuchtet werden, ihr Wirkungsgrad geprüft und als Ganze, und nicht nur aus einem bestimmten Blickwinkel, einbezogen werden. Daher fordert Dietmar Mieth „eine prozessuale Sicht der Erfahrung, die unterwegs zu ihrer möglichen Weisheit bleibt.“⁶⁶

⁶⁴ D. MIETH, Moral und Erfahrung II, 172.

⁶⁵ D. MIETH, Moral und Erfahrung I, 24.

⁶⁶ D. MIETH, Moral und Erfahrung I, 25.

4. Die Debatte des Deutschen Bundestages zur gesetzlichen Regelung der PID

Am 14. April 2011 fand in Berlin im Deutschen Bundestag eine Beratung über eine gesetzliche Regelung der PID statt. Anlass dafür war ein Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 6. Juli 2010. Es wurde über zwei Fälle entschieden, in denen Embryonen mithilfe der Blastozystenbiopsie (siehe 2.4.3) Zellen entnommen und auf schwere genetische Schäden untersucht worden waren. Der BGH begründete keine Strafbarkeit, obwohl bis dato die PID als nicht mit dem Embryonenschutz vereinbar angesehen worden war. Da ein Entscheid des BGH für den Gesetzgeber nicht bindend ist, bedurfte es nun Klärungsbedarf, um Rechtsunsicherheit zu vermeiden. Aus diesem Grund hat der Ausschuss für Gesundheit beschlossen, am 14. April 2011 eine öffentliche Anhörung und Beratung einzurichten.

Darin sollte auf die Gesetzesentwürfe auf den Drucksachen 17/5450, 17/5451 und 17/5052 sowie auf die Stellungnahmen des Deutschen Ethikrates und einiger Sachverständiger Bezug genommen werden. Die Gesetzesentwürfe wurden überfraktionell erstellt und die Abstimmungen darüber erfolgten nach einer individuellen, persönlichen Gewissensentscheidung und parteiunabhängig.

Im Folgenden soll nun die Argumentation aller dem Ausschuss für Gesundheit vorgelegten Schreiben genauer angesehen werden, die die Grundlage für die Beratung im Deutschen Bundestag am 14. April und 7. Juli 2011 darstellen.

4.1 Gesetzesentwürfe zur rechtlichen Handhabe der PID in Deutschland

Vor der Debatte zur Regelung der PID am 14. April 2011 lagen dem Deutschen Bundestag drei Gesetzesentwürfe vor. Der erste Gesetzesentwurf vom 11.4.2011 auf Drucksache 17/5450 beantragt ein Gesetz zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik. Unterzeichnet wurde dieser von Katrin Göring-Eckardt, Volker Kauder, Pascal Kober und 193 weiteren Abgeordneten. Der zweite Entwurf eines Gesetzes vom 12.4.2012 auf Ausschlussdrucksache 17/5451 stammt von Ulrike Flach, Peter Hintze, Dr. Carola

Reimann und zusätzlichen 215 Abgeordneten und fordert die Regelung der Präimplantationsdiagnostik. Ferner wurde von den Abgeordneten René Röspel, Priska Hinz (Herborn), Patrick Meinhard und 33 weiteren Abgeordneten ein Gesetzesentwurf auf Drucksache 17/5452 zur Zulassung der Präimplantationsdiagnostik eingebracht.

Über alle drei Gesetzesentwürfe wurde in der 105. Sitzung des Deutschen Bundestages am 14. April 2011 beraten und dem Ausschuss für Gesundheit übergeben. Zudem wurden sie „zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen“⁶⁷. Zudem waren die Gesetzesentwürfe keine der Regierung oder der Fraktionen, sondern überfraktionell.

4.1.1 Gesetzesentwurf zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik

Der Entwurf eines Gesetzes der Abgeordneten Katrin Göring-Eckhardt u.a. spricht sich zunächst für eine dringende gesetzliche Regelung der PID in Deutschland aus. Grund dafür ist ein Gerichtsurteil des Bundesgerichtshofes vom 6. Juli 2010, bei dem entschieden wurde, dass eine PID „an einem Embryo mittels Blastozystenbiopsie“⁶⁸ in jenem Fall nicht strafbar ist. Jedoch war zu diesem Zeitpunkt die Durchführung einer PID nach dem deutschen Embryonenschutzgesetz (ESchG) verboten. Dagegen erklärte der BGH eine PID „nur bei schwerwiegenden genetischen Schäden“⁶⁹ für erlaubt. Diese ungenaue Bestimmung und Umgrenzung, was unter den Begriff schwerwiegender genetischer Schaden fällt, führte laut diesem Gesetzesentwurf zu „erheblicher Rechtsunsicherheit“.⁷⁰

Die Abgeordneten Katrin Göring-Eckhardt u.a. fordern als Neuregelung des Gesetzes ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik. Die Gründe für die Ablehnung der PID sind ethische und gesellschaftspolitische. Zunächst wird in der Begründung auf die gesetzliche Ausgangslage in Deutschland und die medizinischen Grundlagen eingegangen. Dabei wird erklärt, was bei einer PID gemacht und wie sie angewendet wird. Weiters wird auf Ergebnisse von Studien wie der PGD consortium data collection

⁶⁷ Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/6400, 30.6.2012, 12.

⁶⁸ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/5450, 11.4.2011, 2.

⁶⁹ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 2.

⁷⁰ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 2.

X der ESHRE eingegangen sowie auf Erfahrungswerte anderer Länder wie der USA oder Belgien, in denen die PID zugelassen ist. Diese Erfahrungen zeigen, dass die Zulassung und Anwendung der PID in den meisten Ländern zu einer Ausweitung auch auf andere erblich bedingte Anlagen wie z.B. Brustkrebs führten. Dies zeigt also, dass die PID nicht mehr nur bei „schwerwiegend genetischen Schäden“ angewandt wird, auch wenn es zu Beginn gesetzlich so festgelegt worden war. „Für viele der Erkrankungen stehen in westeuropäischen Ländern mittlerweile gute Therapie- und Hilfsangebote zur Verfügung, so dass viele der Betroffenen zumindest das Erwachsenenalter erreichen.“⁷¹ Weiters werden durch den Fortschritt in der Medizin und der Forschung anhaltende Verbesserungen prognostiziert, wodurch jene Krankheiten, die heute als schwerwiegend und unheilbar scheinen und so zu einer Aussortierung von Embryonen bei einer PID führen würden, geheilt bzw. behandelbar werden könnten. Zudem fehle es an „Studien, die belegen, dass durch PID die Zahl der Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche insgesamt signifikant gesenkt werden kann“.⁷²

Als weitere Gründe gegen eine Zulassung der PID werden die Risiken des medizinischen Verfahrens genannt. Es berge beachtliche Risiken für Mutter und Kind. Die dazu nötige IVF setzt die Frau einer beträchtlichen physischen und psychischen Belastung aus. Die Hormonbehandlung oder die Eizellpunktion stellen eine Gefahr für die Gesundheit dar. Schwangerschaften nach künstlichen Befruchtungen weisen generell ein höheres Risiko von Komplikationen auf. Viel häufiger als bei natürlicher Zeugung handelt es sich nämlich dabei um Mehrlingsschwangerschaften. Dazu kommt, dass es keine Garantie auf eine fehlerfreie Diagnose gibt. „Die medizinischen Chancen, nach einer PID ein gesundes Kind zu bekommen, sind gering.“⁷³ Nur knapp über ein Zehntel der implantierten Embryonen, an denen eine PID durchgeführt wurde, führt tatsächlich auch zur Geburt eines Kindes.

Ein weiterer Grund, der für die Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a. zur Ablehnung der PID beiträgt, ist der erhöhte Bedarf an Embryonen pro Zyklus.

Das ESchG schreibt jedoch die Einschränkung auf die Herstellung von drei Embryonen pro Befruchtungszyklus vor. Dieses Gesetz müsste somit ebenfalls geändert werden, um eine präzise PID überhaupt ermöglichen zu können, für welche man zwischen acht und

⁷¹ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 6.

⁷² Gesetzesentwurf F der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 7.

⁷³ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 7.

neun Embryonen benötigt. Da jedoch nicht alle davon, auch wenn sie gesund wären, implantiert werden können, kommt es so zu einem erheblichen Überschuss an Embryonen. „Der weitere Umgang mit diesen so überzähligen Embryonen ist in Deutschland weiterhin nicht geklärt. Der Wunsch, diese Embryonen für andere Zwecke als zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, also etwa in der Forschung oder der kosmetischen und pharmazeutischen Industrie zu verwenden, könnte weiter steigen.“⁷⁴

Weitere Erwägungen für ein Verbot der PID sind verfassungsrechtlicher Natur.

Das Nichtdiskriminierungsgebot von Menschen mit Behinderung ist ein Grundgesetz, welches für die vorliegende Debatte eine Rolle spielt, auch wenn nicht ganz klar ist, ob es auch vorgeburtliches Leben inkludiert. Ein weiteres Grundrecht ist die Menschenwürde, welche die Vertreter dieses Gesetzesvorschlages mit einer Zulassung der PID verletzt sieht. „Die Entscheidung, einen gezielt nach bestimmten Kriterien ausgewählten Embryo einzupflanzen, berührt die Würde des Menschen.“⁷⁵

Der Gesetzesentwurf äußert zudem die Besorgnis über den Zusammenhang mit der deutschen Rechtslage und die Auswirkungen darauf. „Durch die Zulassung der PID würde eine Auswahl menschlichen Lebens allein aufgrund einer Behinderung wieder in die deutsche Rechtsordnung eingeführt.“⁷⁶ Es ist der Selektionsgedanke, der durch die Zulassung der PID wieder aufträte, der hier böse Erinnerungen weckt.

Das nächste Argument, das angeführt wird, sind die gesellschaftlichen Folgen, die eine Zulassung der PID in Deutschland mit sich bringen könnte. Der Gleichberechtigung, selbstbestimmten Teilhabe an der Gesellschaft und der Anerkennung von behinderten Menschen würde durch ein Gesetz zur begrenzten Zulassung der PID entgegen gewirkt werden. „Eine durch Legalisierung der PID gesetzlich legitimierte Auswahl vor Beginn der Schwangerschaft würde einen Paradigmenwechsel darstellen.“⁷⁷ Die Bemühungen des Staates um Akzeptanz, Teilhabe und Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung würden dadurch untergraben und ließen sie unglaubwürdig erscheinen. „Die Akzeptanz dieses Verfahrens [...] stellt damit [...] einen Angriff auf die Würde eines jeden Menschen mit diesen Erkrankungen oder Behinderungen dar.“⁷⁸ Bei einer Zulassung der PID käme es zu einer Kategorisierung von Krankheiten in lebens- und nicht lebenswerte. Es würde das Bild von Behinderten in der Gesellschaft verändern,

⁷⁴ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 7.

⁷⁵ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 8.

⁷⁶ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 8.

⁷⁷ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 9.

⁷⁸ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 9.

wo körperliche oder geistige Behinderung automatisch mit Leid gleichgesetzt wird, das durch eine PID verhindert werden hätte können. Dies könne den sozialen Druck auf Eltern potenziell erkrankter Kinder erhöhen und die Angst vor Diskriminierung steigern. Selbst jene Menschen, die fähig sind, Krankheiten als Bestandteil des menschlichen Lebens zu akzeptieren, könnten so unter Rechtfertigungsdruck geraten. „Die PID verstärkt Tendenzen, die den Menschen ganz und gar Leistungs- und Nützlichkeitsanforderungen unterwerfen.“⁷⁹ Dies ist verletzend für all jene Menschen, die diesem medizinischen Ideal und der erwünschten Norm nicht entsprechen. So proklamiert dieser Gesetzesentwurf, dass statt der Flucht in die Selektion von bestimmten genetischen Merkmalen mehr Wert auf die Ermöglichung eines weitgehend normalen und gleichberechtigten Lebens gelegt werden sollte.

Weiters wird darauf eingegangen, dass eine begrenzte PID für besonders schwere Ausnahmefälle praktisch nicht möglich sei. „Nach internationalen Erfahrungen kann nicht davon ausgegangen werden, dass selbst eine strenge Begrenzung der PID auf bestimmte medizinische Ausnahmefälle auf Dauer aufrecht erhalten bliebe.“⁸⁰ Dies zeigen schon die Erfahrungen, die man mit der Pränataldiagnostik (PND) gemacht habe. Diese würden nun nicht mehr nur bei gefährdeten Paaren angewandt, sondern bekämen bereits eine Selbstverständlichkeit.

Ferner kann auch angenommen werden, dass reproduktionsmedizinische Kliniken ein eigenes Interesse an einer Zulassung und Ausweitung der PID haben, da es die Qualität ihrer Ergebnisse steigern würde. Nicht zuletzt kommen auch wirtschaftliche Überlegungen ins Spiel. „In den USA wurden Berechnungen angestellt, wie man 45 Mio. US-Dollar pro Jahr an Behandlungskosten für 1 000 Menschen mit Mukoviszidose auf lange Sicht einsparen könnte, indem Eltern, die diese Krankheit vererben könnten, ihre Kinder nur noch nach künstlicher Befruchtung inklusive PID bekommen sollten.“⁸¹ Mit diesen Erwägungen steht die USA jedoch nicht alleine da, auch andere Staaten wie Dänemark und Israel erhoffen sich durch diese Behandlungen Einsparungen.

⁷⁹ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 9.

⁸⁰ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 9.

⁸¹ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., 9.

4.1.2 Gesetzesentwurf zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik

Der Gesetzesentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach u.a. spricht sich zunächst gegen eine generelle Zulassung der PID aus, in Ausnahmefällen soll sie jedoch zulässig sein. Das bestehende ESchG soll um diese neue Regelung erweitert werden. Nicht strafbar wäre demnach eine PID an Embryonen, deren Eltern an einer genetischen Disposition leiden und deren Übertragung an die Nachkommen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer schwerwiegenden Erkrankung bzw. zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen würde. Jedoch müssen dafür bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Eine PID soll nur „nach verpflichtender Aufklärung und Beratung sowie einem positiven Votum einer interdisziplinär zusammengesetzten Ethik-Kommission in den Fällen zulässig sein, in denen ein oder beide Elternteile die Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen oder mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen ist.“⁸² Mit Begriff „schwerwiegende Erbkrankheit“ sind hier monogen bedingte Erkrankungen und Chromosomenstörungen gemeint. Als schwerwiegend werden sie dann bezeichnet, wenn durch diese eine geringe Lebenserwartung und eine schlechte Behandelbarkeit mit sich gebracht wird. Außerdem muss bei den Eltern schon ein hohes genetisches Risiko vorliegen. Dieses Risiko kann jedoch auch nur einen Partner belasten. Als „hohe Wahrscheinlichkeit“ gilt 25 bis 50 Prozent.

Zudem sollen alle Durchführungen dokumentiert und ein Bericht darüber spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes von der Bundesregierung erstellt werden. Diese strengen Auflagen sollen einen Missbrauch der PID verhindern. Auch dieser Gesetzesentwurf greift auf Erfahrung aus anderen Ländern, in denen die PID legal ist, zurück. „Die Erfahrungen zeigen, dass die Zulassung der PID unter strengen Auflagen eine verantwortungsvolle medizinische Diagnose ermöglicht und hohe ethische Kriterien erfüllt.“⁸³

Als Hauptgründe für eine begrenzte Zulassung der PID werden der „Schutz der Frau vor schweren körperlichen und seelischen Belastungen im Hinblick auf die Schwangerschaft sowie die Vermeidung von Spätabbrüchen“⁸⁴ genannt. Im Besonderen soll dies Paare betreffen, die bereits ein schwer behindertes und krankes Kind haben oder bereits eine Abtreibung nach einer PND und ärztlicher Beratung vornehmen

⁸² Gesetzesentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach u.a., in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/5051, 12.4.2011, 3.

⁸³ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach u.a., 7.

⁸⁴ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach u.a., 2.

mussten. Es soll den betroffenen Paaren der Konflikt zwischen ihrem Kinderwunsch und dem Risiko einer Tot- oder Fehlgeburt bzw. eines schwer erkrankten Kindes erspart werden.

Dem Gegenargument, das Recht auf PID könnte in Zukunft zu sozialem Druck und zur Pflicht zur PID ausarten, entgegnet der Gesetzesentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach u.a., dass die PID immer eine Gewissensfrage für Ärzte und Eltern bleiben soll. Darum soll es im Gesetzestext auch heißen: „Kein Arzt ist verpflichtet, eine Maßnahme nach Absatz 2⁸⁵ durchzuführen oder an ihr mitzuwirken. Aus Nichtmitwirkung darf kein Nachteil für den Betroffenen erwachsen.“⁸⁶ Dies bedeutet, dass selbst nach allen Untersuchungen und einem positivem Votum der Ethikkommission eine freiwillige Zustimmung des Arztes/ der Ärztin notwendig ist, der/die die Behandlung, ohne negative Folgen für ihn/sie, auch aus Gewissensgründen ablehnen kann. Dadurch soll sowohl dem Freiheitsanspruch als auch dem Schutz von staatlichen Rechtsgütern Rechenschaft getragen werden. „Denn eine derartige Zulassung ermöglicht den Paaren, die eine PID wahrnehmen wollen, die verantwortungsvolle Ausübung ihres Grundrechts auf Fortpflanzungsfreiheit, ohne dass damit die moralische Position derjenigen, die die PID strikt ablehnen, abgewertet oder für unhaltbar erklärt würde.“⁸⁷

Durch diesen Entwurf eines Gesetzes soll die rechtliche Basis geschaffen werden für eine streng eingeschränkte Anwendung der PID in Deutschland. Bei allen Abwägungen der Argumente entscheidet sich dieser Gesetzesentwurf dafür, dem Schutz der betroffenen Frauen Vorrang zu geben. Jedoch soll es sich dabei immer nur um einzelne Fälle handeln, über die jedes Mal individuell entschieden werden soll. Ob eine Behandlung durchgeführt wird, soll demnach immer die Entscheidung des verantwortlichen Arztes und der Ethikkommission sein. Aus diesem Grund verzichtet der Gesetzesentwurf auch „bewusst auf eine Auflistung von Krankheiten als Indikation für eine PID“⁸⁸. In jedem einzelnen Fall soll eine eigene Entscheidung getroffen werden. Damit auch die Eltern eine bewusste und verantwortungsvolle Entscheidung

⁸⁵ Änderung des ESchG § 3a (2): „Besteht auf Grund der genetischen Disposition der Eltern oder eines Elternteiles für deren Nachkommen eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine schwerwiegende Erbkrankheit, handelt nicht rechtswidrig, wer zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik einen Embryo in vitro vor dem intrauterinen Transfer auf die Gefahr dieser Krankheit untersucht. Nicht rechtswidrig handelt auch, wer eine Präimplantationsdiagnostik zur Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos vornimmt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird.“

⁸⁶ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach u.a., 4.

⁸⁷ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach u.a., 7.

⁸⁸ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach u.a., 7.

treffen können, sollen sie eine medizinische und psychosoziale Beratung erhalten, die sie über den Verlauf, die Folgen und die Erfolgchancen aufklären soll. Außerdem darf es nur zu einer Untersuchung der Embryonen kommen, wenn die Frau in diese „schriftlich gegenüber der verantwortlichen ärztlichen Person eingewilligt hat“⁸⁹. Die genetische Beratung soll auch noch nach dem Vorliegen der Untersuchungsergebnisse der PID angeboten werden.

