

Diskussionen und Positionen
zur Präimplantationsdiagnostik
vor der Entscheidung
im Bundestag

Lebensunwertes menschliches Leben?

Matthias Gierth

Es war ein echter Paukenschlag. Als der Bundesgerichtshof in Leipzig am 6. Juli 2010 seine lang erwartete Entscheidung zur Präimplantationsdiagnostik (PID) verkündete, herrschte in der Republik weithin Erstaunen. Über viele Jahre hatte in der politischen, wissenschaftlichen und ethischen Debatte Einigkeit darin bestanden, dass die PID in Deutschland nach dem geltenden Embryonenschutzgesetz (ESchG) verboten ist. Eindeutig heißt es in Paragraph 1, Absatz 2 des aus dem Jahr 1990 stammenden Gesetzes: „Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer es unternimmt, eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt.“ Und Paragraph 2 hält fest: Ebenfalls bestraft wird, „wer einen extrakorporal erzeugten menschlichen Embryo veräußert oder zu einem nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck erwirbt oder verwendet“. Bei der PID jedoch wird gerade an Embryonen, die im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation entstanden sind, im Alter von wenigen Tagen eine genetische Untersuchung vorgenommen. Nur jene befruchteten Eizellen, bei denen bestimmte Dispositionen für Erbkrankheiten oder chromosomale Veränderungen ausgeschlossen werden, überträgt man in die Gebärmutter der Frau. Die übrigen Embryonen sind dem Untergang anheimgegeben.

Nichtsdestotrotz hält der Bundesgerichtshof fest: Die nach extrakorporaler

Befruchtung beabsichtigte PID und also die Untersuchung auf schwere genetische Schäden „begründet keine nach dem Embryonengesetz strafbare Verwendung menschlicher Embryonen“. Der Fünfte Senat fügt allerdings an, seine Interpretation führe nicht zur Zulässigkeit einer „unbegrenzten Selektion anhand genetischer Merkmale“. Vielmehr gehe es allein um die Untersuchung auf „*schwerwiegende* genetische Schäden“. Dies gelte etwa nicht für die „Absicht der Selektion von Embryonen zum Zwecke der Geschlechtswahl“. Sie werde eindeutig durch das Embryonenschutzgesetz verurteilt. Im Zweifel ist der BGH dagegen, ob eine Untersuchung des Embryos auf spät manifestierende Krankheiten zulässig ist. In der Urteilsbegründung heißt es dazu, der Senat habe „nicht zu entscheiden“, ob die Absicht gesetzeswidrig ist, „genetische Eigenschaften des Embryos für eine Erkrankung festzustellen, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik erst nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres ausbricht“. Dies lasse unberührt, dass „eine eindeutige gesetzliche Regelung der Materie wünschenswert wäre“.

Dass es überhaupt zu einer höchstgerichtlichen Befassung mit der PID kam, lag an einer Eigenanzeige eines Berliner Gynäkologen. Der Mediziner hatte in den Jahren 2005 und 2006 drei Elternpaaren mit schwerer genetischer Vorbelastung die von ihnen erbetene genetische Untersuchung acht extrakorporal befruchteter Embryonen nicht verweigert, sondern

eine PID durchgeführt. Nur die gesunden Embryonen pflanzte er in den Mutterleib ein. Embryonen mit Gendefekten ließ er sterben. Sein Vorgehen teilte der Arzt anschließend den Strafverfolgungsbehörden mit. Nach damaliger landläufiger Rechtsauffassung hätten die Verstöße gemäß Embryonenschutzgesetz mit bis zu drei Jahren Haft geahndet werden müssen. Fast viereinhalb Jahre dauerte das Gerichtsverfahren, an dessen Ende der Gynäkologe freigesprochen wurde. Eines der drei Paare bekam tatsächlich ein gesundes Kind.

