

Prof. Dr. Hartmut Kreß, Bonn

## **Einführung in die Stellungnahme der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz zur Präimplantationsdiagnostik vom April 2011**

### **auf der Pressekonferenz im Ministerium der Justiz in Mainz am 5.5.2011<sup>1</sup>**

Zur Präimplantationsdiagnostik besteht zurzeit gesetzlicher Klarstellungsbedarf. Angesichts der aktuellen Debatte hat die Bioethikkommission Rheinland-Pfalz auf Veranlassung der Landesregierung eine Stellungnahme verfasst. Ein Votum lag schon deshalb nahe, weil sich die Kommission in der Vergangenheit mehrmals zur PID geäußert hatte. Dies erfolgte durchgängig in dem Sinn, dass das Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen, die Durchführung geregelt und Rechtssicherheit sowie Transparenz hergestellt werden sollte. Wichtig waren die Stellungnahmen der Kommission von 1999 – überhaupt das erste Votum in der Bundesrepublik, das eine gesetzliche Zulassung und Regelung der PID vorschlug – und aus dem Jahr 2005.

Zurzeit liegen dem Deutschen Bundestag drei Gesetzentwürfe zur PID vor. Das jetzige Votum der Bioethikkommission ist nicht so angelegt, dass es die Gesetzentwürfe direkt kommentiert. In der Sache kann man allerdings sagen, dass das Mainzer Votum dem Gesetzesentwurf nahekommt, der eine deutliche Öffnung vorsieht, also dem Entwurf der Abgeordneten Flach, Hintze u.a. Und vor allem, um das Votum der Bioethikkommission zu charakterisieren und einzuordnen: Deutlich ist die Nachbarschaft zwischen dem Mainzer Votum und der aktuellen Beschlusslage in der Bundesärztekammer. Am 17. Februar 2011 hat die Bundesärztekammer einen Text vorgelegt, der sich ebenfalls für eine normierte Zulassung ausspricht und der besagt, dass Ärzte angesichts der PID besondere Verantwortung tragen und sie sich dieser Verantwortung stellen sollten.

Nun ist das Votum der Bioethikkommission Rheinland-Pfalz bewusst knapp gehalten. Meinerseits hebe ich einige der Hauptpunkte, einige leitende Intentionen hervor.

---

<sup>1</sup> Präimplantationsdiagnostik. Stellungnahme der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, April 2011, im Internet unter [www.justiz.rlp.de](http://www.justiz.rlp.de) → Ministerium → Bioethik.

1. Die ethische Begründbarkeit der PID. Das Verfahren der PID wird weltweit seit ca. 20 Jahren mit gutem medizinischem Erfolg praktiziert. Es geht um Paare, die sich ein Kind wünschen, jedoch aus familiären erblichen Gründen befürchten müssen, ihr Kind werde unter einer schweren, ggf. unheilbaren und unbehandelbaren Krankheit leiden. Die PID bedeutet dann: Am ganz frühen Embryo, in den ersten Tagen noch vor der Einnistung in die Gebärmutter, wird eine genetische Analyse durchgeführt. Diese soll ermöglichen, dass ein Kind geboren wird, das von der konkreten familiären Krankheit unbelastet ist. Das heißt: Der Hintergrund für die PID sind existentielle Krankheits- und Leidenserfahrungen in einzelnen Familien. Hierzu lassen sich zahlreiche Beispiele nennen. Es ist ethisch geboten, den hohen Leidensdruck bei den betroffenen Paaren und ihre begründete Sorge um das Wohl und um die Gesundheit der von ihnen erhofften Kinder ernst zu nehmen.

