

~~Bundeskanzleramt~~

Bioethikkommission  
beim  
Bundeskanzleramt

# **Präimplantationsdiagnostik (PID)**

**Bericht der Bioethikkommission  
beim Bundeskanzleramt**

Wien, Juli 2004

**Herausgeber:** Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt

**Kontaktadresse:** Hohenstaufengasse 3  
A-1010 Wien  
Tel. +43-1-53115-4319  
Fax +43-1-53115-4307  
mailto: [robert.gmeiner@bka.gv.at](mailto:robert.gmeiner@bka.gv.at)  
[www.bka.gv.at/bioethik/](http://www.bka.gv.at/bioethik/)

Die Bioethikkommission bedankt sich bei allen  
Personen und Organisationen, die an der Entstehung  
des vorliegenden Berichtes beteiligt waren.

Wien, Juli 2004

# Inhaltsverzeichnis:

<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1. Die aktuelle Diskussion zur PID	1
2. Gegenstand des Berichtes	1
3. Die Grundproblematik	2
<b>I Darstellung der naturwissenschaftlich-medizinischen, ethischen und rechtlichen Aspekte der PID</b>	<b>3</b>
<b>1. PID als naturwissenschaftlich-medizinische Methode</b>	<b>3</b>
1.1. Beschreibung der Methode	3
1.2. Reichweite und Sicherheit der PID-Methoden	3
1.3. Indikationen für PID	4
1.3.1. Paare mit einem erheblichen Risiko für die Geburt eines schwer kranken oder schwer behinderten Kindes („Hochrisikopaare“)	4
1.3.2. Altersrisiko	4
1.3.3. Verbesserung der Erfolgsrate von IVF-Behandlungen	4
1.3.4. Von der IVF (bzw dem FMedG) ausgeschlossene Paare mit gehäuften Frühaborten	4
1.3.5. Diagnose von erwünschten genetischen Eigenschaften eines Embryos	4
1.3.6. Bestimmung des Geschlechts mit Krankheitsbezug	5
1.3.7. Bestimmung des Geschlechts ohne Krankheitsbezug	5
1.4. Alternativen zu PID bzw Optionen zur Erfüllung eines bestehenden Kinderwunsches	5
1.4.1. Polkörperchendiagnostik	5
1.4.2. Untersuchung des genetisch identen Trophoplasten anstelle des Embryoplasten	5
1.4.3. Samen- oder Eizellspende, Embryonenspende	5
1.4.4. Pflegekindschaft und Adoption	5
1.4.5. Freiwillige Kinderlosigkeit	5
1.4.6. PND	6
<b>2. Problemfelder der PID</b>	<b>7</b>
2.1. Selektion	7
2.2. Vergleich PND und PID	7
2.3. Erzeugung überzähliger Embryonen/„Verbrauch“ von Embryonen	8
2.4. Begrenzte Zuverlässigkeit	8
2.5. Änderung der Zugangsindikation zur IVF	8
<b>3. Ethische Analyse der Probleme der PID</b>	<b>9</b>
3.1. Ethische Urteilsbildung	9
3.2. Individualethische Perspektiven	9
3.2.1. Argumente pro PID	9
3.2.2. Argumente contra PID	10
3.3. Status bzw Schutzwürdigkeit des Embryos und Problematik von Güterabwägungen	11
3.4. Verhältnis von PND und PID	12
3.4.1. Argumente pro PID	12
3.4.2. Argumente contra PID	12
3.5. Sozialethische Überlegungen	13
3.5.1. Selektion von Embryonen	13
3.5.2. PID und Sinnziel ärztlichen Handelns	14
3.5.3. Indikationen und Ausweitungstendenzen	15
3.5.4. Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen	16
3.5.5. „Behandlungstourismus“	17
3.5.6. Von der negativen zur positiven Eugenik?	17
<b>4. Rechtliche Aspekte der PID</b>	<b>19</b>
4.1. Die österreichische Rechtslage	19
4.2. Das gesetzliche Umfeld	20
4.2.1. Pränatale Diagnostik	20
4.2.2. Schwangerschaftsabbruch	20
4.3. Verfassungsrechtliche Aspekte	21
4.3.1. Grundrecht auf Leben	22
4.3.2. Verfassungsrechtlicher Schutz der Menschenwürde	22
4.3.3. Gleichheitssatz und Diskriminierungsverbot	23
4.3.4. Recht auf Privatleben – Entscheidungsautonomie der Frau	24
4.3.5. Allgemeine rechtsstaatliche Aspekte	24
4.4. Gemeinschaftsrechtliche und völkerrechtliche Aspekte	25
4.4.1. Charta der Grundrechte der Europäischen Union	25
4.4.2. Biomedizinkonvention des Europarates	26

<b>5.</b>	<b>Rechtspolitische Regelungsoptionen</b>	27
5.1.	Beibehaltung des bestehenden gesetzlichen Verbots der PID	27
5.2.	Gesetzliche Zulassung der PID	28
5.2.1.	Die uneingeschränkte Zulassung der PID	28
5.2.2.	Die eingeschränkte Zulassung der PID	28
5.3.	Zur Steuerungseffizienz des Rechts	30
<b>II</b>	<b>Stellungnahme für eine beschränkte Zulassung der PID</b>	31
<b>1.</b>	<b>Grundsätzliche ethische Überlegungen</b>	31
<b>2.</b>	<b>Zum moralischen Status des Embryos</b>	32
2.1.	Kritik des Potentialitätsarguments	32
2.2.	Kritik des Identitäts- und des Kontinuitätsarguments	33
<b>3.</b>	<b>Nach Indikationen differenzierte ethische Beurteilung der PID</b>	35
3.1.	Einsatz der PID zur Herbeiführung einer Schwangerschaft und Geburt eines lebensfähigen Kindes	35
3.2.	Einsatz der PID zur Verhinderung der Übertragung von schweren genetisch bedingten Krankheiten oder Behinderungen	35
3.3.	PID zum Zwecke der positiven Selektion gewünschter genetischer Eigenschaften	37
3.4.	Gesellschaftliche Folgen einer Zulassung der PID	37
<b>4.</b>	<b>Verfassungsrechtliche Aspekte</b>	38
4.1.	Allgemeines	38
4.2.	Gleichheitssatz	39
4.3.	Entscheidungsautonomie der Frau	42
4.4.	Recht auf Leben	43
4.5.	Menschenwürde	44
4.6.	Diskriminierungsverbot	45
<b>5.</b>	<b>Empfehlungen</b>	47
	<b>Ergänzendes Votum von UnivProf Dr Holger Baumgartner</b>	49
<b>1.</b>	<b>Begründung im Allgemeinen</b>	49
<b>2.</b>	<b>Begründung im Speziellen</b>	49
<b>3.</b>	<b>Empfehlung</b>	49
<b>III</b>	<b>Stellungnahme für die Beibehaltung der bestehenden Gesetzeslage</b>	51
<b>1.</b>	<b>Grundsätzliche Überlegungen</b>	51
<b>2.</b>	<b>Das Problem einer Bestimmung des moralischen Status menschlicher Embryonen</b>	51
2.1.	Das methodische Problem	51
2.2.	Der Bedeutungsgehalt des Wortes „Embryo“	52
2.3.	Der moralische Status des Menschen	52
2.4.	Die Frage nach dem Subjekt des Lebens	53
2.5.	Chronometrische Unbestimmbarkeit des Beginns eines Menschenlebens	54
2.6.	Der menschliche Embryo in vitro	55
2.7.	Folgerung für die Praxis	57
<b>3.</b>	<b>Ziele der PID</b>	57
3.1.	Kinderwunsch und Elternschaft	57
3.2.	Recht auf Nachkommenschaft	58
<b>4.</b>	<b>Die PID als Mittel</b>	58
4.1.	Das Problem der Gesichtspunkte einer Selektion	58
4.2.	Die PID als Lösung eines (antizipierten) Konflikts	59
4.2.1.	Antizipierter – bestehender Konflikt	59
4.2.2.	PID und Schwangerschaftsabbruch nach PND	60
4.3.	Das Argument des Wertungswiderspruchs	60
4.3.1.	Die Logik der Inkonsistenz	60
4.3.2.	Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs und Unzulässigkeit einer PID	61
4.4.	Methodeninhärente Probleme der PID	62

<b>5.</b>	<b>Folgen einer Zulassung der PID</b>	62
5.1.	Türöffnerfunktionen und Indikationsausweitung der IVF	62
5.2.	Diskriminierung	62
5.3.	Verstärkung gesellschaftspolitisch nicht wünschbarer Tendenzen	63
5.4.	Ausweitung öffentlich finanzierter Leistungen	64
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	64
<b>7.</b>	<b>Empfehlung</b>	65
	<b>Ergänzendes Votum zur Beibehaltung der derzeit gültigengesetzlichen Regelung in Bezug auf die PID (UnivProf DDr Meinrad Peterlik)</b>	66
	<b>Bibliographie</b>	68

# Einleitung

Die Bioethikkommission hat die Aufgabe, den Bundeskanzler „in allen gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen aus ethischer Sicht (zu beraten), die sich im Zusammenhang mit der Entwicklung der Wissenschaften auf dem Gebiet der Humanmedizin und Humanbiologie ergeben.“

In diesem Zusammenhang wurde der vorliegende Bericht der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt zur Präimplantationsdiagnostik (im Folgenden: PID) ausgearbeitet.

Dieser Bericht der Bioethikkommission zur PID besteht im Wesentlichen aus drei Teilen:

In einem Teil **I.** werden – deskriptiv – die in der aktuellen nationalen und internationalen Diskussion vorgebrachten Argumentationen dargestellt. Neben den naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekten der PID werden die Überlegungen zur ethischen und rechtlichen Zulässigkeit dieser Methode sowie zu möglichen rechtspolitischen Optionen zusammengefasst. Dieser Teil **I.** findet auch die Zustimmung aller Mitglieder der Bioethikkommission.

Die daran anschließenden Teile dieses Berichtes beinhalten zum einen die Stellungnahme für eine beschränkte Zulassung der PID (Teil **II.**) und andererseits die Stellungnahme für die Beibehaltung der bestehenden Gesetzeslage (Teil **III.**). Für diese unterschiedlichen Stellungnahmen werden jeweils die wesentlichen Argumente sowie die daran anschließenden Empfehlungen erörtert. Zu beiden Stellungnahmen tritt jeweils ein ergänzendes Votum eines Mitglieds der Bioethikkommission hinzu, in welchem jeweils die Empfehlung mitgetragen, diese aber teilweise anders begründet wird.

## 1. Die aktuelle Diskussion zur PID

Die PID ist derzeit mit Fragen der Embryonenforschung, der Forschung mit embryonalen Stammzellen sowie des reproduktiven (Klonen, um Kinder herzustellen; cloning to produce children) und des sog. therapeutischen Klonens Gegenstand weltweiter Diskussionen. In diesen spiegeln sich jene komplexen ethischen sowie juristischen Herausforderungen, die mit den Fortschritten in der Biologie und Medizin verbunden sind.

## 2. Gegenstand des Berichtes

Die PID ist eine Untersuchung des Embryos vor dem Transfer in die Gebärmutter, die auf das Erkennen einer bestimmten genetischen Disposition abzielt. Auf diese Weise soll es zB Paaren ermöglicht werden, zu einem Kind zu kommen, bei dem spezifische Erkrankungen ausgeschlossen werden.

Präimplantationsdiagnostik ist nur im Rahmen der IVF (In-vitro-Fertilisation) möglich. Aus einem Embryo (Achtzeller) werden eine Zelle oder zwei Zellen entnommen und

einer genetischen Untersuchung zugeführt, um das Vorliegen einer mit einer schweren Erkrankung verbundenen genetischen Veränderung nachzuweisen. Im Anschluss an die PID werden nur diejenigen Embryonen in die Gebärmutter transferiert, welche die bestimmte genetische Disposition für eine schwere Erkrankung oder Behinderung nicht aufweisen. Embryonen mit genetischem Defekt werden verworfen.

### **3. Die Grundproblematik**

Die PID wirft eine Reihe von medizinisch-naturwissenschaftlichen, gesellschaftlichen, rechtlichen und ethischen Problemen auf. In der Beurteilung letzterer kreisen die Diskussionen um die Frage, ob es zulässig ist, Embryonen genetisch zu untersuchen und bei Vorliegen einer schweren genetischen Disposition für eine schwere Erkrankung oder Behinderung nicht in die Gebärmutter der Frau zu transferieren, sondern zu verwerfen (siehe 1.1.). Die ethischen und rechtlichen Probleme konzentrieren sich auf Fragen wie etwa: Kommt dem Embryo Menschenwürde und Lebensschutz zu? Unterscheidet sich der ontologische, moralische und rechtliche Status eines Embryos in vitro gegenüber dem Status eines Embryos in vivo? Kann der Embryo Gegenstand einer Güterabwägung gegenüber anderen hohen Rechtsgütern sein oder ist er – unabhängig von den Konsequenzen für betroffene Paare – einer Güterabwägung entzogen?

# **I. Darstellung der naturwissenschaftlich-medizinischen, ethischen und rechtlichen Aspekte der PID**

## **1. PID als naturwissenschaftlich-medizinische Methode**

### **1.1. Beschreibung der Methode**

Die PID setzt IVF voraus. Von Embryonen, die im Rahmen einer IVF entstanden sind, werden ab dem dritten Tag nach der Befruchtung ein bis zwei Zellen entnommen und auf das Vorliegen einer bestimmten genetischen Disposition, v.a. auf das Vorhandensein genetischer Defekte untersucht. Embryonen, die den bestimmten Defekt, nach dem gesucht wird, nicht aufweisen, können transferiert werden, die anderen werden verworfen. Bei der Zellentnahme kann es zu einer Schädigung bis hin zum Absterben des Embryos kommen. Die PID erfolgt heute entweder mit den Verfahren der PCR (Polymerase Chain Reaction) oder der FISH (Fluoreszenz-in-situ Hybridisierung).

### **1.2. Reichweite und Sicherheit der PID-Methoden**

Durch die PID sind monogen vererbte Krankheiten und Chromosomenstörungen feststellbar. Der weitaus größere Teil schwerer Erkrankungen und Behinderungen kann von der PID nicht erfasst werden. Erwartungen, dass mittels PID alle nur möglichen Gendefekte ausgeschlossen werden können, sind unrealistisch. Es gibt weder Verfahren, sog. „Designer-Babies“ zu entwickeln, noch Verfahren, vorgeburtlich alle denkbaren Krankheiten des Embryos nachzuweisen bzw. auszuschließen.

Während die PID für einzelne Indikationen bereits als „Stand der Wissenschaft“ anzusehen ist, muss sie daneben noch weitgehend als „experimentelle Medizin“ betrachtet werden. Deshalb liegen für etliche Fragen, zB ob die Durchführung der PID Schädigungen des Embryos zur Folge haben kann oder welche möglichen Folgen eine – wegen PID – verlängerte In-Vitro-Phase haben kann, zu wenig Daten vor.

An einer einzelnen biopsierten Zelle vorgenommene Diagnosen bereiten manchmal Interpretationsschwierigkeiten und sind derzeit deshalb nicht absolut sicher. Die Fehlerrate sinkt bei einer Untersuchung von zwei Zellen. Dzt ist bei PID mit einer Fehlerquote (v.a. falsch positiven und falsch negativen Aussagen) von 5-7% zu rechnen.

Auch wegen gegebener Fehldiagnosemöglichkeiten wird nach der PID zur ausreichenden Evaluierung oft PND empfohlen. Es ist zu erwarten, dass sich die neue Methode der PID mit dem Zugewinn an Erfahrung und Wissen verbessert. Anzumerken ist, dass auch allgemein akzeptierte Untersuchungsmethoden des Embryos/des in der Schwangerschaft (zB Ultraschalluntersuchung) begrenzte

Zuverlässigkeit haben. Die PID kann nur monogen bedingte Erkrankungen und Behinderungen feststellen.

### **1.3. Indikationen für PID**

Folgende Indikationen für PID sind in Diskussion:

#### **1.3.1. Paare mit einem erheblichen Risiko für die Geburt eines schwer kranken oder schwer behinderten Kindes („Hochrisikopaare“)**

Das sind Paare, die zwar fruchtbar sind – und aus diesem Grunde keiner reproduktionsmedizinischen Interventionen bedürften –, bei denen aber familienanamnestisch ein hohes Risiko besteht, ein Kind mit einer schweren Erkrankung oder erblich bedingten Behinderung zu bekommen.

#### **1.3.2. Altersrisiko**

Das sind fruchtbare, aber auch unfruchtbare Paare, deren fortgeschrittenes Alter (besonders der Frau) die Wahrscheinlichkeit erhöht, ein Kind mit einer Chromosomenveränderung (zB Trisomie 21 und Chromosomenveränderungen, die nicht überlebensfähig sind) zu bekommen. Altersassoziierte Chromosomenveränderungen sind häufig die Ursache von Infertilität im Alter.

#### **1.3.3. Verbesserung der Erfolgsrate von IVF-Behandlungen**

Das sind Paare mit einer Fertilitätsstörung, welche eine IVF in Anspruch nehmen und von der PID eine Verbesserung der Erfolgsrate der IVF erhoffen. Die PID wird vorgenommen, um die Implantation eines „nicht lebensfähigen“ Embryos auszuschließen und um die (Spontan)Abortrate zu verringern.

#### **1.3.4. Von der IVF (bzw dem FMedG) ausgeschlossene Paare mit gehäuften Frühaborten**

Das sind Paare, die nach derzeitigem Recht mangels Infertilität von der IVF ausgeschlossen sind. Diese Paare haben aufgrund eines hohen Risikos für eine schwer genetisch bedingte Erkrankung oder Behinderung der Nachkommen häufig „glücklose“ Schwangerschaften mit gehäuften Frühaborten hinter sich. Über PID könnten auch „glücklose“ Schwangerschaften, die zu gehäuften Frühaborten und konsekutiv zu beträchtlichen Belastungen der betroffenen Frau führen, verringert bzw verhindert werden.

#### **1.3.5. Diagnose von erwünschten genetischen Eigenschaften eines Embryos**

Sie kommt für Paare in Frage, die ein Kind mit bestimmten genetischen Eigenschaften haben wollen, welches dann zB als Blut- und Knochenmarkspender/in für Geschwister zur Verfügung stehen kann (immunologisch „passendes“ Kind; HLA-typing).

### **1.3.6. Bestimmung des Geschlechts mit Krankheitsbezug**

Das ist – ergänzend zu 1.3.1 – die Feststellung von genetischen Erkrankungen, deren Vererbung ausschließlich geschlechtsabhängig ist.

### **1.3.7. Bestimmung des Geschlechtes ohne Krankheitsbezug**

Das ist die Bestimmung des Geschlechts ohne Bezugnahme auf eine konkrete Krankheit.

## **1.4. Alternativen zu PID bzw Optionen zur Erfüllung eines bestehenden Kinderwunsches**

### **1.4.1. Polkörperchendiagnostik**

Eine genetische Untersuchung kann im Hinblick auf bestimmte Fragen auch an den Polkörpern durchgeführt werden, die während der Eizellreifung entstehen. Diese Untersuchungsmethode ist technisch (ohne der Eizelle Schaden zuzufügen) schwierig und hat nur einen – auf das Erbmateriale der Mutter – eingeschränkten Aussagebereich. Chromosomale Veränderungen, die erst nach der Polkörperchenbildung auftreten, können nicht erfasst werden.

### **1.4.2. Untersuchung des genetisch identen Trophoblasten anstelle des Embryoblasten**

Das ist die Untersuchung der Außenwand der Blastozyste (Trophoblast) im Gegensatz zur Untersuchung des Embryonalknotens (Embryoblast). Es muss wohl mit ähnlichen, wahrscheinlich noch größeren Problemen wie bei der CVS (Chorionzottenbiopsie) gerechnet werden, da die Untersuchung viel früher durchgeführt wird.

### **1.4.3. Samen- oder Eizellspende, Embryonenspende**

Diese Optionen zur Erfüllung eines Kinderwunsches sind reproduktionsmedizinisch möglich, nach derzeitigem Recht durch das FMedG aber weitgehend verboten (ausgenommen die heterologe Samenspende).

### **1.4.4. Pflegekindschaft und Adoption**

Auch Pflegekindschaft und Adoption stellen Alternativen zur Erfüllung eines bestehenden Kinderwunsches dar. Zweifelsfrei obliegt die Entscheidung für eine dieser Optionen bei den Betroffenen.

### **1.4.5. Freiwillige Kinderlosigkeit**

Als weitere Option zur PID bei Risikopaaren wird schließlich auch auf die Möglichkeit freiwilliger Kinderlosigkeit, auf den gänzlichen Verzicht auf eigene Kinder hingewiesen.

#### **1.4.6. PND**

Die Pränataldiagnostik (im Folgenden: PND) wird in vivo – während bestehender Schwangerschaft – durchgeführt. Die Untersuchung des Embryos/des Fetus erfolgt mit den herkömmlichen Untersuchungsmethoden der PND. Bei einem pathologischen Untersuchungsbefund belegt die Praxis eine hohe Wahrscheinlichkeit eines Schwangerschaftsabbruches.

## 2. Problemfelder der PID

### 2.1. Selektion

Sowohl die PND (jedenfalls sofern keine problemlösende Therapie verfügbar ist) als auch die PID haben eine selektive Dimension: Sie liegt bei der PID in der anschließenden Nichttransferierung jener Embryonen, die bestimmte genetische Merkmale aufweisen, in die Gebärmutter; und bei der PND in der anschließenden Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch im Falle eines pathologischen Untersuchungsbefundes. Bei beiden Methoden ist der Embryo bzw Fetus „Gegenstand“ einer selektiven Entscheidung anhand bestimmter biologischer Merkmale. Diese gemeinsame selektive Dimension von PID und PND hat jedoch unterschiedliche Aspekte (siehe 3.5.1.).

### 2.2. Vergleich PND und PID

Die PND, sofern eine pränatale und postnatale Therapie nicht möglich ist, wird bei bestehender Schwangerschaft durchgeführt. Der Embryo/Fetus befindet sich in der Gebärmutter. Bei einer „bestimmten Indikation“ wird eine PND (Fruchtwasserpunktion, Chorionzottenbiopsie, Nackendichtemessung, Triple Test Screening, Ultraschalluntersuchung) durchgeführt. Bei pathologischem Befund – also einer Diagnose einer hohen Wahrscheinlichkeit von Krankheit oder Behinderung des Fetus – entwickelt sich eine Entscheidungssituation (häufig als „Schwangerschaftskonfliktsituation“ bezeichnet), in der nach Zumutbarkeit für die schwangere Frau bzw das Paar über eine Weiterführung der Schwangerschaft oder einen Abbruch entschieden wird. PND ist in Österreich erlaubt (siehe 4.2.1.)

Die PID wird in vitro – vor dem Eingehen einer Schwangerschaft – durchgeführt. Der Embryo befindet sich nicht in der Gebärmutter. Die Schwangerschaft wird geplant. Ein „Schwangerschaftskonflikt“ ist – zumeist auf der Basis einer belastenden Familienanamnese und konkreter (leidvoller) Erfahrungen – antizipiert.

Die ethische Problematik konzentriert sich im Wesentlichen auf zwei Fragen: Im Zuge der PID werden – ausschließlich im Rahmen der IVF durch ärztliches Handeln mit dem Ziel einer Schwangerschaft erzeugte – Embryonen dahingehend untersucht, sie nur dann in die Gebärmutter zu transferieren, wenn sie den gesuchten genetischen Defekt nicht aufweisen („bedingte Zeugung“). Ob das zulässig ist oder nicht, ist ethisch und rechtlich umstritten: Wenn dem Embryo in vitro Menschenwürde und Lebensschutz zukommt, verstößt die Selektion gegen das aus der Menschenwürde erfließende Instrumentalisierungsverbot. Wenn dies nicht zugestanden wird, ist die Frage der Selektion eine Abwägung „guter“ Gründe.

Bei PND kann durch einen pathologischen Befund beim Feten ein Schwangerschaftskonflikt ausgelöst werden. Das moralische Dilemma liegt hier in der Schutzwürdigkeit des Feten einerseits und den Rechten der Frau insbesondere auf ihre körperliche und entsprechend auch psychische und soziale Selbstbestimmung andererseits.

## **2.3. Erzeugung überzähliger Embryonen/“Verbrauch“ von Embryonen**

Die Frage, ob es im Zuge der PID zu einer gegenüber bisheriger IVF-Praxis erhöhten Zahl „überzähliger Embryonen“ kommt, wird unterschiedlich beantwortet:

Sog. „überzählige Embryonen“ entstehen dadurch, dass sich mehr Eizellen befruchten lassen (nach § 10 FMedG *„...dürfen nur so viele Eizellen befruchtet werden, wie nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung innerhalb eines Zyklus für eine aussichtsreiche und zumutbare medizinisch unterstützte Fortpflanzung notwendig sind“*), als dann Embryonen in die Gebärmutter transferiert werden können bzw dürfen. „Überzählige Embryonen“ entstehen, weil entweder prospektiv nicht gesagt werden kann, bei wie vielen Eizellen die Befruchtung, aber auch die zukünftige Embryonalentwicklung erfolgreich ist oder weil bei schwerem Überstimulationssyndrom von einem Transfer von Embryonen in die Gebärmutter überhaupt abgesehen werden muss, um die Patientin nicht vital zu gefährden. Damit sind die Fragen nach Optionen zu überzähligen Embryonen (zB Blastozysten-Transfer), aber auch nach dem weiteren Umgang mit diesen (zB Kryokonservierung) aufgeworfen und zu lösen. An den angewendeten Verfahren und damit den Begründungen sowie ggf der Zahl sog „überzähliger Embryonen“ ändert aber die PID – die eine molekulargenetische und zytodiagnostische Untersuchung des Embryos ist – nichts.

## **2.4. Begrenzte Zuverlässigkeit**

Die Ausführungen zu 1.2. werfen eine Reihe ethischer Fragen auf: Einerseits kann darin eine Relativierung des Arguments gesehen werden, die PID sei die bessere Alternative zu einem Schwangerschaftsabbruch nach einer PND. Andererseits liegt es in den Entscheidungsoptionen eines Paares, ob es PID unter diesen Bedingungen durchführen und sich zusätzlicher PND unterziehen möchte.

## **2.5. Änderung der Zugangsindikation zur IVF**

IVF ist die Voraussetzung einer PID. Nach dem österreichischen FMedG ist medizinisch unterstützte Fortpflanzung das letzte Mittel zur Behandlung von Sterilität; mit anderen Worten: Infertilität ist Zugangsvoraussetzung zur IVF (§ 2 Abs. 2 FMedG: Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung ist *„...nur zulässig, wenn nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung alle anderen möglichen und zumutbaren Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos gewesen oder aussichtslos sind“*). Zum möglichen Adressatenkreis einer PID gehören auch fertile Paare, für deren Nachkommen (zB aufgrund des Alters) ein hohes Risiko für eine schwere genetisch bedingte Erkrankung besteht. Mit der Einbeziehung dieses Adressatenkreises wäre eine Änderung und Ausweitung der ursprünglichen Zugangsindikation zur IVF verbunden.

## **3. Ethische Analyse der Probleme der PID**

### **3.1. Ethische Urteilsbildung**

Die normativen Fragen und deren Beantwortung im Zusammenhang mit der PID sind sorgfältig zu bedenken: Neben einer Erhebung der faktischen Basis sind Fragen nach dem Ziel, den Mitteln zur Erreichung des Ziels, aber auch nach dem Kontext, den Umständen (zB Betroffenheit) sowie den Folgen einer Handlung zu stellen. Diese Elemente einer ethischen Urteilsbildung sind auch für die Zulassung oder ein Verbot der PID essentiell.

Für die Beurteilung der PID sind Fragen nach dem moralischen und rechtlichen Status des Embryos und damit Fragen der Schutzwürdigkeit sowie von Güterabwägungen notwendig (siehe 3.3.). Die abschließenden Bewertungen fallen auch im Zusammenhang mit der PID unterschiedlich aus, wobei allen auch unterschiedlichen Positionen (siehe Teile II. und III.) gemeinsam ist, dass die Bezugnahme auf den Status des Embryos wohl zentral, aber nicht erschöpfend ist und durch eine Vielzahl weiterer Argumente ethischer und rechtlicher Art ergänzt werden muss, um zu konsistenten Resultaten zu kommen.

### **3.2. Individualethische Perspektiven**

#### **3.2.1. Argumente pro PID**

Das Ziel der PID ist, Paaren mit einem hohen genetischen Risiko, den Wunsch nach einem eigenen mit dieser spezifischen genetischen Disposition nicht behafteten Kind zu erfüllen. Die PID erhöht die reproduktive Autonomie (Wahlfreiheit) und Verantwortung eines Paares. Sie ermöglicht eine Chancengleichheit zwischen Paaren mit spezifischem genetischen Risiko und solchen ohne Risiko.

Meist besteht bei diesen Paaren auch ein entsprechender Erfahrungshintergrund und Leidensweg mit dieser entsprechenden genetischen Erkrankung oder Behinderung. Da diese Paare von den Folgen eines Lebens mit einem Kind mit dieser in Frage stehenden schweren genetischen Erkrankung oder Behinderung (selbstverständlich nach dem Kind selbst) am unmittelbarsten betroffen sind, soll ihnen die Entscheidung obliegen, ob PID eine Option für sie darstellen könnte, wenn sie zugelassen ist: Sie haben „Betroffenheitskompetenz“ in dieser für sie existentiell entscheidenden Situation.

Paare mit bekanntem Risiko für ein genetisch schwer krankes oder behindertes Kind haben das gleiche Recht auf Hilfestellung bei der Erfüllung ihres Kinderwunsches wie unfruchtbare Paare, denen IVF schon längst zur Verfügung steht.

Ein weiteres Argument für die PID betrifft die Inkonsistenz zwischen der PND – (die erlaubt ist) mit ebenfalls (noch dazu späterer) genetischer Abklärung und konsekutivem, aber straffreiem Schwangerschaftsabbruch – und dem Verbot der PID (siehe dazu schon die Ausführungen zu 2.2.). In beiden Fällen wird menschliches Leben vernichtet, im Anschluss an eine PND sogar das Leben eines weit entwickelteren Embryos/Feten. Für PID wird ins Treffen geführt, dass die Diagnose eines genetischen Defekts bereits vor Eintritt einer Schwangerschaft möglich wäre.

