



Das Recht, ungetestet ins Leben zu treten

© iassdesignen - Fotolia.com

Warum die Freigabe der PID in Österreich ein Rückschritt wäre



Mag. Susanne Kummer ist stellvertretende Geschäftsführerin des Institutes für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE) in Wien.

In Deutschland hatte der Gesetzgeber nach jahrelangen heftigen Debatten, die quer durch alle Parteien gingen, im Juli 2011 die sogenannte Präimplantationsdiagnostik (PID), also die genetische Untersuchung an im Reagenzglas erzeugten Embryonen für jene Fälle erlaubt, „in denen ein oder beide Elternteile die Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen oder mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen ist“. Wäre so eine Regelung der ethisch saubere Kompromiss für die umstrittene Methode der Embryonenselektion in der Petrischale, an dem sich auch unsere Politiker orientieren sollten?

Wenn es nach dem jüngsten Vorschlag von 15 der 25 Mitglieder der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (BEK) geht, sollte Österreich so gut wie jede Form der Selektion erlauben (was üb-

rigens sechs andere BEK-Mitglieder in einer eigenen Stellungnahme strikt ablehnen): Gen-Check von Embryonen nicht bloß bei erblicher Vorbelastung der Eltern und drohender Weitervererbung von Krankheiten, sondern auch, wenn bei einem Paar eine künstliche Befruchtung nach mehreren Versuchen erfolglos war – was bei einer durchschnittlichen „Baby-take-home-Rate“ von 15 bis 20 Prozent nicht selten vorkommt. Soll die Selektion von Embryonen in Zukunft als Mittel zur Steigerung der – immer noch geringen – Erfolgsrate der In-vitro-Fertilisation (IVF) herhalten? Auf Kosten der Sozialversicherung, wie mehrere Seiten bereits forderten?

Die Forderungen verwundern, wenn man sich vor Augen führt, wie dünn die Substanz der einzelnen Pro-Argumente ist – und wie hoch der Preis, den

wir als Zivilgesellschaft letztlich dafür zahlen müssen. Das Beispiel Deutschland zeigt außerdem die zahllosen Widersprüche und die praktische Undurchführbarkeit selbst einer engmaschig konzipierten PID auf.

Zahnlose PID-Verordnung öffnet Markt für Selektion

Als der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Erlaubnis der PID erließ, galten Gegner innerhalb des Bundestags sowie jene, die die PID als Instrument zur Menschenselektion kritisierten, als Fortschrittsverweigerer. Die PID ist deshalb ethisch umstritten, weil bei ihr menschliche Embryonen im Zuge der künstlichen Befruchtung vor ihrer Implantation in den Mutterleib gezielt auf genetische Fehler oder Auffälligkeiten untersucht und gegebenenfalls vernichtet werden.

Man müsse sich doch keine Sorgen machen, so die Gruppe der Befürworter. Die PID sei ohnehin nur in Härtefällen erlaubt, für ganz wenige, genetisch hochriskante Paare, die dank der genetischen Überprüfung der Embryonen im Rahmen einer künstlichen Befruchtung die Weitergabe von Erbkrankheiten ausschließen wollen; oder um Eltern eine mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartende Fehl- oder Totgeburt zu ersparen; oder eben auch eine (Spät-)Abtreibung, weil ein behindertes Kind eine unzumutbare Belastung wäre. Das beschlossene Gesetz sollte jedenfalls eine „eng begrenzte Anwendung der PID“ sicherstellen, beschränkt auf schwere Erbkrankheiten oder Chromosomenstörungen, auf wenige, speziell zugelassene Zentren und unter strenger Aufsicht einer Ethikkommission.

Doch dann kam es zu einem Paradox: Kaum war die PID zugelassen, war sie auch schon wieder verboten. Die entsprechende Rechtsverordnung fehlte, die die genaue Durchführung der PID regeln und Missbrauch kontrollierbar machen sollte. Der erste Entwurf dafür wurde erst ein Jahr später, im Juli 2012, zur Begutachtung freigegeben – und bestätigte alle zunächst in den Wind geschlagenen Befürchtungen.

In dem von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) vorgelegten Entwurf einer Rechtsverordnung¹ liegt eine praktisch komplette Freigabe des Verfahrens vor. Die PID auf wenige Einzelfälle zu beschränken, ist offenbar undurchführbar. Auch sonst blieb nicht viel von den hehren Versprechungen der „ethisch“ kontrollierten Selektion von Embryonen in Härtefällen übrig. Womit

Bahr aber offenbar nicht gerechnet hatte, war die scharfe, parteienübergreifende Kritik, die seine vorgelegte Regelung quer durch alle Parteien, NGOs und Konfessionen ausgelöst hat. Und so steht Deutschland weiterhin im Patt – ohne Regelung, der etliche Länder bereits ihre Zustimmung verweigert haben.