4.1.3 Gesetzesentwurf zur begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik

Der Gesetzesentwurf der Abgeordneten René Rösler u.a. spricht sich für ein grundsätzliches

Verbot von genetischen Untersuchungen an Embryonen aus. Allerdings gelten diese in Ausnahmefällen als nicht rechtswidrig. Als Voraussetzung gilt, dass „bei den Eltern oder einem Elternteil eine humangenetisch diagnostizierte Disposition vorliegen [muss,] die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu Fehl- oder Totgeburten oder zum Tod des Kindes im ersten Lebensjahr führen kann.“⁹⁰ Außerdem besteht die Verpflichtung zur Beratung der Eltern vor der Untersuchung sowie vor der Einpflanzung. Über jeden einzelnen Fall soll in einer interdisziplinären Ethikkommission, in der der/die behandelnde Arzt/Ärztin kein Mitglied sein darf, sofern es sich um einen seiner/ihrer Patienten handelt, entschieden werden. Zusätzlich sollen alle Behandlungen dokumentiert und jährlich ein Bericht, mit wissenschaftlicher Auswertung, von der Ethikkommission erstellt und der Bundesregierung vorgelegt werden.

Ein Verbot der PID sei zwar denkbar, jedoch die Folgen für Paare mit genetischer Vorbelastung, die sich ihren Kinderwunsch erfüllen wollen, bedeutend negativ. Jedoch geht dieser Gesetzesentwurf auch davon aus, dass eine Freigabe der PID auf lange Zeit hin zu einer Ausweitung führen würde. „Die Erfahrungen in anderen Ländern, in denen die PID zugelassen ist, zeigen, dass eine Begrenzung auf schwere Krankheitsbilder nicht möglich ist.“⁹¹ Der Gesetzesentwurf zur begrenzten Zulassung der PID zielt darauf ab, die bestehende Rechtsunsicherheit, die es im Bezug auf die Anwendung der PID gibt, aufzulösen. Das grundsätzliche Verbot, eine PID durchzuführen, soll

⁸⁹ Gesetzesentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach u.a., 7f.

⁹⁰ Gesetzesentwurf der Abgeordneten René Rösler u.a., in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/5452, 12.4.2011, 2.

⁹¹ Gesetzesentwurf der Abgeordneten René Rösler u.a., 2.

gesetzlich verankert werden. Der Grund dafür liegt an den Erfahrungen, die mit der Anwendung der PID in anderen Ländern gemacht wurden.

„Erfahrungen bei der Anwendung der PID im Ausland zeigen, dass trotz einschränkender rechtlicher Zulassungskriterien zur Einstufung von Krankheitsmerkmalen wie ‚schwere Erbkrankheit‘, ‚nicht heilbar‘ oder ‚nicht therapierbar‘ eine Ausweitung der Indikation auf immer mehr Krankheiten wie zum Beispiel Chorea Huntington, Mukoviszidose oder einer Brustkrebs-Disposition oder gar Behinderungen wie Trisomie 21 (Down-Syndrom) stattfindet.“⁹²

Aus diesem Grund wird auch bewusst die Definition „schwerwiegend“ für Krankheiten die zur PID zugelassen werden sollen, gestrichen. Dieser Begriff wird als ungeeignet angesehen, da er rein subjektiv und so rechtlich untauglich ist. Auch soll keine Krankheit, wie zum Beispiel Muskeldystrophie vom Typ Duchenne (eine Erbkrankheit, die zum Muskelschwund führt), hervorgehoben werden, da dies diskriminierend sei. Eine Untersuchung im Rahmen einer PID ist nur bei solchen Krankheiten erlaubt, die „mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Schädigung des Embryos, Fötus oder Kindes zur Folge haben, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Tot- oder Fehlgeburt oder zum Tod im ersten Lebensjahr führen kann“⁹³. Anstelle von schwerwiegenden Krankheiten werden also lebensbedrohliche Erkrankungen gesetzt. Als solche gelten jene, die zum Tod des Kindes in den ersten Tagen oder Wochen nach der Geburt führen. Nur in seltenen Fällen trete der Tod erst im zehnten oder elften Lebensmonat ein. Aus diesem Grund sieht dieser Gesetzesentwurf die Abgrenzung „im ersten Lebensjahr“ für ausreichend und der medizinischen Praxis sowie der Lebenswirklichkeit angemessen. Als „hohe Wahrscheinlichkeit“ gilt, wenn das Auftreten einer Krankheit wesentlich, also mit einer Wahrscheinlichkeit von 25 bis 50 Prozent, von der Wahrscheinlichkeit der Durchschnittsbevölkerung abweicht.

Um ferner überschüssige Informationen zu vermeiden, dürfen nur Untersuchungen im Rahmen einer PID angestellt werden, die genau diese Krankheiten betreffen, die die oben genannten Folgen mit sich bringen. Daher verbietet der „Gesetzesentwurf weiterhin eine PID, die der Wunscherfüllung der Zusammensetzung genetischer Anlagen von Kindern nach dem Willen der Eltern dienen soll wie zum Beispiel die

⁹² Gesetzesentwurf der Abgeordneten René Röspel u.a., 5.

⁹³ Gesetzesentwurf der Abgeordneten René Röspel u.a., 6.

HLA-Typisierung⁹⁴. Paare hätten zwar das Recht auf Fortpflanzung, jedoch kein Recht auf bestimmte Merkmale ihres Kindes. Die gesetzliche Beschränkung der Durchführung der PID auf Paare mit einer genetischen Vorbelastung und die Überlebensfähigkeit des Kindes soll eine solche Ausweitung verhindern. Dazu soll auch die Einrichtung einer Ethikkommission, eines zertifizierten Zentrums, die Beratung des Paares durch qualifizierte Ärzte und Ärztinnen sowie die Berichtspflicht der Ethikkommission beitragen. Der Grund für die Datenerhebung ergibt sich den „erheblichen Bedenken der Gesellschaft hinsichtlich der Folgen einer PID und der noch nicht in Gänze absehbaren Auswirkungen“⁹⁵.

Eine weitere Änderung des bestehenden Gesetzes, die die begrenzte Zulassung der PID mit sich brächte, wäre die Zulassung der Befruchtung von mehr als drei Eizellen innerhalb eines Zyklus. Dies ist erforderlich, da nach „übereinstimmender Auffassung von Experten [...] für die Durchführung einer PID die Befruchtung von rund acht bis neun Eizellen erforderlich“⁹⁶ ist. Die Herstellung dieser größeren Anzahl von Embryonen verspricht eine höhere Erfolgchance für eine Schwangerschaft. Dabei entstehen mehr Embryonen als auf die Frau übertragen werden sollen. Jedoch darf diese Neuregelung nur künstliche Befruchtungen betreffen, die auf eine PID hinauslaufen.

Ferner darf eine Untersuchung des Embryos nur „mittels Biopsie nicht-totipotenter Zellen (Blastozystenbiopsie)“⁹⁷ durchgeführt werden, da eine Untersuchung von totipotenten Zellen, also Zellen im 6- bis 8-Zell-Stadium, durch das Verbot des Klonens ausdrücklich untersagt ist.

4.2 Stellungnahme des Deutschen Ethikrats

Dem Ausschuss für Gesundheit wurde vom Deutschen Bundestag die Unterrichtung durch den deutschen Ethikrat am 15. April 2011 überwiesen. Dieser Bericht wurde auch zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen. Die Stellungnahme befasst sich mit dem wissenschaftlich-medizinischen Stand der PID, legt die unterschiedlichen Modelle der

⁹⁴ Gesetzesentwurf der Abgeordneten René Röspel u.a., 5.

⁹⁵ Gesetzesentwurf der Abgeordneten René Röspel u.a., 7.

⁹⁶ Gesetzesentwurf der Abgeordneten René Röspel u.a., 5.

⁹⁷ Gesetzesentwurf der Abgeordneten René Röspel u.a., 6.

Regelung der PID in anderen europäischen Staaten dar und präsentiert eine Auseinandersetzung mit den verfassungsrechtlichen, sozialetischen und moralischen Aspekten der PID. Diese Erläuterungen werden ergänzt durch drei Voten. Das erste plädiert für eine begrenzte Zulassung der PID, das zweite für ein Verbot der PID und das dritte ist ein Sondervotum.

Anlass der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates war das Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 6. Juli 2010, in dem über zwei Fälle, in denen drei Embryonen mittels Blastozystenbiopsie untersucht worden waren, entschieden wurde. Der BGH beschloss, dass dabei keine Strafbarkeit vorliege. Diese Entscheidung betraf allerdings lediglich diese zwei Einzelfälle und nicht das geltende Recht des Verbots von PID. Aus diesem Grund sah sich der Ethikrat dazu veranlasst, spezifisch zum Thema PID Stellung zu nehmen.

Zunächst wird in der Stellungnahme auf die wissenschaftlich-medizinischen Grundlagen eingegangen, welche in Kapitel 2 bereits ausführlich erläutert wurden und daher hier nicht noch einmal erwähnt werden sollen.

Das Kapitel 3 beschäftigt sich mit dem Verfassungsrecht. In Deutschland wird der verfassungsrechtliche Status eines Embryos in vitro von drei Grundrechten bestimmt: Recht auf Leben, Menschenwürde und Diskriminierungsschutz. „Dies gilt nach überwiegender Auffassung ab dem Zeitpunkt, in dem die Befruchtung durch Auflösung der Zellkernmembranen von Ei- und Samenzelle abgeschlossen ist [...], auch wenn dies in vitro erfolgt“⁹⁸. Allerdings mit der Einschränkung, dass es nicht den Schutz und die Menschenwürde der Mutter beeinträchtigt.

Was die Menschenwürde betrifft, ist unstrittig, dass sie jedem Menschen von Anbeginn seiner Existenz zukommt und unantastbar und unteilbar ist. Uneinig ist man sich jedoch, ab welchem Zeitpunkt von einem Menschen gesprochen werden kann. Ist damit Leben von der Kernverschmelzung an gemeint, oder erst ab bestimmten qualitativen Merkmalen? „Zum Teil wird die Ansicht vertreten, dass aus der Verletzung des Lebensgrundrechts auch eine Verletzung der Menschenwürde folge, weil das Leben Voraussetzung für die Wahrnehmung der Menschenwürde sei“⁹⁹. Hier sei jedoch auch auf die Fristenregelung beim Schwangerschaftsabbruch verwiesen. Der Schutz des

⁹⁸ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 11.

⁹⁹ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 12.

Lebens ist nicht absolut und hat nicht Vorrang vor anderem Leben, wie das der Mutter. Weiters unklar ist, ob das Verfassungsrecht auf Diskriminierungsschutz auch für den Embryo und die PID zutrifft. Am häufigsten wird es verstanden als Recht von bereits geborenen Menschen, andere sehen es auf jedes menschliche Wesen bezogen.

Das Kapitel 4 der Stellungnahme behandelt den Schutz des Embryos. Dieses Thema ist in der Bioethik hoch umstritten. Die unterschiedlichen Konzepte hängen mit den unterschiedlichen Auffassungen vom Zeitpunkt des Beginns menschlichen Lebens zusammen. Für jene, die die Auffassung vertreten, dass der Wert und die Würde des Menschen in seiner Zugehörigkeit zur Art Mensch begründet sind, steht auch dem ungeborenen Leben undifferenzierter Schutz zu. Begründet wird diese Position auch damit, dass sich jeder Mensch einmal in dem Stadium eines Embryos befand. „Wir können unser gegenwärtiges Leben in Freiheit und Selbstbestimmung nur führen, weil wir damals, als wir Embryonen waren, ebenso wie geborene Menschen geachtet wurden und unser Lebensrecht nicht durch Verzweckung und Fremdnutzung zugunsten der Belange anderer eingeschränkt wurde.“¹⁰⁰ Wäre dies nicht so gewesen, wäre eine Existenz undenkbar und es zeige, dass sich der erwachsene Mensch nicht so grundlegend von vorgeburtlichem Leben unterscheidet. Für die Vertreter dieser Position dürften der Schutz und die Rechte eines Embryos nur dann verletzt werden, wenn eine beträchtliche Gefahr für das körperliche und seelische Wohl der Mutter bestünde.

Ein anderes Konzept ist das eines abgestuften Schutzes für den Embryo in vitro. Je nach Entwicklungsstufe kämen demnach dem Embryo mehr und mehr Rechte zu. Zu diesen Stufen zählen u.a. der Ausschluss der Zwillingsbildung, die Einnistung, die Entwicklung des Gehirns, Ausbildung menschlicher Gestalt bis hin zur Geburt.

Das Kapitel 5 bezieht sich auf die sozialetischen Aspekte der PID. Hier wird auf kritische Einwände, wie sie auch in der öffentlichen Diskussion zu finden sind, Bezug genommen. Ein erster Einwand ist, dass es sich bei der PID um Selektion handle und dies unzulässig sei. „Der Begriff der Selektion wird dabei nicht im engeren naturwissenschaftlichen Sinne verwandt, sondern meist in assoziativer Nähe zur eugenisch begründeten Selektion von Mensch in ‚lebenswert‘ und ‚lebensunwert‘ im Nationalsozialismus.“¹⁰¹ Es wird nicht bestritten, dass es sich bei der PID um ein Auswahlverfahren handle, jedoch sprechen zwei Gründe gegen eugenische Ziele: Zum

¹⁰⁰ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 16.

¹⁰¹ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 20.

einen wird die Untersuchung von der Sorge getragen, dass durch die auf das Kind übertragene genetische Krankheit auf Dauer eine erhebliche körperliche und psychische Belastung sowohl für die Eltern als auch für das Kind darstelle bzw. in einigen Fällen Zweifel an der Überlebensfähigkeit des Kindes überhaupt besteht. Das Leben der nicht ausgewählten Embryonen soll dabei weder abgewertet werden, noch haben Paare, die sich für eine PID entscheiden, eugenische oder populationsgenetische Motive. Der einzige Wunsch besteht in einem leiblichen und genetisch nicht vorbelasteten Kind.

Ein weiterer Einwand ist der der Diskriminierung von behinderten Menschen. Es besteht die Befürchtung, dass mit der Erlaubnis der PID signalisiert würde, dass Behinderung verhindert werden könnte und dass es auf lange Sicht hin die Solidarität Menschen mit Behinderung gegenüber, deren Anerkennung und Förderung beeinträchtigt würde.

„Diesem Argument wird entgegengehalten, dass es sich jeweils um persönliche und individuelle Entscheidungen von Frauen oder Paaren handle, denen eine Diskriminierungsabsicht bereits geborener Menschen mit einer in der PID abgelehnten Behinderung oder gar von Menschen mit Behinderung schlechthin fernliege.“¹⁰²

Paare, die eine PID vornehmen, fordern damit nicht zugleich andere auf, ihnen gleichzutun. Schwangerschaftsabbrüche nach einer Pränataldiagnostik senden hier viel stärkere Signale, da es sich hier bereits um einen viel weiter entwickelten Embryo handelt, zu dem die Frau bereits eine emotionale Beziehung aufgebaut hat, im Gegensatz zur befruchteten Eizelle außerhalb ihres Körpers.

Ferner wird von Gegnern die PID „als Demütigung für Menschen mit Behinderung angesehen und als Infragestellung ihrer Existenz und Signal eines Nichtwillkommenseins und des Nichtdazugehörens empfunden.“¹⁰³ Dem wird entgegen gehalten, dass unterschieden werden muss zwischen der Entscheidung für ein Kind ohne Behinderung und der Entscheidung gegen die Existenz von Menschen mit Behinderung. Paare, die die PID in Erwägung ziehen, haben oft selbst schon ein behindertes Kind und wünschen sich, dem zweiten Kind dieses Leid ersparen zu können. Außerdem habe sich die „Lebenssituation wie auch die rechtliche Absicherung

¹⁰² Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 21.

¹⁰³ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 21.

von Menschen mit Behinderung in unserer Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten entscheidend verbessert“¹⁰⁴.

Im sechsten Kapitel wird auf den Umgang mit der PID in anderen europäischen Staaten eingegangen. In den meisten Ländern fehlt eine gesetzliche Regelung der PID. In den Ländern Österreich, Italien und der Schweiz besteht ein gesetzliches Verbot der Anwendung der PID. In elf Staaten, unter anderem Frankreich, Großbritannien, Belgien und Schweden, ist die Anwendung der PID innerhalb eines gesetzlichen Rahmens gestattet. Eine Fallstudie zeigt, dass im Jahr 2008 in Frankreich 278 Durchführungen von PID und 238 Embryonentransfers stattgefunden haben, dadurch kam es zu 71 geborenen Kindern.¹⁰⁵

Abschließend äußert sich der Ethikrat in drei Voten über die Regelung der PID. Das erste Votum mit dreizehn Stimmen spricht sich für eine begrenzte Zulassung der PID aus. Dies wird damit begründet, dass es Paaren offen stehen soll, ob sie Kinder bekommen wollen, auch wenn ein genetisches Risiko bekannt ist. Weiters wird argumentiert, dass die Rechte und der Schutz der Mutter gegenüber dem des Embryos abgewogen werden müsse. Es sei ferner keine Diskriminierung, wenn sich Paare für ein nichtbehindertes Kind entscheiden. Und die Anwendung der PID kann und soll begrenzt werden.

Paare haben ein Recht darauf, leibliche Kinder zu bekommen. Jedoch kann eine Behinderung eine schwerwiegende Belastung nicht nur während der Schwangerschaft für die Frau, sondern für beide Partner sein, wenn sie sich dieser nicht gewachsen fühlen. „Insbesondere dann, wenn Eltern ihre eigene genetische Disposition für eine schwere Krankheit oder Behinderung kennen oder bereits ein von einer erblichen Gesundheitsschädigung betroffenes Kind geboren wurde“¹⁰⁶. Dies kann für das Paar zu einem existentiell bedrängenden Problem werden. Wenn es dann zu einer sogenannten „Schwangerschaft auf Probe“ kommt und sich bei einer Pränataldiagnostik (PND) herausstellt, dass das Kind betroffen ist, kann ein später Schwangerschaftsabbruch zu noch größeren seelischen Schmerzen führen als ein medizinisches Verfahren wie die PID. Hier würde die PID betroffenen Paaren eine Hilfe anbieten und das Trauma eines

¹⁰⁴ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 21.

¹⁰⁵ Vgl. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 25.

¹⁰⁶ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 26.

Schwangerschaftsabbruches vermeiden. „In diesem Fall sprechen sogar besonders gewichtige Gründe des Gesundheitsschutzes der Frau für die Zulassung der PID“¹⁰⁷.