Es ist ethisch vertretbarer, in Antizipation der künftigen Konfliktsituation einer Schwangerschaft eine „Befruchtung auf Probe“ zuzulassen, um – bei hinreichender Aussagekraft der Diagnose – eine „Schwangerschaft auf Probe“, das ist ein Schwangerschaftsabbruch nach erfolgter PND, zu vermeiden. Die psychophysische Belastung der Frau ist im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs bei weitem höher als bei einer vor Eintritt der Schwangerschaft vorgenommenen Diagnostik. Für Paare mit einem erheblichen Risiko für die Geburt eines schwer kranken oder schwer behinderten Kindes könnten mitunter mehrfache Schwangerschaftsabbrüche nach herkömmlicher Pränataldiagnostik verhindert werden.

Bei PID ist der Schwangerschaftskonflikt antizipiert und wird zumeist aus leidvoller Erfahrung begründet (zB mit Schwangerschaftsabbrüchen nach pränataldiagnostischen Abklärungen; zB mit einem – vielleicht schon verstorbenen – Kind mit entsprechender schwerer genetischer Erkrankung oder Behinderung).

Vergleicht man PND und PID hinsichtlich der Belastung, sind Punktionen (AC, CVS) und mögliche Schwangerschaftsabbrüche mit der Intervention von IVF (mit hormoneller Stimulation, Punktion, Embryotransfer) zu vergleichen. Letztendlich sollte die Wahl das Paar/die betroffene Frau treffen dürfen, was für sie – körperlich, psychisch, sozial – weniger belastend sein kann.

Andere Optionen der „Kinderwunscherfüllung“ (siehe 1.4.3. und 1.4.4.), auch die freiwillige Kinderlosigkeit (siehe 1.4.5.) und deren Beurteilung, ob sie gleichwertig und akzeptabel sind, können ein gesetzliches Verbot nicht rechtfertigen und sind wohl letztendlich nur durch das betroffene Paar selbst zu entscheiden.

Studien aus mehreren Ländern mit unterschiedlichem soziokulturellen Hintergrund belegen eine Befürwortung der PID durch Eltern, die ein Kind mit einer schweren Erbkrankheit wie Mukoviszidose oder Thalassämie haben und die authentisch Auskunft über ihre Bedürfnisse geben: PID wird als eine akzeptable Methode gesehen, deren Vor- und Nachteile reflektiert werden. Die Inanspruchnahme von PID bei krankem Kind ist für sie die (!) Option für Fortpflanzungsentscheidungen. Der Meinungsstand ist in diesen Fragen aber nicht einheitlich: So treten andere Selbsthilfegruppen und Interessenvertretungen für Mukoviszidose dafür ein, dass Mukoviszidose keine Grund für PID ist.

### **3.2.2. Argumente contra PID**

Ein unerfüllter Kinderwunsch kann für die betroffenen Paare ein existenzielles Problem darstellen. Es gibt aber weder ein Recht auf ein eigenes noch ein Recht auf ein genetisch unbelastetes Kind und auch keinen Anspruch an die Gesellschaft, den Kinderwunsch um jeden Preis zu erfüllen. Es gibt aber Ansprüche auf Hilfestellung durch Reproduktionstechnologien in einem bestimmten (in gesellschaftlichem Diskurs zu bestimmenden) Rahmen, zu einem eigenen Kind zu kommen.

Paare, für welche eine PID in Frage kommt, befinden sich nicht in einer ausweglosen Konfliktsituation, weil es zum einen alternative medizinische Untersuchungsmethoden (von freilich eingeschränkter Aussagekraft) und zum anderen alternative Möglichkeiten der Erfüllung des Kinderwunsches gibt: Diese Möglichkeiten (siehe 1.4.) sind angesichts der gesellschaftlich nicht wünschbaren,

problemvermehrenden Folgenlast einer Zulassung der PID den Betroffenen zumutbar. Der Zugang zu den Möglichkeiten zB einer Adoption bzw Pflegschaft müsste freilich verbessert werden.

Es ist unzutreffend, die PID als bessere Alternative zum Schwangerschaftsabbruch nach PND zu qualifizieren, weil dabei der Unterschied zwischen antizipiertem und bestehendem Konflikt nivelliert wird. Vor der Entscheidung für eine PID besteht keine Schwangerschaft, sondern höchstens ein antizipierter Konflikt. Daher können die Rechte der Frau auf Wahrung ihrer körperlichen Integrität (zB kein Weiterführen einer ungewollten Schwangerschaft) und der Achtung ihrer Selbstbestimmung nicht als Argument für den Eingriff und damit für die Einschränkung des Schutzes des Embryos in Anspruch genommen werden. Im Unterschied zu einem Schwangerschaftskonflikt wird die Konfliktsituation durch die PID gezielt – unter Mitwirkung Dritter – herbeigeführt. Weiters unterscheidet sich die Schwangerschaftssituation von der „Laborsituation“ hinsichtlich der emotionalen Distanz und der Tatsache, dass Dritte über die zum Transfer vorgesehenen Embryonen (mit)entscheiden. Im Gegensatz zur PND – wo die schwangere Frau als „Schutzgarantin“ für den Fetus fungiert – sind bei PID Definitions- und Entscheidungsmacht über den Embryo im Labor auch in andere Interessenssphären verlagert. Die noch nicht schwangere Frau hat eine emotional größere Distanz zu dem Embryo und kommt somit als Schutzgarantin für ihn nur bedingt in Frage.

Die empfohlene Überprüfung der PID durch PND relativiert den Vorteil einer PID.

Eingewendet wird außerdem, dass die Risiken einer IVF bei einer etwaigen PID zu berücksichtigen sind. Eine IVF-Behandlung ist mit einer großen physischen und psychischen Belastung verbunden. Es muss auch auf mögliche mit der IVF verbundene Probleme wie etwa eine erhöhte Rate von Mehrlingsschwangerschaften, ein erhöhtes Schädigungsrisiko des Embryos/Fetus oder ethische Probleme des selektiven Fetozids hingewiesen werden.

### **3.3. Status bzw Schutzwürdigkeit des Embryos und Problematik von Güterabwägungen**

Die Schutzwürdigkeit des menschlichen Embryos kann nicht ohne die Beantwortung der Frage beurteilt werden, welcher moralische Status ihm zukommt. Die prinzipielle Entscheidung in ethischer Perspektive lautet: Sind Embryonen generell schützenswert und somit einer Güterabwägung entzogen oder ist eine Güterabwägung ethisch denkbar, die sich vor allem an den Konsequenzen für betroffene Eltern orientiert?

In diesen Fragen sind verschiedene Positionen denkbar und möglich – im Wesentlichen können sie auf die folgenden zusammengefasst werden:

(1) Dem menschlichen Embryo kommt unteilbare Menschenwürde und daraus erfließender Lebensschutz von der abgeschlossenen Befruchtung an zu – und dies unabhängig davon, ob es sich um einen Embryo in vivo oder in vitro handelt. Von Anfang an entwickelt sich der Embryo als Mensch. Eine Zuschreibung des Lebensrechts ab einem späteren Zeitpunkt ist willkürlich. Deshalb ist das Leben eines menschlichen Embryos einer Güterabwägung entzogen.

(2) Die Achtung der Menschenwürde wird vom Schutz des Lebens unterschieden. Der vorgeburtlich abgestufte Lebensschutz wächst mit dem Gestationsalter (Konzept eines vorgeburtlich abstufbaren Lebensschutzes). Wenngleich die Menschenwürde dem Embryo von Beginn an zukommt, ist das Leben einer Abwägung gegenüber anderen hochrangigen Gütern zugänglich.

(3) Der Lebensschutz ist an das Vorliegen sogenannter moralisch relevanter Eigenschaften oder deren biologischen Grundlagen gebunden. Damit fällt der Embryo vor der Implantation noch nicht unter das Gebot des Lebensschutzes.

(4) Zwischen dem ontologischen, moralischen und rechtlichen Status von Embryonen in vitro und in vivo ist situationsbezogen zu unterscheiden. Dass dem Embryo in vitro derselbe Status zukommt wie dem Embryo in vivo, gilt nur unter der Voraussetzung, dass seine Implantation intendiert bzw. noch möglich ist. Mit dem Wegfall dieser Möglichkeit verändert sich der Status des Embryos. Die Frage nach dem ontologischen Status von Frühembryonen ist zwar nicht sinnlos, hängt aber in erheblichem Maße von den Intentionen der handelnden Personen ab.

### **3.4. Verhältnis von PND und PID**

#### **3.4.1. Argumente pro PID**

Von Befürworter/innen der PID wird auf Wertungswidersprüche hingewiesen, die zwischen der Regulierung der PND (Zulassung) und der PID (Verbot) besteht: „Schwangerschaft auf Probe“ wird zugelassen, während gleichzeitig eine „Befruchtung auf Probe“ bzw. eine „bedingte Zeugung“ abgelehnt wird. Der Embryo „in vitro“ ist besser geschützt als jener „in vivo“, was eine Inkonsistenz in Wahrnehmung und Beurteilung der rechtlichen und ethischen Konsequenzen darstellt.

Speziell im Falle der nicht an Fristen gebundenen embryopathischen Indikation ist eine Analogie zur PID mindestens zulässig, wenn nicht sogar ein Schwangerschaftsabbruch nach PND gravierender zu bewerten ist. Eine Güterabwägung zwischen der Verwerfung eines genetische Defekte aufweisenden Embryos und der Entscheidung für einen späteren Schwangerschaftsabbruch nach PND ist zulässig. Sie muss in der Gestaltung des rechtlichen Schutzes Niederschlag finden. Die Verwerfung des genetisch auffälligen Embryos ist zudem das geringere Übel als die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs in höherem Gestationsalter. Diese Unterschiede zwischen PID und PND sind nicht prinzipiell, sondern graduell, sodass die hinsichtlich des betroffenen Embryos/Fetus unterschiedliche Bewertung von PID und PND nicht gerechtfertigt ist.

#### **3.4.2. Argumente contra PID**

Gegen die PID wird kritisch eingewandt, die behauptete Inkonsistenz ist keine echte, da die Situation des Embryos in vivo und in vitro unterschiedlich ist, was auch in der Schutzperspektive seinen Niederschlag findet. Beim Embryo in vitro ist die Schwelle für den Zugriff Dritter und deren Interessen herabgesetzt. Die emotionale Bindung der zukünftigen „Eltern“ ist geringer und die Schutzgarantenfunktion der Eltern ist

somit auch schwächer ausgeprägt. Auf Grund dieser größeren Zugriffsmöglichkeiten muss der Embryo in höherem Maße rechtlich geschützt werden. Eine vergleichbare Konfliktsituation ist außerdem nicht gegeben, die Konfliktkonstellationen sind unterschiedlich gelagert: Nach pathologischem Ergebnis pränataler Diagnose im herkömmlichen Sinn kommt es zu einem Schwangerschaftskonflikt, auf den zurzeit häufig mit Schwangerschaftsabbruch reagiert wird. Im Fall der PID besteht kein Schwangerschaftskonflikt.

### **3.5. Sozialethische Überlegungen**

Die Problematik der PID ist nicht nur aus individualethischer Perspektive, sondern auch in der sozialethischen Dimension zu erörtern. Zwischen beiden – durch unterschiedliche Akzentsetzungen charakterisierten – Ebenen bestehen Zusammenhänge: Mit Individualentscheidungen sind engere oder weitere soziale Implikationen verknüpft. Dominiert aus der ärztlichen Perspektive die Problemlage des betroffenen Paares und dessen Interessen, so sind aus gesellschaftspolitischer und rechtlicher Perspektive die Auswirkungen auf gesellschaftliche Einstellungen zu berücksichtigen. Denn zum einen können individuell getroffene Entscheidungen bei entsprechender Häufigkeit gesellschaftliche Trends und Einstellungen verändern. Andererseits sind individuelle Entscheidungen auch von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Einstellungen mitdeterminiert. Diese Dialektik zwischen Individual- und Sozialebene ist zu beachten, wenn es darum geht, die Selbstbestimmung in ihren Möglichkeiten und Grenzen zu erfassen.

#### **3.5.1. Selektion von Embryonen**

##### 3.5.1.1. Argumente contra PID

Bei der PID kommt es zu einer gezielten Auswahl bzw. „Verwerfung“ von Embryonen. Diese gezielte Selektion von Embryonen wird bei der Befruchtung mitintendiert und ist somit integrierender Bestandteil der PID. Die Selektion ist keine bloße Nebenwirkung der PID, sondern stellt einen qualitativ neuartigen Schritt zu einer weiteren Instrumentalisierung des menschlichen Lebens dar. Es werden damit Maßnahmen propagiert, die zu einem selektiven Umgang mit dem menschlichen Leben führen. Die PID kann zwar nicht automatisch als eugenisch qualifiziert werden, beinhaltet aber doch eine immanente Differenzierung nach Kriterien von „lebenswert“ und „lebensunwert“. Die gesellschaftliche Solidarität mit Menschen mit Behinderungen wird gefährdet. Mit der Zulassung der PID werden Tendenzen in Richtung „Anspruch“ auf ein gesundes Kind gefördert. „Normalität“ wird auf diese Weise in naturwissenschaftlich-medizinische Perspektiven gestellt und zudem über ihre Realisierbarkeit durch PID gesellschaftlich definiert. Das könnte eine weitere Diskriminierung von Leid und Behinderung zur Folge haben (siehe 3.5.4.). Die PID ignoriert nicht nur Forderungen des Embryonenschutzes, sondern ist darüber hinaus geeignet, eine fragwürdige Selektionsmentalität in der Gesellschaft aufkommen zu lassen und eine Instrumentalisierung von Embryonen für die Erfüllung von Interessen Dritter voranzutreiben. Zu den Aufgaben des Staates gehört der Lebensschutz: Es kann daher nicht dessen Aufgabe sein, reproduktionsmedizinische Mittel zur Verfügung zu stellen, die bewusst eine Selektion von Embryonen einschließen. Damit ist auch die Gefahr der Billigung einer eugenischen Mentalität verbunden.

### 3.5.1.2. Argumente pro PID

Für PID spricht die individuelle Perspektive. Die Verwerfung von Embryonen ist rechtfertigbar, weil bzw wenn sie Konstellationen betrifft, in denen auf Grund des Risikos einer schweren Erbkrankheit eine Schwangerschaft nicht zumutbar ist. Diese individuelle Situation ist eingebettet in eine gesellschaftliche Solidarität mit einem Paar mit einem großen Risiko für ein schwer krankes oder behindertes Kind, das sich mit seinem Wunsch nach einem gesunden Kind (das ist: das nicht an der in Frage stehenden Erkrankung leidet) an die Medizin wendet und mehrfache Schwangerschaftsabbrüche nach herkömmlicher Pränataldiagnostik verhindern könnte. Die Verwerfung des Embryos ist um des Zieles willen legitimierbar, ein gesundes Kind zu bekommen, also im Rahmen einer Güterabwägung zwischen der Existenz des mit genetischen Defekten ausgestatteten Embryos und dem Ziel, ein genetisch unbelastetes Kind zu bekommen. In diesem Zusammenhang muss auch berücksichtigt werden, dass es bei einer natürlichen Befruchtung vor der Implantation des Embryos zu einer natürlichen Selektion bezüglich chromosomaler Aberrationen und schwerer letaler Mutation kommt.

### **3.5.2. PID und Sinnziel ärztlichen Handelns**

Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der PID sind im Wesentlichen Gegenstand ärztlichen Handelns. Dieses ist im Wesentlichen von der Aufgabe bestimmt, Krankheiten zu heilen und Leiden zu mindern. Ärztliches Handeln umfasst darüber hinaus auch Maßnahmen der Prävention und der Rehabilitation. Die Antwort auf die Frage, wie sich diese Aufgabe mit der PID (die mitunter die Verwerfung von Embryonen umfasst) verträgt, fällt unterschiedlich aus:

#### 3.5.2.1. Argumente pro PID

Ärztliches Handeln ist innerhalb gesellschaftlicher Rahmenbedingungen den Patientinnen und Patienten verpflichtet. PID kann als ärztliche Hilfeleistung notwendig sein, wenn bei Paaren mit einer genetischen Disposition für ein schwer krankes oder behindertes Kind (und diese Erkrankung oder Behinderung in absehbarer Zeit nicht therapierbar ist) ein großer Leidensdruck, aber auch – trotz hohem Risiko – eine feste Absicht besteht, nicht auf Nachkommenschaft zu verzichten. In diesem Fall muss die PID, wenn sie ausschließlich mit der Implantierung eines Embryos ohne die entsprechenden genetischen Schäden verbunden ist, als ärztliche Maßnahme zur Prävention absehbaren Leidens des sich aus dem Embryo entwickelnden Individuums angesehen werden. Der Arzt/die Ärztin ist dem betroffenen Paar in seinem Bestreben verpflichtet, ein von dieser genetischen Disposition nicht betroffenes Kind zur Welt zu bringen. Die Ärztin/der Arzt, welche/r an dieser Untersuchung im Rahmen des zulässigen Indikationsbereichs mitwirkt, kommt ihrer/seiner ärztlichen Hilfeleistungspflicht nach und folgt somit den berufsethischen Anforderungen.

#### 3.5.2.2. Argumente contra PID

Das Gegenargument lautet: Der Auftrag von Eltern auf Durchführung einer PID widerspricht dem Sinnziel ärztlichen Handelns. Sinnziel ärztlichen Handelns ist im

Fälle der IVF die Hilfeleistung zur Umgehung der Sterilität. Zu diesem Sinnziel gehört nicht die Selektion von Embryonen und gegebenenfalls deren Vernichtung.

### 3.5.3. Indikationen und Ausweitungstendenzen

In diesem Zusammenhang wird paradigmatisch auf die Entwicklungen der PND hingewiesen: In der Anfangsphase der PND – also in den 70er Jahren – war sie nur für Frauen mit hohem Risiko, ein Kind mit genetisch bedingter Erkrankung oder Behinderung zu bekommen, zugänglich. Danach kam es zu einer Steigerung der Inanspruchnahme durch die Erweiterung der Gründe für pränataldiagnostische Abklärung. Insgesamt wurde eine Tendenz von der Risikoabhängigkeit zu einem „Recht“ auf pränataldiagnostische Untersuchung feststellbar. Zum einen wurde in der Rechtsprechung die Pflicht des Arztes zur Information über Fruchtwasserpunktion und Chorionzottenbiopsie und gegebenenfalls die Schadensersatzpflicht bei Verletzung dieser Informationspflicht verdeutlicht. Andererseits haben technische Faktoren – 1992 kam es zur Einführung des Triple-Tests, welcher zu vielen falsch-positiven Ergebnissen und nachfolgend zu einer Kaskade von invasiven Folgeuntersuchungen führte – diese Entwicklung gefördert. Außerdem gibt es gesellschaftliche Tendenzen, die Indikation der PND zu erweitern. Festzustellen ist aber auch, dass die invasive Pränataldiagnostik zunehmend defensiv angeboten wird.

Die Antwort auf die Frage, wie diese Entwicklung für eine – präsumptive, also erst einzuführende – PID aussehen könnte, fällt unterschiedlich aus:

In der Anfangsphase der PID wäre wohl eine kleine Gruppe mit einem hohen genetischen Risiko ( $\leq 25\%$ ) für die Geburt eines Kindes mit einer genetisch bedingten Erkrankung oder Fehlbildung zu erwarten. Indikationen würden nach Schwere, Prognose und Therapierbarkeit der Erkrankung bzw Fehlbildung gegeben sein (siehe im Detail 5.2.). Bei restriktiver Regelung würde die für Österreich zu erwartende Zahl wohl unter 10 Paaren pro Jahr liegen. Eine permissivere Regelung würde ein Ansteigen dieser Zahlen zur Folge haben.

Eine optimistischere Position sieht es als prinzipiell möglich an, den engen Indikationsrahmen zu bewahren. Zwar wird zugestanden, dass die juristische Bewältigung dieser Herausforderung rechtstechnisch nicht einfach ist. Es gibt aber wirksame Möglichkeiten und Maßnahmen, Ausweitungstendenzen zu verhindern. Doch überwiegt die Erwartung, unter anderem auch durch Heranziehung der juristischen Erfahrungen jener Länder, welche die PID bereits zugelassen haben, zu zufriedenstellenden Resultaten zu kommen.

Kritiker/innen sehen in der PID eine Eigendynamik wirksam, die immanente Tendenzen zur Ausweitung besitzt und somit nicht auf die Ausnahmefälle schwerer Erbkrankheiten begrenzt werden kann. Es ist sehr schwierig, allgemeinverbindlich festzulegen, was zB als „schwere Erbkrankheit“ zu qualifizieren ist. Diese Frage wird schon heute uneinheitlich beantwortet. Es ist zu erwarten – und die Diskussion bietet dafür auch Anhaltspunkte –, dass mit zunehmendem Wissen der Begriff der genetischen Beeinträchtigung tendenziell erweitert wird. Das gilt insbesondere für die Anwendung der PID bei spät manifestierenden Krankheiten und solchen, die sich erst auf die nächste Generation auswirken. Der Druck zu einer Ausweitung des

Indikationsrahmens lässt sich nicht verhindern. Insbesondere die Einschränkung auf Paare mit einem erheblichen Risiko für die Geburt eines schwer kranken oder schwer behinderten Kindes („Hochrisikopaare“) ist nicht durchzuhalten, weil die Differenzierungen in der konkreten Situation hochgradiger Betroffenheit ihre Plausibilität verlieren und auf Dauer wohl nicht akzeptiert werden. So ist die Frage Betroffener durchaus nachvollziehbar, warum bei bestehenden Altersrisiken und gleich gelagerten Konstellationen die PID nicht zur Anwendung gebracht werden soll. Abklärungsausweitungen in Richtung „Tendenz auf ein gesundes Kind“ sind schwer abschätzbar, aber eher wahrscheinlich. Gefährlich ist ein gewisser Automatismus in der Reproduktionsmedizin, für kinderlose Paare (wobei die Frau zumeist ein höheres Alter hat), eine Trisomie 21-Diagnostik im Rahmen von IVF-Behandlung als PID-Zusatzoption anzubieten. Es wird auch befürchtet, dass Entwicklungen von einem „Wunsch nach einem Kind“ zu einem „Recht auf ein Kind“ führen können bzw dann sogar zu einer auch gesellschaftlich suggerierten „Pflicht zu einem gesunden Kind“. Solchermaßen akzeptierte, eben „conditional babies“, würden die Beziehungen von Eltern und Kindern „depersonalisieren“. Damit ist gemeint, dass Kinder mit dem Bewusstsein leben, sie seien nur bedingt angenommen und vor ihnen seien Embryonen verworfen worden, weil sie diesen Bedingungen nicht entsprochen haben.

### **3.5.4. Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen**

Auch in dieser Frage gibt es verschiedene Auffassungen:

#### 3.5.4.1. Argumente contra PID

Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen halten die PID für ein weiteres Mittel der „Rasterfahndung nach behindertem Leben“, das Menschen mit Behinderung diskriminieren würde. Eltern von Kindern mit Behinderung werden in Zukunft verstärkt unter Druck geraten, die Frage, warum sie sich gegen eine präventive Diagnostik entschieden haben, zu beantworten. Mit der PID werden neue Entscheidungszwänge für werdende Eltern entstehen. Es wird dabei insbesondere auf Entwicklungen der PND hingewiesen (siehe 3.5.3.): Bei der Diagnose Trisomie 21 ist die Abtreibungsrate hoch (in Deutschland werden bei der pränatalen Diagnose eines Down-Syndroms über 90 Prozent der Schwangerschaften abgebrochen; in Österreich, wo es kein offizielles Abtreibungsregister gibt und verlässliche Zahlen fehlen, dürfte die Quote ähnlich hoch liegen). Die PID ist geeignet, Tendenzen zu einem Anspruch auf den „Menschen nach Maß“ zu fördern und damit gesellschaftliche Solidarität gegenüber Menschen mit Behinderungen zu untergraben. Denn sie leistet Vorschub zu Veränderungen in unserem Verhältnis zu Krankheit oder Leiden, kann sich auf unser Verhältnis zu Menschen mit Behinderungen in diskriminierender Weise auswirken und langfristig zur Infragestellung der Lebensrechte von Menschen mit Behinderungen führen. In Zeiten ökonomischer Knappheit kann sich die Frage nach der Vermeidung kostenintensiver Lebensformen von Menschen mit Behinderungen stellen. Dies geht zu Lasten gesellschaftlicher Solidarität und könnte geeignet sein, gesellschaftlichen Druck auf die/den einzelne/n in seiner Entscheidungssituation auszuüben.

#### 3.5.4.2. Argumente pro PID

Entgegengehalten wird, dass das selektive Potential der PID neben der PND nicht ins Gewicht fällt. Außerdem sind schwere Behinderungen – in Deutschland bei etwa 1,5 Millionen Menschen – in weniger als zehn Prozent genetisch bedingt, von denen wiederum nur ein Teil vorgeburtlich diagnostizierbar ist. Dass PND und PID ein behindertenfeindliches Klima erzeugen, lässt sich empirisch nicht nachweisen. Im Gegenteil ist darauf hinzuweisen, dass in allen Industrieländern seit Jahrzehnten (vor allem durch die Integrationsbemühungen der Behindertenpolitik) die Rechte von Menschen mit Behinderungen kontinuierlich ausgebaut und mit steigendem Aufwand gefördert werden.

#### **3.5.5. „Behandlungstourismus“**

In der Diskussion wird auf die Problematik hingewiesen, angesichts der unterschiedlichen rechtlichen Regelungen der nationalen Rechtsordnungen ein Verbot der PID wirksam aufrechtzuerhalten. Durch ein Verbot der PID im nationalen Recht wird ein fragwürdiger Behandlungstourismus provoziert, den sich außerdem nur begüterte Personen leisten können, womit das Gebot sozialer Gerechtigkeit missachtet wird.

Dagegen wird eingewandt, dass der Hinweis auf den Behandlungstourismus als solcher noch kein ethisches Argument ist, sondern bloß der Verweis auf die nationale Begrenztheit eines rechtlichen Verbotes. Zwar ist eine internationale Vereinheitlichung des Rechts wünschenswert, doch folgt daraus keinesfalls die Legitimation, um solch einer Vereinheitlichung willen ethische und rechtliche Überzeugungen preiszugeben.

#### **3.5.6. Von der negativen zur positiven Eugenik?**

Es besteht in den internationalen Diskussionen weitgehend Einigkeit darüber, dass die PID nicht zu eugenischen Praktiken missbraucht werden darf. Allerdings sind die Bewertungen der Gefahrenmomente, die in der Zulassung einer PID gelegen sind, höchst unterschiedlich.

##### 3.5.6.1 Argumente pro PID

Der Befürchtung, die PID tendiere dazu, über den engen Indikationsrahmen schwerwiegender Erbkrankheiten hinausgehend eugenische Praktiken nach Kriterien individueller oder gesellschaftlicher Wünschbarkeiten zu begünstigen, wird entgegengehalten, eine solche Entwicklung sei sehr unwahrscheinlich. Bisherige Erfahrungen mit der PID im englischen Modell haben keine Ausweitungstendenzen in diese Richtung gezeigt. Dazu ist einerseits die Methode der PID im Zusammenhang mit einer IVF zu belastend. Außerdem ist die derzeitige Forschung weit davon entfernt, die Sehnsucht nach „Wunschkindern“ erfüllen zu können, und daran wird sich, wenn überhaupt, jedenfalls in absehbarer Zeit nichts ändern. Falls sich in fernerer Zukunft die Lage ändert, bestehen ausreichend Möglichkeiten, auf diese Gefahrenquelle juristisch adäquat zu reagieren.

### 3.5.6.2. Argumente contra PID

Der Verweis auf den derzeitigen Forschungsstand erscheint anderen wenig plausibel. Denn, so betonen sie, bei den zu erwartenden Fortschritten erhöhen sich die Möglichkeiten positiver Eugenik. Solche Tendenzen sind keineswegs Zukunftsmusik, sondern prägen bereits heute die Entscheidungen im Rahmen der negativen Eugenik einer Verwerfung genetisch belasteter Embryonen. Zudem sind auch heute schon bei der Bestimmung des Indikationsrahmens die begrifflichen Konturen unscharf und die Grenzen zwischen positiver und – ethisch durchaus nicht unproblematischer – negativer Eugenik fließend. Der Schritt von der Selektion unerwünschter Krankheiten oder Behinderungen hin zu einer Optimierung erwünschter Eigenschaften ist nicht aufzuhalten. Der Dialektik von individuellen Handlungen und gesellschaftlichen Einstellungen ist die Tendenz immanent, Extreme zu fördern. Szenarien der Furcht stehen Erwartungshaltungen im Hinblick auf die Garantierbarkeit eines gesunden Kindes gegenüber, die, so die Kritik, unrealistisch sind. In einer solchen Situation geraten Risikopaare unter besonderen Druck, auch aus Verantwortung vor der Gesellschaft die Geburt eines Kindes zu vermeiden, was zu einer keinesfalls wünschenswerten Einschränkung ihrer individuellen Verantwortung führen würde.

## 4. Rechtliche Aspekte der PID

### 4.1. Die österreichische Rechtslage

In Österreich besteht derzeit keine ausdrückliche gesetzliche Regelung über die Zulässigkeit der PID, und zwar weder im Fortpflanzungsmedizingesetz, BGBl 1992/275 (FMedG) noch im Gentechnikgesetz, BGBl 1994/510. Es ist jedoch einhellige Meinung, dass sich aus § 9 Abs 1 FMedG eine mittelbare Antwort auf die Frage nach der Zulässigkeit von Diagnoseverfahren am Embryo in vitro ergibt:

§ 9 Abs 1 FMedG (in der bis heute unveränderten Stammfassung) lautet:

*„Entwicklungsfähige Zellen dürfen nicht für andere Zwecke als für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden. Sie dürfen nur insoweit untersucht und behandelt werden, als dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist. Gleiches gilt für Samen oder Eizellen, die für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden sollen.“*

Nach verbreiteter Auffassung folgt aus dem zweiten Satz des § 9 Abs 1 FMedG ein implizites Verbot der PID, weil und sofern es sich dabei um keine Untersuchung an entwicklungsfähigen Zellen handelt, die „zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist“. Dieses Verbot bezieht sich gem § 9 Abs 1 letzter Satz FMedG auch auf Untersuchungen an Samen und Eizellen, soweit diese für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden sollen. Die sog Polkörperdiagnostik wird hingegen als zulässig angesehen, da der Polkörper als solcher nicht der Befruchtung dient und folglich auch nicht dem Untersuchungsverbot des § 9 Abs 1 unterliegt.