Offene Kritik kam von der Vorsitzenden des Deutschen Ethikrates, Christiane Woopen. Dass die Anwendung der PID begrenzt wird und der Gesetzgeber sie kontrollieren kann, könne man angesichts dieses Entwurfes „getrost bezweifeln“, kritisierte sie.² So sei die Anzahl der PID-Zentren nicht festgelegt, es fehlten zudem einheitliche Kriterien für die dort angesiedelten Ethikkommissionen. Der Ethikkommission komme in dieser PID-Verordnung ohnedies nur noch eine Feigenblatt-Funktion zu. Die Verordnung sei in Hinblick auf Indikationen „so formuliert, dass letztlich alle PIDs durchgeführt werden können, die nur verlangt werden“, kritisierte auch der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, Hubert Hüppe (CDU).

Ein gesundes Kind soll es sein – das ist ein verständlicher Wunsch. Doch wie hoch darf der Preis sein? Und: Gibt es sachliche Argumente, warum der Gen-Check bei im Reagenzglas hergestellten Embryonen in Österreich auch in Zukunft nicht zugelassen sein soll?

Die PID auf Einzelfälle zu beschränken ist schöne Theorie, in der Praxis aber undurchführbar. Ein (gesundes) Kind soll es sein. Doch um welchen Preis?



© Andrey Kuzmin - Fotolia.com

¹ http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/P/PID/Referentenentwurf_PID_Verordnung_120711.pdf

² Süddeutsche Zeitung, 1. August 2012.



© foodmaster - Fotolia.com

Das beschlossene Gesetz sollte jedenfalls eine eng begrenzte Anwendung der PID sicherstellen, beschränkt auf schwere Erbkrankheiten oder Chromosomenstörungen, auf wenige, speziell zugelassene Zentren und unter strenger Aufsicht einer Ethikkommission.

Leid ersparen, indem man Kranke eliminiert?

Müssen wir nicht alle Mittel einsetzen, um Leid zu lindern, ja, zu verhindern? Das Argument, man könne durch die PID Frauen eine Fehl- oder Totgeburt ersparen, weil man auch nicht lebensfähigen Embryonen von vorneherein aussortieren könne, wird von PID-Befürwortern immer wieder vorgebracht. „Unnötiges Leid ersparen“ und „Familien von zerstörerischen Genen befreien“, sei dank PID möglich. Und die Steigerung der Erfolgsrate der In Vitro-Fertilisierung.

Doch tappt man mit diesen Wünschen im wissenschaftlichen Dunkel: Studien haben nahegelegt, dass nach erfolgloser IVF selbst ein PID-Screening auf Aneuploidie nicht zu einer höheren Schwangerschaftsrate führt. Branchenintern wurde deshalb jüngst die Kritik lauter, dass offenbar trotz fundierter wissenschaftlicher Erkenntnisse die PID routinemäßig im klinischen Umfeld eingesetzt wird.³ Auch ist kein Gen bekannt, an dem man die Lebensfähigkeit an sich feststellen könnte. Laut der Europäischen Gesellschaft für Humanreproduktion und Embryologie (ESHRE)

bewegen sich die Schwangerschaftsraten pro Embryotransfer nach PID in der gleichen Größenordnung wie nach IVF ohne PID.⁴

Der Wunsch nach einem gesunden Kind ist und bleibt ein Wunsch. Diesem mit allen – auch ethisch nicht rechtfertigbaren – Mitteln nachzugeben, fördert eine gesellschaftlich unrealistische Haltung, aus der heraus ein Anspruchsdenken, die Forderung nach dem Null-Fehler-Baby oder Wunsch-Baby, wächst – ein Trend, der sich in Ländern, in denen PID erlaubt ist, klar beobachten lässt. Die Ärzte werden dadurch aus Angst vor Schadensersatzklagen in eine Position gedrängt, den Frauen zu allen nur möglichen (und auch zu bezahlenden) Tests zu raten, um sich so selbst abzusichern. Die Entwicklungen sind absehbar: Könnte nicht jemand, der mit 30 Jahren an Brustkrebs erkrankt, darauf verweisen, dass es zum Zeitpunkt seiner Zeugung schon genetische Tests gegeben hat? Nicht nur Ärzte, auch Eltern könnten dieser Denkart zufolge bald verklagt werden: Warum habt ihr mich nicht getestet?⁵

