

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Peltonen, L. / McKusick, V. A.: Dissecting human disease in the postgenomic era. In: Science 291 (2001), S. 1224–1229.

<sup>2</sup> Rimoin, D. L. / Connor, J. M. / Pyeritz, R. E. / Korf, B. R.: Nature and frequency of genetic disease. In: Rimoin, D. L. / Connor, J. M. / Pyeritz, R. E. / Korf, B. R. (Hrsg.): Emery and Rimoin's principles and practice of medical genetics. 4. Aufl. Churchill Livingstone, New York 2002, S. 55–59.

<sup>3</sup> Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen. In: Dtsch Ärztebl 95 (1998), A3236–3242.

<sup>4</sup> Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik e.V.: Stellungnahme zur vorgeburtlichen Diagnostik und zum Schwangerschaftsabbruch. In: Med Genetik 5 (1993), S. 176.

<sup>5</sup> Rietschel, M. / Rudnik-Schöneborn, S. / Zerres, K.: Psychosoziale und ethische Probleme am Beispiel spinaler Muskelatrophien – Einstellung Betroffener und betroffener Eltern. Ergebnisse einer Untersuchung. In: Zerres, K. / Rüdel, R. (Hrsg.): Selbsthilfegruppen und Humangenetiker im Dialog. Erwartungen und Befürchtungen. Stuttgart 1993, S. 129–136.

<sup>6</sup> ESHRE preimplantation genetic diagnosis consortium: Data collection III (may 2001). In: Human Reproduction 17 (2002), S. 233–246.

<sup>7</sup> Bundesärztekammer: Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik. In: Dtsch Ärztebl 97 (2000), B-461–464.

<sup>8</sup> Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik e.V.: Positionspapier der Gesellschaft für Humangenetik e.V. In: Med Genetik 8 (1996), S. 125–131.

<sup>9</sup> Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik e.V.: Stellungnahme zur vorgeburtlichen Diagnostik und zum Schwangerschaftsabbruch. In: Med Genetik 5 (1993), S. 176.

<sup>10</sup> Klee, E. / Liebner, B. (Hrsg.): Ortun und Erhard Schott. Verspottet als Liliputaner, Zwerge, Clowns. München 1983.

<sup>11</sup> Zerres, K., Humangenetische Beratung. In: Dtsch Ärztebl 100 (2003), A2720–2727.

## Fortpflanzungsfreiheit und verantwortliche Elternschaft Zur ethischen Problematik der Präimplantationsdiagnostik

Eberhard Schockenhoff

Die politische, rechtliche und ethische Debatte um eine Zulassung der sogenannten Präimplantationsdiagnostik (PID), die von der vorherrschenden Auslegung des Embryonenschutzgesetzes in Deutschland als verboten angesehen wird<sup>1</sup>, ist derzeit in vollem Gang. Ihre Erprobung und einzel-fallbezogene Zulassung wurde zunächst von lokalen (Medizinische Fakultät der Universität Lübeck) oder regionalen (Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz) Ethikkommissionen empfohlen. Innerhalb der Ärzteschaft traten allerdings unterschiedliche Sichtweisen in der Bewertung hervor. Während ein vorläufiger Richtlinienentwurf der Bundesärztekammer bereits 1999 die begrenzte Zulassung der PID bei der nachgewiesenen Gefahr schwerster Missbildungen insbesondere im Fall eines Wiederholungsrisikos befürwortete<sup>2</sup>, lehnte der deutsche Ärztetag im Jahr 2002 die Einführung der PID aus medizinischen Gründen ab.

Ähnlich unterschiedlich äußerten sich auch die von der Politik installierten Beratungsgremien des Parlaments und der Bundesregierung. Die Mehrheit der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ empfiehlt dem deutschen Gesetzgeber an dem bislang geltenden Verbot der PID festzuhalten, da diese die Menschenwürde gemäß Art. 1 Abs. 1 sowie das Recht auf Leben gemäß Art. 2

Abs. 2 GG verletzt.<sup>3</sup> Dagegen befürwortet eine Minderheit, die PID „für hilfeschuchende Paare mit einem nachweisbar hohen genetischen Risiko“ auf der Grundlage eng umschriebener Beschränkungen zuzulassen.<sup>4</sup> Die Sorge, die PID könne die Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen in unserer Gesellschaft beeinträchtigen, weist dieses Votum mit dem Argument zurück, ein solcher Zusammenhang sei empirisch nicht belegbar und auch in den Ländern nicht zu erkennen, in denen eine PID bereits angeboten wird.<sup>5</sup> Demgegenüber findet sich unter den Mitgliedern des Nationalen Ethikrates nur eine Minderheit, die für die Beibehaltung und Präzisierung des Verbots der PID eintritt, während in diesem von der Bundesregierung ernannten Gremium die Mehrheit der Mitglieder eine begrenzte Zulassung der PID empfiehlt, wobei die Zulassungskriterien weiter gefasst sein sollen, als dies in dem entsprechenden Minderheiten-Votum der Enquete-Kommission der Fall ist.<sup>6</sup>

Aus ethischer Sicht soll die Forderung nach einer Zulassung der PID mit dem Hinweis auf die elterliche Fortpflanzungsfreiheit und die Verpflichtung des ärztlichen Berufsstandes begründet werden unzumutbares menschliches Leid abzuwenden. Daneben findet sich häufig eine pragmatische Rechtfertigung, wonach eine Gesellschaft, die den Schwangerschaftsabbruch nach vorangegangener Pränataldiagnostik (PND) zumindest duldet, den von genetischen Risiken betroffenen Paaren die PID nicht vorenthalten dürfe, da diese die gleichen Zielsetzungen verfolge und im Vergleich zum späteren Schwangerschaftsabbruch als das geringere Übel anzusehen sei. Die rechtliche Möglichkeit einer „Schwangerschaft auf Probe“, die das bestehende Gesetz nicht verhindern kann, wird dabei als Ausgangspunkt für eine normative Schlussfolgerung verwendet, die einzelnen Paaren im Rahmen der Inanspruchnahme ihrer autonomen Fortpflanzungsfreiheit das Recht zur „Zeugung auf Probe“ zuspricht. Unterstützt wird dieser Analogieschluss durch

das Argument, die PID bringe eine geringere Belastung sowohl für die Schwangere als auch für die verworfenen Embryonen mit sich, da der selektierende Eingriff zu einem früheren Zeitpunkt *vor* dem Mutterleib als in einem späteren Entwicklungsstadium des Embryos *im* Mutterleib erfolge.<sup>7</sup>

Der Ansatz bei der Fortpflanzungsfreiheit individueller Paare und dem ärztlichen Auftrag schwerste Leidenszustände abzuwenden sowie der Hinweis auf den angeblichen Wertungswiderspruch innerhalb der geltenden Rechtslage scheinen die Forderung nach einer begrenzten Zulassung der PID plausibel begründen zu können. Dieser Eindruck erweist sich bei näherer Betrachtung jedoch als irreführend, denn eine umfassende ethische Bewertung darf nicht allein auf die Zielsetzung abstellen, Risikopaaren den Wunsch nach einem gesunden, genetisch eigenen Kind zu erfüllen. Vielmehr muss sie auch ein Urteil über die zu diesem Ziel führende Methode enthalten und darf zudem eine realistische Bewertung der zu erwartenden Folgen nicht ausklammern. Es genügt daher nicht bei der Beurteilung einzelner Methoden der Fortpflanzungsmedizin allein auf die Intentionen der Handlung abzustellen, deren Hochrangigkeit (wie der elterliche Kinderwunsch) in unseren moralischen Intuitionen problemlos verankert erscheint. Statt diese im Allgemeinen anerkennenswerten Intentionen von dem zu ihrer Verwirklichung erforderlichen Verfahren und den damit verbundenen Folgen zu trennen, erfordert ein umfassender Bewertungsansatz die Einbeziehung aller ethischen Urteilkriterien. Die Bewertung eines bestimmten reproduktionsmedizinischen Verfahrens muss daher aus ethischer Sicht sowohl die angestrebten Ziele als auch die übrigen Einzelschritte der gewählten Methode sowie die erkennbaren oder zu erwartenden Folgen berücksichtigen. Daneben bedürfen auch die empirischen Prämissen der erwähnten Argumentation zugunsten einer begrenzten oder offenen Zulassung der PID der Überprüfung. Sie müs-

sen aus medizinischer Sicht auch mit der Überlegung konfrontiert werden, ob die PID tatsächlich eine für die Frau schonende Technik darstellt, was im Blick auf die psychischen und körperlichen Belastungen und die geringe Erfolgsrate des Verfahrens von Seiten der feministischen Kritik mit guten Gründen in Zweifel gezogen wird.<sup>8</sup>