Kein Konsens besteht jedoch über die genaue Reichweite dieses aus § 9 Abs 1 FMedG abgeleiteten Verbots der PID, wobei die einzelnen Auffassungen sowohl im Ergebnis als auch in der Begründung erheblich divergieren. Uneinigkeit herrscht insbesondere in der Frage, wann eine Untersuchung „zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“ erforderlich (und daher rechtlich zulässig) ist. Im Wesentlichen werden drei Auslegungsvarianten vertreten: Manche Autor/innen bejahen ein generelles Verbot, andere gehen von einer weitreichenden Zulässigkeit der PID in Analogie zur pränatalen Genanalyse gem § 65 Abs 3 GTG aus. Im jüngeren Schrifttum finden sich auch differenzierende Auffassungen, die zwar an einem grundsätzlichen Verbot der PID festhalten, jedoch präimplantative Untersuchungen dann ausnahmsweise für erlaubt erachten, wenn diese auf den Ausschluss von genetischen Anomalien abzielen, die mit dem erfolgreichen Eintritt einer Schwangerschaft unvereinbar sind.

Wegen des auf das österreichische Bundesgebiet begrenzten örtlichen Geltungsbereichs des FMedG (Art 49 B-VG) fällt eine im Ausland durchgeführte PID nicht unter das Verbot des FMedG. Da eine Übertretung des FMedG lediglich mit Verwaltungsstrafe (bis € 36.000) sanktioniert ist, stellt die Mitwirkung an einer erlaubten PID im Ausland (zB durch entsprechende ärztliche Beratung) keine nach dem VStG strafbare "Beihilfe" dar.

Unbestritten ist, dass die geplante Durchführung einer PID für sich genommen keine hinreichende Voraussetzung für die Vornahme einer In-Vitro-Fertilisation ist: Denn § 2 Abs 2 FMedG knüpft die Zulässigkeit einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung unter anderem an die Bedingung, dass „*alle anderen möglichen und zumutbaren Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos gewesen oder aussichtslos sind*“. Selbst wenn man daher eine PID in gewissem Umfang für erlaubt hält, so könnte sie wegen § 2 Abs 2 FMedG nur in jenen Fällen vorgenommen werden, in denen (zufällig) auch noch eine Infertilität vorliegt. Daraus wird deutlich, dass eine gesetzliche Zulassung der PID auch eine korrespondierende Erweiterung der Indikationen für die IVF nach sich ziehen müsste, weil es andernfalls zu einer gleichheitswidrigen Privilegierung infertiler Paare kommen würde.

## **4.2. Das gesetzliche Umfeld**

Eine umfassende ethische, rechtliche und verfassungsrechtliche Beurteilung der PID muss auch die rechtlichen Rahmenbedingungen des Embryonenschutzes im allgemeinen bzw von pränatalen Untersuchungen während aufrechter Schwangerschaft im besonderen einbeziehen.

### **4.2.1. Pränatale Diagnostik**

Diagnostische Maßnahmen nach Eintritt der Schwangerschaft in Bezug auf den Embryo in vivo (Pränatale Diagnose) sind – mangels spezieller gesetzlicher Regelung – im Rahmen der allgemeinen Voraussetzungen für medizinische Behandlungen (insb Aufklärung, Einwilligung) zulässig. Für den besonderen Fall „prädiktiver“ pränataler Genanalysen enthält § 65 Abs 3 GTG eine ausdrückliche Bestimmung, die nähere Voraussetzungen betreffend Einwilligung, Aufklärung und Facharztqualifikation vorsieht; inhaltlich wird die Zulässigkeit der pränatalen Genanalyse nur insofern beschränkt, als diese „medizinisch geboten“ sein muss.

Anders als bei der Untersuchung am Embryo in vitro räumt die österreichische Rechtsordnung der Schwangeren somit eine weitreichende Entscheidungsfreiheit darüber ein, ob bzw welche pränatalen Untersuchungen sie durchführen lassen will.

Die rechtliche Zulässigkeit der PND ist unabhängig von den Konsequenzen, die sich daraus für künftige Entscheidungen der Frau ergeben können. Die PND ist auch dann erlaubt, wenn sie zur Vorbereitung der Entscheidung der Schwangeren über einen Schwangerschaftsabbruch aus „embryopathischer“ Indikation dient (§ 97 Abs 1 Z 2 StGB). Aufgrund der – in der Literatur allerdings umstrittenen – Rechtsprechung des OGH können Diagnosefehler im Zuge pränataler Untersuchungen, aufgrund derer die Schwangere die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches nicht ausnützen kann, grundsätzlich Schadenersatzansprüche auslösen (OGH SZ 72/91).

### **4.2.2. Schwangerschaftsabbruch**

§ 96 StGB erklärt den Schwangerschaftsabbruch mit Einwilligung der Schwangeren grundsätzlich für strafbar. Als Ausnahme sieht § 97 StGB drei Fallgruppen eines straflosen Schwangerschaftsabbruches vor, und zwar

- (1) innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate (§ 97 Abs 1 Z 1 StGB; sog „Fristenlösung“);
- (2) zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernstesten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren (sog „medizinische Indikation“) oder wenn eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde (sog „embryopathische“ Indikation), oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist (§ 97 Abs 1 Z 2 StGB);
- (3) zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr (§ 97 Abs 1 Z 3 StGB). In den ersten beiden Fallgruppen muss der Schwangerschaftsabbruch von einem/r Arzt/Ärztin vorgenommen werden.

Abgesehen vom Fall der „Fristenlösung“ (§ 97 Abs 1 Z 1 StGB) ist der Schwangerschaftsabbruch auch nach dem dritten Schwangerschaftsmonat während der Gesamtdauer der Schwangerschaft bis zur Geburt straffrei.

In der Streitfrage, ob in den Fällen des straffreien Schwangerschaftsabbruches lediglich die gerichtliche Strafbarkeit – bei aufrechter zivilrechtlicher Rechtswidrigkeit – beseitigt („straffrei aber rechtswidrig“) oder ob der Abbruch insgesamt gesetzlich erlaubt und gerechtfertigt ist, tendiert die überwiegende Auffassung und die Rechtsprechung des OGH (SZ 72/91 zur embryopathischen Indikation) zur Rechtfertigungsthese.

Die strafrechtlichen Bestimmungen über den Schwangerschaftsabbruch setzen begrifflich das Vorliegen einer Schwangerschaft – also die Nidation der Leibesfrucht – voraus. Eingriffe am Embryo in vitro oder am Embryo in vivo bis zur Nidation (zB durch den Einsatz nidationshemmender Verhütungsmittel) sind von den Strafdrohungen dieses Abschnitts (und auch von anderen Tatbeständen des StGB) nicht erfasst.

### **4.3. Verfassungsrechtliche Aspekte**

Explizite Bestimmungen zur PID gibt es im österreichischen Verfassungsrecht nicht. Die verfassungsrechtliche Beurteilung der PID hängt vielmehr davon ab, ob und inwieweit aus allgemeineren Verfassungsnormen Aussagen über die Zulässigkeit oder Unzulässigkeit der PID interpretativ abgeleitet werden können. Nach dem bisherigen Diskussionsstand werden in diesem Zusammenhang im Wesentlichen folgende Fragen erörtert:

Besteht ein grundrechtlich geschütztes Recht der Frau gem Art 8 EMRK auf Zugang zu den mittels PID erhebbaren genetischen Befunden, und bejahendenfalls: inwieweit ist dieses Recht einer gesetzlichen Beschränkung aufgrund des Gesetzesvorbehaltes gem Art 8 Abs 2 EMRK zugänglich?

Besteht ein grundrechtlicher Lebensschutz in Bezug auf den Embryo in vitro, und bejahendenfalls: ist dieser Lebensschutz gegen andere Rechte und Interessen (insbesondere der Frau) abwägbar?

Besteht ein verfassungsrechtlicher Schutz der Menschenwürde des Embryo in vitro, und bejahendenfalls: inwieweit steht dieser Schutz einer PID entgegen?

Ist die Zulassung bzw die Nichtzulassung der PID unter Berücksichtigung der bestehenden Gesetzeslage zum Embryonenschutz sachlich gerechtfertigt im Sinne des verfassungsrechtlichen Gleichheitssatzes? Und im besonderen: Ist die Zulassung der PID mit dem Verbot der Benachteiligung wegen einer Behinderung und mit dem verfassungsrechtlichen Bekenntnis zur Gleichbehandlung von behinderten und nichtbehinderten Menschen gem Art 7 Abs 1 B-VG vereinbar?

Vorauszuschicken ist, dass die meisten dieser Fragen in der – zu diesem Punkt nicht sehr umfangreichen – österreichischen Verfassungsdiskussion nicht einheitlich beantwortet werden. Das gilt insbesondere für die zentrale und weichenstellende Kernfrage, welcher grundrechtliche Status dem frühen Embryo im Licht der Menschenwürde und des Lebensschutzes eingeräumt wird.

#### **4.3.1. Grundrecht auf Leben**

Zur Reichweite des verfassungsrechtlichen Lebensschutzes wird von der österreichischen Lehre überwiegend die Auffassung vertreten, dass zumindest die frühe embryonale Phase (in vitro oder in vivo) nicht unter den grundrechtlichen Lebensschutz der Verfassung (Art 2 EMRK, Art 63 Abs 1 StV von St. Germain) fällt. Nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes (VfSlg 7400/1974) und des OGH (SZ 72/91) sowie einem Teil der Literatur findet Art 2 EMRK nur auf Geborene Anwendung. Doch auch jene Autor/innen, die dieser Auslegung kritisch gegenüber stehen, bejahen einen verfassungsrechtlichen Lebensschutz zumeist erst ab bestimmten Entwicklungsstadien, nicht hingegen für frühe Phasen der Embryonalentwicklung. Auf dem Boden dieser Ansicht käme das Grundrecht auf Leben daher als verfassungsrechtlicher Maßstab für die PID nicht in Betracht. Allerdings findet sich auch die – im Zusammenhang mit der verfassungsrechtlichen Kritik an der „Fristenlösung“ formulierte – Ansicht eines durchgängigen grundrechtlichen Lebensschutzes ab der Befruchtung.

#### **4.3.2. Verfassungsrechtlicher Schutz der Menschenwürde**

Kontroversieller ist der Meinungsstand zum verfassungsrechtlichen Schutz der Menschenwürde. Es besteht zwar Einigkeit darüber, dass den verfassungsrechtlich verbürgten Grundrechten der Leitgedanke des Würdeschutzes zugrunde liegt, der in den einzelnen Grundrechtsformulierungen zum Ausdruck kommt. Mitunter wird die Menschenwürde im Bundesverfassungsrecht auch mehr oder weniger ausdrücklich angesprochen (Verbot unmenschlicher Behandlung gem Art 3 EMRK; Achtung der Menschenwürde im Freiheitsentzug gem Art 1 Abs 4 BVG Persönliche Freiheit). Strittig ist hingegen, ob es sich bei der Menschenwürde um ein – zu den Einzelgrundrechten hinzutretendes bzw diese ergänzendes – eigenständiges Recht oder Schutzgut im Verfassungsrang handelt. Der Verfassungsgerichtshof hat die Menschenwürde als „allgemeinen Wertungsgrundsatz unserer Rechtsordnung“ anerkannt (VfSlg 13635/1993).

Manche Autor/innen sehen in diesem allgemeinen Wertungsgrundsatz ein objektives Rechtsprinzip, das für den interpretativen Umgang mit den Grundrechten und deren

Konkretisierung im Lichte einer kreativen, neuen Herausforderungen gerecht werdenden Weiterentwicklung produktive Bedeutung besitzt. Gerade die – in Ansätzen auch in Österreich rezipierte – deutsche Judikatur zur „Objektformel“, wonach jeder Mensch Selbstzweck ist und nicht zum Objekt degradiert werden darf, biete genügend Entwicklungspotential im Sinne eines umfassenden Instrumentalisierungsverbotes. Andere Autor/innen halten an der Verbindung von Würdeschutz und (subjektiver) Grundrechtsfähigkeit fest und leiten aus dem Grundsatz der Menschenwürde keine Folgerungen für den Embryonenschutz ab.

Auch unter jenen Autor/innen, die einen eigenständigen Schutz der Menschenwürde auf Verfassungsstufe bejahen, besteht kein Konsens darüber, welche Tragweite dieses Prinzip für den Umgang mit Embryonen im allgemeinen bzw die Zulässigkeit der PID im besonderen aufweist. Die vertretenen Standpunkte sind in dieser Frage ebenso divergent wie in Deutschland, auch die vorgebrachten Argumente unterscheiden sich kaum. Eine Position geht dahin, dass die PID auch unter dem Aspekt des verfassungsrechtlichen Würdeschutzes insoweit zulässig ist, als durch die frühzeitige Diagnose genetischer Schädigungen spätere Schwangerschaftsabbrüche vermieden werden können, die nach § 97 Abs 1 Z 2 StGB erlaubt wären; der Würdeschutz des Embryos könne in diesen Fällen nicht weiter gehen als der Schutz des Fetus vor der Abtreibung. Andere Stimmen leiten aus dem als Verfassungsgrundsatz verstandenen und auf die Embryonalphase angewendeten Würdeschutz ein Verbot der PID (bzw eine dahingehende staatliche Schutzpflicht) ab. Dabei spielt der Hinweis auf den selektiven Charakter der PID und der ihr immanenten Notwendigkeit, zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben zu unterscheiden, eine tragende Rolle.

#### **4.3.3. Gleichheitssatz und Diskriminierungsverbot**

1. Unter dem Aspekt des Gleichheitssatzes werden in der Literatur verfassungsrechtliche Bedenken gegen die unterschiedliche gesetzliche Regelung von pränataler Diagnose und PID erhoben. Zwischen der generellen Zulässigkeit der pränatalen Diagnose aus medizinischen Gründen und der anschließenden Möglichkeit eines erlaubten Schwangerschaftsabbruches aus embryopathischer Indikation einerseits und der grundsätzlichen Unzulässigkeit der PID andererseits bestehe ein sachlich nicht gerechtfertigter und somit verfassungswidriger Wertungswiderspruch. Die Gegenposition – soweit diese auf verfassungsrechtlicher Ebene in Österreich überhaupt ausgemacht werden kann – bejaht hingegen die sachliche Rechtfertigung dieser Differenzierung des Zugangs zu den Untersuchungsmethoden mit dem Argument, dass im Fall der Pränataldiagnose die Schwangerschaft bereits etabliert (und damit die „Konfliktsituation“ bereits eingetreten) sei, während durch die PID dieser Konflikt erst erzeugt werde.

2. Zur Bedeutung des spezifischen Verbots der Benachteiligung Behinderter bzw zur Gleichbehandlung von behinderten und nichtbehinderten Menschen (Art 7 Abs 1 zweiter und dritter Satz B-VG) für die Beurteilung der PID ist eine verfassungsrechtliche Diskussion erst in Ansätzen vorhanden. Dazu kommt, dass der Umfang der Bindungswirkung dieses Benachteiligungsverbots für privates Verhalten und dessen Beziehung zur Privatautonomie der betroffenen Frau keineswegs klar ist. Von einem einigermaßen konsentierten Meinungsstand in Bezug auf die PID kann derzeit jedenfalls nicht gesprochen werden. Eine maßgebliche

Frage wird sein, ob auch der Embryo als „Mensch“ iSd Art 7 Abs 1 B-VG durch dieses Diskriminierungsverbot subjektiv berechtigt wird, bzw ob – wenn man dies verneint – daraus objektive Schutzwirkungen erwachsen, die eine gesetzliche Anknüpfung am Merkmal einer „Behinderung“ im Kontext einer pränatalen oder präimplantativen Diagnose oder auch im Zusammenhang des Schwangerschaftsabbruches verbieten würden.

#### **4.3.4. Recht auf Privatleben – Entscheidungsautonomie der Frau**

1. Unter dem Aspekt der Entscheidungsautonomie der Frau (als Element ihres Privatlebens gem Art 8 EMRK) besteht über die grundrechtliche Beurteilung der PID keine Einigkeit. Mit einiger Sicherheit kann lediglich gesagt werden, dass die Durchführung der PID – wie anderer reproduktionsmedizinischer Verfahren auch – nur mit Einwilligung („informed consent“) der betroffenen Frau zulässig ist. Strittig ist hingegen, ob Art 8 EMRK auch einen grundrechtlichen Anspruch auf staatliche Erlaubnis der PID (genauer: ein Abwehrrecht gegenüber gesetzlichen Verboten) enthält. Manche Autor/innen sehen im Verbot der PID keinen Eingriff in das durch Art 8 Abs 1 EMRK gewährleistete Schutzgut des „Privatlebens“ und verneinen daher die Anwendbarkeit dieses Grundrechts. Andere vertreten hingegen die Ansicht, dass der grundrechtliche Schutz der Frau im Hinblick auf den Einsatz von Methoden der In-Vitro-Fertilisation auch die Entscheidung über die Implantation einschließlich des Zugangs zu relevanten diagnostischen Informationen (zumindest in Bezug auf schwere und nicht therapiefähige Erkrankungen) umfasse; ein Verbot der PID greife daher in den Schutzbereich des Art 8 EMRK ein.

2. Die mit der Bejahung eines Grundrechtseingriffs aufgeworfene Frage, ob dieses in Art 8 Abs 1 EMRK eingreifende Verbot im Lichte des Gesetzesvorbehalts des Art 8 Abs 2 EMRK zur Wahrung eines der dort genannten Ziele (insb zum Schutz der Gesundheit, der Moral oder Rechte und Freiheiten anderer) „in einer demokratischen Gesellschaft notwendig“ ist, wird unter Hinweis auf die (wenn auch unterschiedlich weit gehende) Zulässigkeit der PID in den meisten europäischen Rechtsordnungen überwiegend verneint. Ein generelles Verbot der PID verstoße nach dieser Auffassung gegen Art 8 EMRK.

#### **4.3.5. Allgemeine rechtsstaatliche Aspekte**

Schließlich wird auf verfassungsrechtlicher Ebene auch die grundsätzliche Frage nach der Verteilung der Beweis- und Argumentationslast pro und contra Verbot der PID erörtert.

Eine Position geht vom sog „rechtsstaatlichen Verteilungsprinzip“ aus, wonach der Staat und seine Organe nur jene Befugnisse hätten, zu denen sie gesetzlich ermächtigt sind, während den einzelnen Bürgern und Bürgerinnen im demokratischen Rechtsstaat alles erlaubt sei, was nicht verboten ist. Im Sinne einer umfassenden Freiheitsvermutung bzw des Grundsatzes „pro libertate“ liege daher die Begründungs- und Argumentationslast immer bei jenen, die Verbote fordern oder postulieren, und nicht bei den Befürworter/innen einer Erlaubnis bestimmter individueller Handlungsmöglichkeiten. Begründungsbedürftig sei daher das Verbot, nicht die Erlaubnis einer PID. Hinweise auf drohende eugenische Tendenzen, eine mögliche Selektion zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben oder

Widersprüche gegen das Menschenbild unserer Rechtsordnung seien für sich genommen keine tragfähigen verfassungsrechtlichen Argumente. Sie hätten nur dann normative Relevanz, wenn sie auf bestehende Verfassungsnormen – etwa das Grundrecht auf Leben oder das Diskriminierungsverbot – zurückgeführt werden könnten. Die Freiheitsvermutung der Verfassung finde daher (erst) dort eine klare Grenze, wo der verfassungsrechtliche Schutz des Embryos beginnt (dieser verfassungsrechtliche „Status“ des Embryos ist freilich unter allen diskutierten Aspekten umstritten; vgl. zum Recht auf Leben 4.3.1.; zum Diskriminierungsverbot 4.3.3.; zur Menschenwürde 4.3.2.). Auch der argumentative Einsatz von „Dambruchargumenten“ sei zur Begründung gesetzlicher Verbote verfassungsrechtlich bedenklich, solange nicht hinreichend substantiierte Prognosen auf die Gefährdung von Rechtsgütern oder individuellen Rechten vorliegen.

Dieser Auffassung wird entgegen gehalten, dass unter der Voraussetzung einer juristischen Konkretisierbarkeit des Grundsatzes der Menschenwürde das plakative Prinzip des „in dubio pro libertate“ nicht als nahezu uneingeschränktes juristisches Einfallstor für spezifische individuelle Interessen fungiere; vielmehr würden ihm im Lichte des Prinzips der Menschenwürde deutlichere Schranken gesetzt. Die Argumentation zugunsten einer differenzierten Zulassung der PID erfahre eine andere Gewichtung, wenn man die Menschenwürde als allgemeinen Wertungsgrundsatz unserer Verfassung nicht im normativ Unverbindlichen belässt und sie nicht allein im Sinne eines geistesgeschichtlichen Hintergrundwissens versteht. Dambruchargumente blieben in diesem Zusammenhang zwar nicht unproblematisch, weil sie mit den Unsicherheiten einer Antizipation künftiger Entwicklungen behaftet sind. Bedacht sollte aber werden, dass die Feststellung, wann eine hinreichend substantiierte Prognose über künftige Verfahren vorliegt, nicht allein von begrenzten Prognosemöglichkeiten abhängig ist. Eine prägende Rolle in der prognostischen Beurteilung künftiger Entwicklungen spielen auch die unterschiedlichen ethischen Einstellungen, die die Prognosen vorweg interpretativ gewichten.

## **4.4. Gemeinschaftsrechtliche und völkerrechtliche Aspekte**

### **4.4.1. Charta der Grundrechte der Europäischen Union**

Die – rechtlich noch unverbindliche – Charta der Grundrechte der Europäischen Union bestimmt in Art 1: *„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie ist zu achten und zu schützen“*. Insofern die Charta künftig als Rechtsquelle des Gemeinschaftsrechts Verbindlichkeit erlangen sollte, wäre Art 1 als eigenständige Quelle eines Grundsatzes der Menschenwürde zu deuten.

Für die Frage, ob auch der Embryo unter dem Schutz dieses Grundsatzes der Menschenwürde steht, kann aus der Charta allerdings beim derzeitigen Diskussionsstand nicht viel gewonnen werden, weil genau dieser Punkt „auf europäischer Ebene ebenso wenig geklärt und entschieden ist wie in den allermeisten Mitgliedsstaaten“. Auch im Zuge der Entstehungsgeschichte der Charta wurde jede Festlegung in der einen oder anderen Richtung vermieden.

Darüber hinaus enthält Art 3 Abs 2 Punkt 4 der Charta *„das Verbot eugenischer Praktiken, insbesondere derjenigen, welche die Selektion von Personen zum Ziel*

*haben*“. Sowohl die Entstehungsgeschichte als auch die Erläuterungen des Konvents sowie die Stellungnahmen in der Literatur machen jedoch deutlich, dass damit nur staatlich organisierte Zwangsmaßnahmen erfasst werden sollten, die weithin umstrittenen Fragenkreise der Abtreibung oder der PID aufgrund individueller Entscheidung („Eugenik von unten“) hingegen ausgenommen bleiben sollten.

#### **4.4.2. Biomedizinkonvention des Europarates**

Das – mangels Ratifikation für Österreich nicht verbindliche – Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates (MRB) sieht in Art 14 ein Verbot vor, Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung dazu zu verwenden, um das Geschlecht der künftigen Kindes zu wählen, es sei denn, um eine schwere erbliche geschlechtsgebundene Krankheit zu vermeiden. Insofern wäre – eine künftige Ratifikation der MRB vorausgesetzt – der Einsatz der PID zum Zweck der Geschlechtswahl völkerrechtlich verboten, allerdings mit der erwähnten Ausnahme zugunsten schwerer erblicher geschlechtsgebundener Krankheiten. Die MRB setzt damit voraus, dass die PID grundsätzlich zur Diagnose genetisch bedingter Störungen angewendet werden darf.

In diese Richtung deutet auch Art 12 MRB: Danach dürfen Untersuchungen, die es ermöglichen, genetisch bedingte Krankheiten vorherzusagen oder bei einer Person entweder das Vorhandensein eines für eine Krankheit verantwortlichen Gens festzustellen oder eine genetische Prädisposition oder Anfälligkeit für eine Krankheit zu erkennen, nur für Gesundheitszwecke oder für gesundheitsbezogene wissenschaftliche Forschung und nur unter Voraussetzung einer angemessenen genetischen Beratung vorgenommen werden. Der Erläuternde Bericht betont allerdings ausdrücklich, dass Art 12 MRB keine Beschränkung des Rechts zur Vornahme diagnostischer Verfahren am Ungeborenen zur Feststellung einer genetischen Erkrankung impliziert.

Im juristischen Schrifttum dominiert daher die Auslegung, dass die Biomedizinkonvention – abgesehen vom Verbot der Geschlechtswahl – kein Verbot der PID enthält.

## 5. Rechtspolitische Regelungsoptionen

1. In rechtspolitischer Hinsicht kommen folgende gesetzliche Regelungsoptionen in Betracht:

- a) das generelle Verbot der PID; bei dieser Variante könnte weiter unterschieden werden zwischen der unveränderten Beibehaltung der geltenden Gesetzeslage (einschließlich der bestehenden Unklarheiten) und einer ausdrücklichen Klarstellung eines umfassenden Verbots;
- b) die völlige Freigabe der PID durch die ersatzlose Aufhebung des Verbotes oder einer klarstellenden gesetzlichen Erlaubnis;
- c) die eingeschränkte Zulassung der PID unter bestimmten materiellen oder/und formellen Kriterien, wie etwa bestimmter Zugangsindikationen, der Bindung an bestimmte Einrichtungen und eines Regimes der behördlichen Zulassung und Überwachung.

2. Die Wahl der Regelungsoption ist von verschiedenen Kriterien bzw der Beantwortung verschiedener Vorfragen abhängig:

- a) Welches Gewicht hat die Entscheidungsfreiheit der Frau über die Implantation des Embryos in vitro und ihr Wunsch nach Durchführung einer PID?
- b) Welchen moralischen sowie (grund)rechtlichen Status besitzt der Embryo in vitro? Auch wenn man diese Frage nicht explizit stellt, erfährt sie durch die gewählte Regelungsalternative doch eine implizite Beantwortung.
- c) Wie ist der Wunsch der Frau bzw der Eltern auf Durchführung einer PID in Relation zum Schutz des Embryos zu gewichten?
- d) Welche gesamtgesellschaftlichen Erwägungen (einschließlich der Beurteilung der soziaethischen und sozialpolitischen Folgen einer Zulassung bzw Nichtzulassung der PID) sprechen für oder gegen die PID? Hier kommt insb dem Aspekt des Diskriminierungsverbotes sowie der Frage Bedeutung zu, ob die Rechtsordnung in der Lage ist, einen allenfalls gewählten Indikationsrahmen eng zu halten und unerwünschte Ausweitungen der Anwendung der PID in Richtung eines routinemäßig vorgenommenen Embryonenscreenings zu vermeiden.
- e) Lässt sich die gewählte Regelungsoption in konsistenter und verfassungskonformer Weise in die Gesamtrechtsordnung einfügen?

3. Je nach der Beurteilung des Status des menschlichen Embryos in vitro und des Zusammenhangs von Menschenwürde, Recht auf Leben und Entscheidungsautonomie der Frau ergeben sich zunächst zwei grundsätzliche Alternativen: eine Verbot bzw eine Zulassung. Das Leben eines Embryos in vitro ist entweder einer Güterabwägung entzogen oder nicht. Ist eine Güterabwägung legitim, so kann deren Zulässigkeit unterschiedlich begründet werden: Entweder mit einer Verneinung von Menschenwürde und Lebensrecht, oder mit einer gradualistischen Auffassung vom abgestuften Lebens- und Würdeschutz, und zwar jeweils mit oder ohne Bezugnahme auf die Rechtsposition der betroffenen Frau.

### 5.1. Beibehaltung des bestehenden gesetzlichen Verbots der PID

Als Gründe, die für die Beibehaltung bzw Klarstellung des gesetzlichen Verbots sprechen, werden zum einen geltend gemacht, dass durch ein solches Verbot als

Ausdruck des Schutzes der Menschenwürde die Selektion und damit verbunden die Verwerfung von Embryonen verhindert werden soll. Zum anderen wird für ein Verbot ins Treffen geführt, dass auf diese Weise eine Anknüpfung am Merkmal „behindert“/„nicht behindert“ und die damit möglicherweise verbundenen diskriminierenden Aspekte vermieden werden. Von diesem Verbot könnten nach dieser Auffassung allenfalls jene Konstellationen ausgenommen bleiben, in denen eine verlässliche Prognose möglich ist, dass der Embryo sich gar nicht bis zu einer Lebendgeburt entwickeln werde.

## **5.2. Gesetzliche Zulassung der PID**

Die Befürworter/innen einer gesetzlichen Zulassung PID relativieren den rechtlichen Schutz während der Embryonalentwicklung und halten eine Abwägung mit anderen Rechten und Interessen für legitim und geboten (Entscheidungsfreiheit der Frau, Erfüllung des Wunsches nach einem eigenen, genetisch unbelasteten Kind). Voraussetzung für eine derartige Abwägung ist die Verneinung oder zumindest Abschwächung des Schutzes der Menschenwürde und des Lebensrechts während der frühen Embryonalphase (in vitro) vor der Implantation. Dieser Auffassung liegt typischerweise die Vorstellung eines fehlenden oder abgestuften Lebensschutzes bzw eines während der Embryonalentwicklung stufenweise ansteigenden Schutzes der Menschenwürde zugrunde.

Für eine Zulassung der PID können verschiedene Regelungsmodelle diskutiert werden:

### **5.2.1. Die uneingeschränkte Zulassung der PID**

Die Option einer uneingeschränkten Zulassung der PID wird soweit ersichtlich von niemandem vertreten. Dagegen spricht jedenfalls, dass dies den unbegrenzten Zugang zu Methoden der Geschlechtswahl oder der Selektion nach „erwünschten“ Eigenschaften eröffnen würde, über deren Ablehnung ein breiter gesellschaftlicher Konsens besteht. Auch die Vertreter/innen eines fehlenden oder gegen andere Rechte und Interessen abwägbaren Würde- bzw Lebensschutzes des Embryos in vitro sprechen sich für eine begrenzte, durch spezielle Zugangsindikationen umschriebene Zulassung aus.