4.2.1 Votum zur begrenzten Zulassung der PID

Das Votum des Ethikrates für eine begrenzte Zulassung der PID spricht die folgende Empfehlung, nach welcher unter bestimmten Einschränkungen die PID ethisch gerechtfertigt wäre:

1. „Es muss ein hohes medizinisches Risiko vorliegen“¹⁰⁸. Dies bestünde, wenn bei einem oder beiden Elternteilen eine genetische Anlage vorliegt, die durch Vererbung beim Kind zu einer schwerwiegenden Krankheit oder Behinderung, bzw. zur Lebensunfähigkeit sowie Fehl- oder Totgeburt und bei Entdecken durch PND zu einem Schwangerschaftsabbruch führen könnte. Vom Erstellen eines Krankheitskataloges wird jedoch abgeraten.
2. Überschüssige oder zufällige Informationen, die bei der Untersuchung im Rahmen einer PID gefunden werden und nicht den gezielt gesuchten elterlichen Indikationen entsprechen, dann „sollte dieser Befund den Eltern nur mitgeteilt werden dürfen, wenn die zu erwartende Behinderung oder Krankheit des Kindes ebenfalls Grund für eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch im Falle einer Schwangerschaft sein könnte.“¹⁰⁹
3. Verboten ist die Anwendung einer PID dann, wenn sie zur Feststellung des Geschlechts des Kindes stattfindet, zur Zell-, Gewebe- oder Organspende für einen anderen Menschen dient, das Risiko von altersbedingten Chromosomenstörungen der Frau vermieden werden soll und bei später im Leben auftretenden Krankheiten.¹¹⁰
4. Eine PID ist nur dann zulässig, wenn sie ausschließlich in zertifizierten und ihrer Anzahl nach begrenzten Zentren stattfindet und durch ein bestimmtes Verfahren geregelt ist. In jenem soll das genetische Risiko des Paares festgestellt werden und

¹⁰⁷ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 26.

¹⁰⁸ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 27.

¹⁰⁹ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 27.

¹¹⁰ Vgl. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 27.

eine ärztliche und psychosoziale Beratung erfolgen, an der Experten und Mitglieder der IVF-Kommission beteiligt sein sollen.¹¹¹

5. Abschließend sollen alle Behandlungen dokumentiert und ein wissenschaftlich ausgewerteter Bericht veröffentlicht werden.¹¹²

Ein Verbot der PID wird ausgeschlossen, da es kein ausreichender Grund sein kann, die PID zu verbieten, weil es sein könnte, dass „sich jemand durch die privaten Fortpflanzungsentscheidungen anderer diskriminiert fühl[t].“¹¹³ Die Erfahrung aus anderen Ländern Europas zeige, dass die Ermöglichung von PID nicht zu schlechteren Bedingungen für Menschen mit Behinderung und negativen gesellschaftlichen Auswirkungen führe. Allerdings ist auch bekannt, dass die Zahl der Präimplantationscreenings, in denen z.B. auf altersbedingte Chromosomenstörungen untersucht wird, stark angestiegen ist. Jedoch zeigt sich auch, dass bislang dadurch keine Verbesserung der Erfolgsquote erzielt werden konnte. Diese Art der Untersuchung soll in Deutschland weiterhin verboten bleiben, da es lediglich zu Einzelfallbehandlungen kommen soll.

Das Feld der Diagnostik entwickelt sich im wissenschaftlich-technischen Bereich rasant. „Diese Dynamik vollzieht sich weltweit und kann auch bei einem Verbot der PID in Deutschland nicht verhindert oder verlangsamt werden.“¹¹⁴ Gerade aus diesem Grund soll die PID streng gesetzlich geregelt und kontrolliert werden. Der Befürchtung, dass es durch die Zulassung einer, wenn auch begrenzten, PID zu einem Dambruch kommen könnte, der die Türen für alle Anwendungsmöglichkeiten öffnet, wird ebenfalls mit einem Beispiel aus der Erfahrung gekontert. Italien habe die PID, nach jahrelanger Anwendung, 2004 verboten. Dies zeige, dass sich die Werthaltungen der Gesellschaft im Laufe der Zeit immer wieder ändern können. Auch ein Verbot kann daran nichts ausrichten. „Auch die Haltung der Kirchen zum Schutz vorgeburtlichen Lebens war in der Geschichte einem Wandlungsprozess unterworfen.“¹¹⁵

¹¹¹ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 27.

¹¹² Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 27.

¹¹³ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 30.

¹¹⁴ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 32.

¹¹⁵ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 33.

Abschließend wird gesagt, dass es sich bei der PID, im Gegensatz zur PND, niemals um routiniertes Verfahren handeln wird, da ja die natürliche Fortpflanzung der Normalfall ist. „Demgegenüber wird die assistierte Reproduktion schon wegen der körperlichen und emotionalen Strapazen für das Paar, insbesondere die Frau, die Ausnahme bleiben.“¹¹⁶ Und da auch nur in sehr wenigen Fällen der künstlichen Befruchtung eine PID angewendet werden dürfte, könne sich diese nie zu einem Standardverfahren ausweiten.

4.2.2 Votum für ein gesetzliches Verbot der PID

Die Unterzeichner des Votums für ein gesetzliches Verbot der PID vertreten die Auffassung, dass die PID keine Lösung des bedrängenden Problems von Paaren mit genetischen vererbaren Krankheiten und Chromosomenstörungen sein kann bzw. darf. Der Wunsch nach leiblichen Kindern und insbesondere gesunden Kindern sei zwar nachvollziehbar, aber als Bezugspunkt für eine ethische Bewertung unzureichend. „Der Wunsch nach einem eigenen leiblichen Kind [...] kann nicht begründen, warum die Eltern ein Recht zur Auswahl [...] haben sollten.“¹¹⁷

Aus folgenden Gründen sieht dieses Votum die Zulassung der PID als ethisch nicht vertretbar und plädiert für ein Verbot dieser:¹¹⁸

1. Die Verantwortung gegenüber dem in vitro gezeugten Embryo verbietet seine Erzeugung nur zu dem Zweck, dass er bei Auftreten unerwünschter Eigenschaften wieder verworfen wird.
2. Durch die Einführung der PID würden auch embryopathische (das Kind betreffende) Indikationen, die aus der Schwangerschaftskonfliktregelung ausgeschlossen wurden, wieder erlaubt.
3. Die Folgen für das ESchG wären zu groß, da überschüssige Embryonen entstünden und der Umgang mit diesen unregelt ist.
4. Es ist eine qualitative Ausweitung zu erwarten, da eine Begrenzung auf gewisse Fälle und Krankheiten nicht einhaltbar ist.

¹¹⁶ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 33.

¹¹⁷ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 37.

¹¹⁸ Vgl. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 2. Empfehlung, 37.

5. Die technische Entwicklung, z.B. von chipgesteuerter Diagnostik, macht eine Ausweitung auf einen breiteren Einsatz wahrscheinlich.
6. Der Druck auf genetisch belastete Paare und Menschen mit Behinderung würde sich erhöhen und Bemühungen zur Integration entgegengewirkt werden.

Eine erste Begründung für ein Verbot der PID betrifft die Verantwortung gegen in vitro gezeugten Embryonen. Sowohl die Eltern als auch der/die behandelnde Arzt/Ärztin tragen Verantwortung für alle erzeugten Embryonen. Es muss „bereits die Beauftragung des Arztes, Embryonen zu erzeugen, als erster Schritt zur Elternschaft angesehen werden“¹¹⁹. Daher entsteht auch eine Mitverantwortung für das Schicksal jener Embryonen, die nicht verwendet werden. Diese Verantwortung entsteht bei der künstlichen Befruchtung schon viel früher als bei der natürlicher Zeugung. Sie kann nicht umgangen werden, indem sich der/die Arzt/Ärztin und die Frau sich die Verantwortung gegenseitig zuweisen. Wenn nämlich dies der Fall wäre, dann werden die Embryonen „zu disponiblen Auswahlobjekten und sind nicht mehr Gegenstand der Verantwortung. Damit sind die Bedingungen für ihre Instrumentalisierung geschaffen.“¹²⁰

Ein weiteres Argument gegen die Zulassung der PID stellt der selektive Blick dar, der in den Untersuchungen zum Tragen kommt. „Ein schwerwiegendes ethisches und rechtliches Bedenken gegen eine Zulassung der PID liegt in der erforderlichen Bereitschaft zur Auswahl unter den künstlich erzeugten Embryonen.“¹²¹ Im Gegensatz zur PND, wo eine Annahme des behinderten Kindes offen steht, erfolgt die PID mit der Absicht und der Bereitschaft, Embryonen einer qualitativen Kontrolle zu unterziehen und geschädigte Embryonen auszusondern und zu verwerfen. Dieses Motiv ist von Anfang an handlungsleitend.

Ein Schwangerschaftsabbruch nach einer PND ist nur möglich, wenn Gefahr für die körperliche und seelische Gesundheit der Mutter besteht und die Güterabwägung zwischen Mutter und Kind zugunsten der Frau ausfällt. „Eine derartige ungewollt entstandene tragische Konfliktsituation besteht im Falle der PID jedoch nicht; sie wird vielmehr erst durch die künstliche Erzeugung der Embryonen und die anschließende

¹¹⁹ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 38.

¹²⁰ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 38.

¹²¹ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 38.

PID herbeigeführt.“¹²² Wenn argumentiert wird, dass das Auswahlverfahren bei der PID gegenüber einem Schwangerschaftsabbruch nach vorgenommener PND das geringere Übel wäre, so ergibt sich dieser Gedanke lediglich aus der Perspektive der Frau heraus. „Die Rechtsordnung steht jedoch vor der Aufgabe, in einer Konfliktsituation die Interessen beider Seiten zu berücksichtigen.“¹²³ Allerdings lässt die PID dies nicht zu. Die Vertreter des Votums für ein Verbot der PID anerkennen das Bemühen, Kriterien zur Eingrenzung der Anwendung der PID zu finden, bezweifeln aber, dass dies möglich sei. Dagegen spricht, dass schon heute in Ländern, in denen die PID (wenn auch begrenzt) erlaubt ist, eine Ausweitung der Anwendungsbereiche stattfindet. Aus diesem Grund ist die weitere Entwicklung, und dies wäre auch in Deutschland der Fall, vorhersehbar. Zwar steigt in anderen Staaten die Zahl der Anwendung der PID nicht, jedoch ist hier auch die qualitative Ausweitung ethisch mehr von Bedeutung als die quantitative. Das Problem stellt die Ausweitung der Indikationen dar. Eine Grenzziehung zwischen Krankheiten, bei denen eine PID erlaubt sein soll, und Krankheiten, die als nicht so schwerwiegend eingestuft werden, lässt sich nicht vornehmen ohne diskriminierende Auswirkungen. Außerdem lässt sich nach heutigem Stand der Technik der Verlauf von Krankheitsbildern, die durch erbliche Faktoren bestimmt sind, nicht definitiv ableiten. Krankheiten können sich sehr unterschiedlich ausprägen. Die Erfahrung zeigt, dass die Begrenzung durch die Definition „schwerwiegende Erbkrankheit“ nicht wirkt. In Großbritannien zum Beispiel wird die PID auch angewandt, um Embryonen mit behandelbaren Krankheiten wie die Phenylketonurie (erbliche Stoffwechselstörung) auszusondern. Weiters kam es auch zur Ausweitung der Indikationen auf nicht mit Sicherheit und erst im späteren Verlauf des Lebens auftretende Krankheiten, wie Brustkrebs. „Ein qualitativ noch weiter gehender Schritt ist dann getan, wenn [...] die Nützlichkeit des Embryos für Dritte zum Zusatz- oder alleinigen Kriterium seiner Auswahl wird.“¹²⁴ Dies ist der Fall bei sogenannten „Helferbabys“ oder „Rettungsgeschwistern“, die durch IVF erzeugt und durch PID auf genetische Kompatibilität getestet wurden und deren Nabelschnurblut zur Therapie eines z.B. an Leukämie erkrankten Geschwisterkindes verwendet wird. Dies ist ein ethisches Problem, da das geborene Kind vollkommen für medizinische Zwecke

¹²² Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 38.

¹²³ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 38.

¹²⁴ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 40.

instrumentalisiert wird und zum anderen gesunde Embryonen verworfen werden, nur weil ihr Gewebe zur Übertragung in das kranke Geschwisterkind später ungeeignet wäre. „Welchen Einfluss der Zeugungsgrund auf die Stellung des ‚Rettungskindes‘ in der Familie, seine Beziehung zu Eltern und Geschwistern, seine Identität und psychische Entwicklung haben wird, ist heute so gut wie unbekannt.“¹²⁵

Die höchste Stufe der Ausweitung der PID wäre dann die Auswahl von Embryonen mit gewünschten Eigenschaften, wie z.B. dem Geschlecht. Laut dem Bericht der ESHRE steigt die Zahl solcher Fälle. Die Unterzeichner des Votums für ein Verbot der PID befürchten also, dass sobald die PID zugelassen ist, eine Eingrenzung schwierig und eine Überschreitung unaufhaltbar wäre. Sie erwarten eine ähnliche Entwicklung wie sie sich schon bei der PND gezeigt hat, welche ursprünglich auch nur begrenzt erlaubt worden war.

Der einzige Ausnahmefall bei der PID stellt die Identifizierung von lebensfähigen Embryonen dar. Aufgrund von Chromosomenstörungen können manche Paare nur sehr wenige entwicklungsfähige Embryonen zeugen. Hier würde die PID dazu verwendet werden, ausschließlich nach solchen Embryonen zu suchen, die später zu einer erfolgreichen Schwangerschaft führen würden. „Hier greift der ethische Vorbehalt der Selektion und möglicherweise auch der des Verwerfens lebensfähiger Embryonen nicht. Einige Unterzeichner dieses Votums halten deshalb eine PID zum Ausschluss nicht entwicklungsfähiger Embryonen für ethisch begründbar.“¹²⁶ Allerdings ist nicht bewiesen, dass sich die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft bei solchen Paaren tatsächlich erhöht. Diese Methode würde auch bei Frauen anwendbar sein, die, wegen altersbedingt auftretender Chromosomenstörungen, nur wenige entwicklungsfähige Embryonen zur Verfügung haben. Diese Frauen sind momentan jedoch von der Anwendung einer IVF ausgeschlossen. So ergibt sich auch hier die Befürchtung, dass es zu einer Ausweitung der Kriterien kommen könnte.

Ein weiteres Problem stellt die Verbindung der PID mit der künstlichen Befruchtung dar. Wenn es nämlich gelänge, die Effizienz der künstlichen Befruchtung durch die PID zu steigern, hätte dies zur Konsequenz, dass nicht nur „diejenigen Embryonen erkannt [würden], die eine zum Entwicklungsabbruch und Spontanabort führende Chromosomenstörung tragen, sondern auch solche, deren Chromosomenbild mit dem

¹²⁵ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 40.

¹²⁶ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 42.

Leben vereinbar ist.“¹²⁷ Die PID würde somit zu einem Verfahren, das zur Optimierung der IVF dient und Embryonen auf deren Qualität prüft und so selektiert.

Ein weiterer Faktor, der zu einer qualitativen Ausweitung der genetischen Diagnostik führen würde, ist die wissenschaftlich-technische Entwicklung. Durch DAN-Chips ist es bereits heute möglich, Hunderte von Genen und deren Veränderungen gleichzeitig mit nur einem Verfahren zu testen. Dabei können auch Krankheiten identifiziert werden, die nicht lebensgefährlich oder unheilbar sind, wie z.B. Diabetes. Es gibt augenblicklich kein Limit mehr. Außerdem ist es viel kostengünstiger nicht für jede Krankheit einen eigenen Test verwenden zu müssen, sondern der Embryo mit einem einzigen auf alle Störungen zugleich untersucht werden kann. „Von daher favorisieren viele Firmen die Entwicklung solcher umfassenden Testsysteme gegenüber Einzeltests“.¹²⁸ Der Nachteil dabei ist jedoch, dass man dabei mehr Informationen erlangt als nur die Struktur der speziell untersuchten Gene. Nun stellt sich die Frage, was mit diesen Informationen geschehen soll. Dürfen sie den Eltern vorenthalten werden? Kann einer Frau vorgeworfen werden, dass sie die Transplantation eines Kindes mit z.B. Down-Syndrom ausschließt, auch wenn dies nicht die Krankheit ist, nach der ursprünglich gesucht worden ist? All dies wirft einen neuen ethischen Konflikt auf. Dem Arzt zu untersagen, Überschussinformationen weiter zu geben, außer es handle sich um eine genauso schwerwiegende Krankheit wie der, nach der ursprünglich gesucht worden war, ist nicht realisierbar. Alleine wegen haftungsrechtlicher Konsequenzen wird sich der/die Arzt/Ärztin immer für das Mitteilen der überschüssigen und zufällig gefundenen Informationen entscheiden, um nicht z.B. durch eine unvollständige Beratung zu Unterhaltszahlungen verurteilt zu werden.

Ein weiterer Punkt, der hier angesprochen wird, ist der des „reproduktionsmedizinischen Tourismus“. Ein zusätzliches Argument, das von jenen gebraucht wird, die sich für eine Zulassung der PID aussprechen, ist, dass viele Paare dieses Verfahren im Ausland in Anspruch nehmen. Eine Zulassung der PID in Deutschland würde dies reduzieren oder verhindern. Jedoch zeigen erste Studien, dass die meisten Frauen nicht deswegen ins Ausland gehen, weil dort die PID erlaubt ist. „In Bezug auf deutsche Patientinnen ist interessant, dass 44,6 Prozent von ihnen wegen einer Eizellspende ins Ausland reisten, also wegen einer Behandlung, die zwar in

¹²⁷ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 42.

¹²⁸ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 43.

Deutschland verboten ist, aber mit der PID nichts zu tun hat.“¹²⁹ Weitere Gründe sind die anonyme Samenspende, wie sie in Dänemark erfolgt, oder die Inanspruchnahme von IVF für alleinstehende Frauen, Frauen oberhalb einer bestimmten Altersgrenze oder lesbische Paare. Dazu fahren viele auch ins nichteuropäische Ausland. Medizinischen Tourismus wird es immer dort geben, wo es zwei Staaten gibt mit unterschiedlichen Regelungen. „Ihm könnte man letztlich nur dann entkommen, wenn im Vergleich zu anderen Staaten die Hürden im eigenen Land am niedrigsten sind. Dies kann allerdings weder ethisch noch rechtlich eine erwünschte Lösung sein.“¹³⁰

Das letzte Argument gegen die Zulassung der PID ist der gesellschaftspolitische Aspekt. Es werden diskriminierende Auswirkungen auf Menschen mit Behinderung befürchtet. Auch wenn das Verfahren streng begrenzt würde bzw. begrenzt werden könnte, so würde es dennoch ein Signal senden. „Wir teilen die Einschätzung vieler Behindertenverbände, dass eine solche werthafte Beurteilung im pränatalen und nun auch im präimplantativen Bereich Folgewirkungen für die Beurteilung geborener Menschen haben kann.“¹³¹ Einen besonderen Fall von Diskriminierung würden Indikationslisten darstellen. Dies würde Druck auf jene Eltern auswirken, die die Veranlagung solcher Krankheiten in sich tragen, sowie auf jene Menschen, die heute mit dieser Krankheit leben.

„Sie könnten sich weder willkommen und dazugehörig fühlen noch sicher sein, dass für sie wie für ihre soziale Umgebung die gleichen Werte gelten. Sie könnten sich im Einzelfall noch nicht einmal sicher sein, ob sie ihre Existenz dem Umstand verdanken, dass ihre Eltern sich dem wachsenden Druck widersetzt haben, oder nur dem Umstand, dass ihre Behinderung bei den Kontrollen unerkannt blieb.“¹³²

Aus all diesen Argumenten ergibt sich für dieses Votum das Fazit, dass die PID gänzlich abgelehnt werden muss. Das Votum will der Verantwortung für die Zukunft Rechenschaft tragen, indem es feststellt, dass nicht alles, was technisch möglich und machbar ist, auch ethisch und rechtlich als zulässig erklärt werden muss. „Ein Element eines aufgeklärten und emanzipierten Verhältnisses zur Technik ist aber auch der

¹²⁹ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 48.

¹³⁰ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 49.

¹³¹ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 49.

¹³² Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 50.