### 1. Die Zielsetzung der PID

Ein ethischer Begründungsansatz, der von der reproduktiven Autonomie von Paaren und Schwangeren („procreative liberty“, „reproductive autonomy“) ausgeht und dabei vor allem auf die Erweiterung der Optionen („parental choices“) Bezug nimmt, die ihnen die modernen Fortpflanzungstechnologien zur Verfügung stellen, tendiert dazu die Perspektive der von den entsprechenden elterlichen Entscheidungen betroffenen Kinder auszublenden. Aus ethischer Sicht erfordert die reproduktive Selbstbestimmung der Eltern aber zugleich die Bereitschaft zur Übernahme der damit verbundenen Verantwortung. Der isolierte Ansatz bei der elterlichen Entscheidungsfreiheit führt demgegenüber zu einer moralisch fragwürdigen Verengung im Autonomiekonzept, mit der paradoxerweise eine nicht weniger problematische Ausweitung einhergeht.<sup>9</sup> Die Erweiterung ist darin zu sehen, dass den Eltern nicht nur die selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen ein Kind, sondern auch die Auswahl unter den erwünschten Merkmalen ihres Kindes zugewiesen wird. Die Einengung im Verständnis elterlicher Autonomie besteht dagegen darin, dass der Kinderwunsch an die Erfüllung solcher Bedingungen gebunden bleibt. Tatsächlich verhält es sich jedoch umgekehrt: Verantwortliche Elternschaft erlaubt weder die Annahme eines Kindes *sub conditione* noch fordert sie von den Eltern die Gewährleistung der gesundheitlichen Konstitution des Kindes nach zu-

vor definierten Qualitätskriterien. Der recht verstandene Gedanke verantwortlicher Elternschaft steht daher sowohl einer subjektiven Einschränkung auf die elterlichen Wahlmöglichkeiten wie auch einer hypertrophen Ausweitung auf die Gewährleistung kontrollierter Gesundheitsgarantien entgegen.

### 1.1 Die ethische Problematik der konditionierten Elternschaft

Wie ist es zu verstehen, dass verantwortliche Elternschaft einerseits die bedingungslose Annahme des gewünschten Kindes verlangt und andererseits die gezielte Einflussnahme auf seine konkrete Beschaffenheit verbietet? Durch ihr bloßes Dasein tragen Kinder auf elementare Weise zum Lebensglück ihrer Eltern bei, ohne dass ihre Existenz in dieser Funktion aufgehen würde. Vielmehr liegt es im Wesen elterlicher Verantwortung, dass sie Fürsorge, Zuwendung und die Bereitschaft umfasst eigene Lebenspläne zurückzustellen. Aus ethischer Sicht sind diese Postulate nicht als unzulässige Einschränkungen elterlicher Autonomie, sondern als Grundforderungen verantwortlicher Elternschaft zu bewerten, die in dem Anspruch übereinkommen ein Kind in seinem individuellen So-Sein um seiner selbst willen anzunehmen. Durch die Zielsetzungen der PID wird das zukünftige Kind aber zwangsläufig zum Objekt von Auswahlentscheidungen, die mit der Achtung vor seinem selbstzwecklichen Dasein unvereinbar sind. Der verständliche Wunsch nach einem gesunden Kind kann daher nicht das angebliche Recht beinhalten ein Kind nur unter der Bedingung zu akzeptieren, dass es den eigenen Vorstellungen entspricht.

Der Gedanke einer konditionierten Elternschaft stellt eine unannehmbare Grenzüberschreitung dar, weil die genetische Determination der zukünftigen Kinder und damit der Versuch der gezielten Einflussnahme auf ihr individuelles

So-Sein durch den Willen der Eltern das Eltern-Kind-Verhältnis in eine einseitig instrumentalisierte Beziehung verwandelt. Die Möglichkeit reziproker Anerkennungsverhältnisse untereinander ebenbürtigen Interaktionspartnern würde zu nichte gemacht oder zumindest erheblich erschwert, wenn die unumkehrbare *genealogische* Abhängigkeit der Kinder von ihren Eltern („Eltern zeugen ihre Kinder, nicht Kinder ihre Eltern“) mit einer „*genetische(n)* Abhängigkeit des Programmierten von seinem Designer“ einherginge.<sup>10</sup> Auch wenn diese biologische Fremdbestimmung der Kinder durch ihre Erzeuger auf einen einmaligen Akt am Anfang ihrer Lebensgeschichte beschränkt bleibt, sind die Folgen dieser einseitigen Einflussnahme dauerhaft und irreversibel. Anders als bei der unvermeidlichen Prägung durch die elterliche Erziehung kann sich das Kind von der genetischen Programmierung seiner Existenz nicht durch nachfolgende Auseinandersetzung oder biographische Aufarbeitung befreien. Wenn sich Eltern und Kinder nicht mehr beiderseitig wie Personen gegenüberstehen, die je für sich auf eine dem anderen im Kernbereich des individuellen So-Seins unverfügbare Weise geboren sind, sondern die einen durch die anderen nach deren Vorstellungen „gemacht“ wurden, wandelt sich die Eltern-Kind-Beziehung in ein einseitiges Herrschaftsverhältnis, das mit dem Anspruch einer ebenbürtigen Begegnung zwischen Gleichrangigen unvereinbar ist.

## 1.2 Der Wunsch, menschliches Leid zu vermeiden

Die reproduktive Autonomie der Eltern lässt eine einseitige Beschränkung der Bereitschaft, Verantwortung für das künftige Dasein des Kindes zu übernehmen, auch dann nicht zu, wenn die Bindung dieser Bereitschaft an selbstgesetzte Kriterien nicht nur durch die Sorge um das eigene Lebensglück, sondern auch durch die Rücksichtnahme auf das mutmaßliche Wohl des zukünftigen Kindes motiviert

ist. Die Verwerfung der genetisch belasteten Embryonen soll dieser Überlegung zufolge auch in ihrem vermuteten Eigeninteresse erfolgen, da ihr späteres Leben unter der Last ihrer körperlichen oder geistigen Behinderung als unzumutbar empfunden wird. Gerade diese Prämisse, die dem gesamten Versuch zur Rechtfertigung der PID zugrunde liegt, wirft jedoch schwerwiegende Fragen auf, die durch die Zielsetzung unzumutbares Leiden abzuwenden, letztlich unbeantwortet bleiben. Eine objektive Skalierung des Unzumutbarkeitsgrades genetischer Erkrankungen ist nicht möglich, da das Selbsterleben der Betroffenen und die Fremdeinschätzung ihrer Situation durch Dritte oftmals auseinandergehen. Auch wenn ein Urteil aus der Außenperspektive immer nur vorläufig sein kann, ist es eine unleugbare Erfahrungstatsache, die sich im Umgang mit Behinderten immer wieder bestätigt, dass diese ihrem Dasein auf ganz elementare Weise positive Züge zuschreiben. Die generelle Prämisse, Behinderungen seien mit der Menschenwürde unvereinbar, beruht auf einer unzulässigen Fremdeinschätzung der Lebenssituation behinderter Menschen. Auch wenn diese unter den körperlichen, seelischen und geistigen Einschränkungen, die ihnen durch ihre Behinderung auferlegt werden, oftmals schwer leiden und darüber mit ihrem Lebensschicksal hadern, darf doch keineswegs ihre gesamte Existenz pauschal unter ein negatives Vorzeichen gestellt werden. Selbst wenn einzelne Behinderte sich gelegentlich in dem Sinn äußern, es erschiene ihnen besser nicht geboren zu sein, folgt daraus keineswegs, dass behinderte Menschen im Allgemeinen ihre Nicht-Existenz dem eigenen Dasein unter den gegebenen Bedingungen vorziehen würden. Die Verwerfung der genetisch belasteten Embryonen kann deshalb nicht durch ein rationales Abwägungsurteil begründet werden, das Paare und Eltern stellvertretend im Interesse des mutmaßlichen Wohlergehens ihrer Kinder fällen.

Es gibt allerdings Fälle schwerster Behinderung, die den Betroffenen selbst und ihren Angehörigen ein Leben unter äußersten Belastungen auferlegen, die zweifellos mit erheblichem menschlichen Leid verbunden sind. Auch darf die Angst, durch die Pflege und Sorge für ein schwerstbehindertes Kind überfordert zu sein, nicht mit dem fragwürdigen Wunsch gleichgesetzt werden ein Kind nach Maß („Designerbaby“) zu modellieren; die Vermeidung derartiger Belastungen kann einem legitimen Schutzbedürfnis der Eltern entsprechen und darf daher nicht von vornherein diskriminiert werden. Ein verantwortliches ethisches Urteil muss mit solchen Konfliktfällen rechnen und Erwägungen darüber anstellen, welche Belange in einer Abwägung unter derartigen Extrembedingungen vorrangig erscheinen. Unstrittig ist dabei die Feststellung, dass es in genetisch belasteten Familien, die bereits mit einem schwerstbehinderten Kind leben müssen, nach den Kriterien verantwortlicher Elternschaft ratsam oder sogar geboten sein kann ein Wiederholungsrisiko zu vermeiden. Die moralische Pflicht schwerstes menschliches Leid abzuwenden legt in einem solchen Konfliktfall den Verzicht auf biologische Elternschaft nahe.