### **5.2.2. Die eingeschränkte Zulassung der PID**

Für die Option einer eingeschränkten Zulassung sind im Hinblick auf die Formulierung und rechtstechnische Ausgestaltung der Indikationsgrundlage sowie des Zulassungsverfahrens und der Kontrolle verschiedene Varianten denkbar:

1. Die zentrale Frage betrifft die Formulierung der materiellen (inhaltlichen) Zulässigkeitskriterien der PID. Die Palette der theoretisch möglichen Diagnoseziele reicht von der Auswahl genetisch „passender“ Embryonen für eine spätere Gewebsspenden zugunsten Dritter, über die Diagnose genetisch bedingter Erkrankungen oder Behinderungen (jeweils mit oder ohne Bezugnahme auf einen bestimmten Schweregrad, auf fehlende Therapiemöglichkeiten, auf verfügbare und verlässliche Nachweismethoden oder auf die Voraussetzung eines nachweisbaren genetischen Risikos) bis hin zu einer engen Beschränkung auf schwere Anomalien,

die mit dem erfolgreichen Abschluss einer Schwangerschaft und/oder mit einem längeren Überleben nach der Geburt voraussichtlich nicht vereinbar sind.

2. Aus legistischer Sicht können die materiellen Zulässigkeitskriterien in unterschiedlicher Weise formuliert werden:

2.1. Eine taxative Auflistung (zB jener genetisch bedingten Erkrankungen von Paaren, für deren Nachkommen ein hohes Risiko besteht) hätte den Vorteil, dass die Anwendungsfälle der PID präzise umschrieben sind und damit der Forderung der Rechtssicherheit entsprochen wird. Auch Ausweitungen im Interpretationsweg wären erschwert, da die Aufnahme neuer Diagnosen oder Kriterien einen neuerlichen rechtssetzenden Akt voraussetzen würde. Gegen diese taxative Regelungstechnik kann eingewendet werden, dass sie unflexibel ist, durch den wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt permanent überholt werde und eine Anpassung nur im Wege einer schwerfälligen Novellierung der einschlägigen Normen möglich wäre. Zum anderen wird befürchtet, dass die explizite Benennung von Erbkrankheiten zu einer Stigmatisierung jener führen könnte, die mit diesen Krankheiten leben. Dem ersten der beiden Einwände (mangelnde Flexibilität) könnte allerdings durch die Kombination einer allgemein formulierten gesetzlichen Regelung und einer konkretisierenden Durchführungsverordnung gegengesteuert werden.

2.2. Die Umschreibung der Indikation durch Formulierung einer gesetzlichen Generalklausel hat den Vorteil größerer Beweglichkeit in der Anwendung und vermeidet diskriminierende Effekte durch Nennung bestimmter Krankheiten. Eine solche Regelungstechnik enthält beispielsweise der Diskussionsentwurf der deutschen Bundesärztekammer aus 2000. Danach darf die Indikation zur PID „nur bei solchen Paaren gestellt werden, für deren Nachkommen ein hohes Risiko für eine bekannte und schwerwiegende, genetisch bedingte Erkrankung besteht.“ Andere Möglichkeiten werden zB im Mehrheitsvotum der Stellungnahme des (Deutschen) Nationalen Ethikrates vom Jänner 2003 angesprochen (zB Zulassung der PID „für Paare, die ein hohes Risiko tragen, ein Kind mit einer schweren und nicht wirksam therapierbaren genetisch bedingten Erkrankung oder Behinderung zu bekommen, und die mit dem eines davon betroffenen Kindes in einen existentiellen Konflikt geraten würden“). Andere Formulierungen stellen darauf ab, dass „das Risiko einer schweren, mit dem Leben nicht vereinbaren, dh entweder in utero, bei der Geburt oder bis spätestens 6 Monate nach der Geburt zum Tod führende genetisch bedingte Erkrankung besteht.“

Für eine solche Regelungstechnik spricht, dass auf die Anforderungen der Praxis auf flexibler reagiert werden kann. Ihr Nachteil liegt in der relativen begrifflichen Unbestimmtheit, die Rechtsunsicherheiten bzw Auslegungsdivergenzen bei der Anwendung zur Folge haben könnte. Insb zeichnet sich das Kriterium einer „schweren“ bzw „schwerwiegenden“ Schädigung bzw Krankheit nicht durch besondere Präzision aus, wie die beträchtlichen Meinungsunterschiede zur Reichweite der embryopathischen Indikation beim Schwangerschaftsabbruch zeigen. Überdies könnte durch einen Verzicht auf eine Auflistung die Tendenz zu einer schleichenden Ausweitung der Indikationen begünstigt werden. Befürchtet wird dies etwa in Bezug auf spätmanifestierende Krankheiten oder Krankheiten, die sich erst auf die nächste Generation auswirken, altersbedingte Risiken, Geschlechtsselektion,

oder die Auswahl von Embryonen zum Nutzen Dritter (zB Eignung zur Gewebespende).

2.3. Legistisch nahe liegend erscheint eine Kombination der beiden Regelungstechniken: Eine allgemeine Umschreibung auf Ebene des Gesetzes bietet die Basis für die Konkretisierung durch eine dazu ermächtigte Behörde, die ein am Stand der wissenschaftlichen Entwicklung orientiertes Verzeichnis der Indikationen für eine PID im Wege einer Durchführungsverordnung zu erstellen hätte.

3. Unabhängig von der Wahl der Regelungstechnik in Bezug auf die Indikationenfrage sollten begleitende verfahrensrechtliche und/oder institutionelle Rahmenbedingungen festgelegt werden. Zu denken wäre dabei insb an

- eine Verpflichtung zur humangenetischen Beratung vor Durchführung der PID,
- ein System der verwaltungsbehördlichen Zulassung und Kontrolle der zur Durchführung einer PID befugten Einrichtungen unter Anwendung von Qualitätsvorgaben für die sachliche und personelle Ausstattung sowie die eingesetzten medizinischen Verfahren,
- verpflichtende Maßnahmen der regelmäßigen Qualitätssicherung hinsichtlich der Qualifikation des beteiligten Personals, der Standards der eingesetzten Verfahren etc, oder
- eine beratende Beziehung von Ethikkommissionen.

4. Eine weitere rechtspolitische Option könnte darin bestehen, die Zulassung oder das Verbot der PID zunächst nur befristet einzuführen. Nach Evaluierung der entsprechenden Erfahrungen wäre dann nach Ablauf einer bestimmten Zeit neuerlich zu entscheiden. Gegen eine „probeweise“ Zulassung der PID wird allerdings auch der Einwand erhoben, dass derartige Provisorien de facto irreversibel werden könnten.

### **5.3. Zur Steuerungseffizienz des Rechts**

Wie schon in den sozialetischen Überlegungen unter 3.5.3. dargelegt, wird die Fähigkeit von Gesetzgebung und Vollzugspraxis, als unangemessen eingeschätzte Selektionen und Ausweitungstendenzen zu verhindern, unterschiedlich bewertet. Die einen schätzen dieses Steuerungsvermögen hoch ein und meinen, es sei durchaus möglich, durch eine gesetzliche Festlegung auf genau umschriebene Fälle und mit Hilfe entsprechender Verfahrensgarantien den Indikationsrahmen gegenüber Ausweitungstendenzen, insbesondere gegenüber positiven eugenischen Praktiken, rechtlich abzusichern. Andere bezweifeln dieses Vermögen des Rechts und sind der Auffassung, die gesetzliche Begrenzung auf eng umschriebene Sonderfälle ließe sich de facto nicht durchhalten. Mit der Zunahme genetischen Wissens würden sich die Zugangsmöglichkeiten zur PID mit Notwendigkeit ausweiten, ein Vorgang, der angesichts gesellschaftlich wirksamer Interessenlagen rechtlich nicht unterbunden werden könne.

**Dieser Teil I des Berichtes wurde durch die Bioethikkommission am 9. Juni 2004 einstimmig beschlossen.**

**Die Mitglieder der Bioethikkommission halten einstimmig und ausdrücklich fest, dass die zu I.5.2.1. dargestellte Option einer uneingeschränkten Zulassung der PID keinesfalls befürwortet wird.**

## **II. Stellungnahme für eine beschränkte Zulassung der PID**

### **1. Grundsätzliche ethische Überlegungen**

Die ethische Bewertung der PID hängt in hohem Maße von der Antwort auf die Frage ab, welchen ontologischen und moralischen Status der Embryo hat. Eine Durchsicht aller Positionen, die in der Frage des Status von Embryonen eingenommen werden, zeigt, dass ihre Bedeutung für die bioethische Entscheidungsfindung häufig überschätzt wird. Die vermeintlich strikte Alternative zwischen der vorgeblich objektiven Grenzziehung bei der Kernverschmelzung als maßgeblichem Beginn der moralischen Schutzwürdigkeit von Embryonen und allen anderen scheinbar willkürlichen Definitionen des Lebensanfangs vermag in dieser Schärfe schon deshalb nicht zu überzeugen, weil keine der in der Statusfrage eingenommenen Positionen ohne philosophische oder theologische Zusatzannahmen auskommt.

Davon abgesehen ist die Klärung des ontologischen und des moralischen Status des Embryos zwar ein unumgängliches Element der bioethischen Urteilsbildung, jedoch noch kein hinreichendes Kriterium für die Beantwortung der Frage, ob die PID grundsätzlich zulässig ist oder nicht. Die ethische Beurteilung hat vielmehr auch die unterschiedlichen Indikationen und Zielsetzungen zu berücksichtigen, die für die PID geltend gemacht werden.

Dazu kommt, dass mit der Zuschreibung eines bestimmten moralischen Status des Embryos für sich genommen noch nicht beantwortet werden kann, ob der von der Rechtsordnung zu leistende Schutz während der gesamten Phase der Embryonalentwicklung einheitlich ausgestaltet werden soll. Die geläufige argumentative Zuspitzung auf die Alternative, ob der Embryo moralisch als „Person“ zu betrachten (und daher wie Geborene rechtlich zu schützen wäre) oder nicht, verkürzt die Problematik in unzulässiger Weise: Einerseits kann die Rechtsordnung – wenngleich im engen Rahmen der Grundrechte – auch den rechtlichen Schutz von Personen differenziert ausgestalten, und andererseits können auch andere – nicht als Personen qualifizierte – Schutzgüter mehr oder weniger unter den Schutz der Rechtsordnung gestellt werden. Im geltenden österreichischen Recht ist ein derart differenzierendes Schutzkonzept auch seit jeher verwirklicht, indem der Embryo zwar einerseits nicht als Person im Rechtssinn (also als Träger subjektiver Rechte und Pflichten) qualifiziert, ihm andererseits aber sehr wohl ein – entwicklungsabhängig ansteigender – gradueller Schutz zuteil wird.

Im Ergebnis führen diese Überlegungen zu einer differenzierten Bewertung der PID:

1. Ein generelles Verbot der PID lässt sich weder durch den Hinweis auf den Status des Embryos noch mit dem Argument rechtfertigen, die PID sei ihrem Wesen nach stets eine auf Selektion ausgerichtete Methode, die negativ-eugenische Tendenzen billige und die Verhinderung der Geburt von Menschen mit Behinderung zum Ziel habe und für legitim erkläre.

2. Grundsätzlich lassen sich drei Gruppen von Indikationen unterscheiden:

- a) Einsatz der PID zwecks Ausschluss von chromosomalen oder genetischen Störungen, die mit dem Leben unvereinbar sind, mit dem Ziel, eine Schwangerschaft und leibliche Nachkommenschaft zu ermöglichen;
- b) PID zum Zweck der negativen Selektion bei Krankheiten, die prinzipiell mit dem Leben vereinbar sind;
- c) PID zum Zweck der positiven Selektion von gewünschten genetischen Merkmalen.

Für die erste Gruppe von Indikationen kann die PID generell befürwortet werden. Das gilt nicht uneingeschränkt für die zweite Gruppe. Gleichwohl lässt sich die PID auch hier in bestimmten Fällen ethisch rechtfertigen. Anders verhält es sich mit der dritten Indikationsgruppe. Gegen die positive Selektion mittels PID spricht jedenfalls, dass hierbei das grundsätzlich anzuerkennende Recht auf reproduktive Autonomie überschritten und die Menschenwürde der betroffenen Nachkommen verletzt wird.

## 2. Zum moralischen Status des Embryos

Was wir sehen, ist immer mehr als bloße Empirie. Ob man einen Embryo lediglich als „Zellhaufen“ oder aber als „werdenden Menschen“ wahrnimmt, hängt von unseren Intentionen und Deutungsmustern ab. Das gilt für die Vertreter/innen aller Positionen in gleicher Weise: Wer die Charakterisierung von Embryonen als „Zellhaufen“ kritisiert und betont, dass mit Sprache Politik gemacht wird, muss sich entgegen halten lassen, dass die Titulierung von Embryonen und befruchteten Eizellen (Zygoten) als „embryonale Menschen“ ebenfalls eine Form der Sprachpolitik ist, die als gegeben unterstellt, was erst zu beweisen wäre. Das trifft auch für die metaphorische Formulierung zu, wonach die Zygote bzw der Embryo bereits in den ersten Tagen seiner Entwicklung sich nicht *zum* Menschen, sondern *als* Mensch zum Menschen entwickelt.

Die These eines durchgehenden und jenem geborener Personen vergleichbaren moralischen Schutzanspruches während der Gesamtphase der Embryonalentwicklung ab der Befruchtung wird meist durch die Kombination des sogenannten Potentialitätsarguments mit dem Kontinuitäts- und dem Identitätsargument zu begründen versucht. Diese Argumente sind jedoch weder für sich genommen noch in ihrer Kombination stichhaltig und können die daraus gezogenen Schlussfolgerungen nicht schlüssig begründen:

### 2.1. Kritik des Potentialitätsarguments

Der Begriff der Potentialität kann auf zweifache Weise gebraucht werden. Einerseits bezeichnet er die formale Möglichkeit (engl. possibility), andererseits die einem/r Seienden innewohnende Fähigkeit (engl. capacity). Die These, dass sich der Embryo ab dem Zeitpunkt der Verschmelzung der Zellkerne als Mensch entwickelt, unterstellt, dass die befruchtete Eizelle – noch dazu eine in vitro fertilisierte Eizelle außerhalb des Mutterleibes, der für die Entwicklung eines Menschen erst die notwendigen Umweltbedingungen bereit stellt – prospektiv so betrachtet werden müsse, als ob sie das Potential (capacity) zur Entwicklung zu einem menschlichen Individuum hätte. Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass aus einer befruchteten Eizelle ein Individuum wird, liegt jedoch allgemein unter 50%. Erst im Rückblick, also

nachdem die Entwicklung tatsächlich stattgefunden hat, ist ein sicheres Urteil darüber, ob eine Zygote die organisierende Kraft zur Steuerung des Entwicklungsprozesses hatte, möglich. Das Potentialitätsargument überträgt dagegen die Gewissheit, die sich nur vom „gelungenen“ Ende her ergeben kann, auf den Beginn, der durch ein erhebliches Maß an Unsicherheit gekennzeichnet ist. Vereinfacht gesagt, war zwar jeder geborene Mensch einmal eine befruchtete Eizelle, aber nicht jede Zygote entwickelt sich zu einem Menschen.

Das bloße Entwicklungspotential kann also nicht mit dem möglichen Resultat der Entwicklung gleichgesetzt werden, weil der faktische Entwicklungsverlauf, sein mögliches Gelingen wie sein mögliches Scheitern von einer Reihe von Umweltfaktoren abhängen, die die Zygote selbst nicht beeinflussen kann. Das Potentialitätsargument verkennt die Relevanz epigenetischer Prozesse, die nicht schon in der befruchteten Eizelle als solcher angelegt sind. Insofern ist nun aber auch die faktisch vorhandene äußere Möglichkeit (possibility) nicht nur moralisch, sondern auch ontologisch relevant. Zwischen dem ontologischen Status von Embryonen in vitro und demjenigen von Embryonen in vivo ist daher situationsbezogen zu unterscheiden. Dass dem Embryo in vitro derselbe Status zukommt wie dem Embryo in vivo, gilt nur unter der Voraussetzung, dass seine Implantation intendiert bzw. noch möglich ist. Mit dem Wegfall dieser Möglichkeit (possibility) verändert sich nicht nur der moralische, sondern auch der ontologische Status des Embryos.

In rechtlichen Zusammenhängen ist es noch viel weniger plausibel, weshalb den potentiellen Träger/innen eines Rechts zwingend dieselben Rechte zustehen sollen wie den tatsächlichen Träger/innen dieses Rechts. Diese undifferenzierte Gleichstellung potentieller Entwicklungschancen mit dem „Endpunkt“ dieser Entwicklung ist in der Rechtsordnung auch sonst nicht anzutreffen. Im Kontext des Embryonenschutzes wäre außerdem nicht schlüssig begründbar, weshalb gerade frühe Embryonalstadien als „potentielles“ Menschsein wie geborene Menschen behandelt werden sollen, wenn das geltende Recht zugleich eine Reihe von späteren Eingriffen durch Willensakt Dritter zulässt, die eine Realisierung des Potentials verhindern können (hier insbesondere: Entscheidung der Frau, den Embryo nicht zu implantieren; Schwangerschaftsabbruch).

## **2.2. Kritik des Identitäts- und des Kontinuitätsarguments**

Der Anfang eines individuellen Menschenlebens unterliegt einer prinzipiellen, keineswegs nur einer zeitlichen Unbestimmbarkeit. Es ist daher irreführend, wenn bereits die befruchtete Eizelle nach der Kernverschmelzung oder der durch die ersten Teilungen entstehende Zellhaufen (Morula) umstandslos als Embryo bezeichnet wird. Erst nach mehreren Tagen, wenn sich die Morula zu einer Zellblase (Blastozyste) entwickelt hat, bilden sich einerseits eine Frühform des eigentlichen Embryos (Embryoblast) und andererseits das Frühstadium von Plazenta und Nabelschnur (Trophoblast) aus. Frühestens jetzt macht es überhaupt Sinn, von einer neuen Individualität zu sprechen, obwohl auch in diesem Entwicklungsstadium noch eine Mehrlingsbildung möglich ist.

Außerdem hängt der ontologische Status von frühen Embryonen in vitro in erheblichem Maße von den Intentionen der handelnden Personen ab. Dies wird an

folgendem Gedankenexperiment deutlich, bei dem der Vorgang der PID im Achtzell-Stadium in ontologischer Perspektive betrachtet wird: Aus dem kleinen Zellhaufen wird eine Zelle zu Untersuchungszwecken entfernt. Ist diese Zelle als Teil eines Individuums zu betrachten oder liegt ab dem Moment der Trennung wegen ihrer Totipotenz ein weiteres Individuum vor? Doch was geschieht, wenn sich der handelnde Arzt anders besinnt und die entnommene Zelle in den Embryo zurückbefördert? Wo bleibt dann das zweite Individuum? Die Pointe dieses Gedankenexperiments besteht darin, dass man im Anfangsstadium der Embryonalentwicklung eben noch nicht von Identität oder Individualität sprechen kann. Was den ontologischen Status der zu Untersuchungszwecken abgetrennten Zelle betrifft, hängt es also ganz von der Handlungsabsicht des/r Mediziners/in ab, ob sie als Teil des zu untersuchenden Frühembryos oder aber als weiterer Embryo zu gelten hat.

Mit einer dualistischen Abspaltung des Personseins von der Leiblichkeit hat die These von der Unbestimmtheit bzw. Unbestimmbarkeit des Anfangs ebenso wenig zu tun wie mit einem monistischen Biologismus oder einem „moralischen Fehlschluss“. Das Abstellen auf Identitäts- und Kontinuitätsargumente läuft vielmehr selbst auf einen naturalistischen Fehlschluss hinaus, weil dabei vernachlässigt wird, dass sich befruchtete Eizellen außerhalb des Mutterleibes gar nicht zu einem Menschen entwickeln können und weil die einzig feststellbare Identitätsbeziehung zwischen einem frühen Embryo und dem geborenen Menschen in der Identität seines Genoms besteht.

Was schließlich den Einwand betrifft, wonach alle nach der Befruchtung liegenden Zäsuren während der Embryonalentwicklung, an denen ein abgestuftes Schutzniveau anknüpfen könnte, willkürlich seien, ist dagegen zu halten, dass das Fehlen eindeutiger biologischer Einschnitte noch kein taugliches Argument dafür abgibt, weshalb der rechtliche Schutz des Embryo nicht in Abhängigkeit vom Fortschreiten der Embryonalentwicklung abgestuft gestaltet werden könnte. Die Rechtsordnung steht vielfach vor der Notwendigkeit, in einer kontinuierlich ablaufenden Entwicklung normative Schwellen festzulegen, in denen sich ein unterschiedliches normatives Schutzniveau manifestiert. Träfe es tatsächlich zu, dass der bloße empirische Befund einer kontinuierlichen Entwicklung jede normative (und letztlich auf einer sozialen Bewertung beruhende) Abstufung einzig und allein deshalb verbietet, weil die rechtliche Abstufung mangels eindeutiger biologischer Kriterien immer auch etwas anders ausfallen könnte, dann wäre eine Formulierung gesetzlicher Fristen ebenso unzulässig wie die Formulierung von Geschäftsfähigkeitsgrenzen. Ein derartiges Modell eines stufenweise ansteigenden rechtlichen Schutzes liegt über weite Strecken auch der geltenden Rechtsordnung auf dem Gebiet des Embryonenschutzes zugrunde, indem etwa – um nur ein Beispiel herauszugreifen – ein (strafrechtlicher) Schutz des Embryo vor der Nidation mangels ausreichender Schutzwürdigkeit überhaupt fehlt und der Schutz der Leibesfrucht nach der Nidation mit fortschreitender Schwangerschaftsentwicklung schrittweise zunimmt und erst ab der Geburt in den vollen Rechts- und Grundrechtsschutz der „Person“ übergeht.

Wollte man die in der bioethischen Diskussion vertretene These, dass sich bereits die Zygote „als Mensch“ entwickle und daher prinzipiell dem gleichen Schutz unterliege wie Geborene, konsequent umsetzen, so würde dies nicht nur zu

lebensweltlich fragwürdigen Konsequenzen führen. Dies müsste – übertragen auf die Rechtsordnung – auch juristische Folgerungen nach sich ziehen, die mit den Grundsätzen der bestehenden Rechtsordnung ebenso wenig vereinbar wären wie mit den weit verbreiteten moralischen Intuitionen der Bevölkerung: Zygoten, die sich bei natürlicher Zeugung nicht einnisten, wären dann als verstorbene Menschen zu behandeln; eine Vernichtung „überzähliger“ – weil nicht implantierbarer – Embryonen im Rahmen der IVF dürfte von Gesetz wegen nicht hingenommen werden; nidationshemmende Verhütungsmittel („Spirale“), die nicht die Konzeption, sondern die Einnistung verhindern, wären als Tötungsinstrumente zu verbieten; und nicht zuletzt würde sich der zulässige Spielraum für die Zulassung des Schwangerschaftsabbruches auf Extremfälle vitaler mütterlicher Indikation verengen.

### **3. Nach Indikationen differenzierte ethische Beurteilung der PID**

#### **3.1. Einsatz der PID zur Herbeiführung einer Schwangerschaft und Geburt eines lebensfähigen Kindes**

Indikationen für die PID wären in diesem Fall Erbkrankheiten und Chromosomen- oder Gendefekte, die eine Schwangerschaft gar nicht erst zustande kommen lassen, die zu wiederholten Fehlgeburten oder bereits in den ersten Lebensmonaten nach der Geburt zum Tod führen (vgl. I.1.3.3. und I.1.3.4.) In solchen Fällen ist das Ziel ärztlichen Handelns keineswegs die Verhinderung der Existenz eines kranken oder behinderten Kindes, sondern im Gegenteil die Geburt eines lebensfähigen Kindes. Sofern sich der Chromosomen- oder Gendefekt zuverlässig diagnostizieren, jedoch nicht medizinisch behandeln lässt, ist der Einsatz der PID in diesen Fällen ethisch vertretbar.

Diese muss zugleich bedeuten, dass auch der Einsatz der IVF in diesen Fällen ethisch vertretbar ist und nicht auf die Indikation der Infertilität zu beschränken ist.

#### **3.2. Einsatz der PID zur Verhinderung der Übertragung von schweren genetisch bedingten Krankheiten oder Behinderungen**

Sofern sogenannte Hochrisikopaare den Einsatz der PID in Kombination mit der IVF wünschen, weil sie zwar ein leibliches Kind wünschen, jedoch die Geburt eines kranken oder behinderten Kindes verhindern wollen, ist das mit der PID verbundene Ziel nicht die Lebensfähigkeit des Kindes, sondern die negative Selektion. Dagegen bestehen ethische Bedenken, weil in diesem Fall zwischen wünschenswertem und unerwünschtem Leben unterschieden und das Existenzrecht von Ungeborenen vom Vorliegen bestimmter Eigenschaften abhängig gemacht wird.

Vor dem Hintergrund dieser Einwände ist darauf hinzuweisen, dass Kinderlosigkeit als solche keine Krankheit ist und dass der berechtigte Kinderwunsch nicht um jeden Preis erfüllt werden muss. Dies könnte zunächst den Schluss nahe legen, dass den vom Risiko einer genetisch bedingten Erkrankung oder Behinderung betroffenen Paaren entweder das Eingehen einer Risikoschwangerschaft oder aber, sofern sie dies nicht verantworten zu können glauben, der freiwillige Verzicht auf Kinder

zuzumuten ist. Ein solcher Verzicht wäre auf jeden Fall eine ethisch verantwortliche Entscheidung.

Andererseits ist jedoch zu bedenken, dass ein unerfüllter Kinderwunsch zumindest indirekt die Ursache von psychischem Leiden sein kann. Das gilt auch dort, wo der Verzicht auf Kinder nicht als solcher gewollt ist, sondern das Resultat eines schwerwiegenden ethischen Konfliktes ist. Das gegen die PID gerichtete Argument, der Einsatz von IVF und PID bei sogenannten Hochrisikopaaren sei als negative Selektion abzulehnen, wird auch dadurch relativiert, dass auch der Empfehlung zum Verzicht auf leibliche Nachkommen letztlich eine eugenische Indikation zugrunde liegt. Die unbedingte Achtung vor der Würde und dem Leben von Menschen mit schweren genetisch bedingten Krankheiten oder Behinderungen ist nicht mit der Wertschätzung von solchen Krankheiten und Behinderungen als solchen zu verwechseln. Andernfalls müsste man Hochrisikopaare in jedem Fall zur Schwangerschaft ermuntern, statt ihnen aus ethischen Gründen von der Schwangerschaft abzuraten.

Und schließlich wäre aus der Wertschätzung von Behinderungen ein Argument zugunsten einer positiven Selektion von Embryonen, die Träger einer Erbkrankheit oder einer Behinderung sind, abzuleiten. Tatsächlich nehmen Angehörige mancher Behindertengruppen ein derartiges Recht auf positive Selektion unter Hinweis auf ihre reproduktive Autonomie in Anspruch. Das gilt etwa für die Bewegung der Taubstummen in den USA. So relativ der Begriff der Behinderung auch sein mag, so wenig lässt sich die Vorzugswürdigkeit schwerer körperlicher oder geistiger Behinderung generell im Rahmen einer Güterlehre begründen.

Sofern eine schwere genetisch bedingte Erkrankung nicht als solche zu einem ethischen Gut erklärt wird, besteht zwischen dem Kinderwunsch betroffener Hochrisikopaare und dem ethisch begründeten Ziel, die Übertragung einer schweren Erbkrankheit zu vermeiden, ein ethischer Konflikt, der sich zwar nicht einem Schwangerschaftskonflikt aufgrund einer embryopathischen Indikation gleichsetzen, jedoch durchaus in Analogie betrachten lässt. Mit guten Gründen kann man in diesem Fall von einem antizipierten Konflikt sprechen (vgl I.3.2.1.).

Der gegen die Zulassung der PID formulierten Kritik, das Ziel der PID sei die Verhinderung der Geburt eines Kindes mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung oder Behinderung ist entgegen zu halten, dass sich die betroffenen Paare ohne die Möglichkeit der PID möglicherweise gar nicht zu einer Schwangerschaft entschließen würden, insbesondere dann, wenn sie den Einsatz der PND und eine spätere Abtreibung aus ethischen Gründen ablehnen. Das bedeutet aber, dass auch in diesen Fällen, ähnlich wie bei den unter II.3.1. diskutierten Indikationen, das eigentliche Ziel der PID gerade nicht die Verhinderung einer Geburt, sondern ganz im Gegenteil die Geburt eines Menschen ist, der andernfalls nie gezeugt werden würde.

Ein weiterer Einwand gegen die PID geht dahin, dass Reproduktionsmediziner/innen und reproduktionsmedizinische Fachgesellschaften nach jeder PID bei eingetretener Schwangerschaft zur Absicherung die Durchführung einer PND empfehlen, die gegebenenfalls einen Schwangerschaftsabbruch nach sich ziehe. Somit relativiere sich das Argument, die PID verhindere Abtreibungen und sei ihnen gegenüber das

kleinere Übel. Auch lasse sich nicht ausschließen, dass schon das Verfahren der Zellentnahme zum Zweck der PID mit einem möglicherweise unakzeptabel hohen Schädigungsrisiko für den Restembryo verbunden sei. Derartige Einwände können jedoch nicht überzeugen: Zum einen ist darauf hinzuweisen, dass die Entscheidung zur PND nach vorangegangener PID bei den betroffenen Frauen und nicht bei den behandelnden Ärzt/innen liegt. Zum anderen ist die Wahrscheinlichkeit, dass es bei der PID zu einer Fehldiagnose kommt, so dass erst bei späterer PND ein genetischer oder chromosomaler Defekt diagnostiziert wird, kein grundsätzlicher Einwand gegen die PID. Diese Situation muss vielmehr gegen die Möglichkeit abgewogen werden, dass ohne vorherige PID eine Schwangerschaft eingegangen und bei positivem (pathologischem) PND-Befund abgebrochen wird. Daraus wird ersichtlich, dass die Möglichkeit der PID die Bereitschaft von Risikopaaren zur Schwangerschaft deutlich erhöht.