Verzicht auf ihre Nutzung, wenn dadurch grundlegende Normen oder Rechte verletzt werden und bei entfaltetem Technikeinsatz problematische Folgen absehbar sind.“¹³³

4.2.3 Sondervotum

Den oberen zwei Voten schließt sich noch ein Sondervotum von Eckhard Nagel an. Er spricht sich für ein gesetzliches Verbot der PID aus, jedoch mit der einen Ausnahme, dass sie erlaubt sein soll in „Situationen, in denen genetische Anlagestörungen aber mit dem Leben nicht vereinbar sind [...]. Dies gilt auch für nicht behandelbare, kurz nach der Geburt zum Tode führende Erkrankungen.“¹³⁴ Dies dient zur Verhinderung von biologisch gesehen chancenlosen Schwangerschaften und der damit möglicherweise einhergehenden gesundheitlichen Gefährdung der Frau.

Weiters wird eine klare Eingrenzung des Verfahrens gefordert, die durch eine Indikationsliste ermöglicht werden soll, wie sie schon seit längerer Zeit in den Transplantationsgesetzen zu finden ist.

4.3 Stellungnahmen von Sachverständigen zur Anhörung im Deutschen Bundestag

Anlässlich der Anhörung im Deutschen Bundestag zur gesetzlichen Regelung der PID am 25. Mai 2011 wurden dem Ausschuss für Gesundheit auch Stellungnahmen von Sachverständigen vorgelegt und in der Beratung darauf Bezug genommen. Alle Verfasser jener Stellungnahmen, auf die nun im Folgenden eingegangen werden soll, waren zudem zu der Beratung über die Gesetzesentwürfe als Sachverständige eingeladen.

¹³³ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 50.

¹³⁴ Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, Präimplantationsdiagnostik, 50.

4.3.1 Stellungnahme von Prof. Dr. Matthias Herdegen

Prof. Dr. Matthias Herdegen, Direktor des Instituts für Öffentliches Recht und des Instituts für Völkerrecht an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, kommt in seiner Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass es mit dem Grundgesetz nicht vereinbar sei, die PID zu verbieten. Ein Verbot oder eine beschränkte Zulassung der PID stelle einen Eingriff in das Elterngrundrecht und das Selbstbestimmungsrecht der Frau dar, „im Hinblick auf den Zwang zur Unwissenheit bei Eingehung der Schwangerschaft“¹³⁵. Das Verbot würde für die Eltern und auch den Arzt einem Zwang zur Unwissenheit unterwerfen und dieser „nimmt den Eltern die Möglichkeit, sich in ihrer Lebensplanung auf schwere Erbkrankheiten einzustellen, möglichen Gesundheitsgefährdungen der Mutter während der Schwangerschaft oder möglichst zeitigen therapeutischen Optionen Rechnung zu tragen.“¹³⁶ Außerdem würde in das Grundrecht der Frau eingegriffen, wenn ihre Gesundheit während der Schwangerschaft bedroht wäre, weil sie zur Unwissenheit gezwungen wurde.

Ein Verbot der PID ist auch nicht mit Verweis auf die Menschenwürde und dem Diskriminierungsverbot zu rechtfertigen. Die Frage, ab welchem Zeitpunkt die Menschenwürde für menschliches Leben gilt, ist nicht klar zu beantworten. Nimmt man jedoch dafür die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle an, dann könnte dieses Leben dennoch ohne eine Implantation nicht fortbestehen. Jedoch ist eine Frau nicht zu dieser automatisch auch verpflichtet. „[W]egen der mangelnden Pflicht der Frau zur Implantation, fällt auch das Würdeargument zugunsten eines absoluten Verbots in sich zusammen.“¹³⁷ Die Menschenwürde kann niemanden zu einer Implantation und zum Nichtwissen zwingen. Genau dies müsse aber gefordert werden, wenn man für ein Verbot der PID plädiert.

Auch das Diskriminierungsverbot greift im Falle der PID nicht. Dieses betrifft nämlich bereits geborene Menschen mit Behinderung und will die Gleichstellung ihrer Rechte und eine Benachteiligung verhindern. „In keinem Falle schränkt dieses

¹³⁵ HERDEGEN, Matthias Prof. Dr., Stellungnahme zur Anhörung zu den Entwürfen eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (BT-Drucks. 17/5450-5452) am 25. Mai 2011, in: Deutscher Bundestag, Ausschuss f. Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0134(1), gel. ESV zur Anhörung am 25.5.11_PID, 20.5.2011, 1.

¹³⁶ HERDEGEN, Matthias Prof. Dr., Stellungnahme zur Anhörung zu den Entwürfen eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (BT-Drucks. 17/5450-5452) am 25. Mai 2011, 2.

¹³⁷ HERDEGEN, Matthias Prof. Dr., Stellungnahme zur Anhörung zu den Entwürfen eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (BT-Drucks. 17/5450-5452) am 25. Mai 2011, 2.

Diskriminierungsverbot diagnostische Möglichkeiten vor der Implantation stärker ein als während der Schwangerschaft.“¹³⁸

Ein weiteres Argument für die Zulassung der PID ist das Gebot der Systemgerechtigkeit. Gesetze müssen in ihrer Wertung stimmig sein. Dies ist aber nicht gegeben, wenn es zu einem Verbot der PID bei gleichzeitiger Zulässigkeit der Abtreibung kommt. Dass die Schwangere sich bei einer unzumutbaren schweren Krankheit des Kindes, die ihre körperliche und seelische Gesundheit gefährdet, in einer Konfliktlage befindet, macht keinen Unterschied. „Denn ein Verbot der Diagnose schwerer Erbkrankheiten vor Implantationen führt die Frau gerade in diese Konfliktlage hinein.“¹³⁹ Wenn man die PID verbieten möchte, müsste auch die Abtreibung verboten werden, was sich jedoch mit dem Selbstbestimmungsrecht der Frau und dem Schutz vor unzumutbarer Belastung durch das Gesetz¹⁴⁰ nicht in Einklang bringen lässt.

Als nächsten Punkt behandelt Prof. Dr. Herdegen die Vereinbarkeit der PID mit der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK). Nach Artikel 8 des EMRK besteht ein Recht auf den Schutz der Verwirklichung eines Kinderwunsches. Darunter falle auch das Bemühen, diesen Wunsch zu erfüllen. Daraus ergibt sich „das Recht, sich zum Zwecke der Verwirklichung des Kinderwunsches der Mittel der medizinisch unterstützten Fortpflanzung zu bedienen.“¹⁴¹ Ein Verbot der PID, ja sogar nur ihre Beschränkung, würde gegen diesen Artikel des EMRK verstoßen.

Abschließend wird noch erklärt, dass auch das Völkerrecht Raum für die PID lässt und sich im Rechtsvergleich mit anderen EU-Mitgliedstaaten zeigt, dass die PID in den meisten dieser Länder erlaubt ist.

4.3.2 Stellungnahme von Prof. Dr. Hille Haker

Dr. Hille Haker ist Professorin für Moraltheologie und Sozialethik im Studiengang Katholische Theologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität. Sie ist zudem Mitglied in der European Group on Ethics in Sciences and New Technologies der

¹³⁸ HERDEGEN, Matthias Prof. Dr., Stellungnahme zur Anhörung zu den Entwürfen eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (BT-Drucks. 17/5450-5452) am 25. Mai 2011, 5.

¹³⁹ HERDEGEN, Matthias Prof. Dr., Stellungnahme zur Anhörung zu den Entwürfen eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (BT-Drucks. 17/5450-5452) am 25. Mai 2011, 6

¹⁴⁰ Vgl. HERDEGEN, Matthias Prof. Dr., Stellungnahme zur Anhörung zu den Entwürfen eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (BT-Drucks. 17/5450-5452) am 25. Mai 2011, 7.

¹⁴¹ HERDEGEN, Matthias Prof. Dr., Stellungnahme zur Anhörung zu den Entwürfen eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (BT-Drucks. 17/5450-5452) am 25. Mai 2011, 8.

Europäischen Kommission und Mitglied der Bioethikkommission der Deutschen Bischofskonferenz und eine der Editoren der Zeitschrift *Ethical Perspectives* sowie Beirat der Zeitschrift für Ethik in der Medizin.¹⁴²

In ihrer Stellungnahme spricht sie sich für ein grundsätzliches Verbot der PID aus, „wenn sie der Auswahl von Embryonen mit bestimmten Merkmalen dient, deren Weiterentwicklung verhindert werden soll.“¹⁴³

Ferner spricht der Schutz des Embryos bei der künstlichen Befruchtung gegen die PID, und das Argument sie sei eine Methode zur besseren Behandlung von Paaren mit Kinderwunsch.

Da, laut einer ESHRE-Statistik, für eine PID die Herstellung von 16 bis 40 Embryonen anzunehmen ist, lässt sich dies mit dem Embryonenschutzgesetz nicht vereinbaren.

Der einzige Fall, bei dem ein Verbot der PID nicht ganz angemessen wäre, ist, wenn die Entwicklungs- und Lebensfähigkeit des Embryos durch die PID ermittelt werden kann.

„Die PID kann daher sinnvoll und im Rahmen der ethischen wie auch rechtlichen Maßstäbe eingesetzt werden, sofern Paare ein bekanntes, spezifisches Risiko haben, Fehl- oder Totgeburten zu erleiden – in diesen Fällen dient die PID der Ermöglichung der Erfüllung des Kinderwunsches überhaupt.“¹⁴⁴ Hierzu sollte auch eine Ethikkommission zurate gezogen werden und über eine Abänderung der Dreierregel für diesen Fall nachgedacht werden. Allerdings sollte das Aneuploidie-Screening (siehe 2.5.3) ausdrücklich verboten bleiben, da es dabei unausweichlich zu einem Gewinn von Nebeninformationen kommt. Daher wäre es ratsam, auch über Alternativen wie die Polkörperdiagnostik (siehe 2.4.1) mehr in Erfahrung zu bringen, um zu sehen, ob nicht auch so die Effizienz der IVF gesteigert werden könnte.

Die Anwendung der PID dient erfahrungsgemäß der Verhinderung der Geburt von Kindern mit bestimmten Behinderungen und schweren Krankheiten. „Krankheiten und Behinderungen [...] sollen kein Grund sein dürfen, das Lebensrecht oder den Lebenswert eines Menschen in Frage zu stellen.“¹⁴⁵ Die Würde des Menschen, die einen Kernpunkt des Deutschen Rechts darstellt, ist grundsätzlich bei allen Menschen gleich,

¹⁴² Vgl. <http://www.ethik.uni-frankfurt.de/mitarbeiterinnen/haker/index.html> (Stand: 20.8.2012)

¹⁴³ HAKER, Hille Prof. Dr., Stellungnahme anlässlich der Anhörung im Deutschen Bundestag zu den Vorlagen zur gesetzlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PID) am 25. Mai 2011, in: Deutscher Bundestag, Ausschuss f. Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0134(2), gel. ESVe zur Anhörung am 25.5.11_PID, 23.5.2011, 1.

¹⁴⁴ HAKER, Hille Prof. Dr., Stellungnahme anlässlich der Anhörung im Deutschen Bundestag zu den Vorlagen zur gesetzlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik(PID) am 25. Mai 2011, 1.

¹⁴⁵ HAKER, Hille Prof. Dr., Stellungnahme anlässlich der Anhörung im Deutschen Bundestag zu den Vorlagen zur gesetzlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik(PID) am 25. Mai 2011, 2.

gilt vom Lebensbeginn an und ist unabhängig von Krankheiten. Die Frage lautet nicht, wie lässt sich Behinderung und Krankheit verhindern, sondern wie geht unsere Gesellschaft damit um? Es braucht Unterstützung und Entlastung von Menschen mit Behinderung und deren Familien.

Ein weiteres Argument von Vertretern der Zulassung der PID ist die Autonomie der Eltern und deren Entscheidungsfreiheit im Rahmen ihres Kinderwunsches. Es ist klar, dass niemandem Kinder zu bekommen vom Staat untersagt werden darf, jedoch ergibt sich daraus nicht auch schon ein Recht auf künstliche Befruchtung und schon gar nicht auf ein gesundes Kind. Der Staat muss die Würde des Kindes schützen, dessen Geburt wegen einer Krankheit oder Behinderung verhindert werden soll. „Elterliche Freiheit ist so weit wie möglich zu gewährleisten, jedoch unter der Bedingung, dass sie den Schutz realisiert, der notwendig ist, um das Lebensrecht und den Würdeschutz eines Kindes nicht zu gefährden.“¹⁴⁶ Jedoch ist es für die politische Ethik immer schwierig, in dem Güterkonflikt zwischen der Freiheit der Frau und dem Schutz und Recht des Embryos eine angemessene Lösung zu finden. Wer sich für die Entscheidung der Eltern in der Frage der PID ausspricht, muss dabei gleichzeitig auch einen Weg finden, der den Würdeschutz des Embryos nicht verletzen würde.

Die Bewertung von Krankheiten als schwerwiegend ist heikel. Nicht alle monogenen Erbkrankheiten oder Chromosomenstörungen sind schwerwiegend und müssen auch nicht in jedem Fall zu einer schweren Behinderung führen. Da es aber oft nur Tests für solche Krankheiten gibt, auf die am häufigsten untersucht werden und sich somit besser verkaufen, werden diese Krankheiten „leicht zu ‚schwerwiegenden‘ Krankheiten gemacht, weil sie diagnostizierbar sind.“¹⁴⁷ Die Erfahrung im internationalen Bereich zeigt, dass es auch bei der elterlichen Autonomie zu Ausweitungen gekommen ist. Längst wird nicht nur mehr auf schwerwiegende Krankheiten getestet, sondern es findet wie z.B. in den USA Geschlechterselektion oder in Großbritannien die Herstellung von „Retterbabys“ statt. Die Tests werden immer günstiger und mehr, und so vermehren sich auch die Möglichkeiten der PID für die Eltern.

Die Etablierung einer Ethikkommission wäre erforderlich, da das Recht „niemals für individuelle Grenzsituationen eine ‚gerechte‘, womöglich auch verhältnismäßige

¹⁴⁶ HAKER, Hille Prof. Dr., Stellungnahme anlässlich der Anhörung im Deutschen Bundestag zu den Vorlagen zur gesetzlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik(PID) am 25. Mai 2011, 3.

¹⁴⁷ HAKER, Hille Prof. Dr., Stellungnahme anlässlich der Anhörung im Deutschen Bundestag zu den Vorlagen zur gesetzlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik(PID) am 25. Mai 2011, 4.

Lösung finden“¹⁴⁸ kann. Dies betrifft z.B. Paare, bei denen es nach mit hoher Wahrscheinlichkeit und aus Erfahrung kurz nach der Geburt zum Tod ihres Kindes kommt. Diesen Eltern könnte durch Einzelfallentscheidungen der Ethikkommission geholfen werden.

4.3.3 Stellungnahme von Dr. Dr. Sigrid Graumann

Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid Graumann hat Humangenetik und Philosophie studiert und ist seit Oktober 2011 Professorin für Ethik im Studiengang Heilpädagogik und Pflege an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe. Sie war Mitglied der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin im Deutschen Bundestag und ist seit 2004 Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer und seit 2009 der Gendiagnostikkommission. Zusätzlich ist sie Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin. Seit 2011 ist sie im Fachausschuss „Freiheits- und Schutzrechte, Frauen, Partnerschaft und Familie, Bioethik“ beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von behinderten Menschen.¹⁴⁹

In ihrer Stellungnahme setzt sie sich aus ethischen Gründen für ein Verbot der PID ein, wenn diese der Verhinderung der Geburt von Kindern mit Behinderung dient. Ausgenommen von diesem Verbot wären jedoch auch für sie jene Schwangerschaften mit lebens- und entwicklungsunfähigen Embryonen bei Paaren, von denen die dafür genetische Veranlagung bekannt ist.

Eine PID verlangt die Herstellung von mehr als nur drei Embryonen, um überhaupt zu funktionieren. Aus diesem Grund entstehen dabei immer überschüssige Embryonen. Diese sollte verhindert werden, da es auf „die Frage, wie mit diesen Embryonen verfahren werden soll, [...] keine einfachen, ethisch und gesellschaftlich zufriedenstellenden Lösungen“¹⁵⁰ gibt.

Das Argument, dass bei einem Verbot der PID die Menschen in ein anderes Land, in der diese erlaubt ist, gehen würden, um sich dort einer Behandlung unterziehen zu lassen,

¹⁴⁸ HAKER, Hille Prof. Dr., Stellungnahme anlässlich der Anhörung im Deutschen Bundestag zu den Vorlagen zur gesetzlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PID) am 25. Mai 2011, 5.

¹⁴⁹ Vgl. <http://www.efh-bochum.de/homepages/graumann/> (Stand: 22.8.2012)

¹⁵⁰ GRAUMANN, Sigrid Dr. rer. nat. Dr. phil., Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am Mittwoch, den 25. Mai 2011 im Deutschen Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, in: Deutscher Bundestag, Ausschuss f. Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0134(3), gel. ESVe zur Anhörung 25.5.11_PID, 24.5.2011, 1.

ist nicht stichhaltig. Das würde nämlich bedeuten, „dass im internationalen Vergleich immer der liberalsten Regelung Vorrang gegeben werden müsste“¹⁵¹.

Für Graumann spricht vieles aus ethischer Perspektive gegen eine Zulassung der PID.

Mit dem Recht auf Selbstbestimmung der Frau bzw. Eltern ergibt sich noch kein Anspruch auf künstliche Befruchtung, und er übertrumpft auch nicht erhebliche ethische Einsprüche die gegenüber dem Verfahren erhoben werden.

Dem Argument, es sei ein Widerspruch, dass die Abtreibung von ungewollten Kindern zwar erlaubt ist, die Auswahl im Labor aber nicht, entkräftet Graumann, indem sie den entscheidenden Unterschied zwischen einer künstlichen Befruchtung und einer bereits bestehenden Schwangerschaft herausstreicht. „Durch eine ungewollte Schwangerschaft ist die betroffene Frau unausweichlich in ihrer ganzen körperlichen und psychischen Integrität betroffen.“¹⁵² Das Kind könnte nur geschützt werden, indem man die Frau zur Geburt zwingt, was aber eine Verletzung ihrer Rechte wäre. Dies ist ein Konflikt der ernst genommen wird, indem man solchen Frauen auch eine Beratung zur Verfügung stellt, mit Sozialleistungen unterstützt und so dazu ermutigen versucht, das Kind dennoch anzunehmen. „Zum Zeitpunkt der Entscheidung für eine Präimplantationsdiagnostik ist die Frau jedoch noch nicht schwanger. Daher besteht kein unausweichlicher Konflikt zwischen den Rechten der Frau und dem Schutz des Embryos.“¹⁵³ Dieser Konflikt entsteht gerade dann erst, wenn er, durch eine künstliche Befruchtung, im Labor ausgelöst wird.

Der oft vertretenen Meinung, es sei ein Widerspruch, dass die PID verboten ist, ein Schwangerschaftsabbruch (sogar zeitlich unbefristet) nach einer PND jedoch nicht, kontert Graumann mit den Erfahrungen aus der Praxis der PND. Diese war zunächst auch nur für bestimmte Patientinnen gedacht und der Schwangerschaftsabbruch aufgrund der Krankheit oder Behinderung des Kindes gesetzlich untersagt. Jedoch zeigt die Erfahrung, dass dieses Gesetz von Beginn an umgangen wurde, indem man die Behinderung des Kindes in die medizinischen Indikationen für einen Schwangerschaftsabbruch einordnete. Die PND nachträglich wieder zu begrenzen versuchen, scheint heute unmöglich, wird sie doch oft auch schon jeder Schwangeren

¹⁵¹ GRAUMANN, Sigrid Dr. rer. nat. Dr. phil., Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am Mittwoch, den 25. Mai 2011 im Deutschen Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, 1.