In einem an moralischen Kriterien orientierten Abwägungsurteil muss dies auch dann als angemessene Entscheidung angesehen werden, wenn die meisten Paare unter dem psychologischen Erwartungsdruck, den das faktische Angebot der PID auslöst, zu einem derartigen Verzicht nur schwer motiviert werden können oder andere Alternativen (Adoption, Auswahl von Samenzellen nach dem Geschlecht oder Polkörperdiagnostik) nicht ernsthaft ins Auge fassen. Obwohl der Wunsch der Eltern nach einem gesunden Kind menschlich verständlich ist, darf die mangelnde Bereitschaft auf weitere Elternschaft zu verzichten nicht von vornherein als unhinterfragte Ausgangsbasis des weiteren Abwägens anerkannt werden. Eine moralische Argumenta-

tion zugunsten der Zulässigkeit der PID müsste im Einzelnen darlegen, warum der Kinderwunsch der Eltern in einem derartigen Konfliktfall als das höhere Gut zu gelten hat, dem alle anderen Abwägungsaspekte unterzuordnen sind. Die Auskunft, dieser Wunsch bedürfe keiner weiteren Rechtfertigung, da das Recht auf reproduktive Autonomie auch den Zugriff auf alle technisch möglichen Verfahren der Fortpflanzungsmedizin auf ihrem jeweils neuesten Stand beinhaltet, kann diese zusätzliche Begründungsleistung nicht erbringen; es müsste ja gerade erklärt werden, warum das so konzipierte Verständnis reproduktiver Autonomie alle anderen Abwägungsgesichtspunkte überwiegt.

### 1.3 Die Abwägung zwischen Kinderwunsch und Lebensschutz

Soll die Argumentation nicht in ihre eigenen Voraussetzungen zurückfallen und auf diese Weise zirkulär werden, muss nach moralischen Gründen gefragt werden, warum die Wünsche der Eltern prinzipiell Vorrang vor allen anderen schützenswerten Belangen haben, die in das Abwägungsurteil eingehen müssen. Der Hinweis darauf, dass die reproduktive Selbstbestimmung der Eltern auch Entscheidungsmöglichkeiten über die qualitativen Merkmale der Kinder beinhalten müsse, da diese die eigene Lebensführung auf erhebliche Weise berühren, ist wenig überzeugend. Zwar trifft es zu, dass die Eigenschaften oder Nicht-Eigenschaften der Kinder Rückwirkungen auf die Lebensqualität ihrer Eltern haben, die im Falle schwerster Behinderung zu als unzumutbar empfundenen Belastungen führen können.<sup>11</sup> Doch reicht dieses Argument nur so weit, einen Verzicht auf Elternschaft durch die auch moralisch gebotene Rücksicht auf die berechtigten Eigenbelange der Eltern zu begründen; einen weiter gehenden Anspruch auf ein gesundes Kind, das den eigenen Erwartungen garantiermaßen entspre-

chen soll, lässt sich aus solchen Überlegungen dagegen nicht ableiten. Die reproduktiven Wahlmöglichkeiten der Eltern müssen zwar auch als Entscheidungen über einen wesentlichen Teil des eigenen Lebens angesehen werden, doch berechtigt das elterliche Selbstbestimmungsrecht nicht zu Entscheidungen über fremdes Leben, die dessen Existenz oder Nicht-Existenz zur Folge haben können.

Zwingend wäre die Vorrangigkeit der Elternperspektive nur unter der Bedingung weiterer Zusatzannahmen, wie sie von bestimmten Ethikansätzen utilitaristischen Typs tatsächlich gemacht werden. Dass der Kinderwunsch der Eltern die Verwerfung menschlicher Embryonen rechtfertigt, die im Zuge des gesamten Verfahrens der PID eigens erzeugt werden (dazu siehe unten), lässt sich nur unter der präferenzutilitaristischen Prämisse begründen, nach der menschliche Handlungen dann als moralisch richtig gelten, wenn sie im Ergebnis unabhängig vom Einsatz der Mittel mit den Wünschen aufgeklärter Individuen übereinstimmen. Außerhalb dieses utilitaristischen Theoriedesigns ist dagegen nicht ersichtlich, warum dem Kinderwunsch der Eltern grundsätzlich der Vorrang gegenüber den Lebensperspektiven und Schutzbedürfnissen der bereits erzeugten Embryonen zukommen soll, zumal deren Schutzwürdigkeit auch durch eine eventuelle spätere Behinderung nicht gemindert wird. Die Forderung nach einer Zulassung der PID steht daher im Blick auf das begründungstheoretische Paradigma, das sie zu ihrer Rechtfertigung verlangt, der utilitaristischen Ethik näher als den meisten ihrer Befürworter(innen) bewusst ist.<sup>12</sup> Außerhalb eines präferenzutilitaristischen Theorierahmens, in dem individuelle Wünsche von außen nicht mehr befragbar sind und somit auch der Kinderwunsch einer Bewertung entzogen bleibt, sind dagegen keine zwingenden Gründe zu erkennen, warum eine verantwortliche Abwägung zugunsten der PID sprechen soll. Vielmehr ergeben sich be-

reits auf der Ebene der Zielsetzung des Verfahrens und der Intention der Handelnden schwerwiegende Anfragen, die vor allem mit dem ungeklärten Stellenwert zusammenhängen, der dem Wunsch nach einem biologisch eigenen und gesunden Kind im Vergleich zu anderen relevanten Abwägungsaspekten zugebilligt werden soll.

## 2. Die Bewertung des Verfahrens der PID

Betrachtet man das Verfahren der Präimplantationsdiagnostik in seinen einzelnen Teilschritten, um diese auf ihre Vereinbarkeit mit dem Achtungsgebot der Menschenwürde und dem daraus abgeleiteten Verbot der Instrumentalisierung menschlichen Lebens zu überprüfen, so tritt ein wichtiger Unterschied zur herkömmlichen Pränataldiagnostik (PND) mit anschließendem Schwangerschaftsabbruch hervor. Während die PND als solche eine ethisch neutrale Untersuchungsmethode darstellt, die auch in nicht-selektiver, auf das Wohl des Kindes gerichteter Absicht eingesetzt werden kann, ist die Verwerfung menschlicher Embryonen bei der PID ein immanenter Bestandteil des Verfahrens. Die Freiheit der Eltern eigene Kinderwünsche unter Zuhilfenahme der modernen Fortpflanzungsmedizin zu verwirklichen, impliziert jedoch keineswegs ein Verfügungsrecht über menschliche Embryonen, die zum Zwecke der anschließenden Selektion eigens hergestellt werden. Das Recht auf reproduktive Autonomie ist als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes als Abwehrrecht gegenüber staatlichen Eingriffen (z. B. in Form vorgeschriebener Kinderzahlen mit Strafandrohungen im Fall der Überschreitung oder staatlich verordneter Verhütungsmittel einschließlich der Zwangssterilisation) konzipiert, es kann aber nicht als einklagbarer Anspruch auf eigene Nachkommen oder gar als Recht auf ein gesun-

des Kind angesehen werden, zu dessen Inanspruchnahme die Eltern über fremdes menschliches Leben verfügen könnten. Selbst wenn man die Schutzwürdigkeit des extrakorporalen Embryos relativieren dürfte, wie es entgegen den Intentionen des Embryoschutzgesetzes immer häufiger gefordert wird, ist nicht zu sehen, welche fundamentalen moralischen Rechte der zukünftigen Eltern die Vernichtung, Verwerfung oder Nicht-Implantation der im Zuge des Verfahrens hergestellten Embryonen rechtfertigen könnten.<sup>13</sup> Dass die Entscheidungsfreiheit der Eltern als beliebiges Verfügungsrecht über den Embryo gelten dürfte, das auch die Befugnis einschließt, die Übertragung eines auf eigenen Wunsch erzeugten Embryos jederzeit verweigern zu können,<sup>14</sup> bleibt ein unbegründbares Postulat, das den Embryo jedes Schutzes beraubt und menschliches Leben zur freien Verfügungsmasse in der Hand seiner Erzeuger degradiert.

## 2.1 Die PID – ein vorverlegter Schwangerschaftsabbruch?

Daher greift auch die Überlegung zu kurz, die in der PID nur einen schonenden und vorverlegten Ersatz für einen späteren Schwangerschaftsabbruch nach vorangegangener PND sieht. Beide Verfahren können zwar von derselben Absicht geleitet sein und im Ergebnis zu den selben Folgen führen, doch tritt ihre ethische Problematik dabei auf verschiedene Weise hervor: Bei der PND liegt sie in dem Quasi-Automatismus, durch den das genetische Wissen um die vermutete Schädigung des Embryos zum Schwangerschaftsabbruch führen kann. Dieser setzt jedoch eine individuelle Entscheidung in einer bestehenden Konfliktsituation voraus, in der die Schwangere die Grenze der ihr zumutbaren Opferbereitschaft überschritten sieht und die zudem nicht anders als durch die Tötung des Embryos abwendbar ist. Da es sich bei dieser Konstellation in der Re-

gel um eine gewünschte Schwangerschaft handelt, in der bereits eine gefühlsmäßige Bindung an das Kind entstanden ist, bleibt hier von den Eltern eine die Perspektive des Kindes einbeziehende Auseinandersetzung gefordert, die auch zu seinen Gunsten ausgehen kann.