Auch das Argument, der Embryo könne bei der Zellentnahme einem nicht näher bekannten Schädigungsrisiko ausgesetzt sein, stellt keinen ins Gewicht fallenden Einwand gegen die PID dar. Unbekannte Restrisiken lassen sich gegen jedes beliebige Diagnose- oder Therapieverfahren ins Treffen führen. Dies ist kein spezifisches ethisches Problem der PID, sondern haftet jedem medizinischen Handeln an.

### **3.3. PID zum Zwecke der positiven Selektion gewünschter genetischer Eigenschaften**

Ethisch problematisch ist die PID, wenn das mit ihr verbundene Ziel ärztlichen Handelns nicht das Zustandekommen einer Schwangerschaft und die Geburt eines lebensfähigen Kindes, sondern die eugenische Selektion ist, ganz gleich, ob es sich um negative oder positive Selektion handelt. In der Vergangenheit sind Fälle bekannt geworden, in denen Eltern sich ein zweites Kind wünschten, das einem bereits lebenden und schwer erkrankten Geschwisterkind als Gewebsspender dienen sollte. In derartigen Fällen stellt sich die Frage, ob die Geburt eines weiteren Kindes auch unabhängig von der Erkrankung des bereits lebenden Kindes gewünscht ist. Der Eindruck ist schwer von der Hand zu weisen, dass das zweite Kind lediglich als Mittel zum Zweck der Heilung des ersten Kindes gesehen wird. Darin lässt sich eine ethisch nicht zu rechtfertigende Instrumentalisierung eines Menschen sehen, die dem Kindeswohl des zweiten Kindes zuwiderläuft.

Ethisch abzulehnen ist schließlich auch ein Verständnis reproduktiver Autonomie, das Eltern die positive Selektion von Behinderungen erlaubt (vgl dazu II.3.2.).

### **3.4. Gesellschaftliche Folgen einer Zulassung der PID**

Die Sorge, mit der gesetzlichen Zulassung der PID werde ein behindertenfeindliches Klima begünstigt, weil der Gesetzgeber damit die Verhinderung der Geburt von Menschen mit Behinderung für rechtens erklärt und damit negativ-eugenische Tendenzen billigt, ist gerade im Hinblick auf historische Erfahrungen im deutschsprachigen Raum verständlich und ernst zu nehmen, aber nach Abwägung aller Argumente im Ergebnis nicht stichhältig: Mit diesem Einwand wird der PID undifferenziert eine eugenische Zielsetzung unterstellt, die – wie oben erwähnt – in dieser Allgemeinheit nicht gegeben ist. Keinesfalls lässt sich aus einer Zulassung der

PID der Schluss ziehen, die Hilfestellung für Menschen mit Behinderungen sei gleichrangig mit der Verhinderung ihrer Geburt. Abgesehen davon ließe sich dieser Schluss ja auch aus der Empfehlung an Hochrisikopaare ziehen, aus ethischen Gründen auf eigene Kinder zu verzichten.

Der gegen die PID vorgebrachte Einwand, bei der dazu erforderlichen IVF komme es zu einem vermehrten Anfall überzähliger Embryonen, der die Begehrlichkeit der Forschung wecken könnte, ist schon empirisch unrichtig (vgl I.2.3.). Das Argument stammt im Wesentlichen aus der Debatte in Deutschland, wo befruchtete Eizellen im Vorkernstadium konserviert werden und im Sinne des deutschen Embryonenschutzgesetzes noch nicht als Embryonen gelten. Für Österreich trifft dies jedoch nicht zu. Im Übrigen lässt sich ausschließen, dass ausgerechnet von Hochrisikopaaren stammende Embryonen zB für die Gewinnung humaner embryonaler Stammzellen verwendet würden. Diese ist schon bei genetisch unauffälligen Embryonen derart aufwendig und für den Fall ihres therapeutischen Einsatzes mit erheblichen Risiken behaftet, dass die Inkaufnahme zusätzlicher Risiken durch die Verwendung von genetisch oder morphologisch auffälligen Embryonen medizinisch keinen Sinn ergeben würde.

Nicht stichhaltig ist schließlich auch das Argument, die PID habe eine „Türöffnerfunktion“ für in Österreich verbotene gentechnische Keimbahninterventionen. Genetische Eingriffe in die Keimbahn sind nicht nur vom österreichischen Gentechnikgesetz verboten, sondern werden auch durch Artikel 13 der Biomedizinkonvention des Europarates ausgeschlossen. Nicht ein Verbot der PID, sondern die noch immer nicht erfolgte Unterzeichnung und Ratifizierung der Biomedizinkonvention durch die Republik Österreich sind das geeignete Mittel, derartigen Befürchtungen entgegenzuwirken.

## **4. Verfassungsrechtliche Aspekte**

### **4.1. Allgemeines**

Gegen ein generelles Verbot der PID sprechen auch verfassungsrechtliche Überlegungen. Unabhängig davon, welche Position man hinsichtlich der ethischen Beurteilung der PID einnimmt, muss jede gesetzliche Neuregelung einer Überprüfung dahin gehend standhalten, ob sie mit geltendem österreichischem Verfassungsrecht vereinbar ist. Das schließt eine Überprüfung im Lichte der berührten Grundrechte der betroffenen Personen ebenso ein wie die Frage, ob sich die künftige Rechtslage auf dem Gebiet der PID konsistent und ohne sachlich nicht gerechtfertigte Wertungswidersprüche in die Gesamtrechtsordnung einfügen lässt.

Zwar lässt sich durchaus auch eine vom Verfassungsrecht abstrahierende ethische Beurteilung vornehmen. Da jedoch die Stellungnahmen der Bioethikkommission zur PID sowohl von der rechtlichen Aufgabenstellung der Kommission (vgl § 2 Abs 1 Z 3 der VO über die Einsetzung einer Bioethikkommission: „*Erstattung von Vorschlägen über notwendige legislative Maßnahmen*“) als auch von den möglichen rechtspolitischen Auswirkungen ihrer Beschlüsse her jedenfalls auch auf künftige Rechtsgestaltung abzielen, kann es nicht sinnvoll sein, legislative Empfehlungen zu formulieren, deren rechtspolitische Umsetzung auf verfassungskonforme Weise gar nicht zu bewerkstelligen wäre.

Die Einbeziehung dieser verfassungsrechtlichen Perspektive erscheint umso wichtiger, als die ethische Beurteilung der PID je nach den zugrunde gelegten Moralauffassungen – weltweit – umstritten ist und es in einer vom Grundsatz der Religions- und Weltanschauungsfreiheit getragenen Gesellschaft keine allgemeingültige Moral geben kann, die als Leitlinie der staatlichen Rechtspolitik tauglich wäre und die damit letztlich auch rechtliche Verbindlichkeit für jene Menschen erlangen würde, die diese Moralauffassung möglicherweise nicht teilen. Es ist nicht Aufgabe des Rechts, moralische Wertungen möglichst unbeschadet in rechtliche Ge- und Verbote umzusetzen. Da das Recht nicht der umfassenden Moral- oder Werteverwirklichung, sondern der Gewährleistung des friedlichen Zusammenlebens dient, sollte sich die Formulierung von Verboten auf die Sicherung eines „ethischen Minimums“ beschränken. Gerade in ethisch und gesellschaftlich umstrittenen Bereichen sollten gesetzliche Verbote daher nur sehr zurückhaltend eingesetzt werden. All dies setzt einerseits eine ethische Reflexion darüber voraus, wie für Zwecke der Rechtspolitik mit dem Befund umzugehen ist, dass eine bestimmte medizinische Technik wie die PID eben Gegenstand unterschiedlicher moralischer Bewertungen sein kann und tatsächlich auch ist. Und andererseits ist es gerade eine Funktion des Verfassungsrechts, jene (insb aus den Grundrechten ableitbaren) Eckpfeiler rechtlichen Schutzes zu formulieren, die der Entscheidung durch einfache parlamentarische Mehrheit entzogen sind. So gesehen können dem Verfassungsrecht auch gewisse Hinweise für die Lösung der Frage entnommen werden, wie sich die Rechtspolitik eines demokratischen Rechtsstaats gegenüber ethisch strittigen Themen der Bioethik verhalten sollte und wo der (im Wege des Mehrheitsprinzips auszuübende) rechtspolitische Ermessensspielraum des Parlaments endet.

## 4.2. Gleichheitssatz

1. Auf der Ebene des verfassungsrechtlichen Gleichheitssatzes (Art 7 Abs 1 B-VG) stellt sich zunächst die Frage nach der sachlichen Rechtfertigung der derzeitigen gesetzlichen Ungleichbehandlung zwischen der (generell erlaubten) PND und der (nach überwiegender Ansicht verbotenen) PID. Sie zielt darauf, ob es zwischen PND und PID hinreichend gravierende Unterschiede im Tatsächlichen gibt, welche die gänzlich abweichenden rechtlichen Rahmenbedingungen sachlich begründen können.

2. Beide Techniken sind zunächst in ihren Zielen und Folgen insofern vergleichbar, als es um Diagnosestellungen am Embryo in vivo (PND) bzw in vitro (PID) geht, die in eine individuelle Entscheidung zur Beendigung der Schwangerschaft (im Fall der PND) bzw zur Nichtimplantation und damit zu „Verwerfung“ des Embryo in vitro (im Fall der PID) münden können. Beide Konstellationen betreffen also die Entscheidung einer Frau, ob sie – nach Erlangung bestimmter Informationen über den Embryo – schwanger bleiben (PND) oder schwanger werden (PID) will. Vergleichbarkeit besteht auch insofern, als der eigentliche gegen das „Weiterleben“ des Embryos gerichtete Entscheidungsakt schon von der geltenden Rechtsordnung in beiden Fällen akzeptiert wird und es der autonomen Entscheidung der Frau überlassen bleibt, entweder die Schwangerschaft (im Rahmen des § 97 Abs 1 Z 1 innerhalb dreier Monate oder gem Z 2 StGB allenfalls auch bis zum Ende der Schwangerschaft) abzubrechen oder die Einwilligung zur Implantation des Embryos

in vitro (gemäß § 8 Abs 4 FMedG) zu widerrufen. Im Fall der IVF wird ihr allerdings – anders als bei der PND – der Zugang zu den genetischen Befunden von Rechts wegen verwehrt.

Sachliche Unterschiede zwischen PND und PID bestehen hingegen – abgesehen von Einzelheiten der Untersuchungstechnik, auf die es in diesem Zusammenhang nicht ankommen kann – zum einen im unterschiedlichen Entwicklungsalter des Embryos: Die PND betrifft den Embryo in vivo und damit ein höheres Entwicklungsalter, das bis vor die Geburt reichen kann, während die PID am Embryo in vitro im frühesten Stadium der befruchteten Eizelle vor deren Implantation in die Gebärmutter vorgenommen wird. Zum zweiten stellt sich das Problem der Auswahl unter mehreren für die Implantation in Betracht kommenden Embryonen in dieser Ausprägung nur bei der PID, während sich die PND regelmäßig auf eine konkrete Leibesfrucht bezieht. Und drittens ist die körperliche und persönliche Nahebeziehung zwischen Frau und Embryo im Falle der Schwangerschaft enger und damit möglicherweise auch die Entscheidungsschwelle für einen Schwangerschaftsabbruch höher als für die Nichtimplantation eines Embryos in vitro.

3. Für die gleichheitsrechtliche Beurteilung von PND und PID folgt daraus, dass beide Maßnahmen sowohl im Hinblick auf die zu erlangenden Informationen über den Zustand des Embryos (zB medizinische Befunde über künftige Krankheiten und/oder Behinderungen), als auch im Hinblick auf die sich daraus allenfalls ergebenden Konsequenzen für den Schutz des Embryos (Schwangerschaftsabbruch/Nichtimplantation) sowie im Hinblick auf die künftigen sozialen Folgen für die Frau (Leben mit dem Kind nach der Geburt) im Wesentlichen vergleichbar sind. Auch in Bezug auf die Selektionsentscheidung ist kein wesentlicher Unterschied auszumachen, weil sich eine ähnliche Auswahlproblematik – wenn auch zeitlich verlagert – auch bei der PND im Fall mehrerer konsekutiver Schwangerschaften stellen kann. Die verbleibenden Unterschiede (abweichender Entwicklungsstand; niedrigere „Hemmschwelle“ gegenüber Embryonen in vitro) haben hingegen eine gegenläufige Tendenz, da das geringere embryonale Entwicklungsalter im Fall der PID eher für einen verglichen mit der PND herabgesetzten rechtlichen Schutz, die unterschiedliche „Zugriffsschwelle“ jedoch für einen stärkeren Schutz des Embryos in vitro ins Treffen geführt werden kann.

Im Ergebnis sprechen die weitaus überwiegenden Parallelen zwischen PND und PID jedenfalls gegen ein generelles Verbot der PID, was auch in der Literatur wiederholt aufgezeigt worden ist. Die erwähnten sachlichen Unterschiede lassen zwar Raum für differenzierende Regelungen von PID bzw PND und zwingen nicht zu einer völlig gleichgelagerten gesetzlichen Ausgestaltung. Zumindest bei jenen schweren geistigen oder körperlichen Schädigungen, aufgrund derer noch zu einem viel späteren Zeitpunkt ein Abbruch der Schwangerschaft zulässig ist, müsste aus gleichheitsrechtlichen Erwägungen jedoch auch eine PID am Embryo in vitro gesetzlich erlaubt sein. Spezifischen Schutzbedürfnissen, die sich aus der Situation in vitro ergeben, kann durch begleitende Bestimmungen (zB Beratungspflichten, Genehmigungsvorbehalte etc) entsprochen werden.

Die derzeitige Rechtslage, welche den Embryo in vitro schlechthin vor der Erlangung medizinischer Diagnosen schützt, während am Embryo in vivo während der Gesamtdauer der Schwangerschaft jegliche medizinisch indizierte Befundaufnahme

zulässig ist, erweist sich aus Gleichheitsaspekten hingegen als unsachliche und somit als verfassungswidrige Differenzierung. Sie zwingt Frauen, die eine PID wünschen, zu einer „Schwangerschaft auf Probe“, indem sie während der Schwangerschaft frei über die Durchführung pränataler Diagnosen und (im Rahmen der strafrechtlichen Voraussetzungen) auch über einen anschließenden Schwangerschaftsabbruch entscheiden können, sie diese Entscheidung und die dafür nötigen Diagnoseschritte aber nicht ins extrakorporale Stadium vorverlegen dürfen, obgleich dies für sie weniger belastend wäre und wegen des geringen Entwicklungsstadium des Embryos auch im Hinblick auf den Embryonenschutz der weitaus gelindere Eingriff wäre.

Eine Rechtslage, welche den rechtlichen Schutz extrakorporaler befruchteter Eizellen im frühesten Embryonalstadium schwächer ausgestaltet als jenen des weiter entwickelten Embryos in vivo stünde auch im Einklang mit der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes, der ein differenzierendes Schutzniveau in den verschiedenen Entwicklungsphasen ausdrücklich als gleichheitskonform beurteilt hat (VfSlg 7400/1974).

4. Der Einwand, bei der PID fehle der – für die PID bei aufrechter Schwangerschaft typische – „Schwangerschaftskonflikt“, schlägt in diesem Zusammenhang schon deshalb nicht durch, weil die geltende Rechtslage auf dem Gebiet des Schwangerschaftsabbruches überhaupt keinen derartigen „Konflikt“ als Bedingung für die Zulässigkeit des Abbruches verlangt. Entscheidendes Motiv für die abgestufte Regelung des Schwangerschaftsabbruchs und die völlige Straffreiheit bei Eingriffen vor der Nidation ist vielmehr eine unterschiedliche rechtliche Gewichtung des Schutzes ungeborenen menschlichen Lebens in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand. Läge die ratio legis des schwächeren strafrechtlichen Schutzes des ungeborenen Lebens tatsächlich im Vorliegen eines „Schwangerschaftskonfliktes“, dann wäre auch nicht nachzuvollziehen, weshalb der Schwangerschaftsabbruch ohne Einwilligung der Schwangeren (§ 98 StGB) – bei dem ein wie auch immer gearteter Entscheidungskonflikt als Begründung von vornherein ausscheidet – deutlich weniger streng bestraft wird als Tötungsdelikte am geborenen Menschen.

5. Auch die übrigen, gegen eine zumindest begrenzte Zulassung der PID erhobenen individual- und sozialetischen Argumente stellen im Ergebnis keine für eine verfassungsrechtliche Betrachtung hinreichenden sachlichen Gründe für eine Aufrechterhaltung der geltenden Rechtslage dar:

5.1 Der Hinweis, die PID widerspreche dem „Sinnziel ärztlichen Handelns“, übersieht, dass das Ziel der PID (Vermeidung einer Schwangerschaft im Fall bestimmter genetischer Dispositionen) nicht wesentlich anders gelagert ist als jenes der (zulässigen) PND. Die These, das „Sinnziel“ reproduktionsmedizinischer ärztlicher Maßnahmen beschränke sich auf die ärztliche Hilfeleistung zur Umgehung von Sterilität, erklärt die derzeitige gesetzliche Zugangsbeschränkung zur IVF gem § 2 Abs 2 FMedG zur Richtschnur für den parlamentarischen Gesetzgeber, vermag aber nicht darzutun, weshalb die künftige Zulassung einer neuen Diagnosetechnik (und damit die Ausweitung des ärztlichen Tätigkeitsspektrums) pro futuro unstatthaft sein soll. Abgesehen davon kann es nicht Aufgabe des Gesetzgebers sein, eine im internationalen Vergleich weit verbreitete und von Seiten der betroffenen Frauen

mitunter gewünschte medizinische Methode wegen Widerspruchs zu einem vermeintlich vorgegebenen objektiven „Sinnziel“ ärztlicher Tätigkeit zu verbieten.

5.2 Die Schwierigkeit, Schranken für die Zulässigkeit bestimmter Verhaltensweisen möglichst genau zu formulieren und gegen missbräuchliche Verwendung abzusichern, stellt sich bei der PID nicht grundlegend anders als bei allen anderen Gesetzgebungsvorhaben. Klare gesetzliche Regelungen, entsprechende administrative Zulassungs- und Kontrollmechanismen, ein gesetzestreuer Rechtsvollzug, und notfalls auch ein nachträgliches korrigierendes Tätigwerden des Gesetzgebers stellen bewährte Instrumente dar, um rechtliche Normen effektiv umzusetzen. Gegen punktuellen Missbrauch gibt es hingegen keine mit rechtlichen Mitteln zu leistenden Sicherungen. Wer die Steuerungsfähigkeit der Rechtsordnung in diesem Punkt prinzipiell in Frage stellt, muss sich die Frage entgegen halten lassen, weshalb ausgerechnet das derzeitige umfassende Verbot der PID einen viel stärkeren Schutz gegen seine Übertretung darstellen sollte als eine differenzierende Zulassung.

5.3 Soweit mit dem Hinweis auf drohende „Ausweitungstendenzen“ eine schrittweise Lockerung der gesetzlichen Rahmenbedingungen (und nicht bloß Mängel im Vollzug bzw der Befolgung des geltenden Rechts) und möglicherweise sogar eine Erosion des Schutzes behinderter Menschen angesprochen werden soll, könnte eine solche „Ausweitung“ immer nur Folge einer neuerlichen parlamentarischen Entscheidung sein. Eine solche neuerliche rechtspolitische Kurskorrektur kann durch eine wie auch immer gestaltete Rechtslage *de lege lata* ohnehin nicht wirksam verhindert werden und müsste gegebenenfalls – sollte sich diese Erwartung oder auch Befürchtung erfüllen – wiederum auf ihre ethische und verfassungsrechtliche Zulässigkeit überprüft werden. Die aus sogenannten „Dambruchargumenten“ genährte Tendenz zu vorsorglichen Verboten steht jedenfalls dann in einem grundlegenden Spannungsverhältnis zur rechtsstaatlichen Freiheitsvermutung, wenn sie sich lediglich auf vage und empirisch nicht plausible Befürchtungen stützen kann. Die Prognose, dass beschränkende und differenzierende gesetzliche Regelungen typischerweise zu einer galoppierenden Ausweitung tendieren, verfügt jedenfalls über kein hinreichendes Fundament: Weder hat – um nur zwei nahestehende Beispiele zu nennen – die Einführung der „Fristenlösung“ den Lebensschutz Geborener in Frage gestellt, noch bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Zulassung der PID in anderen europäischen Rechtsordnungen den Schutz geborener Menschen mit Behinderungen gefährdet hat.

### **4.3. Entscheidungsautonomie der Frau**

Aus dem Blickwinkel der Frau, die aus medizinischen Motiven eine PID vornehmen lassen will, stellt sich ein gesetzliches Verbot der PID als Hindernis für die Inanspruchnahme eines verfügbaren medizinischen Diagnoseverfahrens dar. Geht man mit dem Verfassungsgerichtshof davon aus, dass der Einsatz von Methoden der In-Vitro-Fertilisation vom grundrechtlichen Schutz des Privatlebens gemäß Art 8 Abs 1 EMRK erfasst ist (VfSlg 15632/1999), dann sprechen gute Gründe dafür, dass dieser prinzipielle Schutz auch die Entscheidung über die Implantation eines Embryos *in vitro* einschließlich des Zugangs zu relevanten diagnostischen Informationen (zumindest in Bezug auf schwere und nicht therapiefähige Erkrankungen) umfasst. Sowohl die höchstpersönliche Natur dieser Entscheidung als

auch der unmittelbare Zusammenhang mit der daraus resultierenden Schwangerschaft der Frau und den Auswirkungen der künftigen Geburt auf ihr Privat- und Familienleben stärken diese Auslegung.

Stellt das Verbot der PID einen Eingriff in das Recht auf Privatleben der betroffenen Frau gemäß Art 8 Abs 1 EMRK dar, dann bedarf es dafür einer hinreichenden Rechtfertigung im Lichte des Gesetzesvorbehalts des Art 8 Abs 2 EMRK: Das Verbot muss im Hinblick auf eines der dort genannten Ziele (insb zum Schutz der Gesundheit, der Moral oder Rechte und Freiheiten anderer) „in einer demokratischen Gesellschaft notwendig“ sein. Da das Verbot der PID weder dem Gesundheitsschutz noch – da der Embryo nicht als „anderer“ im Sinne des Art 8 Abs 2 EMRK zu qualifizieren ist – dem Schutz der Rechte und Freiheiten Dritter dient, kommt für eine solche Rechtfertigung nur der Schutz der „Moral“ in Betracht. Nun besteht zwar bei der Frage, ob ein Grundrechtseingriff zum Schutz der Moral erforderlich ist, ein erheblicher Beurteilungsspielraum des Gesetzgebers. Dieser wird aber in dem Maße eingengt, als sich unter den Vertragsstaaten der EMRK ein „europäischer Standard“ herausbildet. Stellt man in Rechnung, dass die PID in der ganz überwiegenden Mehrzahl der europäischen Rechtsordnungen (wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß) zulässig ist, so bestehen gegen ein generelles Verbot der PID jedenfalls erhebliche Bedenken im Lichte des Art 8 EMRK. Aus der Perspektive der Grundrechtsordnung sprechen daher bessere Gründe für als gegen die Zulassung der PID.

Der gegen diese grundsätzliche Entscheidungsautonomie der Frau erhobene Einwand, es gäbe kein (grundrechtlich geschütztes) „Recht auf ein gesundes Kind“, ist zwar zutreffend, verkürzt das Problem aber in unzulässiger Weise. Denn bei der verfassungsrechtlichen Diskussion um die Zulassung der PID steht nicht die Einräumung eines positiven Anspruches gegenüber dem Staat auf Bereitstellung oder gar Finanzierung von Techniken der PID zur Debatte, sondern ausschließlich die Frage nach der Zulässigkeit eines rechtlichen (und daher vom Staat zu verantwortenden) Hindernisses, die de facto möglichen und medizinisch verfügbaren Untersuchungsmethoden auch tatsächlich in Anspruch nehmen zu können. Aus grundrechtlicher Sicht geht es somit nicht um einen sozialrechtlichen Leistungsanspruch, sondern um die Abwehr einer staatlichen Zugangsbarriere zu medizinischen Leistungen.

Eine solche gesetzliche Zugangsbeschränkung zu medizinischen Leistungen hat immer der Staat zu rechtfertigen, und solange diese Rechtfertigung nicht in verfassungskonformer Weise gelingt, besteht für die betroffenen Frauen bzw Paare eine grundsätzliche rechtsstaatliche Freiheitsvermutung, zu deren Inanspruchnahme weder besondere moralische Beweggründe noch eine spezifische „Betroffenheitskompetenz“ nachgewiesen werden müssen. Insofern können die Freiheitsrechte des demokratischen Rechtsstaates ihren Schutz auch dagegen entfalten, sich von Gesetz wegen den moralischen Überzeugungen anderer unterwerfen zu müssen.

#### **4.4. Recht auf Leben**

Das Grundrecht auf Leben (Art 2 EMRK, Art 63 Abs 1 StV von St. Germain) steht einer gesetzlichen Zulassung der PID offenkundig nicht entgegen, da sich der

verfassungsrechtliche Schutz des Lebens nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes (VfSlg 7400/1974) und des Obersten Gerichtshofes (SZ 72/91) nicht auf das ungeborene menschliche Leben erstreckt. Auch in der verfassungsrechtlichen Literatur besteht – bei manchen Divergenzen im Detail – jedenfalls weitgehend Übereinstimmung, dass zumindest die frühe embryonale Phase (in vitro oder in vivo) nicht unter den grundrechtlichen Lebensschutz der Verfassung fällt. Moralische Überzeugungen eines durchgängigen – und mit dem Schutz Geborener vergleichbaren – Lebensschutzes ab der Befruchtung sind selbstverständlich zu akzeptieren; sie finden auf der Ebene des Verfassungsrechts aber keinen Ausdruck.

Im übrigen lässt sich ein Verbot der PID auch deshalb nicht mit dem Argument des Lebensschutzes begründen, weil der „lebensbedrohende“ Akt gar nicht in der Durchführung einer PID, sondern allenfalls in der anschließenden Nichtvornahme der Implantation gesehen werden kann. Diese Entscheidungsfreiheit der Frau in Bezug auf die Implantation (§ 8 Abs 4 FMedG) wurde bislang aber gar nicht ernsthaft in Zweifel gezogen. Bei näherer Betrachtung zielt das Verbot der PID daher nicht auf den Lebensschutz des Embryos (diesfalls müsste die Entscheidungsfreiheit in Bezug auf die Implantation in Frage gestellt oder zumindest die Embryonenspende an Dritte zugelassen werden), sondern nur auf die Kenntnisnahme bestimmter motivierender Faktoren für die Ausübung der Entscheidung über die Implantation. Geschützt wird de lege lata nicht primär das Leben des Embryos, sondern sein „genetisches Inkognito“. Mit dem verfassungsrechtlichen Lebensschutz wäre diese Schutzintention daher selbst dann nicht hinreichend erklärbar, wenn man das Grundrecht auf Leben auch auf den frühen Embryo anwenden wollte.

Damit relativieren sich zugleich all jene Argumente gegen die PID, die sich auf die Unzulässigkeit eines „selektiven“ Umgangs mit dem menschlichen Leben berufen: Denn verfassungsrechtliche Bedenken gegen „selektive“ Entscheidungen können sich aus dem Blickwinkel des Lebensschutzes nur aus jenen Konsequenzen ergeben, zu welchen die „Selektionsentscheidung“ führt (hier also gegebenenfalls: aus der „Verwerfung“ des Embryos in vitro). Ohne diesen Bezug zu seinen Folgen geht jeder Hinweis auf eine angebliche verfassungsrechtliche Unzulässigkeit „selektiver“ Entscheidungen ins Leere, weil Auswahlentscheidungen für sich genommen grundrechtlich neutral sind. Wenn die Rechtsordnung die eigentliche Entscheidung über das Schicksal des Embryo (in Gestalt des erlaubten Schwangerschaftsabbruches oder der zulässigen Verweigerung der Implantation) aus Respekt vor der Entscheidungsfreiheit der Frau (vgl II.4.3.) aber ohnehin akzeptiert, dann ist nicht einzusehen, weshalb diese Entscheidung nicht auf Grundlage entsprechender diagnostischer Informationen (statt „blind“) getroffen werden darf. In Wahrheit erweist sich das Selektionsargument daher eher als Ausdruck des Diskriminierungsschutzes (dazu unten II.4.6.), nicht jedoch des Lebensschutzes.

#### **4.5. Menschenwürde**

Aus dem Schutz der Menschenwürde ergibt sich – selbst wenn man deren verfassungsrechtliche Verankerung als allgemeines Prinzip der Rechtsordnung oder als Element der Grundrechtsordnung einmal unterstellt – kein taugliches Argument für ein generelles Verbot der PID.

Das folgt zum einen daraus, dass ein aus den Grundrechten abgeleiteter Menschenwürdeschutz ein personales Schutzsubjekt im Sinne eines „Trägers“ des Grundrechts der Menschenwürde voraussetzt, das beim Embryo in vitro offenkundig fehlt. Wenn nicht einmal sachlich einschlägige Grundrechte wie insb das Recht auf Leben auf die frühe Embryonalphase Anwendung finden, dann erscheint kaum begründbar, weshalb ein – im geltenden Verfassungsrecht in dieser Allgemeinheit gar nicht positiviertes – ungeschriebenes Grundrecht oder „Wertungsprinzip“ weitreichende Ausstrahlungswirkungen für frühe Entwicklungsstadien des menschlichen Lebens aufweisen soll, welche den ausdrücklich verankerten Grundrechten gerade fremd sind. Mangelt es aber an einem grundrechtlich berechtigten „Subjekt“ der Menschenwürde, dann fehlt auch der aus der höchstgerichtlichen Judikatur bekannte „Objektformel“ und dem damit begründeten „Instrumentalisierungsverbot“ der notwendige Bezugspunkt zu einem Grundrechtsträger.