Gremium unter Schröder

Die Diskussion um die ethische Zulässigkeit der PID dauert in Deutschland gleichwohl schon viele Jahre länger. So hatte bereits die Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestags in ihrem Abschlussbericht im Mai 2002 ausführlich zur PID Stellung bezogen. Der Nationale Ethikrat legte 2003 eine eigene Stellungnahme unter dem Titel „Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft“ vor. Das damalige Mehrheitsvotum des von Bundeskanzler Gerhard Schröder (SPD) handverlesenen Gremiums sah mit fünfzehn zu sieben Stimmen eine begrenzte Zulassung der PID vor. So sei die PID ethisch und verfassungsrechtlich „vertretbar, wenn sie von Paaren mit einem bekannten hohen genetischen Risiko in Anspruch genommen wird“. Die Entscheidung löste bei den Kritikern der PID einen Sturm der Entrüstung aus. Dazu gehörten damals neben der evangelischen und der katholischen Kirche auch der Deutsche Ärztetag, die Bundesärztekammer sowie zahlreiche Behindertenverbände.

Die deutschen Frauenärzte dagegen begrüßten das Votum. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Klaus Diedrich, erklärte nach der Bekanntgabe des

Votums, eine Zulassung von PID bei strenger Indikation sowie deren Durchführung in nur wenigen Zentren „zielt in die richtige Richtung“.

Vermutlich dürfte Diedrich dabei auch sein eigenes Institut im Hinterkopf gehabt haben. Der heute 65-Jährige leitet seit vielen Jahren die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Lübeck. Er ist seit Jahrzehnten einer der Wortführer und energischer Verfechter der Zulassung der PID. Diedrich selbst betont, es sei das Leid von genetisch vorbelasteten Paaren, denen er in seiner täglichen Arbeit begegne, die ihn in seiner Auffassung bestärkten. Der Streit um die PID werde viel zu wenig aus der Sicht der Betroffenen geführt. Auch habe sich längst ein PID-Tourismus ins Ausland etabliert. Da fast alle europäischen Nachbarländer die PID eingeführt hätten, reisten deutsche Paare eben nach Belgien oder Frankreich.

Ausweitung der Anwendungsbereiche

Wie viele Paare tatsächlich betroffen sind, dazu gibt es keine genauen Statistiken. Schätzungen gehen davon aus, dass bei einer begrenzten Zulassung maximal 150 Paare in Deutschland für eine PID jährlich infrage kämen. Weltweit werden pro Jahr mehr als 600 000 Zyklen zur In-vitro-Fertilisation durchgeführt, bei etwa 2000 kommt es zur Anwendung der PID. Im europäischen Ausland sind die Anwendungszahlen unterschiedlich. Während Belgien eine relativ hohe PID-Rate von dreiunddreißig Fällen pro eine Million Einwohner aufweist, sind es in Großbritannien nur 3,6 Fälle.

Deutlich festzustellen ist freilich, dass dort, wo die PID zulässig ist, die Anwendungsbereiche ausgeweitet werden. Technische Machbarkeit und Kosten bestimmen letztlich, was gemacht wird. Zwar ist die PID nicht geeignet, wie auch Klaus Diedrich nicht müde wird zu betonen, Designerbabys von der Haarfarbe

bis zur Schuhgröße zu kreieren. Aber in Belgien kommt die PID mittlerweile schon bei fünfzig monogenen Erkrankungen zum Einsatz. So kann der Embryo unter anderem auf das Down-Syndrom (Trisomie 21), Chorea Huntington, Cystische Fibrose (Mukoviszidose), die Bluterkrankheiten Hämophilie A und B sowie Sichelzellanämie untersucht werden. Und in Frankreich ist erst kürzlich das erste „Rettungsgeschwisterkind“ zur Welt gekommen: Mittels PID wurde ein Embryo ausgewählt und der Mutter eingepflanzt, der seinem an einer tödlichen Bluterkrankung leidenden Bruder bei einer Stammzelltherapie als Nabelschnurblutspender genetisch eines Tages optimal wird helfen können.