## 2.2 Von der artifiziellen Reproduktion zur Selektion

Im Fall der PID erfolgt die Verwerfung der Embryonen nach durchlaufender Qualitätskontrolle jedoch unabhängig von einer bestehenden existenziellen Notlage; sie ist dort ein notwendiger Bestandteil des gewählten Verfahrens. Dabei handelt es sich auch keineswegs um die Vernichtung „verwaister“ Embryonen, die ursprünglich im Rahmen einer künstlichen Befruchtung mit der Absicht der Einleitung einer Schwangerschaft erzeugt wurden. Bei der PID werden Embryonen vielmehr zum Zwecke ihrer genetischen Untersuchung eigens hergestellt; ihre Erzeugung steht unter dem ausdrücklichen Vorbehalt einer Qualitätskontrolle, denn nur die als einwandfrei empfundenen Embryonen kommen zur Weiterverwendung im Rahmen des gewählten Verfahrens in Frage.<sup>15</sup> Unter psychologischen Gesichtspunkten mag man die damit verbundene Ent-Emotionalisierung und Versachlichung der Beziehung zu diesen künstlich erzeugten Embryonen begrüßen, da sie von der Schwangeren und ihren Ärzten kaum als belastend empfunden wird. Doch erzeugt ein solches emotionales Vakuum durch das quantifizierende Rechnen mit der Zufallswahrscheinlichkeit, aufgrund derer gesunde Embryonen in genügender Anzahl entstehen sollen, eine atmosphärische Umgebung, in der sich die Eltern-Kind-Beziehung von Grund auf verändert: Regine Kollek bringt die Versachlichungstendenz, die dem Gesamtvorgang in seinen Teilschritten – der probeweisen Erzeugung einer Vielzahl von Embryonen, ihrer genetischen Überprüfung sowie der an-

schließenden Aussonderung der einen und des Transfers der anderen – innewohnt, auf den Punkt, wenn sie schreibt: „Die Annäherung an den Embryo in vitro erfolgt ähnlich wie die an ein Konsumobjekt, dessen Qualität geprüft und gewährleistet werden muss, bevor er für die Etablierung einer Schwangerschaft als geeignet angesehen wird.“<sup>16</sup>

Aus ethischer Sicht lässt sich die PID schon deshalb nicht rechtfertigen, weil die zu ihrer Durchführung erforderliche „Zeugung auf Probe“ auf eklatante Weise dem Verbot widerspricht menschliches Leben zu instrumentalisieren. Die später verworfenen Embryonen werden nämlich nicht um ihrer selbst willen gewollt, sondern zum Zwecke ihrer genetischen Überprüfung erzeugt; bereits der Entschluss zu ihrer Herstellung ist von der vorgefassten Absicht geleitet, sie im Falle eines ungünstigen Testergebnisses zu verwerfen. Hierbei handelt es sich gewissermaßen um die „Reinform“ jener Instrumentalisierung, die Kant in seiner berühmten Selbstzweck-Formel als mit der Menschenwürde unvereinbar erkannte.<sup>17</sup> Sofern ihre Erzeugung unter dem zuvor definierten Vorbehalt erfolgt, werden die später verworfenen Embryonen nämlich in keiner Weise um ihrer selbst willen geachtet, sondern von Anfang an ausschließlich als Mittel zu einem fremden Zweck gewollt. Der einzelne Embryo ist nur als Teil eines Gesamtvorganges gewollt, der darauf gerichtet ist neues Leben zu erzeugen; doch wird er nicht um seiner selbst willen ins Leben gerufen, wie es der Respekt vor seinem selbstzwecklichen Dasein erfordern würde. Wird nämlich bei einem bestimmten Embryo die befürchtete genetische Belastung nachgewiesen, so verkehrt sich die bedingte Bejahung seiner Existenz ins Gegenteil: Die ursprünglich gewährte Lebenschance wird ihm nach dem Willen der Eltern und des Arztes allein deshalb wieder entzogen, weil er Träger eines mutmaßlichen genetischen Risikos ist. Die Verwerfung des Embryos aufgrund eines auffälligen chromosomalen Be-

funds verstößt daher nicht nur gegen das aus dem Achtungsgebot der Menschenwürde abgeleitete Instrumentalisierungsverbot von Art. 1 GG und das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG), sondern auch gegen das Verbot der Benachteiligung wegen einer Behinderung (Art. 3 Abs. 3 GG), das den voraussichtlich behinderten Embryo ebenso vor Diskriminierung schützt wie geborene Menschen mit Behinderungen.<sup>18</sup>

Ein positives Recht, fremdes menschliches Leben der Verwirklichung eigener Lebenspläne zu opfern, kann es in einer auf die Achtung der Menschenwürde und dem daraus abgeleiteten Respekt vor der Unverfügbarkeit jedes menschlichen Individuums gegründeten Rechtsordnung nicht geben. Ein solches Verfügungsrecht lässt sich auch im Rahmen eines abgestuften Schutzkonzeptes nicht begründen, das eine volle Schutzwürdigkeit des Embryos erst nach der Nidation, nach dem Ausschluss der Mehrlingsbildung oder ab der Erreichung der Empfindungsfähigkeit annimmt. Die Instrumentalisierungsabsicht, die auf Seiten der Eltern und der handelnden Ärzte dazu verleitet menschliches Leben nur unter Vorbehalt zu wollen, bleibt davon unberührt, wie man den moralischen Status der zu erzeugenden Embryonen näherhin bestimmt. Aus moralischer Perspektive ist ihre willentliche Herstellung *sub conditione* nämlich auch dann unannehmbar, wenn ihre volle Schutzwürdigkeit in der Anfangsphase ihrer Entwicklung noch unter einem positiven Zweifel stehen sollte. Noch weniger als die für eine Abschwächung des Lebensschutzes menschlicher Embryonen vorgetragenen Gründe vermag der Hinweis auf die nach der geltenden Rechtslage mögliche „Schwangerschaft auf Probe“ zu überzeugen. Der faktische Missbrauch der rechtlichen Regelungen des § 218 lässt sich nicht verhindern und muss von der Rechtsordnung daher hingenommen werden. Daraus lassen sich auf der normativen Ebene jedoch keine Konsequenzen ablei-

ten, da der Gleichheitsgrundsatz nicht dazu dienen kann von einem Unrecht auf das andere zu schließen.<sup>19</sup>

An dieser Stelle tritt das Ungenügen einer ethischen Bewertungsperspektive klar hervor, die allein von der individuellen Fortpflanzungsfreiheit ausgeht, ohne diese mit dem Gedanken der Elternverantwortung zu verbinden: Was aus der Perspektive einzelner Paare als Erweiterung ihrer reproduktiven Autonomie erscheint, impliziert aus der Sicht der Mehrzahl der betroffenen Embryonen zugleich Selektion und Verwerfung, d. h. Tötung oder zumindest Nicht-Beachtung der eigenen Existenz. Eine derartige Verfügungsgewalt, die menschliches Leben zunächst willentlich erzeugt, um es anschließend nach positiven Selektionskriterien wieder zu vernichten, steht im demokratischen Rechtsstaat niemandem zu. Sie lässt sich auch nicht durch die Absicht rechtfertigen, genetisch belasteten Paaren zu einem gesunden eigenen Kind zu verhelfen. Insofern die geplante und prospektiv bejahte Verwerfung menschlicher Embryonen außerhalb einer bestehenden Notlage erfolgt, kann sie auch nicht mit dem existentiellen Abwägen innerhalb eines Schwangerschaftskonfliktes verglichen werden. Ebenso wenig kann das Argument überzeugen, es komme überhaupt nicht auf das tatsächliche Gegebenensein einer derartigen Konfliktsituation an, da diese von den künftigen Eltern antizipiert werden könne; das Leiden an der Kinderlosigkeit ist als solches keinesfalls der akuten Bedrängnis gleichzusetzen, die in einem Schwangerschaftskonflikt gegeben sein kann.