Doch auch wenn man von einem „Grundrechtsträger“ als subjektivrechtlichem Bezugspunkt absieht und den Menschenwürdeschutz lediglich als Ausdruck einer objektiven staatlichen Schutzpflicht in den Blick nimmt, dann wäre die frühe menschliche Embryonalphase allenfalls ein verfassungsrechtlich begründbares Schutzgut, das jedoch einer Abwägung mit anderen Rechtsgütern und gegenläufigen Grundrechten – insb den Rechten der betroffenen Frau gemäß Art 8 EMRK sowie *ihrer* Schutz der Menschenwürde – zugänglich wäre. Insofern hätte man es mit einer objektiven „Ausstrahlungswirkung“ der Menschenwürde zu tun, die jener des postmortalen Würdeschutzes des Leichnams vergleichbar wäre.

Dazu kommt, dass das Verständnis des Menschenwürdegrundsatzes gerade in Bezug auf die PID in einer Weise umstritten ist, die jeder auch nur einigermaßen konsensfähigen Ableitung verfassungsrechtlicher Aussagen entgegensteht. Über weite Strecken erweist sich die Unbestimmtheit des Würdegrundsatzes lediglich als Einfallstor bestimmter moralischer Prämissen, die nur jene zu überzeugen vermögen, die diese Prämissen teilen. Schon allein der Umstand, dass die meisten nationalen Rechtsordnungen (einschließlich des europäischen Gemeinschaftsrechts) über eine explizite oder implizite Anerkennung des Grundsatzes der Menschenwürde verfügen, gleichzeitig aber die PID in mehr oder weniger breitem Umfang zulassen, wirft ein Licht auf die geringe normative Aussagekraft des Würdegrundsatzes.

Schließlich ist zu bedenken, dass all jene auf dem Grundsatz der Menschenwürde basierenden Einwände, die gegen die PID vorgetragen werden, in hohem Maß auch auf andere Konstellationen zutreffen würden, in welchen die Entscheidungsautonomie der Frau mit dem Schutz pränatalen Lebens kollidiert. Begreift man den Embryo in vitro als Träger der Menschenwürde und konzipiert man diesen Schutz analog zum Schutz Geborener, dann wäre es nicht nachvollziehbar, weshalb dieser Schutz nur der PID entgegenstehen soll, nicht hingegen einer PND oder einem Schwangerschaftsabbruch am Embryo in vivo.

#### **4.6. Diskriminierungsverbot**

Die verfassungsrechtliche Verankerung eines „behinderungsspezifischen“ Diskriminierungsverbotes in Art 7 Abs 1 B-VG, wonach „niemand ... wegen seiner

Behinderung benachteiligt werden“ darf, sowie das anschließende Bekenntnis der Republik Österreich zur „Gleichbehandlung von behinderten und nichtbehinderten Menschen in allen Bereichen des täglichen Lebens“ steht zu Recht im Mittelpunkt der verfassungsrechtlichen Beurteilung der PID. Diese Bestimmung begründet nicht nur ein subjektives verfassungsgesetzlich gewährleistetes Recht auf Unterlassung behindertenspezifischer Benachteiligungen, sondern auch eine objektive staatliche Schutzpflicht im Sinne einer Staatszielbestimmung in Bezug auf die Gleichbehandlung behinderter und nichtbehinderter Menschen. Dass dadurch in irgendeiner Weise „selektive“ und nachteilige Eingriffe in die Rechte behinderter Menschen verboten sind, ist selbstverständlich und bedarf keiner weitschweifigen Begründung.

Daraus kann aus verfassungsrechtlicher Sicht aber nicht abgeleitet werden, dass Art 7 Abs 1 B-VG auch diagnostische Maßnahmen während oder vor der Schwangerschaft, die auf das Erkennen genetisch bedingter Erkrankungen oder Behinderungen abzielen, verbietet: Denn soweit Art 7 Abs 1 zweiter Satz B-VG ein subjektives Recht gegen Benachteiligung schafft, bezieht sich dieser Abwehranspruch – wie andere Grundrechte auch – auf Menschen als Grundrechtsträger (arg „niemand“). Art 7 Abs 1 B-VG verlangt nicht die rechtliche Gleichbehandlung „behinderten Lebens“, sondern die Gleichbehandlung von „behinderten und nichtbehinderten Menschen“. Von einem „Menschen“ im verfassungsrechtlichen Sinn des Art 7 Abs 1 B-VG kann aber – ebenso wie beim Recht auf Leben – erst ab der Geburt gesprochen werden. In gleicher Weise bezieht sich auch die Schutzpflicht des dritten Satzes des Art 7 Abs 1 B-VG schon von der sprachlichen Formulierung her nur auf Geborene. Maßnahmen, die künftige Krankheiten oder Behinderungen vermeiden sollen, stehen damit nicht im Widerspruch, und zwar auch dann nicht, wenn dieses Ziel durch die Nichtimplantation extrakorporaler Embryonen nach PID oder durch einen Schwangerschaftsabbruch nach PND erreicht werden soll.

Auch wenn man diese Beschränkung der Bedeutung des Art 7 Abs 1 B-VG auf geborene Menschen nicht teilt, dürfte die – zunächst gegen den Staat gerichtete – Bindungswirkung dieses Benachteiligungsverbots nicht ohne weiteres auf das Entscheidungsverhalten Privater (hier: auf die betroffene Frau) übertragen werden. In bestimmten Grenzen kann den Gesetzgeber zwar aufgrund eines Gleichbehandlungsgebotes auch die Pflicht treffen, entsprechende Regelungen gegen eine Diskriminierung auch unter Privatpersonen zu erlassen. Im Bereich höchstpersönlicher Entscheidungen gerät eine undifferenzierte Überbürdung derartiger Gleichbehandlungsverpflichtungen auf Private aber in einen unauflösbaren Konflikt mit der Privatautonomie der Betroffenen. Bei Entscheidungen, die den höchstpersönlichen Lebensbereich berühren – man denke an das Eingehen privater oder sexueller Beziehungen oder an die Eheschließung – besteht im Rahmen der Privatautonomie auch eine verfassungsrechtlich geschützte Entscheidungsfreiheit gerade darin, auf der Grundlage eigener moralischer Überzeugungen, persönlicher Werthaltungen, Erfahrungen und Präferenzen frei – und insofern „selektiv“ – entscheiden zu können, ohne diese Entscheidungen anhand objektiver Maßstäbe rechtfertigen zu müssen.

Die Entscheidung, schwanger zu werden, ein Kind zu gebären und es zu erziehen, gehört zweifellos zu diesem Kreis höchstpersönlicher Entscheidungen. Diese

Entscheidungsfreiheit ist zwar keineswegs absolut und muss sich im Rahmen jener Grenzen halten, die sich aus den Grundrechten anderer ergeben (weshalb das Leben des geborenen Kindes selbstverständlich und unterschiedslos auch gegen die Mutter geschützt ist). Diese Grenzen erfließen aber nicht mehr unmittelbar aus dem Diskriminierungsverbot, sondern müssen aus anderen (insb grundrechtlichen) Schranken begründet werden. Weil und sofern zumindest der frühe Embryo weder durch das Recht auf Leben noch durch andere verfassungsrechtliche Bestimmungen gegen Entscheidungen der Mutter geschützt wird, steht auch das Diskriminierungsverbot des Art 7 Abs 1 B-VG einer PID bzw der daran anknüpfenden Nichtimplantation nicht entgegen. Doch selbst wenn man dies verneint, wäre die unterschiedliche Behandlung von PID und PND nicht zu rechtfertigen, da Art 7 Abs 1 B-VG dann auch die pränatale Diagnose von Behinderungen und einen dadurch motivierten Schwangerschaftsabbruch verbieten würde.

Zur Vermeidung von Missverständnissen ist festzuhalten, dass diese Auslegung des Diskriminierungsverbotes keinesfalls als Ausdruck einer herabgesetzten Achtung der Rechtsordnung vor Menschen mit Krankheiten oder Behinderungen und schon gar nicht als Billigung einer Differenzierung nach dem „Lebenswert“ oder „Lebensunwert“ gedeutet werden darf. In einer gesetzlichen Zulassung der PID wäre daher auch keinerlei Geringschätzung von Menschen mit Behinderungen zu erblicken. Sie würde lediglich dem gebotenen Respekt vor der individuellen Gewissensentscheidung der betroffenen Frauen bzw Paare in einem genuin höchstpersönlichen Bereich Rechnung tragen.

## **5. Empfehlungen**

Die vorangehenden ethischen und verfassungsrechtlichen Erwägungen führen zu folgenden Empfehlungen:

**5.1.** Die PID sollte bei rezidivierend fehlschlagenden IVF/ICSI, dh bei Versuchen aufgrund des Transfers nicht überlebensfähiger Embryonen (dh in jenen Konstellationen, bei denen es nicht zu einer Implantierung kommt), als Methode der „Verbesserung“ des Erfolges von IVF/ICSI zugelassen werden.

**5.2.** Die PID sollte für solche Fälle gesetzlich zugelassen werden, in denen aufgrund von chromosomalen oder genetischen Befunden das Risiko einer schweren Erkrankung besteht, die entweder noch während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder bis spätestens wenige Monate nach der Geburt zum Tode führt, die sich zuverlässig diagnostizieren, jedoch nicht medizinisch behandeln lässt.

**5.3.** Darüber hinaus sollte die PID auch für Paare zugelassen werden, die ein hohes Risiko aufweisen, ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung zu bekommen. In solchen Fällen ist auch die Bestimmung des Geschlechts mit Krankheitsbezug (vgl oben I.1.3.6) zulässig. Da PND gesetzlich erlaubt ist, diese in ihren Konsequenzen (nicht in ihren Voraussetzungen) problematischer ist (späterer Schwangerschaftsabbruch, gehäufte Schwangerschaftsabbruch), ist es jedenfalls inkonsistent und sachlich nicht gerechtfertigt, die PID generell zu verbieten.

**5.4.** Abzulehnen ist die Einführung eines generellen genetischen Screenings im Rahmen der IVF. Die Entscheidung zur Vornahme einer PID sollte auf den Einzelfall

bezogen sein und auf der Grundlage eines Indikationsmodells getroffen werden. Dabei können Kriterien wie die Familienanamnese, das Alter, die (hohe) Zuverlässigkeit der Diagnose (ohne „überschießende Information“), die mangelnde Therapierbarkeit etc. zur Anwendung kommen.

**5.5.** Die Zulassung der PID sollte gesetzlich möglichst präzise geregelt werden, und zwar sowohl in inhaltlicher als auch in prozeduraler Hinsicht. Naheliegender erscheint die Formulierung einer Generalklausel, allenfalls mit demonstrativen Spezifizierungen einzelner Indikationen. Administrative Rahmenbedingungen sollten eine entsprechende Qualitätskontrolle sicherstellen, zB in Form einer Zulassungspflicht der befugten medizinischen Einrichtungen auf der Grundlage materieller Qualifikationsanforderungen. Dabei sollte die Befugnis zur Durchführung der PID von der Befugnis zur Vornahme der vorausgesetzten IVF organisatorisch und personell getrennt werden. Die Durchführung der PID sollte nicht den die IVF vornehmenden Reproduktionsmediziner/innen obliegen, sondern auf entsprechend ausgewiesene Humangenetiker/innen begrenzt sein, wobei für jede einzelne Indikation eine gesonderte Zulassung zu erteilen wäre.

**5.6.** In legislativer Hinsicht erscheint eine gesetzliche Regelung der PID entweder im FMedG oder im Gentechnikgesetz (GTG) zweckmäßig. Das FMedG müsste jedenfalls insofern geändert werden, als die IVF nicht nur zur Behandlung von Sterilität, sondern in den Fällen zulässiger PID auch als notwendige Voraussetzung für die Anwendung der PID zugelassen ist.

**5.7.** Eine humangenetische Beratung im Vorfeld einer PID sollte jedenfalls verpflichtend vorgesehen werden.

**5.8.** Entsprechende Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Qualitätskontrolle sollten ebenso gesetzlich vorgeschrieben werden wie regelmäßige Evaluationsprozesse und Melde- bzw Berichtspflichten an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

**5.9.** Die gesetzlichen Zulässigkeitsvoraussetzungen und Indikationen sollten legislativ so formuliert sein, dass aus ihnen keine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen abgeleitet werden kann. Das gesellschaftliche und verfassungsrechtlich vorgegebene Ziel, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen vor jeder Form der Diskriminierung zu schützen, darf durch die Zulassung der PID nicht in Frage gestellt werden.

**UnivProf Dr Karl Acham**  
**UnivProf DDr Johannes Huber**  
**UnivProf DDr Christian Kopetzki**  
**UnivProf Dr Ulrich Körtner**  
**UnivProf Dr Heinz Ludwig**  
**UnivDoz DDr Barbara Maier**  
**UnivProf Dr Christine Mannhalter**  
**Dr Heinrich Scherfler**  
**UnivProf Dr Renée Schroeder**  
**UnivProf Dr Ina Wagner**  
**UnivProf Dr Kurt Zatloukal**

# **Ergänzendes Votum von UnivProf Dr Holger Baumgartner**

## **1. Begründung im Allgemeinen**

Bezugnehmend auf die unter II.4. (Verfassungsrechtliche Aspekte) angeführten Argumente schließe ich mich den zu II.5. dargelegten Empfehlungen an, sofern die unten aufgezählten zusätzlichen Begleitmaßnahmen in die Empfehlung aufgenommen werden.

Grundsätzlich stimme ich mit Teil III – Stellungnahme für die Beibehaltung der bestehenden Gesetzeslage – von III.1. bis einschließlich III.4.4. überein, komme aber mit Rücksicht auf die herrschenden rechtlichen und sozialen Gegebenheiten persönlich zur obigen Entscheidung für eine Empfehlung im Sinne von II.5. Meine Entscheidung stützt sich daher nicht auf die unter II.1. bis einschließlich II.3.4. ausgeführte Darstellung, da ich eine Reihe der dort vorgelegten Begründungen nicht teile.

## **2. Begründung im Speziellen**

Bei der PID (PGD) handelt es sich um eine präventivmedizinische Maßnahme völlig neuer Art. Die für die Gesamtbewertung entscheidenden Langzeitdaten liegen daher naturgemäß noch nicht vor, weswegen PID-IVF auf längere Zeit als experimentelles medizinisches Verfahren zu betrachten ist. Daher besteht eine besonders große Verantwortung gegenüber den zukünftigen Menschen, welche als Ergebnis dieses Verfahrens zur Welt kommen. Als Sonderlösung für Einzelfälle wird PID unter den empfohlenen Einschränkungen einen so kleinen Personenkreis betreffen, dass nur enge internationale Kooperation die nötigen Fallzahlen für die Etablierung hoher Qualitätsstandards und für die nötige wissenschaftlich prospektive Erhebung von Langzeitergebnissen gewährleisten kann; eine diesbezügliche Kooperation mit anderen Ländern, insbesondere EU-Staaten, ist daher dringend zu empfehlen. Die Verpflichtung zur vorausschauenden Wahrnehmung der Interessen der zukünftigen Menschen nach PID, politische und soziale Verantwortlichkeit und nicht zuletzt die wissenschaftliche Sorgfaltspflicht verlangen umfassende Sonderregelungen, die einem begleitenden transparenten Reflexions- und Rechtfertigungsprozess unterworfen sind.

## **3. Empfehlung**

Ich schließe mich den zu II.5. dargelegten Empfehlungen an, halte aber in Ergänzung zu II.5.8. die nachstehenden zusätzlichen Begleitmaßnahmen für erforderlich:

- 1) Jährliche Berichtspflicht an ein passendes parlamentarisches Gremium und verpflichtende Veröffentlichung eines Berichtes.

- 2) Gesetzliche Verpflichtung des zuständigen Bundesministeriums zur Durchführung regelmäßiger Inspektionen und Aufnahme der Inspektionsergebnisse in den Bericht an das Parlament.
- 3) In Abstimmung mit anderen EU-Staaten sind geeignete Maßnahmen zu treffen, um
  - 3.1) Qualitätskontroll- und Qualitätssicherungsmaßnahmen auf internationalen Standard und
  - 3.2) Langzeitkontrolle der Ergebnisse (Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung nach PID-IVF) zu gewährleisten.
- 4) Die entsprechenden gesetzliche Regelungen sind zeitlich zu begrenzen und bedürfen für die Verlängerung einer parlamentarischen Neubewertung der Lage.

**UnivProf Dr Holger Baumgartner**

### **III. Stellungnahme für die Beibehaltung der bestehenden Gesetzeslage**

#### **1. Grundsätzliche Überlegungen**

Die folgende Stellungnahme geschieht im vollen Bewusstsein um die existenzielle Not, die ein unerfüllter Kinderwunsch oder die Sorge für ein mit einem genetischen Defekt belastetes Kind gegebenenfalls für Eltern bedeuten kann. Diese Not ruft zu tätiger Anteilnahme und gesellschaftlicher Solidarität auf. Mitgefühl ist unverzichtbar, weil es ethische Probleme sehen lässt, liefert aber isoliert genommen noch nicht alle für verantwortetes Handeln relevanten Beurteilungsgesichtspunkte und noch keine Handlungskriterien und -normen. Eine ethische Beurteilung ist nicht bloß Sache von Betroffenheit, sondern impliziert die Frage nach Rechten aller Beteiligten und ihrer Anerkennung.

Zur ausgewogenen sittlichen Beurteilung einer Handlung gehört die Berücksichtigung all ihrer konstitutiven Strukturmomente, dh ihres Gegenstandes, ihrer Ziele und Absichten, der Mittel und Wege zur Erreichung der Ziele, der absehbaren Folgen sowie der Umstände in individual-ethischer und sozial-ethischer Perspektive. Letztere muss gerade im Fall einer so sensiblen Materie wie der PID zur Geltung gebracht werden, weil hier wie auch sonst zwischen einzelnen Handlungen einerseits und gesellschaftlichen Einstellungen und Akzeptanzbereitschaften andererseits erfahrungsgemäß ein wechselseitiges Bedingungsverhältnis besteht.

Ein grundlegendes, wenngleich nicht das einzig relevante Problem im Kontext der PID bildet die Frage, wer oder was das extrakorporal Gezeugte eigentlich ist. Sie wird unter dem Titel „moralischer Status des menschlichen Embryos“ abgehandelt und bezieht sich auf den Beginn menschlichen Lebens und dessen Schutzwürdigkeit. Diese Frage ist keine religiöse Frage und nicht mit dem Hinweis auf konfessionelle oder weltanschauliche „Positionen“ dahingehend zu relativieren, dass über ihre Beantwortung nur mehr forschungspragmatische oder ökonomische Interessen zu entscheiden hätten. Sie ist vielmehr eine philosophisch-anthropologische Frage, die zwar nicht ohne naturwissenschaftliche Erkenntnisse, aber wegen des methodischen Reduktionismus einer jeden Naturwissenschaft nicht schon durch sie zu beantworten ist. Sie ist ergebnisoffen zu exponieren, weil es anderenfalls zu einer „Gefälligkeitsanthropologie“ kommt, bei der das gewünschte Ziel vorweg die Antwort bestimmt.

#### **2. Das Problem einer Bestimmung des moralischen Status menschlicher Embryonen**

##### **2.1. Das methodische Problem**

Das Problem besteht in der Frage, ob der menschliche Embryo unter das generelle Tötungsverbot sowie das Instrumentalisierungsverbot von Menschen fällt, und sein Leben einer Güterabwägung entzogen ist oder nicht. Zur Beantwortung dieser Frage sind zwar naturwissenschaftliche Erkenntnisse unverzichtbar, aber wegen des

methodischen Reduktionismus, dem sie sich verdanken, nicht schon hinreichend. Sie blenden von vornherein die Dimension des Humanum aus und bleiben interpretationsbedürftig. Die Interpretationsgesichtspunkte können nicht wiederum den Naturwissenschaften, sondern müssen einer methodisch-kritischen Reflexion auf die Prinzipien derjenigen Erfahrung entnommen werden, die der naturwissenschaftlichen Vergegenständlichung uneinholbar vorausliegt. Es ist dies unsere lebenspraktische Erfahrung. Die Reflexion auf das in unserer Lebenspraxis eingeschlossene Selbstverständnis und auf die sprachliche Verständigung im Kontext dieser Lebenspraxis ist philosophisch-anthropologischer Natur.

Diese Reflexion muss unabhängig von pragmatischen Zielsetzungen (Absicht zu implantieren oder nicht zu implantieren) erfolgen, weil ihre Ergebnisse sonst zirkulär und kriteriologisch irrelevant wären. Und sie darf nicht im Sinne eines „moralischen Fehlschlusses“ von Handlungsoptionen auf den ontologischen und moralischen Status des Menschen schließen. Eine philosophisch-anthropologische Reflexion kann allerdings für sich allein noch keine konkreten Handlungsnormen liefern, sondern nur notwendige Voraussetzungen für die Ermittlung hinreichender Konkretisierungen benennen.

## **2.2. Der Bedeutungsgehalt des Wortes „Embryo“**

Der Begriff „Embryo“ wird je nach Kontext (medizinisch-philosophisch, anthropologisch bzw rechts-ethisch) unterschiedlich gebraucht. Im medizinischen Sprachgebrauch bezeichnet der Ausdruck den menschlichen Keim von der Zeit der Einnistung in die Gebärmutter (Implantation) bis zum Ende der Organentwicklung (2. bis 8. Woche nach der Befruchtung). In diesem Sinn wird die Embryonalperiode in eine Präembryonal- und eine Embryonalphase unterteilt. Wo es im philosophisch-anthropologischen bzw rechts-ethischen Kontext um den sog. moralischen Status des Embryos geht, umfasst der Begriff „Embryo“ jedoch auch die Präembryonalphase. Sieht man von den radikal gradualistischen Positionen ab, die den vollen Lebensschutz an so genannte moralisch relevante Eigenschaften (sei es an deren aktuelles Vorhandensein oder an deren organische Voraussetzungen) binden, bezieht sich die strittige Frage im Wesentlichen auf die ersten zwei Lebenswochen. Uneinigkeit besteht darüber, ob mit dem Beginn neuen menschlichen Lebens ab Befruchtung auch schon der volle moralische Status gegeben ist und damit der volle Lebensschutz einsetzt. Im Kontext dieser strittigen Frage bezeichnet der Begriff „Embryo“ die Lebensphasen von Befruchtung bis zum Ende der Organentwicklung – anderenfalls entfielen der strittige Punkt. Wird argumentiert, die Frage nach dem moralischen Status des Embryos relativiere sich schon deshalb, weil es problematisch sei, das neue menschliche Leben bis zum Ausschluss der Mehrlingsbildung oder bis zum Zeitpunkt der Nidation überhaupt als Embryo zu bezeichnen, wird eine Problemerkörterung durch eine Sprachgebrauchsregelung ersetzt.

## **2.3. Der moralische Status des Menschen**

Derjenige Status eines Menschen, aufgrund dessen er dem Instrumentalisierungsverbot und dem generellen Tötungsverbot unterliegt und das Anspruchsrecht auf Fürsorge besitzt, kommt ihm nicht aufgrund von Geschlecht oder bestimmter Eigenschaften, Fähigkeiten, Leistungen oder Zuständen, sondern einfach

aufgrund der Tatsache zu, dass er Mensch ist und also der Gemeinschaft der Menschen angehört, gleichgültig, wie er ihr Angehöriger geworden ist – ob aufgrund einer Zeugung in vivo oder in vitro. Deshalb kommt dieser Status allen Menschen (Universalität) und allen Menschen gleicherweise zu (fundamentale Gleichheit der Menschen in ethischer und rechtlicher Hinsicht). Deshalb kann man nicht einen möglichen Rekurs auf so genannte moralisch relevante Eigenschaften wie Schmerzempfindungsfähigkeit, Selbstbewusstsein, Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeit zu wechselseitiger Anerkennung, Fähigkeit zur Ausbildung zukunftsbezogener Wünsche etc. zur Anerkennungsbedingung eines Menschen machen. Begründungspflichtig ist nicht die Anerkennung des Menschenstatus unabhängig von dergleichen Eigenschaften, sondern der Versuch, sie von ihnen abhängig zu machen.

Mensch zu sein ist keine Eigenschaft, die etwas besitzt. Wir sind nicht deshalb Menschen, weil wir gewisse Eigenschaften aufweisen, sondern umgekehrt: Weil wir Menschen sind, besitzen wir Eigenschaften oder Fähigkeiten, bzw können solche erwerben oder auch nicht. Der Ausdruck „Mensch“ bezeichnet in diesem Zusammenhang nicht eine Eigenschaft, sondern auf unbestimmte Weise diejenige/denjenigen, der sie hat. Mensch zu sein ist auch kein Zustand, in dem sich etwas befindet. (Es müsste dies ein menschlicher Zustand sein. In einem solchen kann sich aber nur ein Mensch befinden.) Man befindet sich als Mensch im Zustand der Gesundheit oder Krankheit, nicht aber als Gesunder oder Kranker im Zustand eines Menschen.

Gründet der moralische Status eines Menschen einfach in der Tatsache, Mensch zu sein, und heißt Mensch sein soviel wie auf zeitlich-geschichtliche Weise leben, dann ist dieser Status und die aus ihm folgende Schutzwürdigkeit gegeben, seitdem und solange ein Mensch lebt. Man kann nicht mehr oder weniger leben, sondern nur leben oder nicht leben. Leben ist unteilbar und lässt keine Gradualität zu. So wenig wie das Leben zunimmt, nimmt dessen Schutzwürdigkeit zu. Dass wir leben, indem wir uns jeweils in Phasen unseres Lebens befinden, heißt nur, dass wir Menschen auf zeitlich-geschichtliche Weise existieren, nicht aber, dass das Leben mit der Unterscheidbarkeit seiner Phasen mehr und deshalb schutzwürdiger wird. Eine gradualistische Lebensschutzkonzeption liefert sich deshalb notgedrungen mehr oder weniger willkürlichen Grenzziehungen aus. Lebensphasen sind keine Bestandteile des Lebens. Mit den ersten Lebensphasen existiert nicht bloß ein Stück eines Menschen und der Rest noch nicht, sondern mit ihnen hat der Mensch selbst angefangen zu sein.

Die Schwierigkeit, den moralischen Status des menschlichen Embryos zu bestimmen, betrifft zum einen die Frage nach dem Subjekt des Lebens und zum anderen den Umstand, dass sich der Beginn eines Menschenlebens einer exakten chronometrischen Datierung entzieht.

## **2.4. Die Frage nach dem Subjekt des Lebens**

„Mensch“ bezeichnet einmal eine Lebensphase und eine Gestalt bzw eine Gestaltähnlichkeit (den erwachsenen Menschen oder ein einem Erwachsenen ähnliches Erscheinungsbild – so wenn etwa gesagt wird, aus einem Embryo entwickle sich ein Mensch.) „Mensch“ bezeichnet aber auch das Subjekt, welches

lebt. Um das Subjekt des Werdens auszudrücken, muss deshalb gesagt werden: Der Embryo entfaltet sich als Mensch zum Menschen. Ein Mensch entwickelt sich auf sich hin, nicht aber handelt es sich um eine Entwicklung von etwas Nicht-Menschlichem auf den Menschen, um eine Entwicklung eines potentiellen auf einen aktuellen Menschen hin. Das ist einer der Gründe, weshalb die Unterscheidung von potentiell und aktuellem Träger von Menschenrechten ins Leere geht. Mensch zu sein heißt, jemand zu sein. Es lebt nicht menschliches Leben, sondern es lebt jeweils jemand. Subjekt des Lebens ist jemand – dieser wird gezeugt und stirbt. Da man jemand immer als leibliches Wesen ist, lässt sich das Subjekt von Menschenwürde bzw der Träger Menschenrechten nicht auf das seiner selbst bewusst gewordene Subjekt reduzieren und bei (noch) nicht vorhandenem Selbstbewusstsein auf das Fehlen eines Schutzsubjekts schließen. Man kann eine Person nicht anders schützen als dass man ihr Leben schützt.

Wenn von lebenden Zellen oder Organen und in diesem Sinn vom Vorliegen „menschlichen Lebens“ gesprochen wird, darf der bloß analoge Sinn dieser Rede nicht unterschlagen werden. Anderenfalls löst man die leiblich-personale Einheit eines Menschen auf, indem man aus Zellverbänden und Organen unter der Hand eine Vielzahl von lebenden Individuen macht. Die Einheit eines Menschenlebens wird dann nach Art einer Kollektiveinheit gedacht. So aber erfahren wir uns nicht. Wir sind nicht ein Verbund von Lebewesen.

Im Blick auf die eigene Lebensgeschichte sagt jede/jeder von uns mit Recht, sie/er sei von ihren/seinen Eltern gezeugt worden. (Das gilt auch für eineiige Zwillinge.) Wir selbst haben uns im Zustand eines Embryos oder eines Feten befunden, wir selbst sind schon dagewesen, obwohl wir damals uns selbst noch nicht gegenwärtig gewesen sind. Meine Eltern haben nicht ein anonymes menschliches Leben, sondern mich gezeugt. Ich selbst bin Subjekt meines Lebens, weder etwas anderes, noch jemand anderer als ich. Aus substantivischen Sprechweisen darf nicht ein ontologischer Fehlschluss gezogen werden. Die Ausdrücke „Embryo“, „Fetus“, „Neugeborenes“ bezeichnen nicht verschiedene Lebenssubjekte, sondern unterschiedliche Lebensphasen ein und desselben Lebenssubjekts. Embryo gewesen zu sein heißt, sich selbst einmal in der embryonalen Phase seines Lebens befunden haben, also selbst schon dagewesen sein. Deshalb kann weder gesagt werden, ein Embryo sei mir vorausgegangen, oder ich sei mit dem mir vorausgegangenem Embryo identisch, weil meine vergangenen Lebensphasen nicht mir selbst vorausgehen können, noch kann gesagt werden, dass ich aus einem Embryo entstanden bin, weil ich nicht aus mir selbst entstehen, sondern nur – unter entsprechenden Bedingungen – aus mir zu mir selbst kommen kann.