Ein hoher Preis: 33,7 selektierte Embryonen auf ein Kind

Mit der Zulassung der PID für Paare mit dem Risiko zur Weitergabe einer Erbkrankheit weitet die IVF ihr Rechtfertigungsfeld aus. Sie wird ja hier nicht in erster Linie wegen Unfruchtbarkeit angewandt, sondern bei an sich zeugungsfähigen Paaren einzig zu Selektionszwecken durchgeführt. Das erfordert die Bereitstellung mehrerer Embryonen, damit genügend Ausgangsmaterial zur Verfügung steht.

Die ESHRE berichtet seit zehn Jahren jährlich im Fachjournal *Human Reproduction* über die Ergebnisse von weltweit 57 Instituten, die PID vornehmen. Die das Jahr 2007 erfassende Auswertung erschien im November 2010.⁶ Die Daten zeigen, dass auf einen Embryo, der es 2007 nach einer Präimplantationsdiagnostik bis zur Geburt schaffte, 33,7 „verbrauchte“ Embryonen kamen. Die einzelnen Selektionsschritte werden in der Auswertung minutiös aufgeführt: Aus 56.325 befruchteten Eizellen entstanden 40.713 Embryonen. Ihnen wurden 31.867 Gewebeproben zur Biopsie entnommen, 28.998 wurden diagnostiziert und 10.084 als implantierbar eingestuft. In eine Gebärmutter implantiert wurden letztlich 7.183 Embryonen.

Erfolgreich war die Implantation aber nur in rund 22 Prozent der Fälle, das heißt, sie führte zu 1.609

3 The clinical benefit and safety of current and future assisted reproductive technology, Rachel Brown and Joyce Harper, in: *Reproductive Bio-Medicine Online*, Volume 25, Issue 2, S. 108–117, 8/2012.

4 Deutscher Ethikrat (2011), S. 28.

5 Vgl.: Warum bin ich ungetestet? Leben als Schaden: Der Einstieg in die Embryonenauswahl, in: FAZ, 22.6.2002.

6 <http://humrep.oxfordjournals.org/content/25/11/2685.full.pdf+html>

Schwangerschaften. Diese wiederum hatten 977 Geburten mit 1.206 Kindern zur Folge.

Fazit: Auf ein Kind kommen mithin 33,7 selektierte und verworfene Embryonen. Es erstaunt, dass in der politischen Debatte über Zulassung oder Verbot der PID diese Daten bisher ignoriert wurden.

Indikationsmodell praktisch undurchführbar

Welche Krankheiten einen „Embryonencheck“ rechtfertigen sollen, ist in allen Ländern, in denen die PID erlaubt ist, ein Streitpunkt. Als Einsatzgebiet werden monogene Erbkrankheiten wie z. B. die Bluterkrankheit, Mukoviszidose, Sichelzellanämie und Thalassämien genannt sowie Chromosomenanomalien wie etwa überzählige oder fehlende Chromosomen (z. B. beim Down-Syndrom oder Klinefelter-Syndrom). Man kann die PID auch zur frühzeitigen Erkennung von Erbkrankheiten einsetzen, die allerdings erst später im Leben auftreten werden, wie z. B. bei Chorea Huntington, einer neurodegenerativen Krankheit, die meist erst ab dem 40. Lebensjahr manifest wird. Ungewiss bleiben bei dieser Diagnostik der Zeitpunkt des Ausbruchs und der genaue Krankheitsverlauf. Dasselbe gilt auch für Brustkrebs: Sollte ein Risiko vorliegen, ist es genau das: ein Risiko. Es bedeutet nicht, dass die Betroffene zwangsläufig im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs erkrankt. Die Mehrheit der Befürworter einer PID verlangt klare, enge Begrenzungen: Eine PID solle nur dann erlaubt sein, wenn bei den Eltern Erbanlagen für Gendefekte bestehen, die mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu schweren Behinderungen führen oder ein hohes Risiko für Fehl- oder Totgeburten bergen. PID stellt Diagnosen, gibt Risikowerte an, bietet aber keine Therapien. Die „Therapie“ lautet Selektion und Vernichtung.