### 2.3 Die Rechtfertigung des ärztlichen Handelns

Deshalb stellt sich auch die Ausgangssituation für das eigenverantwortliche und rechtfertigungsbedürftige Handeln der Ärzte im Fall der PID anders als bei der Durchführung einer PND oder beim Schwangerschaftsabbruch in einer

akuten Konfliktlage dar. Der Entschluss, menschliche Embryonen auf dem Weg artifizieller Reproduktion zu erzeugen, um sie anschließend durch Selektion teilweise wieder zu vernichten, lässt sich nicht durch den Grundsatz des ärztlichen Ethos legitimieren kranken Menschen in Not zu helfen. Anders als bei einer Schwangerschaft wird der Arzt in diesem Fall nämlich nicht mit einer schon bestehenden existentiellen Konfliktsituation konfrontiert, sondern er trägt als Hauptakteur durch sein eigenes Handeln dazu bei, dass eine derartige Konfliktsituation überhaupt erst hervorgerufen wird.<sup>20</sup> Im einen Fall reagiert der Arzt auf eine Situation, die ohne sein Zutun geschaffen wurde und für die er daher auch keine Verantwortung trägt. Im anderen Fall hingegen ist er, auch wenn er nur im Auftrag der Eltern tätig wird, in die Schaffung einer Konfliktsituation eingebunden; da er sich an der Zeugung menschlichen Lebens aktiv beteiligt, trägt er für das durch sein Zutun erzeugte Menschenleben selbständige Verantwortung.<sup>21</sup>

Bei den anschließenden Selektionsentscheidungen steigert sich die notwendige Mitwirkung des Arztes sogar zu einer Alleinverantwortlichkeit, da dieser die zuvor erzeugten Embryonen nun selbst wieder vernichten muss. Die direkte moralische Verantwortung geht mit den einzelnen Verfahrensschritten der PID zunehmend auf die Ärzte über, ohne dass der durch diese Verlagerung entstehende moralische Legitimationsnotstand (der Weg von der artifiziellen Reproduktion zur Selektion lässt sich weder durch das Recht der Frau auf Gesundheit noch durch den Auftrag des Arztes rechtfertigen Not zu lindern) den Beteiligten ausreichend bewusst wird. Des weiteren wird in diesem Zusammenhang von Seiten der feministischen Kritik darauf hingewiesen, dass die Delegation der notwendigen Auswahlentscheidungen an den Arzt zu einem weiblichen Autonomieverlust führt, der dem ursprünglichen Bestreben widerspricht, die reproduktiven Wahlmöglichkeiten von Frauen zu erweitern.<sup>22</sup>

Viele Ärzte schützen sich vor der Wahrnehmung dieses selbstgeschaffenen moralischen Konflikts, indem sie die PID als eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst indizierte Heilbehandlung betrachten, die eine schwere seelische Notlage der Frau oder eine unzumutbare Gesundheitsgefährdung von ihr abwenden soll. Selbst wenn die ungewollte Kinderlosigkeit internationalen Gepflogenheiten entsprechend als Krankheit eingestuft werden dürfte, macht dies die PID noch nicht zu einer vom ärztlichen Heilauftrag geforderten therapeutischen Handlungsweise. Die schweren psychischen Probleme, die im Extremfall zu andauernden Depressionen oder sogar zur Suizidgefährdung führen können, sind oftmals nur das Ventil anderer Schwierigkeiten, die durch die Erfüllung des Kinderwunsches nicht automatisch behoben werden.<sup>23</sup> Die körperlichen Ursachen der Kinderlosigkeit werden durch die PID selbst im Erfolgsfall nur umgangen, aber nicht geheilt. Erst recht wird die Charakterisierung der PID als indizierter Heileingriff fragwürdig, wenn die ausgeblendete Verantwortung des Arztes für das Leben und die körperliche Unversehrtheit der von ihm im Auftrag der Eltern erzeugten Embryonen wieder ins Blickfeld der ärztlichen Wahrnehmung rückt.

In dem Dreiecksverhältnis zwischen Arzt, Schwangerer und den erzeugten Embryonen ist der Arzt nämlich für das Wohlergehen mehrerer (geborener und ungeborener) Menschen verantwortlich; er kann sich diesem Konflikt nicht dadurch entziehen, dass er allein die unter der Kinderlosigkeit leidende Frau als seine Patientin ansieht und das Schutzbedürfnis der durch sein eigenes Handeln ins Leben gerufenen Embryonen übergeht.<sup>24</sup> Zwar konfrontiert ihn die moderne Fortpflanzungsmedizin auch in anderen Fällen mit Situationen, in denen er ein Menschenleben nur um den Preis der Vernichtung fremden Lebens retten kann. Doch legitimiert ihn diese Konfliktlage nicht dazu eine Gefahrensituation wissentlich und willentlich herbeizufüh-

ren, in der das Wohl des Einen vorhersehbar und gewollt den Untergang des Anderen bedeutet. Die PID kann daher nach der einen Seite (zur Mutter hin) nur sehr bedingt, nach der anderen (zum Embryo hin) überhaupt nicht als Heilmaßnahme deklariert werden; sie trägt zwar im Ergebnis dazu bei Not zu lindern und Leben zu fördern, doch geschieht dies mit Mitteln, die dem ärztlichen Auftrag, menschliches Leben zu schützen und Schaden von ihm abzuwehren diametral zuwiderlaufen. Die versuchte Rechtfertigung der PID aufgrund einer unterstellten Behandlungspflicht gegenüber der Frau liefert daher allenfalls eine psychologische Entlastung des Arztes; sie kann sein Handeln jedoch in berufsethischer Hinsicht nicht legitimieren. In wichtigen Teilschritten (der künstlichen Erzeugung von Embryonen, der Durchführung der genetischen Untersuchung und der anschließenden Selektion mit der Folge der Nicht-Implantation der verworfenen Embryonen) verstößt die PID in erkennbarer Weise gegen Grundnormen des ärztlichen Berufsethos; sie kann daher durch den Rückzug auf einen Behandlungsvertrag mit der Schwangeren und die Ausblendung der Schutzinteressen des Embryos nicht gerechtfertigt werden.

Aus diesen Überlegungen lässt sich das Fazit ziehen: So verständlich der Wunsch nach einem gesunden Kind zweifellos ist, so wenig berechtigt er jedoch die Eltern oder die in ihrem Auftrag handelnden Ärzte, zu seiner Erfüllung anderes menschliches Leben zu vernichten. Die existenzielle Bedeutung der elterlichen Fortpflanzungsfreiheit und das Leben des gesunden Kindes, das im Erfolgsfall als Gewinner aus dem Verfahren der PID hervorgeht, wiegen schwer auf der Waagschale moralischer und rechtlicher Abwägung. Doch da das Wohl der einen nur durch den gewollten Untergang der anderen erkaufte werden kann, wird die PID zu einem Spiel auf Leben und Tod, dessen Gesamtbilanz nur deshalb positiv erscheint, weil die zerstörten Lebens-

perspektiven auf der Verliererseite ausgeblendet bleiben. Nimmt man dagegen den moralischen und verfassungsrechtlichen Schutzanspruch des Embryos ernst, spricht ein verantwortliches Abwägungsurteil am Ende gegen die PID. Im Ergebnis ist daher dem Urteil von Barbara Böckenförde-Wunderlich zuzustimmen: „Trotz der existentiellen Bedeutung der Fortpflanzungsfreiheit für das Paar kann diese dennoch nicht durch die Gefährdung des Lebens eines anderen verwirklicht werden. Ein Verbot der PID ist für ein Paar ohne Zweifel eine erhebliche, jedoch keine unverhältnismäßige Beeinträchtigung, wenn es dazu dient, das Leben des Embryos zu schützen.“<sup>25</sup>

Insofern das Instrumentalisierungsverbot unmittelbar dem Achtungsgebot der Menschenwürde entspringt und die PID wie kein anderes reproduktionsmedizinisches Verfahren eine derartige Instrumentalisierung als immanentes Erfordernis ihrer Methode voraussetzt, lässt unsere Rechtsordnung hier auch keinen Abwägungs- oder Ermessensspielraum des Gesetzgebers zu, der es ihm erlauben würde, die Einführung der PID auf vorerst unregelte Weise zu dulden oder über längere Zeit hinweg zu beobachten. Aufgrund ihrer Unvereinbarkeit mit der Menschenwürde und dem Lebensrecht des Embryos sowie des verfassungsrechtlichen Diskriminierungsverbots erscheint es vielmehr zwingend, dass das rechtliche Verbot der PID, das einschliessweise bereits aus den Bestimmungen des Embryonenschutzgesetzes folgt, auch in Zukunft aufrechterhalten und präzisiert wird. Den Eltern und insbesondere der Frau werden durch dieses Verbot zwar Einschränkungen auferlegt, doch erscheinen diese gerechtfertigt, da sie nicht willkürlich erfolgen, sondern zum Schutz der unverfügbaren Rechte anderer erforderlich sind. Der Einwand, durch ein Verbot der PID werde die Frau zum Objekt der Wunschvorstellungen einer gesellschaftlichen Gruppe (z. B. der Kirchen oder der Ärzteschaft), geht am Kern der

Sache vorbei, da sich Gerechtigkeitskonflikte in einer demokratischen Gesellschaft nicht nach den individuellen Wertpräferenzen der jeweils stärkeren Seite lösen lassen.<sup>26</sup>

### 3. Die voraussichtlichen Folgen einer Zulassung der PID

Für die umfassende Beurteilung der Frage, ob eine Handlung ethisch erlaubt oder zumindest rechtlich zulässig sein kann, sind neben ihrer leitenden Intention und den zu ihrer Ausführung erforderlichen Mitteln auch ihre Folgen zu beachten. Aufgrund der bisherigen Argumentation wurde bereits deutlich, dass die PID trotz ihrer hochrangigen Zielsetzungen als Verfahren nicht gerechtfertigt werden kann. Der Blick auf die Konsequenzen, die ihre Zulassung hätte, unterstreicht die Richtigkeit des negativen Urteils über die PID. Da Folgenerwägungen immer von Wahrscheinlichkeitsannahmen abhängen und notwendig prognostischen Charakter tragen, lässt sich das ethische Unwerturteil über die PID nicht allein von den anzunehmenden Konsequenzen ihrer Zulassung her begründen. Sie verstärken jedoch das Gewicht der Argumente, die für die Beibehaltung des Verbots der PID sprechen und verdeutlichen die grundsätzliche Tragweite, die der Debatte um ihre mögliche Zulassung für das Selbstverständnis der Demokratie zukommt.

