

Verfassungsgericht die aktive Sterbehilfe zu. Gleiches gilt für das kommunistische China. Die chinesische Regierung genehmigte 1998 ihren Krankenhäusern, aktive Sterbehilfe zu praktizieren, wenn ein Patient an einer unheilbaren Krankheit leidet.

Der Hamburger Völkerkunde-Professor Bernd Schmelz ist davon überzeugt, dass die weltweite Debatte über Sterbehilfe eigentlich »ein christliches Problem« ist. »Die Befürworter sagen, Sterbehilfe sei human. Die Gegner berufen sich auf die

Wurzeln des Christentums, wo nur Gott über das Sterben bestimmen darf. Knackpunkt ist, dass beide Seiten überzeugt sind, human zu handeln. Aus diesem Dilemma führt kein hundertprozentiger Weg heraus. Man wird nur einen Kompromiss finden können«.



Josef-Thomas Göller (\*1958) war Korrespondent in den USA. Seit 2004 berichtet er als freier Journalist für amerikanische Medien (z.B. THE WASHINGTON TIMES) aus Berlin.

Hartmut Kreß

## Präimplantationsdiagnostik aus ethischer Sicht

Von der Geburt gesunder Kinder nach einer Präimplantationsdiagnostik (PID) wurde erstmals Anfang der 90er Jahre berichtet. Es handelt sich um ein Verfahren, durch das das Anwendungsspektrum der Fortpflanzungsmedizin erweitert wird. Bei einer PID wird an einem frühen Embryo, der sich nach künstlicher Befruchtung (*In-vitro-Fertilisation*) noch außerhalb des Mutterleibes befindet, eine Untersuchung auf eventuelle genetische Schäden vorgenommen. Der Anlass ist ein konkreter schwerwiegender Krankheitsverdacht vor erblichem Hintergrund, z.B. Mukoviszidose oder schwere Muskelerkrankungen. Embryonen, bei denen die befürchtete Krankheitsanlage diagnostiziert wird, werden beiseite gelegt; ein unbelasteter Embryo wird der Mutter übertragen, so dass danach eine normale Schwangerschaft stattfindet. Vorsichtigen Schätzungen zufolge sind in den USA sowie in fünf europäischen Ländern, die dies dokumentiert haben – Belgien, Dänemark, Italien, Frankreich, Großbritannien – bis 2003 mindestens 1.600 Kinder nach PID geboren worden. In der Bundes-

republik Deutschland wird das Verfahren nicht praktiziert, weil es sich mit dem *Embryonenschutzgesetz* vom 1. Januar 1991 nicht vereinbaren lässt.

### Argumente zugunsten der PID

Gewichtige ethische Gründe sprechen dafür, im Inland die gesetzlichen Regeln zu liberalisieren und die PID unter definierten Bedingungen und im begründeten Einzelfall zuzulassen. Dies ergibt sich bereits aus der Perspektive der Frau, die sich ein Kind wünscht, und auch der ihres Partners. Ethisch und verfassungsrechtlich kommt dem Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung ein besonders hoher Rang zu. Das persönliche Selbstbestimmungsrecht ist in Art. 2 Abs. 1 GG so deutlich verankert wie in kaum einer anderen Verfassung. Es bedarf daher einer sehr starken Begründung, wenn es vom Staat eingeschränkt wird. Das Selbstbestimmungsrecht der Frau, das die Fortpflanzungsfreiheit und die Wahl medizinischer Verfahren einschließt, oder anders gesagt die Patientenautonomie, sind Argumente zugunsten der PID.

Darüber hinaus ist auf die Therapiefreiheit und das Ethos des Arztes hinzuweisen. Weil der Arzt auf das Patientenwohl bedacht sein soll, ist er verpflichtet, eine Patientin dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft gemäß zu behandeln.

Vor allem ist zu beachten, dass eine PID dem erhofften Kind zugutekommen und seinem Gesundheitsschutz dienen soll. Das Verfahren hat den Sinn, einem Kind nach seiner Geburt schwere Lasten zu ersparen, die aufgrund einer Krankheitsvorgeschichte in einer Familie konkret zu befürchten sind. Neben der Sorge für das geborene Kind geht es bei der PID ferner um den Schutz des Lebens vor der Geburt; denn das Verfahren trägt dazu bei, dass späte Abtreibungen überflüssig werden. Sofern Krankheitsbesorgnisse vorliegen, lassen Schwangere inzwischen in der Regel eine pränatale Diagnostik durchführen. Diese erfolgt im Umkreis der 12. Schwangerschaftswoche. Wenn die Krankheitsanlage erkannt wird, wird der Fötus häufig abgetrieben. Zu diesem Zeitpunkt ist er organisch aber schon weit entwickelt, unter Umständen sogar schmerzempfindlich und daher in erhöhtem Maß schutzbedürftig. Eine PID findet hingegen ganz frühzeitig in den ersten Tagen des frühembryonalen Seins statt, noch vor der Einnistung des Embryos in die Gebärmutter bzw. vor dem Eintritt der Schwangerschaft. Im Vergleich zur späten Abtreibung nach pränataler Diagnostik ist dies das geringere Übel und das schonendere Verfahren. Es leuchtet nicht ein, dass die Rechtsordnung ausgerechnet die schonendere Methode untersagt.