Letztlich gibt es aber keinen gesellschaftlichen Konsens darüber, welche Krankheiten in so eine „Watchliste“ von Krankheiten (Indikationsmodell) aufgenommen werden sollen, um PID und damit die Zustimmung zum Aussortieren betroffener Menschen zu legitimieren. Eine Indikationsliste zu erstellen ist praktisch unmöglich – und wurde auch von Deutschland abgelehnt, weil sie dem Diskriminierungsverbot widerspricht. Es stellt sich außerdem die demokratiepolitische Frage, welche Liste rechtens von wem erstellt werden darf, aufgrund derer dann Embryonen ausgesondert und vernichtet werden dürfen.

Man braucht nicht viel Phantasie, um hier einen weiteren Schritt zur Ideologie der „Gesunden über die Kranken“ zu erkennen – unter den Vorzeichen einer „Heilsethik“ statt einer Ethik des Heilens.

Schwache Aussagekraft der Methode

Das praktische Problem der PID ist ihre schwache Aussagekraft in Bezug auf Chromosomenanomalien. Die mit 62 Prozent häufigste Indikation für PID ist die Aneuploidie, also numerische „Fehler“ der Chromosomenzahl. Im Rahmen der Chromosomendiagnostik wird dafür die Methode der „Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung“ (FISH) angewendet, diese stellt aber nur ein grobes Messinstrument dar, leicht anfällig für Fehldiagnosen. So liegen bislang 11 randomisierte Studien vor, die untersuchten, ob IVF-Schwangerschaftsraten nach dieser Form der PID stiegen. Ein Zusammenhang konnte bis heute nicht belegt werden, dennoch werde das Screening als Standardinstrument bei IVF angeboten, kritisierten zwei britische Wissenschaftlerinnen in einem renommierten Journal für Reproduktionsmedizin.⁷ Die Aussagekraft einer PID bezüglich Chromosomenanomalien ist laut Studien nicht groß, weil es später in der Entwicklung des Embryos noch biologische Kontrollmechanismen gibt, die eine solche Fehlbildung auf natürliche Weise verhindern können.⁸



© ThorstenSchmitt - Fotolia.com

⁷ The clinical benefit and safety of current and future assisted reproductive technology, Rachel Brown and Joyce Harper, in: Reproductive Bio-Medicine Online, Volume 25, Issue 2, S. 108–117, 8/2012.

⁸ Eleuterio R. Hernández et al. (Klinik „FivMadrid“, Madrid), Hum. Reprod. (2009) 24 (7): S. 1538–1541, first published online: April 4, 2009 (doi: 10.1093/humrep/dep078).

© detailblick - Fotolia.com



„Watchlist“ von Krankheiten ist alles andere als fix. Sie wird je nach Stand der Technik immer umfangreicher – und damit auch die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen immer schärfer. Das Beispiel Großbritannien zeigte, dass die Beschränkung der PID auf begrenzte Einzelfälle schon nach wenigen Jahren einer Gesellschaft nicht mehr gerecht wird, weil durch sie Begehrlichkeiten nach einem Null-Fehler-Baby geweckt werden. Die PID wurde dort 2006 legalisiert; sie kann bei der drohenden Vererbung bestimmter Formen von Krebs, Alzheimer und Muskelkrankheiten genutzt werden – insgesamt bei mehr als 160 Indikationen. Inzwischen genügt das bloße Vorhandensein eines sogenannten Risiko-Gens – etwa des Brustkrebsgens BRCA1, um Embryonen im Zuge der PID auszusortieren, selbst wenn bekannt ist, dass die Krankheit weder zwingend manifest wird noch allein auf dieses einzelne Risiko-Gen rückführbar ist. In den USA bieten heute rund 65 Prozent der Fortpflanzungskliniken die PID auch zur Geschlechtsselektion („Social sexing“) an.

Offenlegen von ökonomischen Interessen

Wer PID erlaubt, bahnt den Weg, dass sie zu einem Routineverfahren der In-vitro-Fertilisation mutiert und damit die Sicherheit, ein „gesundes“ Kind zu bekommen, vorspiegelt. Die offiziellen Zahlen der ESHRE belegen ein offenkundiges Interesse der IVF-Industrie an der Möglichkeit eines Gen-Checks von Embryonen, bevor diese in die Mutter eingepflanzt werden. IVF-Zentren wollen ohne spezielle Indikation nach allen möglichen Defekten in den Embryonen jener Paare suchen, die unfruchtbar sind, obwohl keine Erbkrankheit bekannt ist. Dies hängt mit der hohen Komplikationsrate und letztlich immer noch niedrigen Erfolgsrate bei einer künstlichen Befruchtung zusammen. Der Hauptgrund für PID, so die Daten der ESHRE, ist nicht das Vermeiden von seltenen Krankheiten, sondern die Steigerung der Erfolgsraten der künstlichen Befruchtung.¹⁰ PID-Screening also als Regelangebot bei der künstlichen Befruchtung?