#### 3.1 Die Ausweitung des Anwendungsspektrums

Selbst nach Ansicht ihrer Befürworter kann die Einführung der PID nur unter engen, von diesen freilich unterschiedlich definierten Voraussetzungen erfolgen. Der Richtlinienentwurf der Bundesärztekammer beschränkt das Anwendungsspektrum auf Eltern, die bereits ein schwerstbehindertes Kind geboren haben und das Wiederholungsrisiko fürchten.

Das Minderheitenvotum der parlamentarischen Enquete-Kommission möchte die Zugangsvoraussetzungen auf eine schwere psychische Belastung der Frau entsprechend der erweiterten medizinischen Indikation gemäß § 218 Abs. 2 StGB eingrenzen. Die Mehrheit des Nationalen Ethikrates empfiehlt dagegen, die PID außer zur Vermeidung schwerster Behinderungen unter bestimmten Umständen auch im Fall spät manifestierender Erkrankungen, zur Verbesserung der Erfolgsrate der In-vitro-Fertilisation (beim so genannten Aneuploidie-Screening) und vorbehaltlich der gesellschaftlichen Akzeptanz auch zu fremdnützigen therapeutischen Zwecken (z. B. durch die Auswahl von Kindern, die nach PID zur Welt gebracht werden, um als Zell- oder Gewebespende für erkrankte Geschwister-Kinder zu dienen) zuzulassen.<sup>27</sup>

Aufgrund der Erfahrungen, die wir in den zurückliegenden Jahrzehnten im eigenen Land mit der Ausweitung der PND gemacht haben (sie entwickelte sich von einer Spezialuntersuchung für alters- oder familiärbedingte Risikopatienten zu einer Routinevorsorge im Rahmen der Schwangerschaftsbeobachtung), erscheint die Erwartung jedoch unbegründet, eine eng gefasste Begrenzung lasse sich über einen längeren Zeitraum hinweg aufrechterhalten. Ebenso spricht die rasche Ausweitung des Anwendungsspektrums in den Ländern, in denen die PID erlaubt ist (in den USA wird sie inzwischen auch zur Vermeidung spätmanifestierender, an sich behandelbarer Krankheiten und zu fremdnützigen Zwecken eingesetzt), eher dafür, dass nach der Aufhebung ihres Verbots auch bei uns eine ähnliche Entwicklung zu erwarten wäre. Für einen Personenkreis – nämlich die Behinderten unter uns – hätte die Zulassung der PID aber selbst dann erhebliche Konsequenzen, wenn die Einhaltung strenger Zulassungskriterien wirksam kontrolliert werden könnte.

### 3.2 Auswirkungen auf die Lebenssituation behinderter Menschen

Im Blick auf die Gefahr einer Diskriminierung der in unserem Land lebenden behinderten Menschen ergibt sich ein unlösbares Dilemma: Einerseits bleiben Generalklauseln, die eine PID nur im Falle von „schwersten“ Behinderungen vorsehen, zu unverbindlich. Sie erlauben keine klare Abgrenzung und bieten keinen Schutz vor der Gefahr einer allmählichen Ausweitung der PID über die anfänglichen Grenzen hinaus.<sup>28</sup> Gerade eine auf restriktive Anwendung bedachte gesetzlich Erlaubnis müsste daher um der rechtsstaatlichen Sicherheit willen auf einem klar definierten Anwendungsbereich bestehen. Andererseits erscheint ein formeller Indikationenkatalog, in dem einzelne Behinderungsarten als Rechtfertigungsgründe für die PID aufgeführt werden, noch weniger akzeptabel.<sup>29</sup> Eine derartige Liste würde die unter uns lebenden Menschen, die an solchen Behinderungen leiden, einer unerträglichen Diskriminierung aussetzen, insofern diese mit einem staatlich verordneten Unwerturteil über ihr eigenes Leben konfrontiert würden. Das aufgedrängte Wissen, die eigene vorgeburtliche Tötung sei unter den heute geltenden gesetzlichen Voraussetzungen sozial gebilligt und von Rechts wegen zulässig, stellt jedoch in jedem Fall – ob nur in allgemeiner Formulierung ausgesprochen oder auf die konkrete Behinderung bezogen – eine Infragestellung der eigenen Existenz dar.

Die existenzielle Beängstigung und Verunsicherung, die solche impliziten Zweifel an der eigenen Daseinsberechtigung bei behinderten Menschen oftmals hervorrufen, können von Nicht-Behinderten nur schwer nachempfunden werden, da sie die ernst gemeinte Infragestellung ihrer gesamten Existenz niemals als reale Möglichkeit empfinden müssen. Deshalb ist auch der Vergleich mit an Kinderlähmung oder anderen später besieigten Krankheiten leidenden

Patienten, die im Verlauf ihres Lebens das Verschwinden ihrer Krankheit miterleben, verharmlosend und irreführend. Für sie betrifft die hypothetische Möglichkeit, dass man auch bei ihnen den Ausbruch der Krankheit hätte verhindern können, nicht ihre Existenz als solche; sie können sich das eigene Dasein ohne Kinderlähmung als bessere Möglichkeit ihres Lebens durchaus vorstellen. Für behinderte Menschen gibt es diese Alternative dagegen nicht; sie würden im Fall der Zulassung der PID mit der Überlegung konfrontiert, dass ihre Nicht-Existenz von der Gesellschaft als wünschenswert erachtet oder zumindest geduldet würde.

Die an Bitterkeit und Ausweglosigkeit kaum zu übertreffende Erkenntnis: „Wenn es die PID damals schon gegeben hätte, wäre ich heute wahrscheinlich nicht da“ wird keinem nicht-behinderten Menschen zugemutet. Sie würde aber im Falle einer Zulassung der PID denen von Rechts wegen geradezu aufgedrängt, die ohnehin unter vielfältigen Belastungen und Selbstzweifeln zu leiden haben. Die existenzielle Wucht dieser Infragestellung lässt sich auch durch ein kühles Raisonement nicht wieder abschwächen, das auf dem Unterschied zwischen der gezielten Nicht-Implantation eines Embryos und der Tötung eines bereits geborenen Menschen besteht.<sup>30</sup> Niemand unterstellt den Befürwortern der PID, sie würden die Tötung behinderter Menschen in Gedanken bejahen, wenn sie die Verwerfung genetisch belasteter Embryonen billigen. Sie nehmen jedoch in Kauf, dass solche Menschen das Urteil: „Die Diagnose eines schwerwiegenden genetischen Defekts vom Typ XY rechtfertigt die Verwerfung des davon betroffenen Embryos“ auf die eigene Existenz beziehen. Ist es wirklich nur irrationale Panik, daraus die Schlussfolgerung abzuleiten, ihr von der Gesellschaft als lebensunwert erachtetes Dasein verdanke sich nur dem Umstand, dass die an sich wünschenswerte Verhinderung

ihrer Existenz zum Zeitpunkt ihrer Zeugung aufgrund des damaligen Entwicklungsstandes der diagnostischen Verfahren noch nicht möglich war?

Der Einwand, eine zunehmende Diskriminierung Behinderter, die ursächlich auf die Einführung der PID zurückgehe, sei empirisch nicht nachweisbar, geht am Kern dieser Überlegungen vorbei. Langfristige Einstellungsänderungen lassen sich statistisch meist erst dann mit Sicherheit nachweisen, wenn es für eine Umkehr des Prozesses zu spät ist. Keineswegs darf bei der Bewertung der Folgen, die die Zulassung der vorgeburtlichen Selektion menschlichen Lebens für die künftige Integration Behinderter in die Gesellschaft haben würde, das Nicht-Eintreffen der ungünstigeren Prognose einfach so lange unterstellt werden, wie deren Realitätsgehalt nicht empirisch nachgewiesen ist. Eine präventive Verantwortungsethik muss vielmehr auch bestehende Besorgnisse und die mit der Entstehung gesellschaftlicher Erwartungshaltungen verbundenen Gefahren ernst nehmen, zumal die spätere Rücknahme entsprechender Entwicklungen – etwa durch eine nachträgliche Einschränkung der PND oder der PID – viel schwieriger ist. Wenn Behinderung immer stärker und einseitig mit Leid, Unglück und verminderter Lebensqualität gleichgesetzt wird, muss dies auf lange Sicht auch Auswirkungen auf das tatsächliche Verhalten der Menschen haben. Diese Annahme trägt keineswegs spekulativen Charakter, sie entspricht vielmehr der allgemeinen Lebenserfahrung und ist durch psychologische Studien über das Verhältnis, das zwischen der Einstellung der einzelnen Familienmitglieder zur Behinderung eines Kindes und ihrer Fähigkeit besteht, die durch das Zusammenleben erwachsenden Beeinträchtigungen in ihr eigenes Lebenskonzept zu integrieren, inzwischen gut belegt.<sup>31</sup>