¹⁵² GRAUMANN, Sigrid Dr. rer. nat. Dr. phil., Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am Mittwoch, den 25. Mai 2011 im Deutschen Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, 2.

¹⁵³ GRAUMANN, Sigrid Dr. rer. nat. Dr. phil., Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am Mittwoch, den 25. Mai 2011 im Deutschen Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, 2.

angeboten. „Daraus sollten wir lernen, dass kein weiteres ethisch derart problematisches Verfahren in der medizinischen Praxis etabliert werden sollte“¹⁵⁴.

Am meisten gegen eine PID spricht für Graumann die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung, welche durch eine Zulassung des Verfahrens impliziert würde. Ebenso denken Behindertenverbände, die sich Sorgen darum machen, welche Auswirkungen eine solche Entscheidung auf den Status behinderter Menschen im Staat haben könnte. Die individuelle Entscheidung von Paaren für eine PID stellt zwar noch keine Diskriminierung von Behinderten dar, „[w]as aber berechtigterweise als Diskriminierung beurteilt werden muss, ist die politische Entscheidung für die Etablierung eines Verfahrens, dessen explizites Ziel es ist, die Existenz von kranken und behinderten Kindern zu vermeiden.“¹⁵⁵ Dabei würde es sich um eine Wertung von Menschen mit Behinderung handeln, die der UN-Behindertenrechtskonvention, die Deutschland unterzeichnet hat, widerspreche. „Die Zulassung eines reinen ‚Selektionsverfahrens‘, wie es die Präimplantationsdiagnostik zweifellos ist, wäre gegenüber Menschen mit Behinderung daher politisch nicht zu rechtfertigen.“¹⁵⁶ Im Falle von Paaren mit einer erblichen Veranlagung zu einem hohen Risiko von Fehl- und Totgeburten, greift der Diskriminierungsvorwurf jedoch nicht. Graumann empfiehlt dabei die Eingrenzung der Zulassung der PID allein auf Paare mit dieser Konstellation und nicht Krankheiten und Behinderungen, die im ersten Lebensjahr zum Tod führen können, da diese Formulierung schon wieder zu Missverständnissen und somit Ausweitungen einladen würde.

4.3.4 Stellungnahme von Prof. Dr. Richard Schröder

Die vierte Stellungnahme stammt von Richard Schröder, Philosoph und evangelischer Theologe und seit 2011 Mitglied des Nationalen Ethikrats.

Er stimmt dem Gesetzesentwurf von Ulrike Flach u.a. zu und spricht sich für eine Zulassung der PID, für Paare mit Veranlagungen zu schwerwiegenden Erbkrankheiten oder Tot- und Fehlgeburt, aus. Grundsätzlich soll die PID jedoch verboten sein.

¹⁵⁴ GRAUMANN, Sigrid Dr. rer. nat. Dr. phil., Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am Mittwoch, den 25. Mai 2011 im Deutschen Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, 3.

¹⁵⁵ GRAUMANN, Sigrid Dr. rer. nat. Dr. phil., Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am Mittwoch, den 25. Mai 2011 im Deutschen Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, 3.

¹⁵⁶ GRAUMANN, Sigrid Dr. rer. nat. Dr. phil., Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am Mittwoch, den 25. Mai 2011 im Deutschen Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, 3.

Zunächst widmet er sich dem Thema des Status des Embryos in vitro: „Wenn diese Gebilde Menschen sind und geborenen Menschen vollkommen gleichgestellt sind, muss nicht nur PID, sondern auch die künstliche Befruchtung (IVF) verboten werden, da bereits bei IVF unvermeidlich überzählige Embryonen entstehen, die verworfen werden müssen.“¹⁵⁷ Weiters behandelt er die geschichtliche und christliche Tradition zu dieser Thematik. Immer schon haben sich im Wesentlichen zwei Theorien herausgebildet. Die eine besagt, der Embryo entwickelt sich als Mensch, die andere meint, der Embryo entwickelt sich zum Menschen. Diese Thesen gab es schon in der Antike und sie hielten sich bis zum heutigen Tag in dieser Diskussion. So beginnt für die einen das Menschsein mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle, für andere ist es der Zeitpunkt der Einnistung, für wiederum andere erst die Geburt. Schröder bezweifelt nicht, dass eine befruchtete Eizelle menschliches Leben ist, jedoch wäre es nur artspezifisches Leben, denn man könnte demnach auch sagen, dass eine Samenzelle, ja sogar Krebszelle, menschliches Leben sei. „In dieser Wortbedeutung kann man nicht ernsthaft von ‚Heiligkeit des Lebens‘ sprechen.“¹⁵⁸ Man sollte unterscheiden zwischen menschlichem Leben und dem Menschen als Person und zwischen bereits geborenen und noch ungeborenen Menschen. So sind laut Schröder, Embryonen vor der Implantation keine Menschen, sondern nur menschliche Wesen, die ihre Geburt noch vor sich haben, das aber auch nur, „wenn sie sich erstens in einem Uterus einnisten und sich zweitens bis zur Geburt entwickeln können. Das Wort Mensch kann primär nur von geborenen Menschen [...] gebraucht werden, [...] nicht aber von menschlichen Wesen, die nie geboren werden können.“¹⁵⁹ Aus diesem Grund gibt es in der Rechtsordnung auch ein gestaffeltes Lebensschutzrecht, der auch unserer Moral entspricht. Das zeigt sich auch in den verschiedenen Graden von Trauer. So trauert ein Paar sehr über ein Kind, das nach der Geburt verstorben ist und gar nicht über den z.B. unbemerkten Abgang einer befruchteten Eizelle, wie es oft durch natürliche Selektion geschieht, bevor die Frau noch von der Schwangerschaft weiß. Die meisten befruchteten Eizellen werden nie geboren. „Es ist eine Irreführung, wenn hier Lebensschutz verlangt wird, wo Leben gar nicht geschützt werden kann. Auch wenn erbkranken Eltern statt PID der

¹⁵⁷ SCHRÖDER, Richard, Schriftliche Stellungnahme bei der öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 25.5.2012, in: Deutscher Bundestag, Ausschuss f. Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0134(4), gel. ESV zur Anhörung am 25.5.11_PID, 25.5.2011, 1.

¹⁵⁸ SCHRÖDER, Richard, Schriftliche Stellungnahme bei der öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 25.5.2012, 4.

¹⁵⁹ SCHRÖDER, Richard, Schriftliche Stellungnahme bei der öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 25.5.2012, 5.

Verzicht auf ein Kind empfohlen wird, ist das nicht Lebensschutz, sondern ein Votum für Nichtexistenz.“¹⁶⁰

In einem zweiten Punkt behandelt er das Argument des Dammbrochs. Diese Prognosen hält Schröder für zukunfts pessimistisch und für eine unterschwellige „Verachtung der nächsten Generation“¹⁶¹, wenn man ihr abspricht, in Zukunft Richtig von Falsch nicht mehr unterscheiden zu können.

Den Bedenken von Behinderten müssen jedoch besondere Beachtung geschenkt werden, wenn sie sich in ihrer Existenz infrage gestellt und diskriminiert fühlen. Allerdings müssen sie auch kritisch betrachtet werden, denn auch „Betroffene haben nicht immer Recht.“¹⁶²

Die Bemühungen um ein besseres Zusammenleben im Staat, die Gleichberechtigung und Unterstützung von Menschen mit Behinderung und deren Familien haben ihre Berechtigung. Jedoch sollten sie auch nicht bevorzugt und Behinderung zur Hochschätzung verfälscht und romantisiert werden.¹⁶³ Für viele Betroffene stellt die Behinderung eine Überbelastung dar und ist mit viel Leid verbunden. Jeder Mensch wünscht sich gesund zu sein und alle Eltern wünschen sich gesunde Kinder. Und da die meisten Behinderungen gar nicht genetisch bedingt sind, sondern bei oder nach der Geburt entstehen, würde die Zahl der Menschen mit Behinderung durch die Anwendung der PID gar nicht bedeutend weniger werden. Mit dem Verbot der PID würde es viel mehr eine „Pflicht zur Behinderung“¹⁶⁴ geben.

4.4 Die Anhörung im Deutschen Bundestag

In seiner 105. Sitzung lud der Deutsche Bundestag am 14. April 2011 zu einer öffentlichen Anhörung und ersten Beratung über die drei Gesetzesentwürfe „Gesetz zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik“ von den Abgeordneten Katrin Göring-Eckhardt u.a., „Entwurf eines Gesetzes zur begrenzten Zulassung der

¹⁶⁰ SCHRÖDER, Richard, Schriftliche Stellungnahme bei der öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 25.5.2012, 6.

¹⁶¹ SCHRÖDER, Richard, Schriftliche Stellungnahme bei der öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 25.5.2012, 6.

¹⁶² SCHRÖDER, Richard, Schriftliche Stellungnahme bei der öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 25.5.2012, 7.

¹⁶³ Vgl. SCHRÖDER, Richard, Schriftliche Stellungnahme bei der öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 25.5.2012, 7.

¹⁶⁴ SCHRÖDER, Richard, Schriftliche Stellungnahme bei der öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 25.5.2012, 7.

Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikgesetz – PräimpG)“ von den Abgeordneten René Röspel u.a. und „Entwurf eines Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikgesetz – PräimpG)“ von den Abgeordneten Ulrike Flach u.a.. Die Aussprachen wurden nach Stärkeverhältnis der Unterzeichner dieser drei Gesetzesentwürfe verteilt. Alle Reden, die - aus Zeitgründen - in der Anhörung keinen Platz mehr fanden, wurden zu Protokoll gegeben.

Der Gesetzesentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach u.a. zur Regelung der PID wurde mit 326 Ja-Stimmen aus insgesamt 594 abgegebenen Stimmen in der dritten Beratung am 7. Juli 2011 angenommen.

5. Argumente der Beratung

In den beiden Beratungen des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag am 14. April und 7. Juli 2011 in Berlin wurden insgesamt 67 Reden von 52 Abgeordneten aller Parteien gehalten. Diese waren jeweils Unterstützer einer der drei Gesetzesentwürfe und warben um weitere Stimmen, indem sie erläuterten aus welchen Gründen eine PID entweder zugelassen oder verboten werden sollte und wie sie zu ihrer eigenen Entscheidung gefunden haben.

5.1 Arten von Argumenten der Beratung

Im Folgenden soll nun genauer angesehen werden, welche Argumente von den Vertretern der jeweiligen Gesetzesentwürfe am häufigsten vorgebracht wurden und am stärksten zu ihrer Entscheidungsfindung beitrugen.

5.1.1 Argumente der Vertreter des Gesetzesentwurfs zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik

Da schon unter Punkt 4.1.2 die offizielle Begründung für diesen Gesetzesentwurf von Ulrike Flach u.a. erläutert wurde, sollen hier nur noch einmal die in den Reden am häufigsten vorkommenden Argumente genannt werden. Sie decken sich jedoch weitgehend mit denen aus dem Gesetzesentwurf.

Als erster Grund für eine begrenzte Zulassung der PID werden die Voraussetzungen, unter welcher sie vorgenommen werden darf, genannt. Diese da wären: das Wissen um eine genetische Disposition zu vererblichen Krankheiten und Behinderungen von Paaren und ein bekanntes hohes Risiko zu Fehl- und Totgeburten. Zudem kommen die Richtlinien, die erfüllt werden müssen, damit eine PID durchgeführt werden darf, wie eine genetische Beratung und das positive Urteil einer Ethikkommission.

Ein weiteres Argument ist die Verhinderung oder Minderung des Leidens von Frauen und Paaren, die durch das Wissen über ihre Erbanlagen in einen Entscheidungskonflikt geraten sind oder schon mehrmals den Verlust eines Kindes miterleben mussten. Unter dieses Argument fällt auch der Vergleich der PID mit der PND, durch deren Diagnose

es zu einem (späten) Schwangerschaftsabbruch kommen kann, der mehr Leid verursacht, als die Auswahl eines gesunden Embryos bzw. die Verwerfung eines kranken Embryos in der Petrischale. Dieser Weg der „Schwangerschaft auf Probe“ mit einer möglichen Spätabtreibung soll durch die PID verhindert werden.

Ferner werden das Selbstbestimmungs- und Entscheidungsrecht der Frau und das Recht auf Wissen als ein Grund für die Zulassung der PND beschrieben.

Die Erfahrungen, die man von Ländern, in denen die PID praktiziert wird, gesammelt hat, bestätigen die Argumente, dass es durch die Erlaubnis der PID zu keinem Dammbbruch und zu keiner Ausweitung des Verfahrens kommen würde. Außerdem zeigte sie auch, dass die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung in diesen Ländern nicht höher sei als in Deutschland.

Schließlich sind noch die Berichte von persönlichen Erfahrungen und Erfahrungen anderer als Argument zu nennen. Beispiele von Betroffenen, aus dem eigenen Leben oder anderen Ländern werden in fast jeder Rede gebraucht (in der 1. Beratung in 9 von 14 Reden).

5.1.2 Argumente der Vertreter des Gesetzesentwurfes zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik

Hier werden nun die in der Debatte am häufigsten verwendeten Argumente jener Abgeordneten, die sich für ein Verbot der PID in Deutschland aussprechen, angeführt.

Ein häufig auftretendes Argument ist die (Menschen-)Würde des Embryos – auch in der Petrischale. Diese Würde kommt ihm von Anfang an zu, das heißt mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle. Dies ist für die Vertreter dieses Gesetzesentwurfes einheitlich der Zeitpunkt, an dem menschliches Leben beginnt. Daraus ergibt sich das Argument des Lebensrechts des Embryos und dessen Schutzwürdigkeit, die der Staat gewährleisten muss. Darauf folgt einige Male der Verweis auf das bestehende ESchG, das eine PID nicht erlaubt.

Ein weiteres Argument ist die Ablehnung der Bewertung von Embryos und somit menschlichem Leben auf lebens- und nicht lebenswert. Diese stelle eine Selektion dar, die nicht geduldet werden kann. Das Ziel des reinen Aussortierens spricht gegen eine Zulassung der PID.

Ferner bildet der prophezeite Rechtfertigungsdruck durch mögliche Vorwürfe wie z.B. „Das müsste doch nicht sein“ einen entscheidenden Grund, sich gegen die PID auszusprechen. Frauen und Paare, die eine genetische Vorbelastung haben, wären dem Druck ausgesetzt, sich einer PID zu unterziehen, bzw. nach der Geburt eines behinderten Kindes müssten sie sich für dessen Existenz rechtfertigen. Dies wird mit den Erfahrungen aus der PND erklärt, durch deren Zulassung genau dieser Rechtfertigungsdruck bereits bestünde.

Damit wären wir auch schon beim nächsten Argument der Ausweitung bzw. des Dammbrochs. Die Erfahrung vor allem mit der PND, aber auch mit der PID im Ausland zeige, dass eine quantitative und qualitative Ausweitung unausweichlich sei.

Dem könne eine enge Eingrenzung, wie im Gesetzesentwurf der Abgeordneten Flach, u.a. auch keinen Riegel vorschieben, bzw. sei dieser Gesetzesentwurf auch gar nicht eng genug begrenzt und lasse die Tür für alle möglichen Arten von Untersuchungen offen.

Ein häufiges Argument ist ebenfalls die Sorge um Diskriminierung von Menschen mit Behinderung und die Botschaft, die an jene Menschen geschickt würde, die mit der Krankheit leben, die von den Befürwortern der PID als nicht zumutbar oder nicht lebenswert eingestuft wird. Die Beispiele und Berichte von Gesprächen mit Betroffenen, die genannt werden, stammen fast gänzlich von Eltern mit behinderten Kindern oder Behindertenverbänden. Diese zeigten, dass sich die Betroffenen von einer Zulassung der PID diskriminiert fühlen würden und außerdem, dass das Leben mit Behinderung sehr wohl zu meistern ist und prognostizierte Krankheiten nicht immer ausbrechen bzw. nicht immer zum frühen Tod führen müssen.

Ferner verstünde man den Wunsch um ein gesundes Kind und man sehe auch das Leid betroffener Paare, aber es gibt kein Recht auf ein gesundes Kind.

Das Votum für ein Verbot der PID ist auch von der Sorge getragen, dass durch eine gesetzliche Zulassung ein Paradigmenwechsel vonstatten ginge, der das Wertgefüge, das Menschenbild und die heutige Gesellschaftskonzeption negativ verändern würde. Grundrechte wie der Schutz des Lebens und die Menschenwürde wären dadurch angegriffen.

Weiters wird die Frage nach dem Bruch der Dreierregel, die besagt, dass nur jeweils drei Embryonen pro Zyklus in vitro hergestellt werden dürfen, gestellt und was mit den überzähligen Embryonen geschehen würde. Dies sei von den Vertretern einer begrenzten Zulassung der PID nicht hinreichend geklärt worden.

Dem Argument des Rechts auf Selbstbestimmung der Frau wird entgegnet, dass die Reproduktionstechnologie einen solchen Druck auf die Frauen auslösen würde, dass eine freie Entscheidung ohnehin nur mehr schwer möglich wäre und der Rechtfertigungsdruck viel höher.

Zusätzliche Argumente gegen die PID waren die Adoption als Alternative, die Wiedereinführung embryopathischer Indikationen, ein Katalog an Krankheiten der erstellt werden würde und dass die PID, allein schon statistisch gesehen, keine Garantie auf ein gesundes Kind sein kann.

5.1.2 Argumente der Vertreter des Gesetzesentwurfes zur begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik

Der Entwurf eines Gesetzes zur begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik der Abgeordneten René Röspel u.a. hat, mit 36, die geringste Anzahl an Unterzeichnern und dementsprechend standen den Vertretern nur sechs Reden zu Verfügung.

Die Redner sprachen sich für ein Verbot der PID aus, mit einer einzigen Ausnahme: Die PID ist ethisch vertretbar, wenn sie nur bei Paaren erfolgt, bei denen ein hohes Risiko zu Fehl- und Totgeburten besteht und nur zur Feststellung der Lebensfähigkeit des Embryos. Da hier nur ein Embryo verworfen, d.h. getötet würde, der ohnehin nie überlebt hätte, kommt es hier zu keiner Entwürdigung oder Verletzung des Lebensrechts des Embryos noch zu einer Diskriminierung von Menschen mit Behinderung. Der Frau wird jedoch Leid erspart. Dies ist das am häufigsten vorkommende Argument für eine eng eingegrenzte PID. Dazu werden auch die Stellungnahmen der Sachverständigen genannt, von denen sie sich bestätigt fühlen.

Die weiteren Argumente sind hauptsächlich solche, die sich gegen die anderen beiden Gesetzesentwürfe richten und begründen, weshalb diese nicht zu akzeptieren sind. Dabei wird vor allem das Potential zur Ausweitung im Gesetzesentwurf der Abgeordneten Flach u.a. genannt. Die Begrenzung sei nicht eng genug und berge eine Offenheit für Ausweitung hin zu Screenings. Der Begriff „schwerwiegende Krankheit oder Behinderung“ sei zu dehnbar und würde gar nicht definiert. Die angebliche Eingrenzung der Untersuchung, auf das Risiko von Fehl- und Totgeburten lasse die Untersuchung bei jeder künstlichen Befruchtung zu, da nicht ausdrücklich gesagt

würde, dass sie nur bei Eltern mit der bekannten Disposition dazu erfolgen soll. Hier sei eine Ausweitung abzusehen, gegen welche sie sich klar aussprechen.