In diesem Zusammenhang ist eine breite Debatte über die impliziten Interessen gefordert: Die prinzipielle, flächendeckende Ermöglichung der Qualitätskontrollen von in vitro erzeugten Embryonen durch PID (nur der „als vitalst erscheinende“ soll eingepflanzt werden, um dann einen selektiven

Sichere Diagnose? Viele genetische Krankheiten lassen sich durch diese Technik nicht erfassen, manche treten erst im 40. Lebensjahr auf. Und: Nicht jedes Risiko-Gen führt tatsächlich auch zu einer Erkrankung.

Genmaterial, das aus zwei verschiedenen Blastomeren entnommen wird, kann zwei komplett verschiedene Ergebnisse liefern. Wird es nun ein gesundes oder ein krankes Kind? Darüber hinaus bringt die PID keineswegs eine Garantie für ein Kind mit sich, auch nicht für ein gesundes. Viele genetische Krankheiten lassen sich durch diese Technik nicht erfassen oder treten erst zu einem späteren Zeitpunkt auf.

Der Vorstand des Instituts für Humangenetik (Medizinische Fakultät) an der Ruhr-Universität Bochum, Jörg T. Epplen, rückte angesichts der Gen-Check-Debatten die Aussagekraft der Methoden der DNA-Analyse zurecht.⁹ Selten findet man ein so ehrliches Statement aus Expertenkreisen: Die Programme zur Vorhersage der Krankheitsbedeutung neuer DNA-Variationen seien derzeit „*mitunter widersprüchlich und daher insgesamt noch völlig unzureichend*“, korrigiert Epplen überzogene Erwartungen. Unzählige DNA-Sequenzauffälligkeiten würden sich konkreten Aussagen zu ihrer Bedeutung für den Träger entziehen, und über multifaktoriell bedingte Leiden (mehrere Gene plus Umweltfaktoren sind beteiligt) könne überhaupt keine konkrete Prognose abgegeben werden.

Kann der Staat die PID begrenzen?

Es zählt zu den fundamentalen Schutzpflichten des Staates, schon die Erzeugung von Embryonen zu verbieten, die in diskriminierender Weise „aus-sortiert“ werden sollen. Eine vorab festgelegte

⁹ Wird es in zehn Jahren noch Neugeborene mit genetisch bedingter Behinderung geben? Presseaussendung Ruhr-Universität-Bochum, 23.7.2012, Link: <http://idw-online.de/de/attachmentdata18092.pdf>

¹⁰ Hilfe fürs Wunschkind, Martina Lenzen-Schulte, in: FAZ, 12.7.2012, Link: <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/praeimplantationsdiagnostik-als-hilfe-fuers-wunschkind-11823264.html>



Single-Embryo-Transfer zu ermöglichen) wird immer wieder gefordert, auch von der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin. Welche Rolle spielen kommerzielle Erwägungen bei der Einführung der PID, womöglich auf Kosten der Krankenkassen, in reproduktionsmedizinischen Zentren? In Deutschland zeichnet sich ein Streit ab: Es gibt bundesweit etwas mehr als 130 solcher Zentren. Für die PID in engen Grenzen würden hingegen etwa drei ausreichen. Doch welches reproduktionsmedizinische Zentrum will an diesem neuen Markt nicht mitnaschen?

Gesellschaftliche Auswirkungen der PID

Ob durch die Einführung der PID die Zahl der Spätabtreibungen gesenkt werden könnte, ist mehr als spekulativ, meint Axel W. Bauer, Mediziner und Mitglied im Deutschen Ethikrat.

In Österreich ist die Abtreibung verboten, wird aber unter bestimmten Bedingungen nicht bestraft, im Falle eines behinderten Kindes ist der Fetozid sogar bis zur Geburt möglich. Diese Regelung ist ein Skandal. Aus einem Gesetz, das ein klares Unrecht gegenüber dem Ungeborenen und seinem Recht auf Leben darstellt dann aber die Selektion von Embryonen als rechtmäßig abzuleiten, wie dies PID-Befürworter tun, scheint mehr als fragwürdig.