#### 4. Die Utopie einer leidfreien Welt

Die moderne Fortpflanzungsmedizin stellt dem Menschen die Erfüllung eines Wunsches in Aussicht, der tief in seiner Natur verankert ist. Das Verlangen, den Fortbestand der Welt durch Nachkommenschaft zu sichern, dient nicht nur der Arterhaltung, sondern auf elementare Weise auch den persönlichen Lebenszielen der Eltern. In der Übernahme von Elternverantwortung, im Geprägtwerden durch das gemeinsame Leben mit den Kindern und in der Rolle des eigenen Mutter- oder Vater-Seins liegen existenzielle Sinnerfahrungen bereit, die nach den Vorstellungen der meisten Menschen einen wesentlichen Bestandteil ihres persönlichen Lebensglücks ausmachen. Insofern die moderne Fortpflanzungsmedizin die Erfüllung dieser Wünsche in zunehmendem Maße auch dort ermöglicht, wo sich die Menschen aufgrund eines Versagens der Natur früher ihrem Schicksal ergeben mussten, sind ihre Fortschritte auch in moralischer Hinsicht bedeutsam. Sie dürfen jedoch nicht um einen Preis erkaufte werden, der diese Erfolge wieder fragwürdig erscheinen lässt. Die zunehmende Instrumentalisierung menschlichen Lebens, der Paradigmenwechsel von einer kurativen Heilkunde im Dienst des kranken Menschen zu einer selektiven Medizin im Dienst gesellschaftlicher Wunschvorstellungen und die abnehmende Fähigkeit der Menschen Belastungen zu ertragen und in ihr Lebenskonzept zu integrieren, belegen die Ambivalenz dieser Entwicklung. Auch auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin gilt daher, dass nicht alles, was technisch möglich ist, zu einem Fortschritt mit menschlichem Gesicht führt.

Solange die molekulare Medizin die genetischen Ursachen von Behinderungen erforscht, um in der Zukunft derartige Gendefekte heilen zu können, bewegt sie sich im Rahmen ihres Heilauftrages und steht damit auf sicherem

Fundament. Wo sie sich jedoch anschickt, statt zu heilen, die Träger von Krankheitsrisiken auszusondern und entwicklungsfähiges menschliches Leben zu töten, weil es den Vorstellungen seiner Erzeuger nicht entspricht, überschreitet sie eine Grenze, die um der Menschlichkeit des medizinischen Fortschritts willen nicht überschritten werden darf. Zwar geschieht diese Grenzüberschreitung in der Absicht menschliches Leid zu verhindern, doch führt die Art und Weise, wie dieses Ziel erreicht werden soll, zu einer Veränderung unserer Einstellung zum Leben, die wir vernünftigerweise – das heißt: aus der Perspektive aller von dieser Entwicklung Betroffenen – nicht wollen können. In einer Welt, in der die Vorgänge um Zeugung und Geburt durch den Einsatz moderner Medizintechnik wirksam kontrolliert werden können, entsprechen die Kinder, wenigstens was ihre Gesundheit und genetische Konstitution anbelangt, weitgehend den Vorstellungen ihrer Eltern. Das Wunder der Geburt läuft in sicheren Bahnen ab, mit Überraschungen ist nicht mehr zu rechnen, Befürchtungen können zuvor ausgeschaltet werden. Wäre eine solche Welt wirklich eine bessere Welt, in der die Menschen ein glückliches Dasein ohne schwere Belastung durch Leid, Krankheit und Behinderung führen?

Der unmerklich vollzogene Schritt zur Diskriminierung kranker und behinderter Menschen zeigt, dass der Traum von einer leidfreien Welt kein menschlicher Traum ist. Zur Würde des Menschen als eines endlichen Wesens gehört vielmehr auch das Recht, in Grenzen und mit Behinderungen zu leben. Die konstitutive Endlichkeit und Begrenztheit seines Daseins gilt dabei für jeden Menschen – auch für den scheinbar gesunden, starken, leistungsbereiten und keiner fremden Hilfe bedürftigen. Die in der anthropologischen Verfassung des Menschen begründete Endlichkeit meint ja nicht nur, dass er ein zeitlich begrenztes Leben führt, das auf den Tod zugeht und in Krankheit,

Schmerz und Leid auf vielfältige Weise mit dessen Vorboten konfrontiert wird. Die Endlichkeit des Menschen bedeutet auch, dass er ein in seinem Können und Wissen, in seinen Fähigkeiten und Lebensmöglichkeiten begrenztes Wesen ist. Einschränkungen, Belastungen und Behinderungen sowie das Ertragen von unabwendbarem Leid widersprechen nicht der Würde des Menschen. Doch schwindet in einer Zeit, in der durch die Erfolge der modernen Medizin, durch Früherkennung und Selektion von Erbfaktoren am Horizont der Menschheit die Utopie einer leidfreien Welt aufscheint, das Bewusstsein, dass Krankheit und Leid, Schmerz und Behinderung zur Wirklichkeit des Lebens hinzu gehören.

Eine Welt ohne Leid und ohne menschliche Not wäre nur scheinbar eine bessere Welt; sie wäre auch eine Welt ohne Liebe, ohne Mitleid, ohne Erbarmen und ohne Solidarität, eine Welt, die Menschen einander entfremdet. Nur eine Welt, in der Menschen in ihren Grenzen, also mit ihren Belastungen, Einschränkungen und Behinderungen leben dürfen, bleibt auf Dauer eine menschliche Welt. Mitleid und Erbarmen, Empathie und Liebe, die in einer solchen Welt gefordert sind, müssen ja immer als Begriffe verstanden werden, die ein Verhältnis zwischen Personen charakterisieren, indem wir auf den Anderen hin leben, um ihn zu tragen, sein Glück zu teilen und seine Not zu lindern. Solche Mit-Freude und solches Mit-Tragen, das die Anderen in ihrem Anderssein nicht erniedrigt, sondern sie in ihrem individuellen So-Sein bestärkt, sind Grundformen kreatürlicher Erfurcht, die sich dem leidenden und behinderten Menschen – nicht dem Leiden und der Behinderung an sich – in besonderem Maße nahe weiß. Die Aufgabe sich des einzelnen Menschen in seinen körperlichen, geistigen und seelischen Beeinträchtigungen anzunehmen, muss auch auf dem Feld der Fortpflanzungs- und Geburtsmedizin der erste Auftrag ärztlichen Handelns

bleiben. Sonst verwandelt sich die Entwicklung der modernen Reproduktionstechnologie von einer medizinischen Erfolgsgeschichte in eine Geschichte der Sieger, die das Leben halbiert und nur noch die Glücklichen wahrnimmt, die in einem unheilvollen, tödlichen Tausch auf Kosten anderer das große Los gezogen haben.

### Anmerkungen

<sup>1</sup> Zur Kritik der anderslautenden Interpretation, die von der Einheit der Gesamthandlung, mit dem Endziel der Herbeiführung einer Schwangerschaft mit einem der artifiziell erzeugten Embryonen ausgeht und infolgedessen die Vereinbarkeit der PID mit dem EschG vertritt, vgl. *Beckmann, R.*: Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik. In: *MedR* 2001, S. 169–177, bes. S. 170, und *Böckenförde-Wunderlich, Barbara*: Präimplantationsdiagnostik als Rechtsproblem. Ärztliches Standesrecht, Embryonenschutzgesetz, Verfassung. Tübingen 2002, S. 118–126.

<sup>2</sup> Abgedruckt bei *Giwer, Elisabeth*: Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik. Eine Studie zum rechtlichen Schutz des Embryos im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung grundrechtlicher Schutzpflichten. Berlin 2001, S. 163–172.

<sup>3</sup> Vgl. Schlussbericht, hrsg. vom Deutschen Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin 2002, S. 240.

<sup>4</sup> Ebd., S. 232.

<sup>5</sup> Vgl. ebd., S. 234.

<sup>6</sup> Vgl. Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. Stellungnahme (hrsg. vom Nationalen Ethikrat), Berlin 2003, S. 106ff.

<sup>7</sup> Vgl. in diesem Sinn *Kreß H.*: Präimplantationsdiagnostik, der Status von Embryonen und embryonale Stammzellen. Ein Plädoyer für Güterabwägungen. In: *ZEE* 45 (2001), S. 230–235, bes. S. 232.

<sup>8</sup> Vgl. dazu *Kollek, Regine*: Präimplantationsdiagnostik. Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht. Tübingen-Basel 2000, S. 63.

<sup>9</sup> Vgl. *Haker, Hille*: Verantwortliche Elternschaft. In: *Graumann, Sigrid*: Die Genkontroverse. Freiburg i.Br. 2001, S. 179–184, bes. S. 181ff. Für eine umfassende Darlegung des Konzepts verantwort-

licher Elternschaft im Kontext der modernen Fortpflanzungstechniken vgl. *dies.*, Ethik der genetischen Frühdiagnostik, Paderborn 2001, S. 245–263.

<sup>10</sup> *Habermas, J.*: Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Frankfurt a.M. 2001, S. 110f.

<sup>11</sup> Vgl. zu dieser Argumentation *Birnbacher, D.*: Selektion von Nachkommen – ethische Aspekte. In: Mittelstraß, J. (Hg.): Die Zukunft des Wissens. Berlin 2000, S. 239–253, bes. S. 253.