## **2.5. Chronometrische Unbestimmbarkeit des Beginns eines Menschenlebens**

Die Argumente, die für Befruchtung angeführt werden, mit der ein neuer Mensch zu leben angefangen hat, lauten: Die Zygote besitzt ein humanspezifisches und einzigartiges Genom. Sie ist eine funktionelle, sich selbst organisierende und differenzierende Einheit, die sich unter den dazu erforderlichen Bedingungen von sich aus zu einem erwachsenen Menschen entwickeln kann. Diese Entwicklung ist von Beginn an humanspezifisch. Die einzelnen Entwicklungsstadien gehen kontinuierlich ineinander über. Diese Übergänge sind unvergleichbar mit derjenigen

Zäsur, die den Befruchtungsprozess ausmachen. Unter biologischem Gesichtspunkt besitzt die Zygote als unverwechselbare raum-zeitliche, sich selbst in Interaktion mit ihrer Umwelt organisierende Einheit Individualität. Der seltene Fall der Zwillingsbildung bildet keinen Einwand. Er lässt sich systemtheoretisch als Bifurkation beschreiben. Solange der Embryo noch die Möglichkeit mehrfachen Lebens umschließt, verdient er nicht weniger Schutz, als wenn er sich auf ein einziges Leben reduziert und damit individualisiert hat. Die sittlichen und die Rechtsgesetze rücken nach, wenn die Naturgesetze (oder das natürliche Zufallsprinzip) sich zurückziehen. Dass nach der Zeugung auf natürlichem Wege nur eine von drei befruchteten Eizellen das Ziel der Einnistung erreicht, die meisten von selbst abgehen, vollzieht sich außerhalb des rechtlichen Verantwortungshorizontes; es löst für niemanden eine grundrechtliche Pflicht aus, hier zu intervenieren. Dafür liefert es auch kein Argument dafür, menschliches Handeln im Umgang mit künstlich gezeugten Embryonen von der Bindung an das Recht freizustellen und den Embryonen von vornherein das Lebensrecht anzusprechen. Die „Selektion durch die Natur“ ist kein moralisches Leitbild für eine Selektion durch den Menschen, vollends kein Rechtfertigungsgrund. Naturvorgänge liefern noch keine Handlungsnormen.

Die Argumente, die gegen die Befruchtung als Beginn eines Menschenlebens angeführt werden, lauten: Ein hoher Prozentsatz aller befruchteten menschlichen Eizellen gelange nicht zur Implantation, sondern gehe auf natürliche Weise ab, was bedeuten würde, widersinniger Weise von dementsprechend vielen Menschentoden reden zu müssen. Die Zygote sei kein Embryo, weil es noch zur Ausdifferenzierung in Trophoblast und Embryoblast kommen müsse. Vor der Ausbildung des frühen Embryonalkörpers in der Blastozyste könne nicht von einem menschlichen Individuum gesprochen werden. Individualität sei erst nach dem Ausschluss der Mehrlingsbildung gegeben. Der Rekurs auf die Potentialität und Kontinuität der Entwicklung übersehe die Tatsache, dass sich eine extrakorporal gezeugte Zygote extrakorporal nicht zu einem Menschen entwickeln könne. Es gebe keine mit der retrospektiven vergleichbare prospektive Sicherheit im Einzelfall über das Entwicklungspotential einer Zygote. Es hänge von der Absicht Dritter ab, ob eine abgetrennte totipotente Zelle als Teil des in Warteposition befindlichen Präembryos oder als neu entstandener Präembryo anzusehen sei.

Der Tatsache, dass beide Argumentationen auf gewichtige Gründe verweisen können, liefert den Hinweis, dass sich der Lebensbeginn eines Menschen einer zeitlich exakten Fixierung prinzipiell entzieht. Aus dieser zeitlichen Unbestimmbarkeit lassen sich jedoch keine eindeutigen Schlussfolgerungen weder im Hinblick auf den moralischen Status des Embryos in vitro noch im Hinblick auf Handlungsoptionen gewinnen.

## **2.6. Der menschliche Embryo in vitro**

Die Ernstnahme der chronometrischen Unbestimmbarkeit verbietet es, einen Status des menschlichen Embryos in der Absicht zu konstruieren, die Zulässigkeit von Güterabwägungen (Leben des Embryos versus therapeutische oder präventive Zwecke) und die Durchsetzung bestimmter Zielvorstellungen zu rechtfertigen. Die Unbestimmbarkeit liefert keine Legitimationsbasis, den moralischen Status des Embryos im Rückgriff auf die Art der Zeugung, auf Intentionen oder Implantationsmöglichkeiten festzulegen. Die Art der Zeugung – ob in vivo oder in

vitro – begründet keinen Unterschied im Status. Die Moralität des Status lässt sich nur um den Preis eines Biologismus auf die „Natürlichkeit“ des Zeugungsvorgangs zurückführen. Ebenso wenig begründet die Intention, auf „natürliche“ Weise ein Kind zu zeugen, einen moralischen Status des Gezeugten. Die Genese ist nicht der Grund einer Geltung.

Den moralischen Status eines extrakorporal gezeugten Embryos von der Intention abhängig machen, ihn zu implantieren oder nicht, liefert die Statusbestimmung der Beliebigkeit aus. Ein und derselbe Embryo hätte seinen Status nur so lange, als seine Implantation intendiert ist. Würde die sie zwischendurch geändert, verlöre er ihn, würde zur ursprünglichen Intention zurückgekehrt, bekäme er ihn wiederum. Ähnliches gilt vom Rekurs auf den Wegfall der Implantationsmöglichkeit. Meint „Möglichkeit“, dass die Absicht zur Implantation besteht, gilt das eben Gesagte. Meint „Wegfall der Möglichkeit“, dass aufgrund einer nur mehr begrenzten Lebensfähigkeit von der Implantation des Embryos Abstand genommen wird, fällt auch diese Form einer Statusbegründung in einen Biologismus zurück, weil sie den moralischen Status des Embryos von der empirischen Eigenschaft der Entwicklungsfähigkeit abhängig macht.

Ebenso wenig lässt sich die Zulässigkeit, das Leben eines Embryos einer Güterabwägung zu unterwerfen, damit begründen, das Vorliegen von Entwicklungspotentialität sei von Absichten abhängig. Nach dieser These können zum Transfer nicht vorgesehene Embryonen nicht in demselben Sinn wie zum Transfer vorgesehene als „werdende Menschen“ bezeichnet werden, weshalb sie einer Güterabwägung unterliegen. Und ebenso wenig lässt sich aus der Tatsache, dass sich ein Embryo außerhalb des Mutterleibes nicht zu einem Menschen entwickeln kann, schließen, er besitze daher dieses Potential nicht, und daraus die Zulässigkeit von Güterabwägungen folgern. Dieser Einwand nivelliert den Unterschied von realer Potentialität und den Bedingungen ihrer Verwirklichung. Der Verweis auf diesen Unterschied hat nichts mit einem naturalistischen Fehlschluss zu tun. Die Angewiesenheit einer Entwicklungsmöglichkeit auf entsprechende Bedingungen bedeutet nicht, dass diese das reale Potential konstituieren. Mit der Implantation wird dem (bereits lebenden!) Embryo nicht seine Lebensmöglichkeit eingepflanzt, sondern sein Weiterleben zugelassen, bzw mit dem Nicht-Transfer verhindert. In beiden Fällen ist das reale Potential vorausgesetzt. Die Zulässigkeit, das Leben eines menschlichen Embryos einer Güterabwägung zu unterwerfen, lässt sich nicht mit Rekurs auf subjektive Absichten begründen.

Ähnliches gilt von dem Hinweis auf die prospektive Unsicherheit. Danach liefere nur die Retrospektive auf eine erfolgreich verlaufene Entwicklung Sicherheit über das Vorliegen eines Entwicklungspotentials im Einzelfall, nicht aber die Prospektive, weshalb pragmatische Interessen gegebenenfalls höher als das Weiterleben eines Embryos zu bewerten seien. Die Rede vom Vorliegen einer realen Potentialität basiert jedoch nicht auf einer Übertragung der Gewissheit, die das „gelungene“ Ende der Entwicklung vermittelt, auf den Beginn, sondern auf dem Wissen um das Arttypische. Sie kann immer nur sagen, was normalerweise unter erforderlichen artgemäßen Bedingungen geschieht, wenn nichts dazwischen kommt. Das ist es, was wir im Vorhinein nicht wissen können. Dieses Nichtwissen darf nicht zu einer Unsicherheit über das Vorliegen einer Entwicklungsmöglichkeit im Einzelfall umgedeutet werden. Solch eine Umdeutung liefert den Umgang mit Embryonen

einem Entscheidungsirrationalismus aus. Mit der Unsicherheit im Einzelfall über das Vorliegen eines Entwicklungspotentials lassen sich nämlich gegenteilige Handlungsoptionen rechtfertigen: der Zygote das Entwicklungspotential zusprechen und absprechen – je nach Interessenslage.

Die Behauptung, die einzig feststellbare Identitätsbeziehung zwischen einem frühen Embryo und dem geborenen Menschen bestehe in der Identität seines Genoms, verwechselt in biologistischer Manier die zeitliche Einheit eines Menschenlebens mit der Unveränderlichkeit eines Körpermerkmals. Abgesehen davon, dass zwischen Lebensphasen keine Identitätsbeziehung herrscht, verfehlt diese Behauptung die Problemlage. Es handelt sich nicht um irgendein, sondern um mein individuelles Genom. Die Selbstzuschreibung („Mein“ Genom) nimmt nicht mein unveränderliches Genom, sondern ich selbst vor. Wer die Selbstidentität in die Unveränderlichkeit des Genoms verlegt, reduziert den Menschen auf seine genetische Ausstattung.

## **2.7. Folgerung für die Praxis**

Die Diskussionslage über den Beginn eines neuen Menschenlebens drängt zu dem Eingeständnis, dass man bei der Bestimmung des moralischen Status eines menschlichen Embryos über kein eindeutiges, alle relevanten Zweifel behebendes Wissen verfügen kann und in diesem Sinn über ein Nichtwissen nicht hinauskommt. Nun darf ein Nichtwissen, ob etwas vorliegt, nicht gleichgesetzt werden mit einem Wissen, dass etwas nicht vorliegt. Wer aus dem Zugeständnis eines Nichtwissens die Zulässigkeit eines instrumentalisierenden Umgangs mit menschlichen Embryonen folgert, beansprucht Wissen dort, wo ein solches nicht möglich ist, und leistet einem weiteren instrumentellen Umgang mit menschlichem Leben Vorschub.

Angesichts der Unmöglichkeit, die Zulässigkeit einer Güterabwägung menschlicher Embryonen mit subjektiven Zielvorstellungen zu rechtfertigen, und angesichts der gesellschaftspolitisch nicht wünschbaren Folgenlast, die eine zulässige Güterabwägung der Frühstadien menschlichen Lebens bedeutet, ist aus der chronometrischen Unbestimmbarkeit des Beginns eines Menschenlebens die praktische Folgerung *In dubio pro embryo* zu ziehen. Das bedeutet, sich für den biologisch bestimmten Beginn neuen menschlichen Lebens zu entscheiden, und den menschlichen Embryo ab Befruchtung nicht als bloßes Rechtsgut, sondern als Träger eigener Rechte anzuerkennen, unter den vollen Lebensschutz sowie das Instrumentalisierungsverbot zu stellen und damit einer Abwägung mit anderen Gütern zu entziehen. Aus der Schwierigkeit, eine Grenze zu erkennen, darf nicht der Schluss gezogen werden, es gebe keine. Der biologisch bestimmte Beginn neuen menschlichen Lebens ist der einzig willkürfreie Zeitpunkt, was von allen anderen Markierungen, die den Lebensschutz zu einem späteren Zeitpunkt einsetzen lassen, nicht gesagt werden kann – ein Umstand, der für eine gesetzliche Regelung, die auf klare Grenzziehungen angewiesen ist, von besonderer Bedeutung ist.

## **3. Ziele der PID**

### **3.1. Kinderwunsch und Elternschaft**

Befürworter/innen einer PID argumentieren mit der Erhöhung der reproduktiven Autonomie, der Erfüllung des Wunsches nach einem eigenen, genetisch

unauffälligen Kind. Die Erfüllung eines Kinderwunsches und das Leben mit einem gesunden Kind haben zweifellos einen hohen Stellenwert für den Entwurf eines gelingenden Lebens. Unter voller Berücksichtigung dieses Umstandes ist es dennoch eine Verkürzung der Fragestellung, das Problem einer PID nur aus der Perspektive des betroffenen Paares zu erörtern und zu vergessen, dass Elternschaft eine Beziehung ist, zu der die Anerkennung des Subjektstatus des Kindes gehört. Menschliche Zeugung ist kein Herstellungsvorgang, vielmehr geht aus ihr unter entsprechenden Bedingungen ein *Rechtssubjekt* hervor. Ein Rechtssubjekt ist aber mehr als ein bloßer Rechtswert, der gegen andere Rechtswerte abgewogen werden kann und durch diese relativiert wird. Das Rechtssubjekt hat Würde, die sich einer Abwägung entzieht. Aus dem Umstand, dass die Existenz eines Menschen von der Zeugung durch seine Eltern abhängt, folgt nicht ein Recht der Eltern, das Weiterleben des von ihnen Gezeugten unter die Bedingung eines vorweg bestimmten Soseins zu stellen. Es wäre dies eine Instrumentalisierung der Abstammung und damit eine Missachtung des Selbstzweckcharakters des zu erwartenden Kindes.

### **3.2. Recht auf Nachkommenschaft**

So beglückend Elternschaft sein kann, so bleibt dennoch bestehen, dass es bekanntlich weder ein Recht auf ein eigenes, noch auf ein eigenes gesundes Kind gibt. Das so genannte Recht auf Nachkommenschaft bedeutet, an der Zeugung eigener Nachkommen nicht gehindert zu werden. Aus diesem Recht folgt nicht die Verpflichtung des Staates, unterschiedslos alle reproduktionsmedizinischen Mittel zur Verfügung zu stellen. Vielmehr unterliegt die Bereitstellung solcher Mittel Grenzen gegebenenfalls finanzieller, vor allem aber moralischer Natur. Zu diesen Grenzen gehört der Schutz vor einer Instrumentalisierung der Abstammung. Eine solche liegt beim reproduktiven Klonen und bei der Selektion von Embryonen nach genetischen Gesichtspunkten vor. Gegen solch eine Grenzziehung kann nicht argumentiert werden, hinter ihr stecke eine staatliche Bevormundung von Lebenspraxis, weil es hier um die staatliche Pflicht geht, den Lebensschutz zu gewährleisten. Es besteht kein grundrechtlich geschützter Anspruch auf die Durchführung von Diagnosetechniken, die nicht einmal dem ursprünglichen Zweck der IVF dienen, Sterilität zu überwinden.

## **4. Die PID als Mittel**

### **4.1. Das Problem der Gesichtspunkte einer Selektion**

Wie immer man ihre Ziele akzentuieren mag – Vermeidung unzumutbaren Leides der von einem Wiederholungsrisiko bedrohten Eltern, Hilfestellung zur Herbeiführung der Geburt eines gesunden Kindes –, im Zuge der PID kommt es zu einer Selektion und Vernichtung von Embryonen, an denen der befürchtete genetische Defekt festgestellt wird. (Abgesehen davon löst die PID den Zusammenhang von Diagnose und Therapie auf). Im Unterschied zu einer PND ist diese Selektion von allem Anfang an in die Prävention eingeplant. Sie ist nicht damit zu rechtfertigen, sie sei eine unvermeidbare Nebenfolge der Handlung, die zum Zweck der Verwirklichung von Gütern in Kauf genommen wird, die für höherrangig erachtet werden, weil sie einen konstitutiven Bestandteil des Verfahrens bildet. Wo die Entscheidung für eine PID gefällt wird, werden Embryonen extrakorporal in der Absicht erzeugt, sie zum

Gegenstand einer Güterabwägung zu machen („Zeugung auf Probe“) und nicht zu implantieren, wenn sie den befürchteten genetischen Defekt aufweisen, was in der Folge ihre Vernichtung bedeutet.

Die Entscheidung zur Unterlassung der Implantation basiert auf einer normativen Vorstellung des So-nicht-sein-sollens des gezeugten Embryos – einer Vorstellung, die von der Selbsteinschätzung der (künftigen) Eltern mitbestimmt ist, einem Leben mit einem genetisch belasteten Kind nicht gewachsen zu sein. Die PID wirft die Frage nach den Kriterien von Gesundheit bzw Krankheit auf, nach denen über Weiterlebenlassen oder nicht Weiterlebenlassen befunden wird, und beschwört damit die Problematik „lebenswert/lebensunwert“ herauf – wohl zu unterscheiden von „lebensfähig/lebensunfähig“.

Eine Untersuchung auf Lebensunfähigkeit im Sinne begrenzter Lebensfähigkeit im Kontext einer „normalen“ IVF ist durch die bestehende Gesetzeslage gedeckt. Sie bildet einen ethisch zu verantwortenden Grenzfall, der nicht unter das Instrumentalisierungsverbot fällt und nicht der Zielsetzung dient, genetisch auffällige, aber lebensfähige Embryonen auszusondern. (Unter den Begriff der begrenzten Lebensfähigkeit fallen Embryonen, die sich nicht in die Gebärmutter einnisten, Feten, die das Geburtsstadium nicht erreichen können, oder Neugeborene, die nach ihrer Geburt in kurzer Zeit sterben.)

## **4.2. Die PID als Lösung eines (antizipierten) Konflikts**

### **4.2.1. Antizipierter – bestehender Konflikt**

Eines der Hauptargumente für die Zulassung einer PID sieht in ihr ein in Kauf genommenes Mittel zur Lösung eines antizipierten Konflikts. Zwar bestehe im Falle einer in Aussicht genommenen PID kein Schwangerschaftskonflikt, aber mit der Situation von Paaren mit einem Wiederholungsrisiko oder mit einer aus der Familienanamnese sich ergebenden Wahrscheinlichkeit, erstmals ein genetisch belastetes Kind zu zeugen, sei ein Konflikt vorweggenommen, dessen Schwere die PID als Mittel seiner Lösung gerechtfertigt erscheinen lasse. Abgesehen davon, dass Mittel für die Realisierung eines Zwecks nicht wie unvermeidbare Nebenfolgen in Kauf genommen, sondern mitintendiert werden, ist dieses Argument auch sonst nicht stichhaltig. Mit der PID wird nicht ein antizipierter Konflikt (Schwangerschaftskonflikt oder Leben mit einem genetisch belasteten geborenen Kind) gelöst, sondern ein Konflikt – die Selektion menschlichen Lebens – durch Beauftragung Dritter von diesen überhaupt erst herbeigeführt.

Die Rede von einem „antizipierten Konflikt“ verkürzt auf unzulässige Weise die Problemlage, indem sie die verschiedenen gelagerte Antizipationssituation verschweigt und damit die Alternativen von vornherein auf einen graduellen Unterschied von Konfliktlösungen reduziert. Das ethische Problem wird dann auf die Verhinderung von Missbrauch beschränkt und die Frage des Gebrauchs erst gar nicht mehr gestellt. Man kann gewiss unter einer vorweggenommenen Konfliktsituation leiden. Das ausschlaggebende Moment bei einem „antizipierten“ Konflikt ist aber nicht der Inhalt der Antizipation (zB das Leben mit einem genetisch belasteten Kind), sondern die Situation, in der sie gemacht wird (bestehende oder in Aussicht genommene Schwangerschaft). Der Wunsch nach einem eigenen, genetisch unauffälligen Kind –

und nur dieser liegt vor Inanspruchnahme einer PID vor – ist keine Konfliktsituation. Es ist deshalb unsachgemäß, den Unterschied von PID und PND mit der Bemerkung einzuebnen, in beiden Fällen handle es sich um einen antizipierten Konflikt (das Leben mit einem genetisch belasteten Kind). Die Rede von einem „antizipierten Konflikt“ suggeriert, es gehe nur um eine bessere oder schlechtere Lösung, und verstellt den Blick dafür, dass es zu den Handlungsoptionen auch die Vermeidung des Konflikts in Form von ethisch zumutbaren Alternativlösungen gibt (Adoption, Pflegschaft, Verzicht auf ein Kind). Die PID ist überhaupt kein Mittel einer Konfliktlösung. Das Leben mit einem schon existierenden genetisch belasteten Kind kann für das betroffene Paar konfliktreich sein, aber diese Notlage kann ersichtlicher Weise auch eine PID nicht lösen.

#### **4.2.2. PID und Schwangerschaftsabbruch nach PND**

Ähnliches gilt für die These, die PID sei im Vergleich zu einem Schwangerschaftsabbruch nach PND das „geringere Übel“. Dieser Vergleich ist unsachgemäß, weil er den unterschiedlichen ethischen Kontext außer Acht lässt, in dem die Maßnahmen stehen. Er sieht

(a) von den unvergleichbaren Situationen und Voraussetzungen ab, die zwischen einem Schwangerschaftsabbruch nach PND und der Entscheidung für oder gegen eine PID bestehen (bestehende – nicht bestehende Schwangerschaft, Möglichkeit der Konfliktvermeidung). Er setzt

(b) stillschweigend voraus, die ethischen Probleme würden erst nach der Durchführung einer PID und nicht schon vorher beginnen, und konzentriert sich daher

(c) ausschließlich auf die Folgen eines Umgangs mit embryonalem Leben in vitro und mit embryonalem oder fetalem Leben in vivo. Erst aufgrund dieser Abstraktion werden die Handlungsfolgen im Sinne eines größeren oder kleineren Übels vergleichbar (Vermeidung der mit einem Schwangerschaftsabbruch verbundenen Probleme versus Verwerfung von Embryonen vor dem Stadium der Schmerzempfindung). Die Logik der Schmerzvermeidung übersieht allerdings, dass nach ihr auch die schmerzlose Tötung eines Neugeborenen auf die Seite des kleineren Übels zu liegen kommt.

### **4.3. Das Argument des Wertungswiderspruchs**

#### **4.3.1. Die Logik der Inkonsistenz**

Der Hinweis auf so genannte Wertungswidersprüche oder Inkonsistenzen und die damit verbundene Forderung, sie aufzuheben, ist noch kein Argument. Gesellschaftliche Akzeptanzen sind nicht von vornherein mit ethischer Unbedenklichkeit gleichzusetzen. Anderenfalls bringt man die Ethik um ihr ethos-kritisches Potential und degradiert sie zur nachträglichen Gutheißung der „normativen Kraft des Faktischen“. So genannte Wertungswidersprüche sind ein Signum moderner demokratischer Gesellschaften. Weil die Möglichkeit und das Austragen solcher „Widersprüche“ zu den nicht mehr disponiblen Grundlagen demokratischer Gesellschaften gehören, rührt eine unkritische Forderung nach ihrer Aufhebung an eben diesen Grundlagen. Die Forderung nach Aufhebung von Wertungswidersprüchen zielt nämlich letztlich auf eine Alles- oder Nichts-Entscheidung entweder fundamentalistischer oder liberalistischer Art. Wer A unter genau

umschriebenen Bedingungen für ethisch zulässig erachtet, ist keineswegs genötigt, alles, was durch A sonst noch möglich ist, ebenfalls für ethisch zulässig zu erachten. Zum behaupteten Wertungswiderspruch zwischen einem A und einem B kommt es erst, wenn der genaue Kontext und die Bedingungen von A einerseits und von B andererseits bewusst ausgeklammert werden. Deshalb stimmt die Logik nicht, wer A sagt (unter bestimmten Bedingungen einen Schwangerschaftsabbruch toleriert), müsse auch B sagen (für eine PID optieren), zumal dann, wenn es ethisch zumutbare Alternativen gibt, die B vermeiden lassen. Die Schwangerschaft ist eine singuläre Situation, bei welcher der Lebensschutz des heranwachsenden Kindes nur mit der Mutter, nicht aber gegen sie gewährleistet werden kann. Das unterscheidet die Situation, in der für oder gegen eine PID entschieden wird. Auch darf nicht von einem unterschiedlichen Rechtsgüterschutz auf ein dahinter stehendes gradualistisches Lebensschutzkonzept geschlossen werden. Ein Schwangerschaftsabbruch ist nach der geltenden österreichischen Rechtslage unter bestimmten Bedingungen straffrei. Das aber nicht deshalb, weil ungeborenes Leben weniger schützenswert als geborenes ist, sondern weil es gilt, der leiblichen Besonderheit der Mutter-Kind-Beziehung und den mit ihr möglicherweise verbundenen Konflikten gerecht zu werden.

#### **4.3.2. Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs und Unzulässigkeit einer PID**

Die Zulässigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs aufgrund einer embryopathischen Indikation kann ebenso wenig als Rechtfertigungsgrund für die Zulassung einer PID angeführt werden wie die Möglichkeit, Schwangerschaftsabbrüche nach PND so lange durchführen zu lassen, bis es zur Geburt eines gesunden Kindes kommt. Erstens kann das Unterbleiben des Lebensschutzes an einer Stelle nicht seine Aufhebung an einer anderen Stelle rechtfertigen. Das ethische Problem ist in erster Linie nicht die Nicht-Zulässigkeit einer PID, sondern die Zulässigkeit einer embryopathischen Indikation bis unmittelbar vor der Geburt. (Überdies erhebt sich die Frage, ob eine gesetzlich vorgesehene embryopathische Indikation verfassungskonform ist.) Zweitens ist die Möglichkeit, gegen eine Gesetzesintention zu handeln, dh über mehrere Schwangerschaftsabbrüche zu einer erfolgreichen Geburt zu kommen, ebenso wenig ein ethisches Argument – abgesehen davon, dass sich solch eine Möglichkeit nicht als ein sich aus der bestehenden Rechtslage ergebender Zwang zu ihrer Inanspruchnahme interpretieren lässt.

Es ist nur teilweise richtig, dass der Embryo nicht als Person im Rechtssinn qualifiziert ist. Zwar ist er gewiss nicht vollrechtsfähige Person in einem definitiven Rechtsstatus; sehr wohl aber ist er gemäß § 22 ABGB insofern Träger subjektiver Rechte (und Pflichten), als er insbesondere (bedingt) erbfähig ist. Zur Wahrung seiner Rechte ist ihm ggf ein Sachwalter (curator ventris nomine) zu bestellen, dh ein gesetzlicher Vertreter. (Vertreten kann indes immer nur eine Rechtssubjekt sein und niemals ein reines Rechtsobjekt.) im Rahmen seiner partiellen (und insofern provisorischen, weil durch die Lebendgeburt bedingten) materiellen Rechtsfähigkeit ist der Embryo daher auch in allfälligen Gerichtsverfahren über seine Rechts (oder Pflichten) aktuell parteifähig. Wenn man schon zwischen potentiellen und aktuellen Rechtsträgern unterscheiden will, so folgt aus dem Umstand, dass potentiellen Trägern eines Rechts nicht zwingend dieselben Rechte zustehen sollen wie den aktuellen Trägern dieses Rechts, noch keineswegs, dass „potentielle“

Rechtssubjekte völlig recht- und schutzlos zu stellen sind. Für die juristische Beurteilung der PID kommt es jedoch auf diese Frage letztlich nicht an. Entscheidend ist vielmehr der grundrechtliche Status des Embryos. Dieser wird im Licht der Europäischen Charta der Grundrechte (Art 1: Achtung und Schutz der Würde des Menschen; Art 2 Abs 1: Recht auf Leben einer jeden Person) auch in Österreich neu zu bestimmen sein.

Der Gleichheitsgrundsatz zwingt keineswegs mangels sachlicher Differenzierung der Regelungsinhalte zu einer Gleichbehandlung von PID und PND im Sinne der Zulassung beider Diagnoseformen. Die Auffassung, die Fristenlösung stelle nicht auf einen Schwangerschaftskonflikt als Voraussetzung für die Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs ab, lässt die rechtspolitische Begründung dieser Regelung durch den historischen Gesetzgeber völlig außer Acht! Denn entweder ist ein solcher Konflikt als repräsentativ-typisch im Regelfall angenommen worden oder die Regelung als solche – weil Beliebigkeit nicht bloß in vernachlässigbaren Einzelfällen unterstellend – müsste schon deshalb als willkürlich und daher verfassungswidrig qualifiziert werden. Gleiches müsste dann zweifellos auch der Regelung entgegen gehalten werden, dass der Schwangerschaftsabbruch ohne Einwilligung der Schwangeren nicht gleich wie ein Tötungsdelikt am geborenen Menschen bestraft wird.

#### **4.4. Methodeninhärente Probleme der PID**

Es besteht ein möglicherweise unakzeptabel hohes Schädigungsrisiko des Restembryos durch die Entnahme der für den genetischen Test erforderlichen Zellen. Angesichts der methodenimmanenten Unsicherheitsfaktoren einer PID empfiehlt die European Society of Human Reproduction and Embryology, nach jeder PID bei eingetretener Schwangerschaft zur Absicherung eine PND durchführen zu lassen. Da dies gegebenenfalls einen Schwangerschaftsabbruch nach sich zieht, relativiert sich das Argument von der PID als dem kleineren Übel.

### **5. Folgen einer Zulassung der PID**

#### **5.1. Türöffnerfunktionen und Indikationenausweitung der IVF**

Die Frage, ob es durch die PID zu einem vermehrten Anfall überzähliger Embryonen kommt, ist im internationalen Vergleich nicht gelöst. Die Anwendungsmöglichkeiten einer PID sind nicht auf die Zielbereiche beschränkt, die gegenwärtig als Gründe für ihre Zulassung genannt werden. Da sie als Test im Rahmen von Keimbahninterventionen und dem Klonen von Embryonen in Frage kommt, kann sie die Akzeptanzbereitschaft dieser Verfahren erhöhen. Für einen Einsatz der PID zur Verbesserung der Effizienz der IVF besteht keine wie immer geartete medizinische oder gesundheitspolitische Notwendigkeit.

#### **5.2. Diskriminierung**

Realistisch gesehen kann die Alternative nur lauten: Entweder schrankenlose Zulassung oder Verbot einer PID, eine begrenzte Zulassung lässt sich angesichts des sachimmanenten Ausweitungsdruks nicht aufrechterhalten. Mit der Zulässigkeit

der PID als eines rechtmäßigen Verfahrens erklärt der Gesetzgeber die Verhinderung der Geburt von Menschen mit Behinderung für rechtens und billigt negativ-eugenische Tendenzen. Sowohl eine Regelung im Sinne einer Generalklausel als auch im Sinne eines Indikationenkatalogs zwingt den Gesetzgeber oder den/die Rechtsanwender/in, Erbkrankheiten zu benennen, bei deren Vorliegen eine Selektion zulässig sein soll. Damit wird die Diskriminierung öffentlich gemacht. Die Sorge der Behindertenverbände ist nicht von der Hand zu weisen, dass das technisch vermeidbar Gewesene als gesellschaftliche Zumutung empfunden wird, und die Vermeidung von Menschen mit Behinderung Priorität erlangt. Diese Sorge kann nicht mit dem Argument entkräftet werden, noch nie sei so viel für Menschen mit Behinderung getan worden, weil die Priorität der Vermeidung keineswegs einer gesteigerten Hilfeleistung für Menschen mit Behinderung widerstreitet. Das Problem ist das Selbstverständnis dieser Menschen. Denn sie müssen sich eingestehen, in einer Gesellschaft zu leben, für welche die Hilfestellung für Menschen mit Behinderung gleichrangig mit der Verhinderung ihrer Geburt ist.