Es ist daher ein gewichtiges Argument der Gegner, dass, wer die PID heute zulässt, morgen das Ausmaß der Anwendungen kaum mehr eingrenzen kann. Wie soll verhindert werden, dass – entsprechende Fortschritte der Medizin vorausgesetzt – in naher Zukunft nicht auch ein genereller Check am Embryo ohne familiäre Vorbelastung der Eltern vorgenommen wird? Die Geschichte der Pränataldiagnostik (PND), der Untersuchung von Zell- und Gewebematerial des Embryos im Mutterleib, bestätigt nur solche Bedenken. Was als Diagnosemaßnahme bei einigen wenige Risikoschwangerschaften begann, hat sich heute als flächendeckende Standarduntersuchungsmethode etabliert.

Eigendynamik der In-vitro-Vertilisation

Ohnehin ist die In-vitro-Fertilisation selbst zu einem großen medizinisch-technischem Komplex geworden, die einer eigenen Dynamik unterliegt. 70 000 Behandlungen werden in Deutschland jährlich durchgeführt. Wer wagt da noch zu fragen, ob nicht Paare, die auf natürlichem Weg keine Kinder bekommen können oder mit hoher Wahrscheinlich-

keit ein behindertes Kind zur Welt bringen, auch ohne Nachwuchs ihr Lebensglück finden können?

Immerhin fragen noch Moralthologen wie der katholische Freiburger Ethiker Eberhard Schockenhoff. Die Sehnsucht von Paaren nach einem Kind versteht Schockenhoff, der Mitglied im Nationalen Ethikrat ist, natürlich. Auch deren Betroffenheit angesichts drohender Behinderungen ihres Kindes kann er nachvollziehen. Allerdings weist Schockenhoff darauf hin, dass es mehr Betroffene als nur das Elternpaar gibt: Denn die PID bedeute ja nicht das Ausmerzen von Krankheiten, sondern die Selektion von Menschen. Das Recht eines Paares auf Fortpflanzung sei unbestritten. Doch es gibt, so Schockenhoff, kein Recht auf ein gesundes Kind.

Den Eltern stellt der Wissenschaftler den Embryo gegenüber, einen Menschen „ganz am Beginn seiner persönlichen Freiheitsgeschichte“. Wie bei allen anderen bioethischen Fragestellungen kommt damit auch hier die Frage nach dem ontologischen Status des Embryos ins Spiel. Ist die befruchtete Eizelle von Anfang an Träger der Menschenwürde, ist es mit eben jener Würde unvereinbar, in der Petrischale gezeugt, auf genetische Defekte untersucht und im Fall einer Auffälligkeit der Mutter nicht eingepflanzt, sondern verworfen zu werden.

Vergleich mit der Pränataldiagnostik

Befürworter der PID weisen an dieser Stelle gerne auf Wertungswidersprüche hin. Sie argumentieren, es sei besser, einen Embryo „auf Probe zu befruchten“ und gegebenenfalls zu verwerfen, als eine „Schwangerschaft auf Probe“ einzugehen und nach einer – hierzulande legalen – Pränataldiagnostik in einem viel späteren Entwicklungsstadium des Embryos abzutreiben. Tatsächlich lässt es die deutsche Gesetzeslage zu, dass nach der Feststellung einer Behinderung des Embryos

im Mutterleib die Mutter mittels der medizinischen Indikation eine Abtreibung durchführen lassen kann, wenn ihr selbst aus gesundheitlichen Gründen die Austragung des Kindes nicht zugemutet werden kann. Dies ist sogar bis unmittelbar vor der Geburt erlaubt.

Dennoch scheint vielen Ethikern eine Zulassung der PID analog zur PND nicht vertretbar. Die PND dient der Vorsorge und damit dem Schutz von Mutter und Kind während der Schwangerschaft. Erst in einer Konfliktlage, bei der das Leben oder die Gesundheit der Mutter bedroht ist, wird ein Schwangerschaftsabbruch vom Gesetzgeber als nicht rechtswidrig eingestuft. Eine solche Konfliktlage besteht bei einer PID jedoch nicht, da zum einen noch gar keine Schwangerschaft eingetreten ist, zum anderen die PID nicht zum Schutz von Mutter und Kind, sondern zur Selektion von Embryonen aufgrund bestimmter Merkmale angewendet wird.