<sup>12</sup> Vgl. *Zimmermann, Myriam* und *Ruben*: Präimplantationsdiagnostik: Chance oder Irrweg? In: ZEE 45 (2001) S. 47–57, bes. S. 55.

<sup>13</sup> Vgl. *Graumann, Sigrid*: Präimplantationsgenetik – ein wünschenswertes und moralisch legitimes Ziel des Fortschritts in der vorgeburtlichen Medizin? In: *M. Düwell / D. Mieth* (Hg.): Ethik in der Humangenetik. Die neuen Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik aus ethischer Perspektive. Tübingen 1998, S. 383–414, bes. S. 406 f. und *Böckenförde-Wunderlich, Barbara*, a.a.O., S. 213.

<sup>14</sup> So die Argumentation von *Hufen, F.*: Präimplantationsdiagnostik aus verfassungsrechtlicher Sicht. In: MedR 2001, S. 440–451, bes. S. 443.

<sup>15</sup> Vgl. *Keller, R. u. a.*: Embryonenschutzgesetz. Stuttgart-Berlin 1992, § 1 Abs 1 Nr. 2 Rz 7, und *Beckmann, R.*: Zur Strafbarkeit der Präimplantationsdiagnostik nach dem Embryonenschutzgesetz. In: ZfL 2001, S. 12–16.

<sup>16</sup> *Kollek, Regine*, a.a.O., S. 15; vgl. auch S. 136, 165 und 211.

<sup>17</sup> „Handle so, daß du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst“ (GMS – B 66f). Zur Interpretation dieser Formel vgl. *Ricken, F.*: Allgemeine Ethik. Stuttgart u. a. <sup>2</sup>1989, S. 104–107.

<sup>18</sup> Vgl. *Böckenförde-Wunderlich, Barbara*, a.a.O., S. 206, und *Giwer, Elisabeth*, a.a.O., S. 127.

<sup>19</sup> Das übersieht *Giwer, Elisabeth*, a.a.O., S. 110 f., wenn sie aufgrund der Überlegungen, dass die Rechte und Interessen der Frau im Fall des Schwangerschaftsabbruchs und bei der PID unter Zumutungsaspekten gleich gewichtet werden müssen, zu dem Schluss gelangt, der Gesetzgeber müsse in genau den Fällen, in denen die Abtreibung nach PND rechtlich zulässig wäre, auch die PID erlauben. Auch kommt es beim Vergleich zwischen beiden

Konstellationen nicht allein auf den früheren oder späteren Zeitpunkt an, zu dem handelt wird. Entscheidend ist vielmehr, dass bei der PID die Konfliktsituation, in der die Vernichtung von Embryonen unvermeidlich ist, eigens herbeigeführt wird, also nicht das *Wann*, sondern das *Wie* und *Wodurch* des Handelns. Zudem verfügt die Frau im Fall der PID über Alternativen, um die als unzumutbar empfundene Notlage abzuwenden.

<sup>20</sup> Vgl. dazu *Wooopen, Christiane*: Indikationsstellung und Qualitätssicherung als Wächter an ethischen Grenzen? Zur Problematik ärztlichen Handelns bei der Präimplantationsdiagnostik. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 5 (2001), S. 118–139, bes. S. 126.

<sup>21</sup> Das Genfer Arztgelöbnis von 1948 verpflichtet den Arzt „to maintain the utmost respect for human life from the time of conception, even under threat, I will not use my knowledge contrary to the laws of humanity“ (abgedruckt in: *Laufs, A. / Uhlenbruck, W.*: Handbuch des Arztrechts. München <sup>2</sup>1999, § 4 Rdnr. 16). Mit gleich lautenden Worten regelt die im Jahre 2000 überarbeitete Musterberufungsordnung der Bundesärztekammer die Berufspflichten der Ärzte: „Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden“. In: Sonderdruck des Dt. Ärzteblatts, Beilage zu Heft 41 (2000).

<sup>22</sup> Vgl. *K. Ruppel / D. Mieth*, Ethische Probleme der Präimplantationsdiagnostik. In: *M. Düwell / D. Mieth* (Hg.): Ethik in der Humangenetik. Die neuen Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik aus ethischer Perspektive, a.a.O., S. 358–379, bes. S. 375 f.

<sup>23</sup> Vgl. *Böckenförde-Wunderlich, Barbara*, a.a.O., S. 96.

<sup>24</sup> Die besondere Schutzpflicht, die für den Arzt durch sein eigenes Handeln entsteht, führt auch dazu, dass die Nicht-Implantation der verworfenen Embryonen in moralischer und rechtlicher Hinsicht ihrer gezielten Vernichtung gleichkommt. Der Arzt kann sich daher nicht darauf berufen, dass er die nicht zur Weiterbehandlung geeigneten Embryonen nicht tötet, sondern nur ihrem Schicksal überlässt; das Unterlassen ist einem aktiven Tun immer dann gleichzustellen, wenn der Betreffende eine besondere Verantwortung für das Wohlergehen eines anderen trägt. Vgl. *Giwer, Elisabeth*, a.a.O., S. 90 f.

<sup>25</sup> *Böckenförde-Wunderlich, Barbara*, a.a.O., S. 223.

<sup>26</sup> Vgl. Schockenhoff, E.: Demokratie, Biopolitik und Menschenwürde. In: IKZ 32 (2003), S. 160–176, bes. S. 166.

<sup>27</sup> Vgl. Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. Stellungnahme (hg. vom Nationalen Ethikrat), Berlin 2003, S. 106–113.

<sup>28</sup> Der Einwand, die unbestreitbare Ausweitung der PND erkläre sich aus dem Umstand, dass ihr Einsatz in gesetzlich unregelter Form aufgrund standesrechtlicher Richtlinien der Ärzteschaft erfolgte, während eine klare gesetzliche Einschränkung die befürchtete Ausweitung der PID wirksam verhindern könne, entwertet sich daher von selbst, wenn er in Verbindung mit dem Vorschlag offener Generalklauseln vorgetragen wird.

<sup>29</sup> Der Philosoph Patzig, G.: Präimplantations-Diagnostik – Anmerkungen zu einer bioethischen Debatte. In: Veröffentlichungen der Joachim Jungius-Ges. Wiss., Hamburg 93 (2002), S. 19–33, hier: S. 26, schlägt eine solche Liste vor, die schwer wiegende Krankheiten und Defekte wie Mukoviszidose, Thalassämie, Duchenne'sche Muskeldystrophie und dergleichen umfassen soll. In Großbritannien, Belgien und den USA existieren derartige (unterschiedlich weit gefasste) Listen bereits. In Großbritannien gelang es zwar mit ihrer Hilfe eine zügellose Ausuferung des Anwendungsspektrums der PID zu verhindern, doch kommt es dennoch zu einer allmählichen Erweiterung nach dem Motto „Warum ist diese Krankheit als weniger schwerwiegend anzusehen wie die andere, bei der eine PID erlaubterweise vorgenommen wird?“ Böckenförde-Wunderlich, Barbara: Präimplantationsdiagnostik als Rechtsproblem, a.a.O., S. 87, beschreibt diese schleichende Ausweitung folgendermaßen: „Wird die Anwendung der PID für eine bestimmte Krankheit genehmigt, dann zieht dies in aller Regel den nächsten Antrag auf Zulassung nach sich, dem dann im Namen von Konsistenz und Konsequenz im allgemeinen ebenfalls stattzugeben ist.“

<sup>30</sup> Vgl. Patzig, G., a.a.O., S. 27.

<sup>31</sup> Vgl. Friedrich, H. u.a.: Missbildung und Familiendynamik. Kinder mit Spina bifida und Hydrocephalus in ihren Familien. Göttingen 1992, S. 199–205.

## Die Gesundheit künftiger Generationen als Legitimationsversuch für ethisch umstrittene Forderungen

Dietmar Mieth

### *A. Thesen zum Recht auf Zugang zu legitimen Zielen und Mitteln im Bereich gesundheitsbezogenen Handelns*

1. Krankheit gehört zum Menschen ebenso wie Gesundheit. Beides ist korrelativ, so dass man den Menschen nicht von dem einen oder dem anderen her allein verstehen könnte. Der kranke Mensch ist ebenso wie der gesunde Mensch der „normale“ Mensch. Die Zustände sind relativ zum Menschen, nicht der Mensch relativ zu seinen Zuständen.

2. Gesundheitsdefinitionen gehen entweder vom umfassenden Wohlbefinden des Menschen („well-being“, WHO) oder von der Bedürfnislage oder von den Fähigkeiten des Menschen aus, die beeinträchtigt sind und wiederhergestellt werden sollen. In den meisten Definitionen ist die Reichweite zu groß, weil man mit Recht eine zu kleine Reichweite vermeiden will. Die Reichweite bleibt aber verständlicherweise an den Rändern unscharf, weil sie sich mit anderen Bedürfnissen und Rechten überschneidet. Der Begriff der (Wieder-)Herstellung von Handlungsfähigkeit für gesundheitsbezogenes Handeln, den Monika Bobbert im Anschluß an Alan Gewirth, einem amerikanischen Sozialethiker, einführt, scheint mir besonders bedenkenswert. Man sollte seine Reichweite testen.