Im Sinne der Frau, des Arztes und des erhofften Kindes sowie aufgrund der genannten Normen – Selbstbestimmungsrecht der Frau; Therapiefreiheit des Arztes; Gesundheitsschutz und Kindeswohl – ist PID daher legitimierbar. In Deutschland haben sich zu diesem Thema freilich erhebliche Konflikte aufgestaut. Es ist an

der Zeit, sie zu entschärfen und einen rechtlichen Konsens herbeizuführen.

### **Rechtliche Konsensfindung auf der Basis mittlerer Lösungen**

Trotz des heftigen Widerstandes der Katholischen Kirche ist PID in den meisten europäischen Ländern zulässig. Auch für Deutschland läge es nahe, eine »mittlere« Lösung anzustreben: keine unkontrollierte Freigabe – jedoch die Möglichkeit von Einzelfallentscheidungen. Ein solcher Mittelweg empfiehlt sich aus pragmatischen und aus ethischen Gründen. Wie in anderen europäischen Staaten muss sich auch in Deutschland die Rechtsordnung darauf einlassen, dass die Gesellschaft weltanschaulich und moralisch pluralistisch geworden ist. Philosophische, jüdische oder protestantische Voten sowie – ein sehr

wichtiger Punkt – Stimmen aus der Perspektive von Behinderten halten die PID für akzeptabel. In anderen Ländern zeigt sich, dass eine rechtliche Konsensfindung und eine kulturelle Befriedung auf einem mittleren Niveau – zwischen Verbot einerseits und *Laissez-faire* andererseits – erreichbar ist. Ganz unbefriedigend ist es, wenn der moralische Pluralismus, der ja auch bei uns vorhanden ist, dadurch ein Ventil findet, dass Kinderwunschkpaare den Weg ins Ausland antreten und ein Fortpflanzungsmedizin-tourismus einsetzt. Allein in Brüssel haben bis 2005 an deutschen Patientinnen 250 PID-Behandlungen stattgefunden – ein hoher Anteil an den dortigen PID-Behandlungen insgesamt.

### **Gefahr der Ausweitung?**

Nun werden gegen die PID erhebliche Vorbehalte vorgetragen. Ein Einwand lautet, die Methode führe geradezu eigendynamisch zu Ausweitungen. Diese Befürchtung lässt sich jedoch entkräften. Für Belgien, Großbritannien oder Frankreich ist soeben erneut belegt worden, dass dort weder eine unkontrollierte Ausweitung von Indikationen noch eine sprunghafte Zunahme der Fallzahlen stattfanden. Würde man sich in Deutschland entschließen, die PID gesetzlich zu tolerieren, wäre dies also keine Weichenstellung, die zwangsläufig Ausuferungen nach sich zöge. Unerwünschten Auswirkungen kann man im Übrigen durch institutionelle Vorkehrungen, durch Verfahrensregeln und Verfahrenskontrolle wehren. Wie in anderen Staaten sollte PID im Inland nur an qualifizierten Zentren durchgeführt werden. Sinnvoll wäre es, eine Aufsichtsbehörde und ein zentrales Ethikgremium damit zu beauftragen, die Zertifizierung von Zentren vorzunehmen und die medizinischen Angebote zu genehmigen.

Bei den Einwänden, die gegen die PID genannt werden, geht es ferner um den Status und den Schutz des Embryos. In

Deutschland steht dieser Gedanke ganz übermächtig im Vordergrund. Die Voraussetzung für eine PID ist die künstliche Befruchtung und die Erzeugung mehrerer Embryonen außerhalb des Mutterleibes. Eventuell kann dann einmal ein Embryo überzählig bleiben, der entwicklungsfähig wäre. Auf jeden Fall werden die krankheitsbelasteten Embryonen beiseitegelegt oder »verworfen«. Daraus resultiert der Einwand, durch PID würden Embryonen instrumentalisiert und selektiert – was nicht hinnehmbar sei.

### **Embryonenschutz und Gesundheitsfürsorge in der Abwägung**

Zwar kann an dieser Stelle das Thema des Embryonenstatus' nicht umfassend erörtert werden. Im Kern ist aber zu sagen: Die Grundlage für eine Zulassung der PID müsste ein – neu zu gewinnender – rechtlicher Konsens über den Umgang mit Embryonen sein. Dabei sollte der Schutzanspruch des frühen Embryos nicht zu einseitig betont werden. Zur Zeit ist in Deutschland der gesetzliche Embryonenschutz recht rigoros; im Ländervergleich fällt er aus dem Rahmen. Zur Begründung spielt vor allem das Argument der Potenzialität eine Rolle: Der frühe Embryo bzw. der Präimplantationsembryo sei zu schützen, weil er die Fähigkeit besitze, sich aus seinem Genom heraus »zu einem Individuum zu entwickeln« (*Embryonenschutzgesetz* § 8).