Diskriminierung behinderter Menschen

Doch nicht nur der Embryo in der Petrischale steht als Betroffener dem Elternpaar mit Wunsch nach einem gesunden Kind gegenüber. Moraltheologe Schockenhoff warnt, auch Menschen mit Behinderung in der Debatte nicht zu vergessen. Keineswegs zufällig wehren sich Behindertenverbände in Deutschland massiv gegen eine Einführung der PID. Tatsächlich scheint die Gefahr groß, dass mit Einzug der PID die Stellung behinderten Lebens in der Gesellschaft erneut zuungunsten von behinderten Menschen verschoben wird. Schon heute erfahren Eltern und insbesondere Frauen sozialen Druck, Kinder mit Behinderung nicht zu gebären, da es doch „Möglichkeiten gäbe, dies zu verhindern“. Lässt der Staat die PID zu, stuft er selbst bestimmte Krankheitsbilder als lebensunwert ein. „Welch ein Schlag ins Gesicht jener Behinderten,

die mit eben jener Gesundheitseinschränkung leben!“, so Schockenhoff.

Allen – guten – Argumenten von PID-Gegnern zum Trotz, kann nicht übersehen werden, dass jüngere Stellungen sich vielfach für eine begrenzte Zulassung der PID aussprechen. Dies gilt etwa für ein vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedetes Memorandum, das im Mai auch auf dem Deutschen Ärztetag zur Abstimmung stehen wird. Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina hat eine „Ad-hoc-Stellungnahme“ zur PID vorgelegt und für die Einführung votiert. Auffällig ist darin eine teils recht oberflächliche Auseinandersetzung mit gewichtigen Bedenken.

So hält die Leopoldina-Stellungnahme zum Problem der Diskriminierung Behinderter lapidar fest: „Im Übrigen sind nach allen bisherigen Erfahrungen negative Auswirkungen auf Integration und Unterstützung geborener Menschen mit erblichen Krankheiten von einer PID-Zulassung ebenso wenig zu erwarten, wie sie bisher durch die PND-Praxis eingetreten ist.“ Schön wäre es. Tatsächlich hat die PND-Praxis unter anderem dazu geführt, dass Trisomie-21-Kinder immer seltener überhaupt noch zur Welt kommen. Der Appell der Autoren: „Einem respektlosen Verhalten gegen Menschen mit Behinderungen oder gegen ihre Eltern ist jedenfalls entgegenzuwirken“ wirkt da einigermaßen hilflos. Anfang März hat sich auch der Nationale Ethikrat nochmals mit der PID befasst. Die Angehörigen des Gremiums konnten sich nicht auf eine einheitliche Linie einigen. Dreizehn von 26 Mitgliedern hielten die PID unter bestimmten Einschränkungen für ethisch gerechtfertigt, elf befürworteten ein Verbot, ein Mitglied enthielt sich.

Die Politik hat die Vorlage, die der Bundesgerichtshof mit seiner Entscheidung vom Juli letzten Jahres gegeben hat, nach einigem Zögern engagiert aufge-

nommen. Vor allem die C-Parteien, besonders die CDU, sind ihrem eigenen Anspruch durchaus gerecht geworden. Auf dem CDU-Parteitag in Karlsruhe Mitte November erlebten die Christdemokraten eine Debatte, wie man sie auch anderen Parteien gelegentlich wünschen würde. Dreieinhalb Stunden diskutierten die Delegierten, teils emotional heftig bewegt, teils nachdenklich-leise, über die PID. Während Generalsekretär Hermann Gröhe und Unionsfraktions-Chef Volker Kauder für ein Verbot warben, traten Arbeitsministerin Ursula von der Leyen und Familienministerin Kristina Schröder für eine begrenzte Freigabe ein. Angela Merkel hatte sich schon zuvor gegen eine Zulassung ausgesprochen. So hatte es auch das Grundsatzprogramm der Union im Jahr 2007 formuliert. Am Ende votierten 408 Delegierte gegen die PID, 391 dafür.