2. zusätzlich zur ethischen Bewertung: Eine Frau, die am Embryo eine PID durchführen lassen möchte, muss für sich selbst erhebliche Belastungen in Kauf nehmen. Denn die PID, die genetische Analyse am Embryo, kann nur vorgenommen werden, nachdem Embryonen außerkörperlich, durch künstliche Befruchtung / In-vitro-Fertilisation erzeugt worden sind. Eine Frau muss also bereit sein, die Prozedur der In-vitro-Fertilisation zu ertragen, die für sie anstrengend und mit Risiken verbunden ist. Andererseits kann die PID dann ggf. einen großen Vorzug bieten. Der Frau selbst und dem Kind wird eine genetische Diagnostik erspart, die im *späteren* Verlauf der Schwangerschaft stattfindet; und es lässt sich vermeiden, im Problemfall einen späten Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen – an vorgeburtlichen Kindern, die bereits weit entwickelt, reaktionsfähig und schmerzempfindlich sind. Späte Abbrüche sind rechtlich statthaft; ethisch sind sie problematisch; menschlich und existentiell bedeuten sie eine Tragik. Wenn ein Paar die Tötung eines weit entwickelten Fetus durch Spätabbruch vermeiden möchte und sich entschließt, stattdessen einen noch unentwickelten Frühembryo durch PID untersuchen zu lassen, dann sollten Dritte und sollte der Staat dies respektieren. Das gilt erst recht, weil solche Paare in der Regel Erfahrungen mit den Krankheitsbildern haben und unter Umständen bereits tragische Schwangerschaftsabbrüche erfolgt sind. Bei einer Abwägung ist die PID für die Betroffenen dann das geringere Übel.

3. Auseinandersetzung mit Einwänden. Die Bioethikkommission hat sich erneut mit den Einwänden befasst, die gegen die PID erhoben werden. Besonders wurde der Vorbehalt diskutiert, eine Zulassung von PID könne als Diskriminierung Behinderter oder Kranker missverstanden werden; es bestehe die Gefahr, dass sich das gesellschaftliche Klima zulasten von Behinderten verschiebt. So sehr dieser Einwand zu bedenken ist – letztlich kann er es nicht rechtfertigen, dass der Staat die PID verbietet. PID impliziert keinesfalls, dass für Kinder, die behindert geboren worden sind, der Würdeschutz, das Lebensrecht, der Gesundheitsschutz und das Anrecht auf gesundheitliche Versorgung relativiert würden. Dies gilt sowohl ethisch als auch rechtlich. Der erwähnte Einwand – Verschlechterung des gesellschaftlichen Klimas zuungunsten von Behinderten – unterstellt einen gesellschaftlichen Automatismus, der sich nicht belegen lässt; er stellt nach heutigem Stand ein ungesichertes Pauschalurteil dar. Ein hypothetisches Pauschalurteil kann aber nicht die Begründungslast dafür tragen, sich über die individuelle Situation betroffener Paare, über ihre persönlichen Erfahrungen mit schwerer Krankheit hinwegzusetzen, ihnen die PID undifferenziert zu untersagen oder sie faktisch ins Ausland zu schicken.

Daran anknüpfend:

4. Klarstellung und Abgrenzung. Die Bioethikkommission hat sich für eine Zulassung und Regelung der PID ausgesprochen, weil sie Einzelschicksale im Blick hatte, angesichts derer das Verfahren medizinisch begründet ist. Entscheidend ist die Sorge genetischer Risikopaare, ihr Kind werde unter schweren gesundheitlichen Schäden leiden. Anders zugespitzt: Die PID dient nicht der Erfüllung von Wünschen, für die kein medizinischer Bedarf zu nennen ist. Deshalb soll PID z.B. nicht dazu verwendet werden, um (ohne Krankheitsbezug) das Geschlecht eines Kindes auszuwählen und nach Wunsch einen Jungen oder ein Mädchen zur Welt zu bringen. Das Geschlecht ist kein Krankheitsmerkmal. Die Kommission hat auf die *medizinische* Begründbarkeit der PID Wert gelegt.