Aus ethischer Sicht ist dieser Denkansatz – Schutz des frühen Embryos aufgrund seiner Entwicklungsfähigkeit – freilich zweifelhaft geworden. Ihm liegt ein Naturalismus oder Genetizismus zugrunde, der Probleme aufwirft. Wenn das bloße Vorhandensein der genetischen Information bedeuten soll, dass der frühe Embryo bereits ein Mensch im vollen Sinne sei, dann wird hierdurch das Verständnis des Menschseins geradezu auf die Gene reduziert. Begrifflich und modal-

logisch ist festzuhalten, dass der »potenzielle« Mensch noch kein »wirklicher« Mensch ist. Letztlich beruht das Argument der Potenzialität auf einer Metaphysik, die auf Aristoteles, Thomas von Aquin und das katholische Naturrecht zurückgeht. Ihr zufolge sind einem Lebewesen höhere Wirkkräfte eingestiftet, die dazu führen, dass es sich von innen her zielgerichtet zu seiner vollen Gestalt ausprägt. Im Horizont heutiger Naturwissenschaft hat dieses metaphysische Denkmodell seine Überzeugungskraft jedoch verloren.

Jedenfalls ist zu bedenken, dass gesetzliche Regelungen, auch die gesetzlichen Vorgaben zum Embryonenschutz, für alle Bürger verbindlich sind. Daher sollten sie so überzeugungsfähig wie möglich und in der Sache nachvollziehbar sein. Die Konsequenz wäre es, für den Embryonenschutz einen Ansatz zu wählen, der ethisch vertretbar und naturwissenschaftlich plausibel ist und dem modernen kulturellen sowie moralischen Pluralismus gerecht wird. Der Sache nach ist relevant, dass der frühe Embryo kein bloßes »etwas«, aber auch noch kein »jemand« ist; er ist menschliches Leben (*human life*), aber noch kein Mensch (*human being*), da er noch ganz unentwickelt ist. In den ersten Tagen finden epigenetische Reprogrammierungen statt. Die Einnistung in die Gebärmutter, bildet für die Individuation einen wichtigen Einschnitt. Erst nach der Einnistung in die Gebärmutter, also nach der Implantation, kann sich der Embryo nicht mehr teilen und es können keine Zwillinge mehr entstehen. Menschsein im engeren Sinn der leiblich-seelisch-geistigen Einheit ist anfänglich – in der Präimplantationsphase – noch nicht vorhanden.

Das Ziel der PID ist hochrangig. Es geht um das Vermeiden von Leid, um die Gesundheitsfürsorge und den Gesundheitsschutz für ein erhofftes Kind. Dieses Motiv kann im konkreten Fall so schwer wiegen, dass es sich nahelegt, vor der Implantation

des Embryos vorsorglich eine genetische Diagnostik vorzunehmen und geschädigte Frühembryonen beiseite zu legen.

### Rahmenbedingungen bei einer Zulassung von PID

Sicherlich – bioethische und medizinrechtliche Urteilsfindungen stellen stets eine Gratwanderung dar. Dies betrifft auch die PID. Deshalb ist es unerlässlich, die Rahmenbedingungen zu durchdenken, die bei einer Zulassung zu gelten hätten. Hierzu gehört, das Verfahren nur an zertifizierten Zentren durchführen zu lassen. Darüber hinaus sind Evaluation und Begleitforschung geboten. Die Rückfrage, inwieweit PID ihrerseits eventuell Gesundheitsschäden bewirken könnte (vor allem *Imprinting*-Schäden), sollte der Gegenstand von Langzeitstudien werden. Zudem müsste sichergestellt werden, dass Paare, die eine PID erwägen, umfassend beraten werden, wobei Risiken, Handlungsalternativen sowie medizinische, psychosoziale und ethische Aspekte eine Rolle spielen müssten. Die Beratung soll die Frau bzw. das Paar dabei unterstützen, ihr Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung eigenverantwortlich und gewissenhaft in Anspruch zu nehmen. Insgesamt ist das Fazit zu ziehen, dass die ethische und rechtliche Urteilsfindung zur PID mehrere Normen berücksichtigen muss – neben dem Embryonenschutz auch das Selbstbestimmungsrecht der Frau und vor allem den Gesundheitsschutz des erhofften Kindes, also das Kindeswohl. So betrachtet kann die PID in Einzelfällen als medizinisch zweckmäßig und als ethisch begründbar gelten. Daher sollte das Verfahren auf gesetzlicher Grundlage statthaft werden.



Hartmut Kreß (\*1954)  
ist Professor für Systematische  
Theologie in der Evangelisch-Theologischen  
Fakultät der Universität  
Bonn.  
[hkress@uni-bonn.de](mailto:hkress@uni-bonn.de)