Drei Anträge im Bundestag

Eine ähnlich knappe Entscheidung dürfte auch im Deutschen Bundestag fallen. In erster Lesung sind drei fraktionsübergreifende Anträge eingebracht, mit denen die ganze Bandbreite der Haltungen zur PID abgedeckt ist. Es ist kaum erstaunlich, dass der ehemalige CDU-Generalsekretär Peter Hintze, der in der Union seit Jahren für einen biopolitisch liberalen Kurs ficht, auch diesmal zusammen mit den Abgeordneten Ulrike Flach (FDP), Carola Reimann (SPD) und anderen einen Antrag anführt, der sich für eine Freigabe der PID „in engen Grenzen“ ausspricht. Doch so „eng“, wie man suggeriert, sind die Grenzen in diesem Gesetzesvorschlag keineswegs. So darf danach eine PID auch dann durchgeführt werden, wenn die Krankheit erst spät manifestiert. Dazu zählen etwa Chorea Huntington oder Erkrankungen aufgrund einer Brustkrebs-Disposition. Auch soll es nach dem Hintze-Entwurf zulässig sein, nach Trisomien oder Monosomien zu suchen, ohne dass

eine Disposition bei einem oder beiden Elternteilen vorliegen muss.

Eine tatsächlich enge Zulassung der PID sieht dagegen der Gesetzesentwurf der Abgeordneten Rene Rösper (SPD), Priska Hinz (Grüne), Patrick Meinhardt (FDP) und Bundestagspräsident Norbert Lammert (CDU) vor. Danach wird die PID „ausnahmsweise zugelassen für Paare, die eine genetische Vorbelastung dafür haben, dass Schwangerschaften in der Regel mit einer Fehl- oder Totgeburt oder dem sehr frühen Tod des Kindes innerhalb des ersten Lebensjahres enden“. Die Initiatoren wollen damit die *Lebensfähigkeit* und nicht den *Lebenswert* oder den Grad einer Behinderung zum zentralen Maßstab machen. Mediziner wie Klaus Diedrich fragen allerdings nicht zu Unrecht, wer überhaupt eine Aussage darüber treffen wolle und könne, welche Schwangerschaft zu einer Totgeburt oder dem Tod des Kindes im ersten Lebensjahr führe.

Beiden Anträgen gegenüber steht ein dritter Gesetzesvorschlag, der ein Totalverbot der PID festschreiben will. Er wurde von Volker Kauder und der gesundheitspolitischen Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen, Birgitt Bender, initiiert. In ihrem Eckpunktepapier heißt es, die „durch Legalisierung der PID gesetzlich legitimierte Selektion vor Beginn der Schwangerschaft“ würde einen „Paradigmenwechsel“ darstellen. Eine Gesellschaft, in der der Staat darüber entscheide oder andere darüber entscheiden lasse, „welches Leben gelebt werden darf und welches nicht“, verliere ihre Menschlichkeit.

Orientierung für eine Gewissensentscheidung?

Die Mehrheitsverhältnisse im Bundestag im Vorfeld einschätzen zu wollen erscheint mehr als riskant. Auch haben frühere Abstimmungen über lebensrechtliche Fragen gezeigt, wie entscheidend der

Abstimmungsmodus selbst für das Zustandekommen des Ergebnisses ist. So setzte sich durch die Reihenfolge der Abstimmungen bei der Patientenverfügung etwa der liberalste Antrag durch, obwohl das vorher kaum ein Beobachter für möglich gehalten hatte.