Hieraus ergibt sich eine weitere wichtige Konsequenz und ein zentrales Anliegen:

5. Zulassung der PID unter Beachtung tragfähiger medizinischer Standards. Wenn die PID in Deutschland gestattet wird, dann sollte dies so erfolgen, dass sie dann auch *lege artis*, nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und gemäß ärztlichem Wissen und Können durchgeführt werden darf. Dies ist eine Bringschuld ge-

genüber der Frau, den Paaren und gegenüber den Kindern, die nach PID geboren werden. Die Bioethik-Kommission hat sich mit dem Thema der medizinischen Standards eingehend befasst und hierzu, darunter auch zu aktuell strittigen Einzelheiten und z.T. abweichend von der Sicht anderer Kommissionen in jüngster Zeit, verschiedene Punkte festgehalten:

- Der Gesetzgeber sollte vorsehen, dass durch außerkörperliche Befruchtung so viele Frühembryonen erzeugt werden dürfen, dass eine PID – je nach Erbgang – auf jeden Fall sinnvoll realisiert werden kann (in der Stellungnahme der Kommission: Nr. 10).
- Die Erfahrungen, die international mit der PID gesammelt worden sind, sollten in der Bundesrepublik beachtet werden. Medizinisch-technisch kann die PID ja unterschiedlich durchgeführt werden, nämlich durch Zellentnahme beim Embryo am 3. Tag oder am Tag 4 oder 5. Aus Sicht der Mainzer Kommission sollte der Gesetzgeber gewährleisten, dass in Deutschland Verfahren statthaft werden, die medizinisch tatsächlich tragfähig und erfolgversprechend sind (in der Stellungnahme der Kommission: Nr. 9).
- Die PID sollte nicht auf bestimmte Krankheiten oder Krankheitstypen eingengt werden. Das bedeutet dann auch: Es greift zu kurz, wenn man sagt, PID dürfe nicht vorgenommen werden, wenn die befürchteten Krankheiten erst nach dem 1. Lebensjahr oder erst nach dem 18. Lebensjahr auftreten. Solche Einengungen und Grenzziehungen, man könnte sagen: solche „Stichtage“ (1. Lebensjahr, 18. Lebensjahr) werden der Realität von Krankheiten nicht gerecht. Manche erbliche Krankheiten, etwa Chorea Huntington, treten meist in späteren Lebensjahren auf – aber es gibt auch frühe Ausprägungen. Was den „Beginn“, das Manifestwerden einer Krankheit anbelangt, so lassen sich schon allein biologisch und medizinisch keine starren Grenzen ziehen. Daher wendet sich die Kommission gegen die aktuellen Vorschläge, die PID pauschal bei sogenannten spätmanifestierenden Krankheiten zu verbieten (in der Stellungnahme der Kommission: Nr. 4).
- Darüber hinaus betont die Kommission noch ein ganz anders gelagertes Anliegen, das oft zu wenig beachtet wird. Es geht um die *dauerhafte* medizinische Qualitätssicherung. Die PID gilt als bewährtes und sicheres Verfahren.

Dennoch ist es medizinisch und ethisch wünschenswert, Erfahrungen mit der PID zu sammeln, sie zu dokumentieren und aufzuarbeiten – und zwar auch Langzeiterfahrungen. Es wäre nützlich, wenn die Bundesrepublik in dieser Hinsicht eine Vorreiterrolle übernehme und wenn hier im Inland Langzeitbeobachtungen mit PID organisiert und ausgewertet würden. Langzeitbeobachtungen an Kindern, die nach PID geboren wurden, kämen dem Gesundheitsschutz und der gesundheitlichen Versorgung aller potentiell Betroffenen auf Dauer sehr zugute. In der Stellungnahme der Kommission wird dies unter Punkt 8 hervorgehoben (unter der Überschrift „Dokumentation“).