Sicher ist, dass die Bandbreite von „Normalität“, die in unserer Gesellschaft künftig noch toleriert werden wird, durch die Möglichkeiten der PID deutlich schmaler werden wird. Und dass die Entscheidung im Zweifel gegen das Leben des potentiell kranken Embryos ausfällt, liegt auf der Hand. Womit das gesellschaftlich-politische Dilemma einer – wenn auch begrenzten – Freigabe der PID deutlich wird: Anders als die pränatale Diagnostik (PND), die – ungeachtet ihres Missbrauchs in der medizinischen Praxis – auch wichtige Erkenntnisse für eine der Gesundheit des Ungeborenen dienende Geburtsvorbereitung liefern sowie der frühzeitigen Einleitung von Therapien dienen kann, ist die PID ein „reines Selektionswerkzeug“. Menschen fallen hier einem abstrakten Gesundheitsideal zum Opfer.

Menschenrechte – von Anfang an

Die österreichische Chirurgin Hildegunde Piza kritisierte offen, dass offenbar heute die Gesellschaft darüber entscheiden sollte, wer für andere Menschen ertragbar ist. „So einfach, am besten durch ein Gesetz. Was aber, wenn dieser als ‚ge-

sund‘ im Reagenzglas erzeugte und als solcher auch von der Gesellschaft als äußerlich gesund zum Leben frei gegebene Mensch im Alter von fünf Jahren von einem Auto überfahren wird und danach querschnittsgelähmt auf die Hilfe anderer angewiesen ist? Wer entscheidet dann, ob dieses Leben lebenswert ist?“¹¹

Der streitbare australische Bioethiker Peter Singer vertritt die These, dass die Interessen der (erwachsenen) Geborenen mehr als jene der Ungeborenen oder der Säuglinge wiegen: Letztere hätten, im Gegensatz zu den Erwachsenen, ohnehin noch kein Selbstbewusstsein und damit keine „Ziele“ oder „wohlerwarteten Pläne“. Personsein und ein damit verknüpftes Lebensrecht würden Föten, Säuglingen, aber auch Behinderten oder Dementen fehlen (Schimpansen haben mehr Würde als Demente, sagt Singer). Sie haben kein Lebensrecht, denn sie besitzen noch keine Würde. Gibt es unterschiedliche Grade an Würde des Menschen und dem damit verbundenen Lebensrecht? Das Urteil des Europäischen Gerichtshofs weist in eine andere Richtung: Im Zuge der Klärung, ob Patente auf embryonale Stammzellen (ES) oder für die Verfahren zu ihrer Herstellung erteilt werden dürfen, hat der EuGH unmissverständlich festgestellt: Die Zerstörung eines Embryos widerspricht der Menschenwürde (vgl. EuGH-Urteil vom 18. Oktober 2011, Brüstle vs. Greenpeace C-34/10¹²). Die Anerkennung der Würde des Menschen ist an seine Existenz gebunden – und nicht daran, dass er bestimmte (positive) Eigenschaften aufweist.

Fazit: Aus medizinischer Sicht ist die PID ein aufwändiges, belastendes, wenig erfolgversprechendes und risikoreiches Verfahren. Die PID erlauben heißt, einer eugenischen Denkart in der Gesellschaft Vorschub zu leisten: Nicht Krankheiten werden eliminiert, sondern die Kranken. Ein Denken und Handeln, das uns als aufgeklärte Gesellschaft, deren wohl höchste Errungenschaft die Menschenrechte sind, eigentlich wachrütteln sollte.

Eine Pandora-Büchse lässt sich nicht einfach nur kurz und nur ein paar Millimeter öffnen. Es gibt eben nicht „ein bisschen Selektion“, genauso wenig wie eine „Zeugung auf Probe“.

Für Österreich, in der die Vorab-Selektion von Embryonen noch verboten ist, ist das Beispiel Deutschland ein lehrreiches Stück. Die Frage ist, ob hiesige Verantwortliche die richtigen Konsequenzen ziehen: nämlich die PID ausnahmslos zu verbieten.

PID ist niemals Therapie, sondern reine Selektion. Die PID erlauben, heißt einer eugenischen Denkart Vorschub zu leisten: Nicht Krankheiten werden eliminiert, sondern Kranke. Ein Denken, das uns wachrütteln sollte.

11 Lebensglück vom Doktor: Medizin im Grenzbereich, Hildegunde Piza in: Der Standard, 5.2.2011

12 <http://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2011-10/cp110112de.pdf>