Als Abgeordneter für die bevorstehende Gewissensentscheidung Hilfe bei den christlichen Kirchen zu bekommen ist indes schwer. Zwar haben sich die katholischen Bischöfe strikt gegen die Zulassung der PID ausgesprochen. Aus der evangelischen Kirche aber sind, äh-

lich wie bei anderen bioethischen Fragen der letzten Zeit, verhaltene Töne zu hören. Mit seinem Aufruf zu einer „offenen Diskussion“ um die PID hat der EKD-Ratsvorsitzende Nikolaus Schneider den bisherigen ökumenischen Schulterschluss bei der PID-Ablehnung verlassen. Im Februar veröffentlichte der Rat der EKD eine Erklärung, in der er sich dafür ausspricht, am Nein zur PID festzuhalten. Dort wird aber genauso gefragt, ob nicht auch eine Nichtzulassung der PID Menschen nicht oder kaum Erträgliches zumutet.

Glossar

Präimplantationsdiagnostik (PID): zytologische und molekulargenetische Untersuchungen, die dazu dienen, bei einem durch in-vitro-Fertilisation erzeugten Embryo bestimmte Erbkrankheiten und Besonderheiten der Chromosomen vor der Implantation zu erkennen, also bevor der Embryo in die Gebärmutter eingepflanzt wird. Zweck der Diagnose ist, eine Hilfe für die Entscheidung zu geben, ob der Embryo in die Gebärmutter eingepflanzt oder verworfen werden soll. Üblicherweise wird am dritten Tag nach der Befruchtung eine **totipotente Zelle** des Embryos entnommen (**Blastomerbiopsie**). Der Embryo befindet sich zu diesem Zeitpunkt im 4- bis 8-Zell-Stadium. Eine Entnahme nach fünf bis sechs Tagen wird als **Blastozystenbiopsie** bezeichnet. Zu diesem Zeitpunkt sind die Zellen des Embryos nur noch **pluripotent**. Nach der Entnahme der Zelle wird das Genom extrahiert und auf das Vorhandensein genetischer Besonderheiten mittels FisH-Test oder anderer molekulargenetischer Methoden untersucht

Pränataldiagnostik: (pränatal = vor der Geburt) Untersuchungen des ungeborenen Kindes und der Schwangeren zur auch Früherkennung von Krankheiten (z. B. Ultraschall-, Fruchtwasseruntersuchung).

totipotente Zellen: In der Zellbiologie werden Zellen dann als totipotent bezeichnet, wenn sie in geeigneter Umgebung (Gebärmutter) noch zu kompletten Individuen heranwachsen können.

pluripotente Zellen: Stammzellen mit der Fähigkeit, sich zu Zellen der drei Keimblätter (Ektoderm, Entoderm, Mesoderm) und der Keimbahn eines Organismus zu entwickeln. Sie können zu jedem Zelltyp eines Organismus differenzieren, da sie noch auf keinerlei bestimmten Gewebetyp festgelegt sind. Jedoch sind sie, im Gegensatz zu totipotenten Stammzellen, nicht mehr in der Lage, einen gesamten Organismus zu bilden.

Nidation: Einnistung (nach lat. nidus, Nest) der befruchteten Eizelle im Stadium der **Blastozyste** in die Gebärmutterschleimhaut. **Blastozyste** – von griech.: blastos („Sproß“, „Keim“) und kystis („Blase“), auch als Keimbläschen bezeichnet – ist jenes Entwicklungsstadium der Embryoentwicklung, die unmittelbar vor der Einnistung in die Gebärmutter auftritt.

Blastozystenbiopsie: Entnahme von Zellen des Nährgewebes (= **Trophoblastzellen**), die später nicht den Embryo selbst, sondern den embryonalen Anteil der Plazenta bilden.

Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI): Methode der **künstlichen Befruchtung**. Dabei wird die Samenzelle des Mannes direkt in das Zytoplasma (Ooplasma) einer Eizelle eingespritzt. Ein Scheitern der Befruchtung kann annähernd ausgeschlossen werden.

Fetozid: absichtliches Töten eines oder mehrerer Föten im Mutterleib.

Quellen: Wikipedia / www.zytogenetikforum.at