Ein Verbot der PID wäre aus dem Grund falsch, weil hier der Versuch besteht, Leben zu schützen, das man nicht schützen kann, weil es nicht entwicklungsfähig ist.

Das Argument, dass es durch die PID zu weniger Abtreibungen kommen würde, wird abgewiesen und durch Erfahrungsbeispiele aus dem Ausland entkräftet. Diese zeigen eindeutig, dass Schwangerschaftsabbrüche in Ländern, die die PID zulassen, nicht weniger geworden sind.

Diese Abgeordneten sprachen sich für eine eng begrenzte PID aus, weil sie gegen Selektion, die Verwerfung von Embryonen aufgrund von Krankheiten und die eventuelle Diskriminierung von Menschen mit Behinderung sind. Ebenso soll die rechtliche und ethische Grundlage der Gesellschaft nicht infrage gestellt werden und das bestehende Gendiagnostikgesetz gewahrt bleiben.

5.2 Ausschlaggebende Argumente für die Entscheidungsfindung

Nach dem nun die Hauptargumente der Vertreter der jeweiligen Gesetzesentwürfe aufgezeigt wurden, soll hier noch einmal erörtert werden, welche davon nun für den Schlussscheid ausschlaggebend waren.

5.2.1 Entscheidende Argumente der Vertreter des Gesetzesentwurfes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik

In den insgesamt 32 Reden der Unterstützer des Gesetzesentwurfes der Abgeordneten Ulrike Flach u.a. ist ein klares Muster zu erkennen. Die vorgebrachten Argumente wiederholen sich immer und weisen deutliche Gemeinsamkeiten in der Begründung, der Perspektive und sogar der Wortwahl auf. Ebenso fällt auf, dass beinahe jeder Redner/ jede Rednerin Beispiele aus seiner/ihrer persönlichen Erfahrung aus seinem/ihrer eigenen Leben, mit betroffenen Paaren oder aus dem Ausland vorbringen. Dies mag an den vielen Berichten liegen, die sie sich im Vorfeld durchgelesen haben, an den zahlreichen E-Mails die ihnen zugekommen sind, den Gesprächen, die mit Betroffenen

und Experten geführt wurden, und möglicherweise auch an der Wahl der Redner und Rednerinnen, die, wegen der Erfahrungen, die sie gemacht oder von denen sie gehört haben, das Bedürfnis hatten sich zu dem Thema und ihrer Entscheidung zu äußern.

Das am häufigsten vorgetragene Argument war jenes des (unerträglichen) Leids und der Not der Frauen und Paare, die die genetische Disposition einer vererbaren Krankheit in sich tragen und sich ein gesundes Kind wünschen und solcher, die bereits behinderte Kinder haben oder mehrere Fehl- und Totgeburten erleiden mussten. So sagt Christine Aschenberg-Dugnus in ihrer ersten Rede am 14. April: „Es geht darum, unsägliches Leid, seelische und körperliche Belastung von den Frauen abzuwenden.“¹⁶⁵ Der Fokus liegt hier eindeutig auf der konfliktreichen Situation von betroffenen Frauen und Paaren, diese stehen im Zentrum aller Argumentation. Daraus ergibt sich der Wunsch und die Forderung der meisten Redner und Rednerinnen nach Hilfe für diese Menschen. So sagt schon Ulrike Flach in ihrer Rede, mit der sie die erste Beratung am 14. April eröffnete: „Ziel unseres Gesetzentwurfes [...] ist es, Paaren mit genetischer Disposition für schwere Krankheiten zu helfen.“¹⁶⁶ Mit der Zulassung der PID entstünde für Paare, die sich im Konflikt, zwischen ihrem Kinderwunsch und der hohen Wahrscheinlichkeit eines schwer behinderten Kindes bzw. zur Fehl- oder Totgeburt, befinden, eine neue Chance und eine weitere Option. Die PID könnte dabei helfen, Leid und Not zu mindern bzw. zu verhindern. Ein Verbot würde demnach bedeuten, diesen Menschen die notwendige Hilfe zu verweigern und sie mit ihren Problemen im Stich zu lassen. Die PID zu erlauben, ergibt sich für einige aus dem Gebot der Nächstenliebe und der Verantwortung für jene Menschen. „Ich bin der festen Überzeugung, unser Grundgesetz, das Gebot der Nächstenliebe und unsere Verantwortung gebieten es, die Chancen der Medizin zu erlauben und diesen Frauen das Ja zum Kind zu erleichtern.“¹⁶⁷, so der Abgeordnete Peter Hintze in seiner Rede in der ersten Beratung. Dieses Bedürfnis, den notleidenden Paaren aus ihrer Konfliktsituation herauszuhelfen, ist in der Argumentation weit verbreitet, sodass die Aussage der Abgeordneten

¹⁶⁵ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/17/17105.pdf#P.11945> (Stand: 24.8.2012), 11965 (B).

¹⁶⁶ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11945 (C).

¹⁶⁷ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11949 (A).

Christine Aschenberg-Dugnus (die auch bei anderen vorkommt) als Leitsatz verwendet werden könnte: „PID ist der Ausdruck der Ethik des Helfens.“¹⁶⁸

Nicht nur die schwerwiegenden Erbkrankheiten und Fehl- oder Totgeburten werden als Gründe für dieses zu mindernde Leid genannt. Auch ist es der (späte) Schwangerschaftsabbruch nach einer PND, der als für die Frau und Eltern sehr leidvoll beschrieben wird und der durch die PID vermieden werden könnte. Im Besonderen wird ein Vergleich angestellt zwischen einer Abtreibung (möglicherweise bei einer Schwangerschaft auf Probe) und dem Verwerfen eines Embryos in der Petrischale. Letzteres sei laut Ulrike Flach „eine mildere Abwehr des Notstandes“¹⁶⁹. Hier kommt es zu einer Güterabschätzung zwischen dem Embryo in vitro und dem Monate alten Baby im Mutterleib, und vor allem dem Trauma, das schwerer ist, wenn es zu einem Verlust des Kindes, bei bereits bestehender Schwangerschaft, kommt. So sei es also ein Wertwiderspruch, die PND und die Spätabtreibung, bei Gefahr für die körperliche und seelische Gesundheit der Frau, zu erlauben, die genetische Untersuchung des Embryos in der Petrischale aber zu verbieten. Ebenso widerspräche dies der Selbstbestimmung der Frau und ihrem Entscheidungsrecht.

Zu all diesen Argumenten werden immer wieder auch Erfahrungsbeispiele genannt. Diese reichen von persönlichen Erfahrungen mit eigenen Schwangerschaften, zu denen von Familie und Bekannten, sowie von Menschen, deren Leidensgeschichte ihnen durch E-Mail zugetragen wurde oder von denen sie durch Gespräche im Vorfeld der Debatte erfahren haben. Diese Beispiele beeinflussten ihre Gewissensentscheidung, wie z.B. der Abgeordnete Hubertus Heil zugibt: „Was mich bewogen hat, umzudenken, [...] ist eine persönliche Erfahrung gewesen.“¹⁷⁰ Daraufhin schildert er die Geschichte eines befreundeten Paares, deren Kind innerhalb einiger Wochen nach der Geburt unter Qualen an einer unheilbaren Muskelerkrankung starb. Er selbst sei beim Begräbnis dabei gewesen. Dr. Ursula von der Leyen schildert wiederum ihre Erfahrungen als junge Ärztin in der Gynäkologie und Geburtshilfe. All diese Erfahrungen haben sie sehr vorsichtig gemacht, ein vorschnelles Urteil über die PID zu treffen. Die Abgeordnete Karin Evers-Meyer war selbst Mutter eines behinderten Kindes, und ebenso hat die

¹⁶⁸ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/17/17120.pdf#P.13871> (Stand: 24.8.2011), 13884 (D).

¹⁶⁹ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11945 (D).

¹⁷⁰ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11966 (B)-(C).

Erfahrung der Vaterschaft den Abgeordneten Steffen Bockhahn beeinflusst: „Ich möchte, dass alle Eltern, denen geholfen werden kann, ihren Wunsch nach einem Kind zu erfüllen, dieses Glück, das ich jetzt mit meiner Frau teilen kann, ebenfalls erleben können – und sei es durch die PID.“¹⁷¹ Meistens handeln die Beispiele jedoch von schweren Schicksalen und Leidenswegen von Menschen, deren Kinderwunsch sich nicht erfüllt und den Tod ihrer geborenen und ungeborenen Kinder oder Geschwister (mehr als einmal) miterleben mussten.

So ist ein häufiger Grund für die Entscheidung, den Gesetzesentwurf für eine begrenzte Zulassung der PID zu unterzeichnen, auch die Betroffenheit über das unsägliche Leid solcher Menschen – also ein Gefühl. So lautet die Aussage Michael Kretschmer folgendermaßen: „Meine Damen und Herren, in der Tat sind die Situation und die Geschichten, die wir erzählt bekommen, in einem solchen Maße dramatisch und anrührend, dass man sich nicht einfach wegducken kann, ohne darüber zu reden.“¹⁷² Konfrontiert mit dem konkreten Leid mancher Paare, ändert sich die Sichtweise für manche. „Ich für meinen Teil bringe es nicht über das Herz, gegenüber Paaren mit nachgewiesenen Erbschädigungen Nein zu sagen“¹⁷³, spricht Gabriele Molitor in ihrer Rede am 7. Juli.

Den von den Gegnern vorgetragenen Befürchtungen eines Dammbrochs oder der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung werden die Erfahrungen aus anderen Ländern, in denen kein Verbot der PID besteht, entgegengebracht. Diese zeigten, dass dort auch nach Jahren der Anwendung der PID ein verantwortungsvoller Umgang mit dieser Diagnoseform praktiziert wird und kein Anstieg von Diskriminierung zu erkennen sei.

5.2.1.1 Fazit

Der Summe der Argumente ist zu entnehmen, dass die Perspektiven, die hier eingenommen wird, die der betroffenen Frauen und Paare ist. Die Vertreter stellen sich klar auf die Seite der Wünsche und Nöte dieser Personen und wollen ihnen Hilfe

¹⁷¹ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13890 (B).

¹⁷² Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13896 (A).

¹⁷³ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13905 (B).

anbieten. So schließt Ulrike Flach ihre erste Rede in diesem Sinne mit den Worten: „Es ist eine Entscheidung zugunsten der Frauen und ihrer Familien, es ist eine Entscheidung gegen die Qual der Abtreibung, und es erleichtert die Entscheidung genetisch belasteter Eltern für ein Kind.“¹⁷⁴ Diese Aussage ist stellvertretend für die Position der Unterzeichner des Gesetzesentwurfes zur Regelung der PID. Sie vertreten hier die Rechte der Frau und Eltern und stellen es über die Rechte des Embryos in vitro. „Die Rechtsordnung kann den Schutz des Lebens des Embryos gegen den Willen der Mutter nicht durchsetzen“¹⁷⁵, so der Abgeordnete Jerzy Montag in seiner Rede am 14. April. Der Weg bis zur Entscheidung zeichnet sich folgendermaßen ab: Am Anfang steht das Leid der Betroffenen, das durch Berichte von konkreten Beispielen untermauert wird. Daraus folgt das Verlangen, diesen Menschen Hilfe anzubieten, und die Pflicht, Verantwortung für sie zu übernehmen. Daraus wiederum erfolgt ein Recht auf das Wissen, das durch eine PID zu Verfügung stehen würde, und somit das Recht auf ein Kind ohne eine schwerwiegende Erbkrankheit oder Behinderung, die zu einer Fehl- oder Totgeburt führen könnte.

5.2.2 Entscheidende Argumente der Vertreter des Gesetzesentwurfes zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik

Der Gesetzesentwurf zum Verbot der PID war mit insgesamt 29 Reden in der Debatte vertreten. Dabei zeigt sich klar die Perspektive, aus welcher an das Thema herangegangen wurde. Hier steht weniger das Leid der Frauen und Eltern im Vordergrund, sondern der Embryo, dessen Menschenwürde und Recht auf Leben und Schutz. Ganz entscheidend dabei ist die Bestimmung, ab wann menschliches Leben beginnt. Dies wird ganz klar definiert mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle. Und weil somit der Embryo ein Mensch von Anfang an ist, kommen ihm Würde und Menschenrechte zu, so sagt Dr. Günter Krings in seiner Rede am 14. April:

„Wir halten es mit dem Bundesverfassungsgericht, das sehr klar festgestellt hat: ‚Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu.‘ Entscheidend dabei ist der Zeitpunkt des Beginns des menschlichen Lebens. Nach unserer Überzeugung, nach meiner

¹⁷⁴ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11946 (D).

¹⁷⁵ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11955 (D).

persönlichen Überzeugung, ist die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle immer noch die größte Zäsur in dem Entwicklungsprozess des menschlichen Lebens.“¹⁷⁶

Dieser klar definierte Standpunkt ist die Grundlage für alle anderen Argumentationen. Wenn diese Würde und das Recht auf Leben, und sei es nur das des Embryos im Reagenzglas, angetastet wird, würde sich das Menschen- und Gesellschaftsbild für immer verändern.

Die zweite Perspektive, von der aus das Verfahren der PID beurteilt wird, ist die von Menschen mit Behinderung bzw. deren Angehörigen und Vertretern von Behindertenverbänden. Hier steht die Sorge im Vordergrund, dass es zu einer Diskriminierung kommen könnte, und die Frage, wie sich solche Menschen fühlen würden, käme es zu einer Zulassung der PID. Hier kommen nun auch wieder Erfahrungsberichte ins Spiel. Diese handeln aber nicht vom Leid der Frauen und Paare, sondern es werden vor allem Gespräche mit Eltern von behinderten Kindern, Menschen mit Behinderung und Vertretern von Behindertenverbänden zitiert. So erzählt die Abgeordnete Julia Klöckner von einem Gespräch, dass sie mit Vertretern eines Behindertenverbandes geführt und sie selbst sehr berührt hat: „Sie sagten: Frau Klöckner, wenn es zu unseren Anfängen schon die PID gegeben hätte, dann würden ganz viele von uns heute nicht vor Ihnen sitzen. Wir wollen nicht die Krankheiten, die wir haben, auf irgendwelchen Listen finden, die es erlauben, dass unser Leben nicht gelebt werden darf.“¹⁷⁷ Beispiele wie dieses findet man in vielen Reden.

Weitere Beispiele findet man zu dem Argument des Rechtfertigungsdrucks. Mit der Einführung der PID würde über kurz oder lang der Druck auf Frauen und Eltern lasten, ihr Kind einer genetischen Diagnose unterziehen zu lassen. Diese Belastung bestünde vor allem für Paare, die von ihrer genetischen Disposition für eine vererbte Krankheit wissen und sich dennoch für ein eigenes Kind entschieden haben. Diesen Menschen könnte der Vorwurf gemacht werden, dass die Behinderung ihres Kindes doch hätte vermieden werden können. Silvia Schmidt schildert dieses Problem in ihrer Rede daher folgendermaßen:

„Frauen und Familien, die bereits ein Kind mit Behinderung haben, werden oft mit einem großen gesellschaftlichen Druck konfrontiert. Sie müssen sich angesichts der technischen

¹⁷⁶ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 1194 (B).

¹⁷⁷ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11960 (B).

Möglichkeiten der PID und der PND die Frage gefallen lassen, warum sie dieses Leid in Kauf nehmen, warum sie sich für ein schweres, mühevolleres Leben mit einem behinderten Kind entscheiden.“¹⁷⁸

Dieser Rechtfertigungsdruck wäre irgendwann die Folge der Einführung und unausweichlichen Ausweitung der PID in Deutschland. Damit gelangt man auch schon zu den weiteren ausschlaggebenden Argumenten gegen die PID.

Bislang wurden jene Gründe genannt, die sich gegen Embryonen und Menschen mit Behinderung richten. Jedoch finden sich auch ganz allgemeine Argumente für ein Verbot der PID. Wie schon angesprochen, wird eine Tendenz der Ausweitung des Verfahrens befürchtet. Dabei wird weniger befürchtet, dass es zu einer größeren Anzahl der Anwendung kommt, als die Ausdehnung des Verfahrens auf genetische Informationen, die keine schwerwiegende, zum Tod führende Krankheit betreffen. Dabei werden Erfahrungen aus dem Ausland als Beweise herangezogen. Diese zeigen, dass es bereits zu einer Ausweitung gekommen ist, indem z.B. in Frankreich Rettungsbabys hergestellt wurden oder in Großbritannien Embryonen auch auf spät manifestierende Krankheiten wie Brustkrebs untersucht werden. Zum Thema Dambruch äußert sich Dorothee Bär auf folgende Weise: „Wenn Sie mit Ärzten unter vier Augen sprechen, dann sagen diese Ihnen, dass alles, was medizinisch möglich ist, selbstverständlich irgendwann einmal als medizinisch notwendig eingestuft werden wird.“¹⁷⁹

Die Ausweitung betreffe jedoch auch das bestehende ESchG, da eine Änderung der Dreierregel mit der Einführung der PID nötig gemacht würde. Damit die PID überhaupt funktionieren kann, bedarf es ca. 7 oder 8 Embryonen. Nun stellen sich die Gegner der PID die Frage, was denn mit den überschüssigen Embryonen geschehen soll. Dr. Günter Krings sieht darin ein besonderes Problem: „Wenn wir diesen Weg gehen, führt das dazu, dass wir die Menge der sogenannten überschüssigen befruchteten Eizellen deutlich vermehren und dass die Begehrlichkeiten aus der wissenschaftlichen Forschung, ja selbst aus der Wirtschaft, stark anwachsen werden.“¹⁸⁰ Krings befürchtet hier also nicht, dass man nicht wüsste, was mit überschüssigen Embryonen anzufangen

¹⁷⁸ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13890 (C).

¹⁷⁹ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13877 (A).

¹⁸⁰ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11947 (D).

sei, sondern viel mehr, dass es genügend Menschen gibt, die genau wüssten, wofür man die befruchteten Eizellen verwenden könnte, nämlich zu wissenschaftlichen Forschungszwecken.

Zwei weitere bedeutende Punkte, die gegen eine PID sprechen, sind für die Vertreter des Verbots der PID das Faktum der Selektion, die bei der PID erfolgt und dessen Ziel sie auch ist. „PID bedeutet Selektion. Unter den künstlich hergestellten Embryonen werden die einen ausgewählt und die anderen verworfen. Es wäre quasi eine Schwangerschaft auf Probe.“¹⁸¹

Und zusätzlich kommt es dabei zu einer Bewertung der Embryonen, zu einer Bewertung von menschlichem Leben auf lebenswert und nicht lebenswert, schützenswert und nicht schützenswert. Dagegen stellen sich Abgeordnete wie Dorothee Bär: „Wir sollen nicht vorher aussortieren. Wir sagen, dass es sich in jedem Fall um ein lebenswertes Leben handeln wird.“¹⁸²

Ganz oft wird auch das Verständnis für den Kinderwunsch von Paaren und ihr Leid vorgebracht. Jeder kann diese Menschen verstehen und auch den Wunsch der Vertreter der Zulassung der PID, ihnen zu helfen. Dieser Bekundung folgt jedoch immer ein großes Aber, ein Wert, der über dem des Wunsches steht. So gilt für Dr. Günter Krings: „So verständlich der Wunsch nach einem gesunden Kind ist – Wünsche gehen nicht vor Rechte. Der Wunsch nach einem Kind kann nicht das Lebensrecht des Embryos überspielen.“¹⁸³ Das Recht des Embryos auf Leben steht also klar über dem Recht der Eltern auf ein (gesundes) Kind. Hier zeigt sich wieder der Unterschied zur Perspektive der Fürsprecher der PID.