6. Rahmenbedingungen. Wie bei anderen Handlungsoptionen lassen sich bei der PID Missbrauch oder ungewünschte Ausweitung nicht ausschließen. Solche Fehlentwicklungen können aber wirkungsvoll verhindert werden: durch prozedurale Regelungen und durch institutionelle Maßnahmen. Daher schlägt die Kommission vor, PID nur von Zentren durchführen zu lassen, die hierfür zertifiziert sind. Darüber hinaus soll eine PID-Kommission in jedem Einzelfall ein Votum abgeben.

Abschließend komme ich auf einen ethischen Kernpunkt zurück.

7. Achtung vor dem Selbstbestimmungsrecht und der Gewissensfreiheit. Die Methode der PID berührt ethisch sensible Sachverhalte. Hierzu gehört der Umgang mit frühem menschlichem Leben. Das Verfahren bringt mit sich, dass krankheitsbelastete Embryonen beiseitegelegt werden und sterben. Es gibt zahlreiche Stimmen, die dies für nicht vertretbar halten – vor allem deshalb, weil der frühe Embryo am Tag 3 oder am Tag 4 oder 5 bereits ein Mensch (im vollen Sinn) sei. Andere Stimmen sagen, dass in dieser früheren Phase noch *kein* wirkliches Menschsein vorhanden ist. Dieser zweiten Auffassung zufolge stellt der frühe, unentwickelte Embryo menschliches Leben dar (human life); aber er ist noch kein entwickelter Mensch im vollen Sinne, noch kein human being. Die zweite, liberalere Sichtweise findet sich zum Beispiel bei zahlreichen Philosophen, Ethikern oder im Judentum. Angesichts dieser unterschiedlichen Standpunkte hat die Bioethikkommission in ihrer Stellungnahme den Akzent auf das Grundrecht auf Selbstbestimmung und auf das Menschenrecht der Gewissensfreiheit gelegt. Wann das Menschsein vorgeburtlich „beginnt“, kann weder vom Staat noch von Religionen noch von Philosophen oder Fachethikern objektiv, eindeutig und endgültig festgelegt werden. Letztlich handelt es sich vielmehr um eine höchstper-

sönliche Überzeugung der einzelnen Menschen, wie sie hierzu urteilen. Sofern bei Kinderwünschpaaren ein genetisches Risiko vorliegt, dann sollte der Staat, der Gesetzgeber ihnen selbst die Entscheidung überlassen, ob sie eine PID in Anspruch nehmen oder nicht. In diesem Sinn heißt es in Punkt 1 der Stellungnahme: „Der Staat hat die Selbstbestimmungsrechte der betroffenen Paare und ihre individuelle Gewissensfreiheit zu achten.“ Zusätzlich kommt es darauf an, die persönliche authentische Entscheidungsfindung der Paare – unter Beachtung ihrer Gewissensfreiheit – durch kompetente und umfassende Beratung zu unterstützen (in der Stellungnahme: Nr. 5). Im Ergebnis: Weil die persönliche Gewissensfreiheit der Betroffenen ethisch und verfassungsrechtlich derart hochrangig ist, schlägt die Kommission vor, die PID zuzulassen, den heutigen Pluralismus moralischer Überzeugungen zu beachten und rechtlich einen Rahmen zu setzen „der den betroffenen Paaren eine individuelle, persönlich verantwortete Gewissensentscheidung ermöglicht“ (so die „Schlussbemerkung“ der Stellungnahme).<sup>2</sup>

**Verfasser:**

Prof. Dr. Hartmut Kreß  
Universität Bonn  
Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik  
Am Hof 1, 53113 Bonn  
[www.sozialethik.uni-bonn.de/kress](http://www.sozialethik.uni-bonn.de/kress)  
E-Mail: [hkress\[at\]uni-bonn.de](mailto:hkress[at]uni-bonn.de)

---

<sup>2</sup> Die Stellungnahme der Bioethik-Kommission enthält ein abweichendes Votum, das auf der Pressekonferenz von Prof. Dr. Gerhard Robbers, Trier, vorgestellt wurde.