5.2.2.1 Fazit

Zusammenfassend ist also zu sagen, dass die Gegner der PID sozusagen die „Anwälte“ der Embryonen in vitro sind und die Rechte der Behinderten vertreten wollen. Auf alle Fälle wird generell das Thema PID durch deren Augen betrachtet. Worum es den Vertretern des Verbots der PID geht und was für sie entscheidend ist, fasst Wolfgang

¹⁸¹ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13874 (A).

¹⁸² Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13877 (B).

¹⁸³ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11947 (C).

Zöller in seiner Rede zusammen: „Es geht um die Frage, ob ein elementares Menschenrecht, das Recht auf Leben, zur Disposition gestellt werden soll. Es geht aber auch darum, den staatlichen Schutzauftrag gegen die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung infrage zu stellen.“¹⁸⁴ Wie man hier schön sieht, ist das Hauptanliegen der Lebensschutz des Embryos und die Verhinderung von Diskriminierung von behinderten Menschen.

Wurde von einigen Abgeordneten, die sich für die PID aussprachen, ihre ganze Argumentation unter das Motto „Ethik des Helfens“ gestellt, so lautet es hier „Ethik des Lebens“. So sagt Volker Kauder dazu: „Es geht nicht um eine Ethik des Helfens; denn es ist selbstverständlich, dass wir helfen, wo wir helfen können. Heute geht es darum, dass sich die Ethik des Lebens durchsetzt.“¹⁸⁵ Unter Ethik des Lebens versteht man hier den unbedingten Lebensschutz von allen Menschen, also auch der Embryonen in vitro. Diesem komme genauso viel Menschenwürde, und zwar ungeteilt und unveräußerlich, wie jedem geborenen Menschen zu. „Die Unveräußerlichkeit, die Unantastbarkeit der Grundrechte des Einzelnen darf auch nicht gegen gute Zwecke oder Absichten, gegen eine Ethik des Helfens abgewogen werden.“¹⁸⁶ Das Leid und die Not der betroffenen Frauen und Eltern seien zwar ernst zu nehmen, jedoch übertrifft es nicht das Leid des Embryos, der verworfen würde, und sie stellen keine höheren Wert als das menschliche Leben dar, das hier eindeutig vernichtet würde.

Die Gegner der PID stellen sich klar auf die Seite der künstlich gezeugten Embryonen. „Ohne Zweifel geht es hier um das große Leid der Betroffenen. Dennoch müssen wir uns auch die Frage stellen, wer für die ungeborenen Kinder spricht.“¹⁸⁷ Wer die Sprecher für diese sind, ist aus der Argumentation in der Debatte klar erkennbar. Die Vertreter des Gesetzesentwurfes zum Verbot der PID sehen sich selbst als diese.

Daher sind zweifelsfrei der bedeutendste Beweggrund für die Befürworter eines Verbots der PID die zu befürchtenden Folgen für das Leben und den Schutz von künstlich gezeugten Embryonen und das Leben von Menschen mit Behinderung.

Zwar sehen sie das Leid der Eltern und können es nachvollziehen, jedoch wird mehrmals dafür plädiert, im Zweifelsfall für das Leben zu entscheiden.

¹⁸⁴ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13874 (A).

¹⁸⁵ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13888(D) -13889 (A).

¹⁸⁶ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13887 (D).

¹⁸⁷ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13876 (C).

5.2.3 Entscheidende Argumente der Vertreter des Entwurf eines Gesetzes zur begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik

Das häufigste und bedeutendste Argument für eine begrenzte Zulassung der PID ist die natürliche Lebensunfähigkeit mancher Embryonen. Solche Embryonen würden, auch bei einer Übertragung in den Mutterleib, niemals überleben, geschweige denn geboren werden können. Diese Entscheidung wird nicht vom Arzt/von der Ärztin oder der Eltern getroffen - diese Entscheidung besteht bereits. „[W]ir verwenden eine Grenze, die bereits existiert und die unabänderlich, unwiderruflich in dem Embryo, um den es geht, angelegt ist. Der Embryo ist nicht mehr zu schützen, weil seine Entwicklungsfähigkeit nicht gegeben ist“.¹⁸⁸ Eine Auswahl, zwischen gesunden und nicht gesunden Embryonen wird abgelehnt, aber die Auswahl zwischen lebens- und nicht lebensfähig ist vertretbar, weil diese Auswahl schon von Natur getroffen worden ist.

Ein weiteres Argument, warum die PID nur in diesem einen Ausnahmefall erlaubt sein soll, ist die Sorge um den Rechtfertigungsdruck, der für Frauen entstehen könnte, und mögliche Diskriminierung von Behinderten. So sagt Priska Hinz in ihrer Rede ganz klar: „Ich möchte nicht, dass Frauen begründen müssen, warum sie ein behindertes Kind zur Welt bringen, obwohl die PID erlaubt ist. [...] Ich möchte auch nicht, dass sich Behinderte in unserer Gesellschaft ausgegrenzt fühlen.“¹⁸⁹ Aus diesem Grund kann dem Gesetzesentwurf der Abgeordneten Flach u.a. nicht zugestimmt werden, aber ein Verbot ginge wiederum zu weit. Denn damit könne den betroffenen Eltern gar nicht geholfen werden. Dies ist jedoch auch ein Ziel der Befürworter der begrenzten Zulassung. „Das Leben des Embryos kann nicht mehr geschützt werden. Wenn das aber so ist, dann ist es umso mehr folgerichtig, dass das Leben der Frau geschützt wird.“¹⁹⁰, so Abgeordneter René Röspel.

Ein weiteres Hauptargument ist die Befürchtung der Ausweitung, wie sie, durch den Gesetzesentwurf von Ulrike Flach u.a., gewährleistet wäre. Dazu wird auf die Erfahrungen im Ausland hingewiesen, die zeigten, dass es dort bereits zu einer

¹⁸⁸ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13875 (B).

¹⁸⁹ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11950 (C).

¹⁹⁰ ¹⁹⁰ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13875 (B).

Ausdehnung gekommen ist. Ebenso wird mit Erfahrungsberichten aus dem Ausland darauf hingewiesen, dass es zu keiner geringeren Anzahl an Abtreibungen kommt, wenn die PID erlaubt ist. „Wir wissen aufgrund entsprechender Daten, dass in 52 Prozent der Fälle, in denen die PID durchgeführt wird, hinterher auch die Pränataldiagnostik durchgeführt wird und dass in Ländern wie Frankreich die Abbruchrate steigt, obwohl dort die PID eingeführt wurde“¹⁹¹, erklärt Priska Hinz in ihrer Rede am 14. April. Somit ist auch dies kein Grund, der für eine Zulassung der PID, im Sinne Flachs u.a., spreche.

5.2.3.1 Fazit

Worum es den Vertretern des Gesetzesentwurfes zur begrenzten Zulassung der PID geht ist klar erkennbar. So fasst Patrick Meinhardt in seiner Rede zusammen: Wir haben „uns dafür entschieden, bei unserem Gesetzesentwurf die Lebensfähigkeit des Embryos in den Mittelpunkt zu stellen.“¹⁹² Der Weg der Entscheidungsfindung zeichnet sich hier eindeutig ab. Wie von einigen Abgeordneten erwähnt, haben alle Nachrichten von betroffenen Paaren erhalten und jeder kann deren Leid nachvollziehen und möchte ihnen helfen, was bei einem Verbot der PID nicht möglich wäre. Jedoch überwiegt die Angst vor einem Dambruch, denn sie wollen keine Ausweitung der Untersuchung auf spätmanifestierende Krankheiten, keinen Krankheitskatalog und keine Untersuchungen auf Trisomien oder Monosomien. Es soll auch zu keiner Selektion und Bewertung von Embryonen nach lebenswert und nicht lebenswert kommen. Daher ist der Schluss zu dem sie kommen ein Mittelweg. Im eng begrenzten Rahmen und unter der Voraussetzung einer genetischen Disposition der Eltern zu einem hohen Risiko von Fehl- und Totgeburten soll die PID erlaubt sein. Dies stelle eine verantwortungsbewusste Anwendung dar, die man ethisch vertreten kann.

Sie sehen also, das Dilemma, in dem sich die Betroffenen befinden und möchten schauen, ob es nicht möglich wäre, das „Leid von Eltern, die wiederholt Fehl- und Totgeburten erleben, zu lindern und trotzdem Behinderungen nicht aus unserem Leben auszugrenzen.“¹⁹³ Dies bringe weder der Gesetzesentwurf zum Verbot der PID, noch

¹⁹¹ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11950 (D)-11951(A).

¹⁹² Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11953 (A).

¹⁹³ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13907 (D):

der Gesetzesentwurf zur Zulassung der PID von Flach u.a., zustande. Daher wird ein dritter Weg gegangen, der die Frage, der Lebensfähigkeit des Embryos, zur Grundlage nimmt.

So greift Patrick Meinhardt, die von den Vertretern der anderen Gesetzesvorschläge mehrmals schon vorgebrachten Argumente der Ethik des Lebens und der Ethik des Helfens, in beide seiner Reden auf und kommt zu folgendem Schluss: „Gerade für mich als Christ ist es bei dieser Frage zentral wichtig, die Balance zwischen der Ethik des Lebens und der Ethik des Helfens zu finden.“¹⁹⁴ Und weiter: „Deswegen ist es Aufgabe dieses Hohen Hauses, eine Brücke zu bauen zwischen einer Ethik des Lebens und einer Ethik des Helfens. Beides gehört zusammen“.¹⁹⁵ Gerade diesen Brückenschlag, würde das Gesetz der begrenzten Zulassung der PID, laut ihrer Vertreter, leisten.

5.3 Bedeutung der persönlichen Erfahrung und Erfahrung anderer

Jede Seite der Debatte hat in ihren Reden von persönlichen Erlebnissen und Erfahrungen anderer berichtet. Diese Geschichten dienten dazu, entweder zu erklären, wie man zur eigenen Entscheidung gelangt war bzw. sollten sie Argumente unterstützen und auch andere von dieser Meinung überzeugen. Die Erzählungen, von meist tragischen Begebenheiten, lösten bei den Vortragenden starke Emotionen aus und zielten möglicherweise darauf ab, genau diese auch bei den Zuhörern zu bewirken, um dadurch ihr Votum, bei der Abstimmung, zu erhalten.

Besonders häufig wurden Erfahrungsbeispiele in den Reden, der Vertreter des Gesetzesentwurfs der Abgeordneten Flach u.a., verwendet. Bei zwei Drittel der Vorträge wurden Erfahrungen geschildert. Die Rede von Dr. Erik Schweickert ist ein gutes Beispiel, wie Erfahrungen einen Menschen verändern und Entscheidungen beeinflussen können. Er hat sich nach langem Überlegen dazu entschlossen, für den Gesetzesentwurf Flach u.a. zu stimmen und, wegen der vielen Gespräche und Erfahrungen, die er in schweren Zeiten gemacht hat, dazu Stellung zu nehmen. Fast die ganze Rede besteht aus Berichten von persönlichen Erlebnissen. Und so schließt er mit

¹⁹⁴ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, 11953 (B).

¹⁹⁵ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13877 (C).

dem Satz: „Ich bin mir angesichts meiner Erfahrungen sicher, dass die betroffenen Eltern sehr wohl wissen, was sie tun; das ist alles andere als eine einfache Entscheidung.“¹⁹⁶ Ohne die Erfahrungen, die er gemacht hat, hätte er vielleicht eine andere Entscheidung getroffen, oder wäre sich dabei unsicherer gewesen. Ohne den persönlichen Einblick in den Konflikt, hätte er womöglich das Gefühl gehabt, keine kompetente Antwort darauf geben zu können.

Nicht nur ist der Erfahrungsbeitrag in den Reden, der Befürworter der PID, weitaus höher, sondern scheint auch maßgeblich für deren Entscheidung gewesen zu sein. Da die Linderung des Leids der Eltern das Hauptargument für eine PID war, scheint die Folgerung logisch zu sein, dass die vorgebrachten Leidenswege (die bestimmt nur ein Bruchteil von dem waren, was sie in Gesprächen mit und Emails von Betroffenen erfahren haben), ihren Teil dazu beigetragen haben.

Auch in den Reden der Abgeordneten, die für ein Verbot der PID eintraten, kamen Beispiele von Betroffenen öfter vor, genaugenommen in einem Drittel aller Vorträge. Diese waren vorwiegend Berichte von Gesprächen mit Behinderten, deren Eltern oder Vertreter. Durch diese, sollten deren Meinung und Angst vor Diskriminierung Gehör finden. Aber auch persönliche Erfahrungen, wie das totgeborene Kind einer Rednerin, kamen vor, wurden jedoch ganz anderes als bei den Befürwortern der PID beurteilt.

Der Status des Embryos spielte für die Gegner der PID in ihren Argumenten eine wichtige Rolle. Auch hier kam es zu der Überzeugung durch eigene Erfahrung. So berichtet Elisabeth Winkelmeier-Becker von ihrer Erfahrung als Schwangere: „Das sagt mir nicht nur mein Verstand, das sagen mir auch Herz und Bauch, und das war auch meine Empfindung in den ersten Tagen meiner Schwangerschaften. Das ist kein Zellhaufen. Das ist ein Mensch[...].“¹⁹⁷

Die Erfahrung ihrer Schwangerschaften, haben die Frau sicher sehr geprägt und somit auch ihre Meinung und Entscheidung, gegen die PID zu stimmen. Die Erfahrung der Schwangerschaft ist klarerweise den Frauen vorbehalten. Eventuell erklärt dies auch den hohen Anteil an weiblichen Rednerinnen. Ebenso fällt auf, dass davon mehr für als gegen eine PID sind. Bei den Männern sprechen sich in beiden Beratungen genauso viele für wie gegen eine PID aus.

¹⁹⁶ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13892 (A).

¹⁹⁷ Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, 13897 (A).

Die Vertreter, des Gesetzesentwurfs zur begrenzten Zulassung der PID, erzählen von keinen Leidensgeschichten oder persönlichen Erfahrungen. Es wird lediglich angemerkt, dass auch sie viele Nachrichten von Betroffenen erhalten haben und daher das Leid kennen und es auch berücksichtigen wollen. Die einzigen Beispiele, die genannte werden, sind die von Erfahrungen, mit der PID in anderen Ländern. Diese bestätigen nur noch einmal ihre Sorge um eine Ausweitung des Verfahrens.

Allgemein kann man sagen, dass bestimmt jeder Beispiele kennt, durch welche sie sich in ihrer Entscheidung bestätigt fühlten und diese als gerechtfertigt ansahen. All jene Redner und Rednerinnen, die Beispiele in ihre Ansprachen eingebaut hatten, versuchten sicherlich, diese zur Bekräftigung ihrer Argumente zu nutzen. Auffällig ist dabei nur, dass dieselben oder ähnlichen Erfahrungen für die einen gegen die PID, für die anderen wiederum dafür sprechen. Ein typisches Beispiel sind die Erfahrungsberichte aus den Ländern, in denen die PID zugelassen ist. Für die Befürworter der PID beweisen diese, dass es bei einem verantwortlichen Umgang geblieben ist und die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung keinesfalls angestiegen ist. Für die Gegner wiederum zeigen diese klar, dass es bereits zu nicht akzeptablen Ausweitungen gekommen ist.

Die Beispiele unterliegen gänzlich der Interpretation und der Intention derer, die sie verwenden und den Gefühlen, die sie bei Personen je unterschiedlich auslösen.

5.4 Stellung der Expertenmeinungen

Die in den Stellungnahmen der Sachverständigen vorgebrachten Argumente, sind nicht klar aus den Reden der Abgeordneten herauszulesen. Nur vereinzelt wird darauf Stellung genommen und zitiert. Einige der Redner haben sich auch bei selbst gewählten Experten, wie Vertretern ihrer Religionsgemeinschaften oder Ärzte und Ärztinnen, die sie persönlich kennen, Rat geholt. Einzig bei den Reden, zum Gesetzesentwurf zur begrenzten Zulassung der PID, zeigt sich etwas deutlicher, dass man sich mit den Stellungnahmen des Deutschen Ethikrates und der Sachverständigen auseinandergesetzt hat.

Insgesamt lässt sich sagen, dass sich die Entscheidungen weniger auf die Meinung der Experten stützen, als auf persönliche Erfahrungen und das eigene Gewissen und Gutdünken.

6. Zusammenfassung

Ziel dieser Diplomarbeit war es, die Debatte, im Deutschen Bundestag zur gesetzlichen Regelung der PID, im Detail anzusehen um herauszufinden, welche Argumente dabei vorgebracht wurden und für das Ergebnis entscheidend waren.

Dazu wurden zunächst der Begriff und das Verfahren der Präimplantationsdiagnostik genauer bestimmt: Bei der PID handelt es sich um eine genetische Untersuchung an Embryonen.

In diesem Verfahren werden ausschließlich Embryonen verwendet, die durch künstliche Befruchtung erzeugt wurden. Der Grund für eine Anwendung der PID ist der Wunsch eines Paares, mit einer genetischen Veranlagung für eine schwere Erbkrankheit, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen. Diese Indikationen lassen sich im Wesentlichen in drei Gruppen einteilen: monogene Erbkrankheiten, multifaktorielle Erbkrankheiten und gewünschte Eigenschaften.

Zur Gewinnung von Zellen für die PID gibt es drei verschiedene Techniken: die Polkörperdiagnostik, die Blastomerenbiopsie und die Blastozystenbiopsie. Weiters wurde auch festgestellt, dass es verschiedene Methoden zur Untersuchung der gewonnenen Zellen gibt. Dabei wurde die Polymerase-Kettenreaktion, die Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung und die Untersuchung durch DNA-Chips vorgestellt.

Ebenfalls wurde auf die gesundheitlichen Risiken eingegangen, die bei künstlicher Befruchtung, die für die PID notwendig ist, für eine Frau entstehen. Darunter fallen Nebenwirkungen der Hormonbehandlung sowie die erhöhte Chance auf Mehrlingsschwangerschaften und Frühgeburten.

In einem nächsten Schritt wurde der momentane Stand der PID behandelt. Dabei wurde auf einen Bericht der ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) Bezug genommen. Dieser enthält Daten, über die Anzahl der Anwendungen der PID in Europa in den letzten zehn Jahren und über den Fortschritt in der Arbeit mit der PID.

Im dritten Kapitel der Arbeit wurde auf die Rolle der Erfahrung im ethischen Argument eingegangen. Hierzu wurde der Begriff der Erfahrung zunächst aus philosophischer und theologisch-ethischer Sicht definiert und im Weiteren auf die Ausführungen Dietmar Mieths zu diesem Thema Bezug genommen.

Den Hauptteil der Arbeit bildete die Debatte im Deutschen Bundestag zur gesetzlichen Regelung der PID. Dazu wurden die Argumentationen, aller dem Ausschuss für Gesundheit vorgelegten Schreiben, genauer angesehen.

Dies waren zunächst die drei Gesetzesentwürfe von Abgeordneten, die auf je unterschiedliche Weise, eine Lösung für das bestehende Rechtsproblem vorlegten. Der erste Gesetzesentwurf ist zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik. Die vorgebrachten Argumente waren ethischer und gesellschaftspolitischer Natur. Die Befürchtung einer Ausweitung des Verfahrens, welche durch Erfahrungen im Ausland bekräftigt wurde, die gesundheitlichen Risiken der Prozedur und die hohe Zahl an Embryonen, die für eine Diagnose nötig wären, waren hinreichende Gründe, für die Gegner der PID, ein Verbot anzustreben. Ebenso bestand die Sorge um eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung, und die Ablehnung des Selektionsgedankens, der hinter diesem Diagnoseverfahren steht, wurde deutlich gemacht.

Der zweite Gesetzesentwurf forderte die Regelung der Präimplantationsdiagnostik. Dieser wollte die Zulassung der PID bei schwerwiegenden Krankheiten und Behinderung und bei einer hohen Wahrscheinlichkeit zu Fehl- und Totgeburten. Begründet wird dies, mit dem Schutz der Frau vor körperlichen und seelischen Belastungen. Ebenso könne die PID dazu beitragen, dass späte Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern.

Der Gesetzesentwurf zur begrenzten Zulassung der PID ist der letzte der drei. Auch dieser wirbt für ein grundsätzliches Verbot der PID, mit der einzigen Ausnahme, dass sie bei jenen Paaren erlaubt sein sollte, bei denen, durch eine genetische Disposition bedingt, ein hohes Risiko zu Fehl- und Totgeburten bekannt ist. Alle anderen Begrenzungen würden, wie Erfahrungen aus dem Ausland zeigten, zu einer Ausweitung führen.

Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates bildet die zweite wichtige Vorlage, über die in der Debatte Bezug genommen werden sollte. Darin wurden ausführlich alle zu bedenkenden Aspekte, der Problematik der PID, erörtert. Zunächst indem die medizinischen Grundlagen erklärt wurden. Weiters wird beurteilt, in wie weit das Verfassungsrecht und die Menschenwürde, bei einer Zulassung, betroffen wären. Ebenso werden in der Stellungnahme der Schutz des Embryos und der Schutz vor Diskriminierung von Menschen mit Behinderung thematisiert. Im Anschluss daran,

wurden die drei unterschiedlichen Voten, und die darin vorkommenden Argumente, zu denen der Ethikrat in seiner Beratung gelangte, vorgestellt. Dabei war festzustellen, dass sie sich mehr oder weniger inhaltlich, als auch in der Anzahl ihrer Vertreter, mit den drei Gesetzesentwürfen decken. Das erste Votum spricht sich für eine begrenzte Zulassung der PID aus. Dabei wird verlangt, dass ein hohes medizinisches Risiko vorliegen muss, das bei dem Kind zu einer schweren Behinderung bzw. zu einer Fehl- oder Totgeburt führen würde. Um eine Ausweitung zu vermeiden, soll die PID streng gesetzlich geregelt und immer wieder Kontrollen unterzogen werden.

Das zweite Votum argumentiert für ein Verbot der PID mit der Verantwortung gegenüber dem Embryo in vitro, mit den Folgen, die eine Zulassung für das Embryonenschutzgesetz bedeuten würde, mit der Gefahr einer Ausweitung und dem Druck, der für Eltern von behinderten Kindern und Menschen mit Behinderung entstehen könnte.

Das Sondervotum spricht sich ebenfalls für ein Verbot der PID aus. Einzige Ausnahme: mit dem Leben unvereinbare genetischen Anlagestörungen, die, kurz nach der Geburt des Embryos, zu dessen Tod führen würden. Damit würden eine chancenlose Schwangerschaft und gesundheitliche Risiken für die Frau verhindert.

Den nächsten Teil der Arbeit bildeten die Stellungnahmen der vier Sachverständigen. Prof. Dr. Matthias Herdegen argumentierte, als juristischer Experte, mit Verweis auf verschiedene Gesetze, wie das Elterngrundrecht und das Selbstbestimmungsrecht der Frau, sowie der Systemgerechtigkeit. Er streicht weiters die Vereinbarkeit der PID mit der Europäischen Menschenrechtskonvention heraus.

In ihrer Stellungnahme spricht sich Prof. Dr. Hille Haker für ein Verbot der PID aus. Als Gründe dafür werden im Wesentlichen der Schutz des Embryos und dessen Menschenwürde genannt. Ebenso wird die Sorge um eine Ausweitung vorgebracht.

Dr. Dr. Sigrid Graumann will eine PID nur in solchen Fällen zugelassen sehen, in denen lediglich auf lebens- und entwicklungsunfähige Embryonen untersucht wird. Am meisten gegen eine PID spricht für sie, dass deren Zulassung eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung darstellen könnte.

Prof. Dr. Richard Schröder ist für die PID und macht dies zunächst am Status des Embryos fest. Eine befruchtete Eizelle ist für ihn noch kein vollwertiger Mensch, weshalb ihm auch nicht das gleiche Maß an Schutz und Würde zukommen kann.

Der abschließende Teil der Diplomarbeit behandelte die Argumente, die in der Debatte von den Rednern vorgetragen wurden, und analysierte diese. So zeigte sich dabei, dass die am häufigsten genannten Argumente, der Befürworter des Gesetzesentwurfs zur Regelung der PID, die Verhinderung des Leids der Frauen und Eltern und deren Selbstbestimmungs- und Entscheidungsrecht waren. In der Analyse trat zutage, dass die PID vorwiegend von der Perspektive der betroffenen Frau und der Eltern betrachtet wird und dass diesen in ihrer Not Hilfe angeboten werden sollte.

Die Erfahrungsbeispiele, die vorgebracht wurden, spielten ebenfalls eine bedeutende Rolle.

Die Vertreter des Verbots der PID argumentierten zunächst mit der Würde, die dem Embryo von Anfang an zukommt. Für sie stellt er bereits einen vollwertigen Menschen dar, auch wenn es sich nur um einen Zellhaufen in der Petrischale handelt.

Dessen Schutz bekommt Vorrang vor allen anderen Argumenten. Weiters wurde der Selektions- und Bewertungsgedanke abgelehnt. Ebenso sprach der mögliche Rechtfertigungsdruck von Eltern gegen eine PID und auch die Gefahr der Ausweitung und des Paradigmenwechsels in der Gesellschaft, der zur Diskriminierung von Menschen mit Behinderung führen könnte, wurden als Argumente genannt. In der Analyse ließ sich feststellen, dass die Gegner der PID ganz aufseiten der Embryonen und der Behinderten standen, und ihr Votum wurde von der Sorge, um deren Schutz und der Verletzung ihrer Rechte getragen.

Die Vertreter, des dritten Gesetzesvorschlags, forderten ein Verbot der PID, mit der einzigen Ausnahme, dass sie bei Eltern, mit einer bekannten genetischen Veranlagung zu Erbkrankheiten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Fehl- oder Totgeburt führen würden, erlaubt sein sollte. Ihr Hauptargument, für ein Verbot der PID, war, dass eine Ausweitung unbedingt verhindert werden sollte. Für die enge Begrenzung, mit der einen Ausnahme, sprach, dass es nicht mehr möglich ist, diese Embryonen zu schützen, da sie ohnehin nicht lebensfähig sind.

In der Untersuchung der Debatte, auf den Anteil der persönlichen Erfahrung in den Reden, und deren Bedeutung für die Abstimmung, hat sich ergeben, dass sie bei den Vertretern, des Gesetzesentwurfes zur Regelung der PID, besonders häufig vorkamen. Insbesondere wurden hier Leidenswege von betroffenen Paaren geschildert. Am zweit häufigsten traten sie bei den Gegnern der PID auf und bei den Unterzeichnern, des dritten Gesetzesentwurfes zur begrenzten Zulassung der PID, waren diese kaum vorhanden. Da der Gesetzesentwurf zur Regelung der PID bereits bei der ersten

Abstimmung angenommen wurde, liegt es nahe, dass diese persönlichen Beispiele das bewirkt zu haben scheinen, was von den Rednern beabsichtigt war – emotionale Betroffenheit, die zu dem Wunsch führte, diesen Paaren, durch eine PID, zu helfen.

In wie weit die Meinungen der Experten für die Abstimmung eine Rolle spielte, ließ sich jedoch nicht so einwandfrei feststellen. Klar ist, dass sie den Abgeordneten bekannt waren und hin und wieder auch darauf Bezug genommen wurde. Dennoch ist es weniger wahrscheinlich, dass diese das Ergebnis maßgebend beeinflusst haben.

Diese Diplomarbeit ging über bloße Frage, was PID ist, und bekannte ethische Argumentationen hinaus und behandelte im Detail, wie eine Diskussion in der Realität aussehen kann und wie es, in diesem Fall in Deutschland, zu einer gesetzlichen Regelung kommen kann.

7. Allgemeines Abkürzungsverzeichnis

BGH	Bundesgerichtshof
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
ESchG	Embryonenschutzgesetz
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
FISH	Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung
HLA	Humanes Leukozytenantigen
ICSI	Intrazyttoplasmatische Spermieninjektion
IVF	In-vitro-Fertilisation
PCR	Polymerase chain reaction
PGD	Preimplantation genetic diagnosis
PID	Präimplantationsdiagnostik
PND	Pränataldiagnostik
	PräimpG Präimplantationsdiagnostikgesetz

8. Bibliographie

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/6400, 30.6.2012, URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/064/1706400.pdf> (Stand: 13.8.2012)

Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 105. Sitzung, Berlin, 14.4.2011, Plenarprotokoll 17/105, 11945-11972, URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/17/17105.pdf#P.11945> (Stand: 24.8.2012)

Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 120. Sitzung, Berlin, 7.7.2011, Plenarprotokoll 17/120, 13871-13910, URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/17/17120.pdf#P.13871> (Stand: 24.8.2011)

Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt u.a., in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/5450, 11.4.2011, URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/054/1705450.pdf> (Stand: 13.8.2012)

Gesetzesentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach u.a., in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/5051, 12.4.2011, URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/054/1705451.pdf> (Stand: 13.8.2012)

Gesetzesentwurf der Abgeordneten René Röspel u.a., in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/5452, 12.4.2011, URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/054/1705452.pdf> (Stand: 13.8.2012)

GRAUMANN, Sigrid Dr. rer. nat. Dr. phil., Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am Mittwoch, den 25. Mai 2011 im Deutschen Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, in: Deutscher Bundestag, Ausschuss f. Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0134(3), gel. ESVe zur Anhörung 25.5.11_PID, 24.5.2011, URL: http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/i_PID/Stellungnahmen/17_14_0134_3_.pdf (Stand: 21.8.2012)

HAKER, Hille Prof. Dr., Stellungnahme anlässlich der Anhörung im Deutschen Bundestag zu den Vorlagen zur gesetzlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PID) am 25. Mai 2011, in: Deutscher Bundestag, Ausschuss f. Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0134(2), gel. ESVe zur Anhörung am 25.5.11_PID, 23.5.2011, URL: http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/i_PID/Stellungnahmen/17_14_0134_1_.pdf (Stand: 21.8.2012)

HANDYSIDE, Alan/KONTOGIANNI E. H./HARDY K./WINSTON R. M. L., Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by Y-specific DNA amplification. In: Nature, URL: <http://www.nature.com/nature/journal/v344/n6268/abs/344768a0.html> (Stand: 6.6.2012)

HARPER J.C., WILTON L., TRAEGER-SYNODINOS J., GOOSSENESES V., MOUTOU C., SENGUPTA S.B., PEHLIVAN BUDAK T., RENWICK P., DE RYCKE M., GERAEDTS J.P.M., HARTON G., ESHRE PGD Consortium, 10 years of data collection. Human Reproduction Update, Vol.0, No.0 pp. 1–14, 2012, URL:

http://www.eshre.eu/binarydata.aspx?type=doc&sessionId=rgkdqan2doa0ee55u013gca/Manuscript_10_years.pdf (Stand: 9.6.2012)

HERDEGEN, Matthias Prof. Dr., Stellungnahme zur Anhörung zu den Entwürfen eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (BT-Drucks. 17/5450-5452) am 25. Mai 2011, in: Deutscher Bundestag, Ausschuss f. Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0134(1), gel. ESV zur Anhörung am 25.5.11_PID, 20.5.2011, URL: http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/i_PID/Stellungnahmen/17_14_0134_1_.pdf (Stand: 21.8.2012)

KOLLEK, Regine, Präimplantationsdiagnostik. Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht, Tübingen/Basel : Francke, 2000

Kompaktlexikon der Biologie, Copyright Spektrum Akademischer Verlag, URL: <http://www.wissenschaft-online.de/abo/lexikon/biok/640> (Stand: 26.6.2012)

MIETH, Dietmar, Moral und Erfahrung I. Grundlagen einer theologischen-ethischen Hermeneutik. 4. überarb. und ergänzte Neuauflage, Freiburg, Schweiz : Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 1999

MIETH, Dietmar, Moral und Erfahrung II. Entfaltung einer theologisch-ethischen Hermeneutik, Freiburg, Schweiz : Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 1998

MITTELSTRASS, J., Art.: Erfahrung, I. Philosophisch, in: Lexikon für Theologie und Kirche 3, Freiburg : Herder, 2006

RÖMELT, Johannes, Art.: Erfahrung, III. Theologisch-ethisch, in: Lexikon für Theologie und Kirche 3, Freiburg : Herder, 2006

SCHRÖDER, Richard, Schriftliche Stellungnahme bei der öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 25.5.2012, in: Deutscher Bundestag, Ausschuss f. Gesundheit, Ausschussdrucksache 17(14)0134(4), gel. ESV zur Anhörung am 25.5.11_PID, 25.5.2011, URL: http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/i_PID/Stellungnahmen/17_14_0134_4_.pdf (Stand: 21.8.2012)

STEINKE, Verena/RAHNER, Nils/MIDDEL, Annette/SCHRAER, Angela, Präimplantationsdiagnostik. Medizinisch-naturwissenschaftliche, rechtliche und ethische Aspekte, Freiburg/München : Alber, 2009

Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stellungnahme des Deutschen Ethikrates Präimplantationsdiagnostik, in: Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode, Drucksache 17/5210, 03.03.2011, URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/052/1705210.pdf> (Stand: 17.4.2012)

VERLINSKY, Yury/KULIEV Anver, Practical Preimplantation Genetic Diagnosis, Chicago, USA : Springer, 2005

<http://www.ethik.uni-frankfurt.de/mitarbeiterinnen/haker/index.html> (Stand: 21.8.2012)

<http://www.efh-bochum.de/homepages/graumann/> (Stand: 22.8.2012)

Abstract (deutsch)

Diese Diplomarbeit behandelt die Debatte im Deutschen Parlament zur gesetzlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik.

Die Präimplantationsdiagnostik (PID) ist ein medizinisches Verfahren, bei dem künstlich gezeugte Embryonen, mittels genetischer Tests, auf genetische Veranlagungen untersucht werden. Sie dient dazu, Paaren, mit einer genetischen Disposition zu schwerwiegenden Erbkrankheiten, über eine künstliche Befruchtung, zu einem gesunden Kind zu verhelfen.

Bis zum Juli 2012 war dieses Verfahren in Deutschland verboten. Wegen einem umstrittenen Gerichtsurteil des Deutschen Bundesgerichtshofes im Juni 2010, kam es jedoch zu einer erneuten Diskussion über das Thema der PID und zur Erkenntnis, dass es ein neues Gesetz zur Regelung der PID in Deutschland braucht. Dazu wurde eine öffentliche und interfraktionelle Debatte im Deutschen Bundestag abgehalten, mit dem Ergebnis, dass die PID nun begrenzt zugelassen ist.

Um einen Einblick in den Verlauf der Debatte und die darin vorkommenden Argumente für und gegen eine PID zu bekommen, werden in dieser Arbeit die Gesetzesentwürfe und Stellungnahmen des Deutschen Ethikrates, sowie von Sachverständigen vorgestellt und eine Analyse der Argumente in der Debatte, sowie die Bedeutung von (persönlichen) Erfahrungen für die Entscheidung, vorgenommen.

Aus diesem Grund wird die Rolle der Erfahrung im ethischen Argument in einem eigenen Kapitel philosophisch und theologisch-ethisch behandelt. Dabei nimmt Dietmar Mieths Auseinandersetzung mit diesem Thema einen besonderen Stellenwert ein.

Zusätzlich erfährt der/die LeserIn dieser Diplomarbeit alles über die wichtigsten medizinischen Details des Verfahrens der PID, die dazu nötigen Techniken und Testmöglichkeiten sowie über die geschichtliche Entwicklung und die Risiken.

Im Verlauf dieser Diplomarbeit wird der/die LeserIn einen Einblick in ein hochaktuelles Thema mit vielen ethischen Dilemmas erhalten. Die demokratische Debatte ist sehr intensiv, aber, aufgrund der Sensibilität des Themas, dennoch von gegenseitigem Respekt getragen. Drei unterschiedliche Perspektiven warben hier mit Leidenschaft, aber auch auf bewundernswert objektive Weise, für ihre Lösung zu diesem Problem.

Schließlich ist der/die LeserIn dazu eingeladen, sich ein eigenes Bild zur Problematik

der PID zu machen und sich einen Überblick zu verschaffen, über das breite Spektrum an Argumenten zu diesem Thema.

Abstract (englisch)

This diploma thesis covers the debate of the German Parliament concerning the statutory regulation of pre-implantation genetic diagnosis (PGD).

PGD is a medical procedure in which artificially induced embryos are examined on genetic dispositions using genetic tests. It is designed to help couples with a genetic disposition for a serious hereditary disease to create a healthy child using in vitro fertilisation (IVF).

Up until July 2012 this procedure was prohibited in Germany. Following a controversial judicial decision in June 2010 a public and intergroup debate was again held in the Deutsche Bundestag for the need for PGD, they concluded that new legal regulations were needed and so with controlled use PGD is now permitted.

In order to fully understand this debate a good understanding of the historic development, medical procedures, required techniques, method of testing, and the risks involved in PGD is required and consequently included in this thesis.

To gain an insight into the course of the debate the drafted bills, statements by the German ethics committee and other expert's opinions are introduced. The occurring arguments for and against PGD with an analysis of the arguments is included. An analysis on the influence that personal experience had on individual's decision making is also integrated within this diploma thesis. For this reason the role of experience in an ethical argument is also covered from a philosophical, theological-ethical and in particular Dietmar Mieth's viewpoint in an additional chapter.

During this diploma thesis the reader will gain an insight into this highly topical question with many ethical dilemmas. The democratic debate that occurs is highly intensive yet remains respectful due to the nature of the topic. The solution was campaigned for by three divergent perspectives, they were very passionate but it is commendable that they managed to maintain a healthy level of objectivity. Ultimately the reader is invited to develop their own idea on the problem of PGD by reviewing the broad assembled arguments on this topic.

Lebenslauf

Persönliche Informationen

Name, Vorname:	Fink, Elisabeth
Geburtstag, -ort:	07.04.1987, Wien, Österreich
E-mail:	e_fink@gmx.at

Ausbildung

seit 2006	Studium an der Universität Wien, Kath. Religionspädagogik
2001–2005	BORG Feldbach
1997–2001	Hauptschule Gnas
1993–1997	Volksschule Gnas