Die PID lässt sich auch nicht damit rechtfertigen, man könne die nachträgliche Zustimmung des Betroffenen zu ihr unterstellen. Denn der nach erfolgreich bestandem Test geborene Mensch wird der Einsicht ausgesetzt, nur deshalb zu existieren, weil es einen Defekt nicht hat. Dem Kind wird die Zustimmung zu einer unter Vorbehalt gestandenen Annahme durch seine Eltern zugemutet.

Schließlich ist langfristig ein sozialer Druck nicht auszuschließen, die PID in Anspruch zu nehmen.

### **5.3. Verstärkung gesellschaftspolitisch nicht wünschbarer Tendenzen**

Die Beurteilung der Folgen betrifft in erster Linie die sozial-ethische Problematik der Zulassung einer PID. Diese Beurteilung steht naturgemäß unter der Hypothek der Unsicherheit zukunftsbezogenen Aussagen. Vor dieser Problematik stehen aber alle die PID betreffenden Argumente, nicht bloß die Contra-, sondern auch die Pro-Argumente. Hier eine Entscheidung dadurch herbeiführen zu wollen, dass man für Zulassung und Überprüfung des Ergebnisses plädiert, verkennt die Sachlage. Es fragt sich ja, nach welchen Kriterien der zukünftige Erfolg oder Misserfolg der Maßnahme beurteilt werden soll. Die Beantwortung dieser Frage lässt sich nicht auf die Zukunft verschieben, sondern muss jetzt gegeben werden – in Orientierung an der fundamentalen Gleichheit der Menschen in ethischer und rechtlicher Hinsicht.

Eine sozial-ethische Reflexion erschöpft sich weder in einer bloßen Folgenabschätzung noch hat sie es nur mit so genannten Dammbrechargumenten zu tun. Sie gipfelt vielmehr in der Frage, was wir wollen sollen. Zu fragen ist, ob eine Gesellschaft es wollen soll, mit bewusst herbeigeführten, tief greifenden Veränderungen zu leben, welche die Einstellung zu Gesundheit, Krankheit, Lebensbeginn und Lebensende eines Menschen und die einer Hypothesierung entzogenen gesellschaftlichen Grundlagen unterminieren. Der Einwand, nur eine hinreichend empirisch untermauerte Prognose besitze argumentative Kraft, ist nur scheinbar richtig, weil er wesentliche Fragen unerörtert lässt. Wer gehört zum Befragtenkreis der empirischen Umfrage? Sind es nur die Betroffenen, oder gehören ihm noch andere an? Die Befragung von unmittelbar Betroffenen ist freilich

unverzichtbar. Eine aus Betroffenheit vorgetragene Meinung verbürgt aber noch nicht, dass dabei *alle* für eine ethische Beurteilung *relevanten* Gesichtspunkte zur Sprache kommen – überhaupt dann, wenn bereits die Fragestellung von einer Verkürzung der ethischen Problemlage bestimmt ist. Die Forderung nach hinreichend empirischer Fundierung rekurriert auf das in den Naturwissenschaften legitime Verfahren von Versuch und Irrtum. Sie verwechselt eine menschliche Gesellschaft mit Naturobjekten. Es ist unverantwortlich, ein gesellschaftliches Experiment anzustellen, bei dem bewusst Grundhaltungen aufs Spiel gesetzt werden, die zur unverzichtbaren Basis einer werteppluralen Gesellschaft gehören. Abgesehen davon ist es für die Rücknahme entsprechender Maßnahmen meist bereits zu spät, wenn der negative Erfolg hinreichend empirisch untermauert ist. Mit der Zulassung der PID würde eine Praxis verstärkt, die auf zunehmende genetische Kontrolle und Instrumentalisierung der Frühstadien menschlichen Lebens abzielt, die gesellschaftspolitisch nicht wünschbar ist. Diese Praxis höhlt die in geschichtlicher Erfahrung gereiften Prinzipien aus, auf denen der moderne weltanschaulich neutrale und der Toleranz verpflichtete Staat aufruhet.

Der Hinweis auf die Praxis etwa in Großbritannien kann aus mehreren Gründen für Österreich keine Orientierung sein. Erstens liefert der Verweis auf die Praxis der anderen keine ethische Begründung der eigenen Praxis. Zweitens setzt er voraus, was er beweisen möchte: die gesellschaftspolitische Wünschbarkeit der dortigen Praxis für Österreich. Drittens unterstellt er, die jeweils liberalste Praxis des Auslandes habe Maßstab und Orientierungspunkt von Handlungsregelungen im Inland zu sein.

#### **5.4. Ausweitung öffentlich finanzierter Leistungen**

Mit der Zulassung der PID wird die Zugangsindikation zur IVF verändert. Eine extrakorporale Befruchtung müsste um der Rechtsgleichheit willen *allen* Paaren zugänglich gemacht werden, womit sich Folgeprobleme der Kapazität und Finanzierung erhöhen. Das erweiterte Leistungsangebot und den erhöhten finanziellen Mehraufwand müssten Versicherungen tragen. Im Fall einer Übernahme nur durch Privatversicherungen würde das eine Benachteiligung finanziell schlechter gestellter Paare bedeuten.

### **6. Zusammenfassung**

- (1) Die PID stellt Frühstadien menschlichen Lebens zur Disposition und verstößt damit gegen das Instrumentalisierungsverbot.
- (2) Die Entscheidungssituation in einem Schwangerschaftskonflikt ist mit der Entscheidungssituation im Falle einer PID nicht vergleichbar.
- (3) Eine Begrenzung der PID sowohl in Form einer Generalklausel als auch eines Indikationskatalogs ist, wie die analoge Erfahrung mit der PND zeigt, dem sachimmanenten Ausweitungsdruk nicht gewachsen.
- (4) Mit der Zulassung beider Formen der Begrenzung müsste der Gesetzgeber um der Rechtsgleichheit willen die extrakorporale Befruchtung allen Paaren zugänglich machen. Damit erhöhe sich das Folgeproblem der Kapazität und der Erhöhung finanzieller Leistungen durch die öffentliche Hand.

(5) Mit der Zulassung der PID macht der Gesetzgeber Stigmatisierungen öffentlich, indem er die Verhinderung der Geburt von Menschen mit einer bestimmten genetischen Belastung für rechtmäßig erklärt.

## **7. Empfehlung**

Aus den genannten Gründen, und um nicht Problemlösungen auf dem Weg von Problemvermehrungen zu erzielen, votieren die unterzeichneten Mitglieder für die Beibehaltung der bestehenden Gesetzeslage.

**UnivProf Dr Richard Greil**  
**UnivProf Dr Hartmann Hinterhuber**  
**UnivProf DDr Josef Isensee**  
**UnivProf Dr Gerhard Luf**  
**UnivProf Dr Günther Pöltner**  
**UnivProf Dr Günter Virt**

## **Ergänzendes Votum zur Beibehaltung der derzeit gültigen gesetzlichen Regelung in Bezug auf die PID (UnivProf DDr Meinrad Peterlik)**

- 1) Die wesentlichen Aufgaben der Medizin bestehen nicht nur in Diagnose und Therapie(versuch) von bestehenden Erkrankungen, sondern auch und vor allem in deren Prävention. Hierbei sind nicht abstrakte Krankheitsentitäten gemeint, sondern es geht in jedem einzelnen Fall um persönliches menschliches Leben. Da ärztliches Handeln in jedem Fall einen Eingriff in die physische und/oder psychische Integrität eines Individuums darstellt, ist die Relation zwischen Dringlichkeit der Indikation und dem Risiko des Eingriffs in Bezug auf wahrscheinliche Schadensfolgen abzuschätzen.
- 2) Die PID im Zusammenhang mit allen sich daraus ergebenden, beabsichtigten Konsequenzen, die sowohl die Implantation eines Embryos ohne die gesuchten Krankheitsmerkmale als auch die Beendigung des Lebens von merkmalttragenden Embryonen im Präimplantationsstadium umfasst, ist daher unter dem Aspekt der Begründbarkeit und Notwendigkeit ärztlichen Handelns zu beurteilen.
- 3) Wenn die PID ausschließlich mit der Implantierung eines Embryos ohne schwerwiegende genetische Schäden verbunden wäre, könnte sie als ärztliche Maßnahme zur Prävention absehbaren schweren Leidens des sich aus dem Embryo entwickelnden Individuums angesehen werden, die auch die Beendigung dieser Lebensform im Präimplantationsstadium rechtfertigen würde.  
Es muss allerdings ausdrücklich festgehalten werden, dass in jedem Fall das Problem der moralischen Bewertung des Schicksals der „überzähligen Embryonen“, die durch die der PID vorangehende IVF entstehen, bestehen bleibt, sodass auch die diesbezüglichen ethischen Bedenken, wie sie in I.3. und in der Stellungnahme für eine Beibehaltung der bestehenden Gesetzeslage (Teil III.) „in extenso“ formuliert wurden, abgesehen von medizinisch begründeten Ausnahmesituationen, aufrecht bleiben.
- 4) Die PID könnte als ärztliche Hilfeleistung gesehen werden, wenn Paare mit erblicher Belastung für das Auftreten von schwersten Missbildungs- und Krankheitszuständen, für die in absehbarer Zeit keine Aussicht auf Heilung besteht, unter keinen Umständen bereit sind, auf Nachkommenschaft zu verzichten, und daher eine IVF in Erwägung ziehen. Dazu müsste allerdings eine weitgehende Änderung der gesetzlichen Zugangsregelung für eine IVF erfolgen.
- 5) Die Diskussion über die PID muss sich daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf ihre Anwendung im Rahmen der gesetzlich zulässigen IVF beschränken, dh auf die PID als Aneuploidie-Screening mit der Absicht, die Implantation von genetisch schwer geschädigten Embryonen zu verhindern.
- 6) § 9 Abs 1 des derzeit gültigen Fortpflanzungsmedizingesetzes enthält die Bestimmung, dass „entwicklungsfähige Zellen nicht für andere Zwecke als medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden“ und „nur insoweit untersucht und behandelt werden dürfen, als dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist.“ Es ist offenbar, dass damit der Gesetzgeber die missbräuchliche Anwendung der PID verhindern will und daher ein weitreichendes Verbot der PID aus dem Gesetzestext abgeleitet werden kann.

- 7) Es kann sich aber nicht um ein vollständiges Verbot der PID handeln, denn es darf nicht Absicht des Gesetzgebers sein, prinzipiell mögliche Maßnahmen der ärztlichen Hilfeleistung durch einfach gesetzliche Regelung zu verbieten, besonders dann nicht, wenn der Stand der Wissenschaft – zwölf Jahre nach der Verlautbarung des FMedG – die Diagnose von genetischen Anomalien im Embryonalstadium möglich macht. Die Unterlassung der PID wäre in diesem Fall als schweres ärztliches Fehlverhalten anzusehen.
- 8) Es müssen daher – wie im Kapitel I.5.1. ausgeführt – „präimplantative Untersuchungen dann ausnahmsweise erlaubt sein, wenn diese auf den Ausschluss von genetischen Anomalien abzielen, die mit dem erfolgreichen Eintritt einer Schwangerschaft unvereinbar sind“ oder zu schweren Missbildungen und unerträglichen Leidenszuständen des sich aus dem Embryo entwickelnden Individuums führen.
- 9) Für eine Ausweitung der Indikation für eine PID, wie zB zur Verbesserung der Effizienz der IVF, besteht keine wie immer geartete medizinische oder gesundheitspolitische Notwendigkeit, sodass von einer expliziten rechtlichen Zulässigkeitsregelung – auch angesichts der vielfach geäußerten moralischen Bedenken – Abstand genommen werden sollte.

**UnivProf DDr Meinrad Peterlik**

## Bibliographie

Eine keineswegs vollständige (und – bewusst – keine Bewertung vornehmende) Zusammenstellung von Literatur zur PID. Auf eine umfassendere Darstellung wird im Hinblick auf die nachstehenden Quellen (jeweils mit weiteren Nachweisen) verzichtet.

### Literaturhinweise:

- Aicher, Josef, Kommentar zu §§ 16, 22 ABGB, in: Rummel (Hg), ABGB I, 3.A., Wien 2000.
- Albers, Marion, Die rechtlichen Standards der Biomedizin konvention des Europarates, EuR 2002/6, 801ff.
- Bernat, Erwin, Recht und Humangenetik – ein österreichischer Diskussionsbeitrag, in: FS Steffen, 1999, 33ff.I
- Bernat, Erwin, Rechtliche Aspekte (Reproduktionsmedizin - Quo Vadis), J. FERTIL. REPROD. 3/2001, 40 ff.
- Bernat, Erwin, Der menschliche Keim als Objekt des Forschers: Rechtsethische und rechtsvergleichende Überlegungen, J. FERTIL. REPROD. 1/1999, 7 ff.
- Bernat, Erwin, Das österreichische Recht der Medizin - eine Bestandsaufnahme, JAP 1999/2000, 105 ff.
- Birnbacher, Dieter, Embryonenschutz in Gefahr? Vor- und Nachteile der Präimplantationsdiagnostik, in: Universitas 55, 2000, 409-419.
- Birnbacher, Dieter, Hilft der Personenbegriff bei der Lösung bioethischer Fragestellungen?, in: Schweidler, Walter; Neumann, Herbert A.; Brysch, Eugen (Hg), Menschenleben – Menschenwürde, Münster 2003, 31-43.
- BMJ (Hg), Fortpflanzungsmedizin - Ethik und Rechtspolitik, Wien 2000 (Schriftenreihe des BMJ 105).
- Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (Hg), Präimplantationsdiagnostik. Praxis und rechtliche Regulierung in sieben ausgewählten Ländern. Sachstandsbericht, Arbeitsbericht Nr. 94, Berlin 2004.
- Cozic ChP, Tipp StL (eds., 1991) Abortion. Opposing Viewpoints. Opposing Viewpoints Series. Greenhaven Press.
- Dalheimer, Birgit, Babys von der Stange?, in: heureka 2/01 (abrufbar unter: <http://www.falter.at/heureka/>).
- Damschen, Gregor (Hg), Der moralische Status menschlicher Embryonen, Berlin 2003.
- Davy, Ulrike, Das Verbot der Diskriminierung wegen einer Behinderung im deutschen Verfassungsrecht und im Gemeinschaftsrecht, in: Die Behinderung in der sozialen Sicherung, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes Bd. 49, Wiesbaden 2002, 7-59.
- Davy, Ulrike, Der Gleichheitssatz des österreichischen Rechts und Menschen mit Behinderung, in: Eisenberger, Iris; ua (Hg), Norm und Normvorstellung. FS Bernd-Christian Funk, Wien/New York 2003, 63-110.
- Dohr, Gottfried, Der extrakorporale Keim: Möglichkeiten und Grenzen der Forschung, in: Bernat (Hg), Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik, Wien 2000, 1-8.
- Dujmovits, Elisabeth, Reproduktionsmedizin - Gesetzgebung im Wandel?, in: Kopetzki, Christian; Mayer, Heinz (Hg): Biotechnologie und Recht, Wien 2002, 91-117.
- Dujmovits, Elisabeth, Die EU-Grundrechtscharta und das Medizinrecht, RdM 2001, 72 ff.
- Eder-Rieder, Maria, Die rechtlichen Grundlagen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung, JAP 1998/99, 165 ff.
- Eder-Rieder, Maria, Kommentar zu §§ 96ff StGB, in: Wiener Kommentare zum StGB.
- ESHRE PGD Consortium Steering Committee (Hg), ESHRE Preimplantation Genetic Diagnosis Consortium: Data Collection III (May 2001), Hum Reprod 2002; 17, 233-246.
- European Commission (Hg), Ethical, legal and social aspects of genetic testing: research, development and clinical applications, Brussels 2004.
- Europäische Kommission (Hg), 25 Empfehlungen zu den ethischen, rechtlichen und sozialen Fragen von Gentests, Brüssel 2004.
- Feichtinger, Wilfried, Über die Präimplantationsdiagnostik (PID) beim Menschen aus klinischer Sicht, WMW (Wiener Medizinische Wochenschrift) 2003, 485-488.
- Ferk, Janko, Die privat- und familienrechtlichen Aspekte in den Grundrechten, RZ 2002, 202 ff.
- Fischer, Johannes, Vom Etwas zum Jemand. Warum Embryonenforschung mit dem christlichen Menschenbild vereinbar ist, Zeitzeichen 3, 2002, H. 1, 11-13.
- Fischl, Franz, Wissenschaftliche und therapeutische Kompetenz in der Fortpflanzungsmedizin - Anforderungen an den modernen Gesetzgeber, in: BMJ (Hg), Fortpflanzungsmedizin - Ethik und Rechtspolitik, Wien 2000, 9-30.
- Geraedts, Joep, Praeimplantation genetic diagnosis in Europe, in: BMJ (Hg), Fortpflanzungsmedizin - Ethik und Rechtspolitik, Wien 2000, 31-44.
- Geyer, Christian (Hg), Biopolitik. Die Positionen, Frankfurt am Main 2001, 10f.
- Gotsbacher, Birgit, Grundrechtliche und europarechtliche Aspekte der Reproduktionsmedizin und der Präimplantationsdiagnostik, Wiener rechtswissenschaftliche Dissertation 2003.
- Graumann, Sigrid (Hg), Die Genkontroverse. Grundpositionen. Mit der Rede von Johannes Rau, 2001.
- Graumann, Sigrid; Grüber, Katrin (Hg), Medizin, Ethik und Behinderung, Frankfurt am main 2003.
- Gruzinskas JG, Egbase PE, Prevention of ovarian hyperstimulation syndrome: novel strategies, in: Human Reproduction (1998) 13/8: 2050-53.
- Haas, Michel, Gentechnik beim Menschen, in: Kopetzki, Christian; Mayer, Heinz (Hg): Biotechnologie und Recht, Wien 2002, 67-74.
- Haker, Hille, Ein in jeder Hinsicht gefährliches Verfahren. Die Praxis der PID unter Abwägung aller Umstände, in: Geyer, Christian (Hg), Biopolitik. Die Positionen, Frankfurt am Main 2001, 143ff.
- Harris, John, Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik, Berlin 1995.
- Hausreither, Meinhild, Gebotene, erlaubte und rechtswidrige biomedizinische Behandlungen. Biomedizinische Einbegleitung de lege lata, in: Pichler, J. (Hg): Embryonalstammzellentherapie versus "alternative" Stammzelltherapien, Wien 2002, 28-46.
- Hengstschläger, Markus, Kranke Gene. Chancen und Risiken von Gentests, Wien 2003.

- Hildt, Elisabeth; Mieth, Dietmar (Hg), In Vitro Fertilisation in the 1990s – Towards an Medical, Social and Ethical Evaluation, 3 Bde, Ashgate/Aldershot 1998.
- Hirsch, Christine, Arzthaftung bei fehlgeschlagener Familienplanung. "Wrongful Birth" und "Wrongful Life", Wien 2002.
- Huber, Johannes, Stehen die Biowissenschaften vor einer kopernikanischen Wende?, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 156-165.
- Inhoffen, Peter, Kinderwunsch, Wunschkinder und künstliche Zeugung im Lichte katholischer Moralthologie, in: Bernat (Hg), Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik, Wien 2000, 40-61.
- Kind, Martin, Verfassungsrechtliche Grundlagen der Gentechnik, ÖJZ 2002, 81 ff.
- Klösch, Cornelia, Präimplantationsdiagnostik aus der Sicht diakonischer Einrichtungen, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 130-132.
- Koch, Hans-Georg, Fortpflanzungsmedizin im europäischen Rechtsvergleich, Aus Politik und Zeitgeschichte, B 27/2001, 44 ff.
- Koch, Hans-Georg, Fortpflanzungsmedizin im europäischen Rechtsvergleich, in: BMJ (Hg), Fortpflanzungsmedizin - Ethik und Rechtspolitik, Wien 2000, 45-70.
- Kopetzki, Christian, Landesbericht Österreich, in: Taupitz, Jochen (Hg), Das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates – taugliches Vorbild für eine weltweit geltende Regelung?, Berlin/Heidelberg 2002, 197ff.
- Kopetzki, Christian, Art 2 EMRK, in: Korinek, Karl; Holoubek, Michael (Hg), Österreichisches Bundesverfassungsrecht, 5. Lfg. 2002.
- Kopetzki, Christian, Rechtliche Aspekte des Embryonenschutzes, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 51-72.
- Kopetzki, Christian, Embryonale Stammzellen im Rechtsstaat. Thesen zur künftigen "Biopolitik", in: Pichler, J. (Hg): Embryonalstammzellentherapie versus "alternative" Stammzelltherapien, Wien 2002, 157-172.
- Kopetzki, Christian, Grundrechtliche Aspekte der Biotechnologie am Beispiel des "therapeutischen Klonens", in: Kopetzki, Christian; Mayer, Heinz (Hg): Biotechnologie und Recht, Wien 2002, 15-66.
- Kopetzki, Christian; Mayer, Heinz (Hg), Biotechnologie und Recht, Wien 2002.
- Korff, Wilhelm; u.a., Lexikon der Bioethik, Bände 1 – 3, Gütersloh 1998.
- Körtner, Ulrich, Embryonenschutz und Embryonenforschung aus der Sicht evangelischer Theologie, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 84-111.
- Körtner, Ulrich, Embryonenschutz und Biomedizin - eine Zwischenbilanz der bioethischen Debatte in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 169-173.
- Körtner, Ulrich, Menschenwürde und Embryonenschutz - Ethische Probleme der Reproduktionsmedizin, in: BMJ (Hg), Fortpflanzungsmedizin - Ethik und Rechtspolitik, Wien 2000, 71-94.
- Körtner, Ulrich, Ethische Fragen der Biotechnologie, in: Kopetzki, Christian; Mayer, Heinz (Hg): Biotechnologie und Recht, Wien 2002, 1-14.
- Körtner, Ulrich, PID im Kreuzfeuer: Zeugung auf Probe, in: <http://science.orf.at/science/koertner/97217>.
- Körtner, Ulrich, Präimplantationsdiagnostik: Hilfe für Betroffene oder neue Eugenik? (Teil 1), in: <http://science.orf.at/science/koertner/18621>.
- Körtner, Ulrich, Präimplantationsdiagnostik: Hilfe für Betroffene oder neue Eugenik? (Teil 2), in: <http://science.orf.at/science/koertner/18641>.
- Körtner, Ulrich, Die ethische Dimension der Menschenrechtskonvention des Europarates zur Biomedizin, RdM 1998, 106 ff.
- Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003.
- Kuhse, H; Singer Peter, Individuals, humans, persons. Questions of life and death. Beiträge zur Angewandten Ethik 1. Academia, St. Augustin, 169ff.
- Lagodny, Otto, Art 2 EMRK, in: Karl (Hg), Internationaler Kommentar zur EMRK, 5. Lfg. 2002.
- Lebenshilfe Österreich (Hg), Rasterfahndung nach behindertem Leben, in: LEBENSHILFE - Zeitschrift der Lebenshilfe Österreich 1e/1994, 1-12.
- Lenk, H, Konkrete Humanität. Vorlesungen über Verantwortung und Menschlichkeit. Frankfurt/Main 1998.
- Lewisch, Peter, Recht auf Leben (Art 2 EMRK) und Strafgesetz, in: Triffterer, Otto (Hg), Kommentar zum StGB.
- Luf, Gerhard, Menschenwürde und Embryonenschutz - rechtsethische Überlegungen, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 40-50.
- Lübbe, Weyma, Das Problem der Behindertenselektion bei der pränatalen Diagnostik und der Präimplantationsdiagnostik, Ethik Med 2003, 203-220.
- Magli, M; et.al., Impact of blastomere biopsy and cryopreservation techniques on human embryo viability, Hum Reprod 1999, 14, 770-773.
- Maier, Barbara, Reproduktionsmedizin - Quo Vadis? Ethische Aspekte, J. FERTIL. REPROD. 1/2001, 42 ff.
- Maier, Barbara; et.al., Der Wunsch nach einem Kind und seine Erfüllung in der Reproduktionsmedizin, J. FERTIL. REPROD. 2/2001, 27 ff.
- Mallmann, P., Ethische Probleme in der Reproduktionsmedizin, J. FERTIL. REPROD. 2/1999, 41 ff.
- Markl, Hubert, Freiheit, Verantwortung, Menschenwürde. Warum Lebenswissenschaften mehr sind als Biologie, in: Geyer (Hg), Biopolitik. Die Positionen. Frankfurt am Main 2001, 177-193.
- Mayrhofer, Michael, Reproduktionsmedizinrecht, Wien/Graz 2003.
- Meyer MJ, Nelson LJ (2001) Respecting What We Destroy. Reflections on Human Embryo Research. Hastings Center Report 31, no1 (2001): 16-32.
- Merkel, Reinhard, Forschungsobjekt Embryo. Verfassungsrechtliche und ethische Grundlagen der Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen, München 2002.
- Mieth, Dietmar, Menschenwürde und Menschenbild in der Bioethik, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 112-129.
- Mieth, Dietmar, Was wollen wir können?, Freiburg 2002.
- Mieth, Dietmar, Die Diktatur der Gene, Freiburg 2001.
- Munne, Santi, Preimplantation Genetic Diagnosis and Human Implantation – A Review, in: Placenta (2003), 24, 70-76.
- Miklos, Alexander, Einige rechtliche Überlegungen zum Klonen menschlicher Zellen unter besonderer Berücksichtigung embryonaler Stammzellen, in: Kopetzki, Christian; Mayer, Heinz (Hg): Biotechnologie und Recht, Wien 2002, 91-118.
- Nationaler Ethikrat (Hg), Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. Stellungnahme, Berlin 2003, va 152-159.
- Novak, Richard, Fortpflanzungsmedizingesetz und Grundrechte, in: Bernat (Hg), Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik, Wien 2000, 62-73.

- Pauer-Studer, Herlinde, Bioethik und öffentlicher Vernunftgebrauch am Beispiel der Embryonenforschung, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 145-155.
- Peichl, Susanne, Der Embryo in vitro - seine rechtliche Qualifikation und die Alternative der "Embryoannahme", ÖJZ 2003, 581-592.
- Pehlivan, T.; et al., Impact of preimplantation genetic diagnosis on IVF outcome in implantation failure patients, Reprod BioMed Online 2002, 6, 232-237.
- Pichler, Johannes W (Hg), Embryonalstammzelltherapie versus "alternative" Stammzelltherapien, Wien 2002.
- Pjeta, Otto, Embryonen als Ersatzteillager?, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 166-168.
- Pöltner, Günther, Zur Einführung: Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 1-6.
- Pöltner, Günther, Grundkurs Medizin-Ethik, Facultas UTB, Wien 2002.
- Pöltner, Günther, Ontologie des Werdens. Anfragen an übliche Problemformulierungen, in: On Cultural Ontology. Religion, Philosophy and Culture. Essays in Honour of Wilhelm Dupre, Maastricht 2002, 251-288.
- Rager, Günter, Stammzellforschung und die Würde des Embryos, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 133-144.
- Rager, Günter (Hg), Beginn, Personalität und Würde des Menschen, Freiburg 1998.
- Robertson, J., Extending preimplantation genetic diagnosis: the ethical debate – ethical issues in new uses of preimplantation genetic diagnosis, Hum Reprod 2003, 18, 465-471.
- Rosenbusch B, Schneider M, Brucker C, Kreienberg R, Zytogenetische Analyse abnorm befruchteter Eizellen mit drei Vorkernen und einem Polkörper nach intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), in: Journal für Fertilität und Reproduktion 3/2001: 32-36.
- Sachs AR, Politch JA, Jackson KV et al. Factors associated with the formation of triploid zygotes after intracytoplasmic sperm injection, in: Fertility & Sterility 2000; 73: 1109-14.
- Sagmeister, Raimund, Fristenlösung. Wie kam es dazu?, Salzburg/München 1981.
- Schmoller, Kurt, Kommentar zu §§ 96 StGB, in: Triffterer, Otto (Hg), Kommentar zum StGB.
- Sermon, Karen; Van Steirteghem, Andre; Liebaers, Inge, Preimplantation genetic diagnosis, Lancet 2004; 363: 1633-1641.
- Simon, Alfred, Rechtliche Aspekte der Präimplantationsdiagnostik in Europa, Ethik Med 1992, 62ff.
- Schockenhoff, Eberhard, Ethik des Lebens, 3.A., Mainz 2000.
- Spranger, Tade M., Die PID im europäischen Rechtsvergleich, Sozialrecht+Praxis 2003, 415ff.
- Stelzer, Manfred, The Legal Status of the Embryo in Austria – Consistencies and Curiosities (unveröffentlichtes Vortragsmanuskript 2003).
- Strasser, Peter, Ethik der Fortpflanzung, in: Bernat (Hg), Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik, Wien 2000, 23-39.
- Urdl, Wolfgang, Bemerkungen zum state of the art in der Reproduktionsmedizin, in: Bernat (Hg), Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik, Wien 2000, 9-16.
- Van den Daele, Wolfgang, Zeugung auf Probe, in: DIE ZEIT Nr.41, 2.10.2002, 34.
- Virt, Günter, Lebensanfang und Embryonenschutz aus der Sicht katholischer Moraltheologie, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 81-83.
- Von Renesse, Margot, Verboten hilft nicht. Wer die PID verhindern will, muss sich fragen lassen, welches Recht er dazu hat, in: Geyer (Hg), Biopolitik. Die Positionen, Frankfurt am Main 2001, 107-111.
- Wachtler, Franz, Die frühe Phase menschlicher Entwicklung aus embryologischer Sicht, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 73-80.
- Wetz, Franz Josef, Haben Embryonen Würde?, in: Körtner, Ulrich; Kopetzki, Christian (Hg), Embryonenschutz - Hemmschuh für die Biomedizin?, Wien 2003, 7-39.
- Zech, Herbert, Erfahrungen mit dem FMedG am Institut für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (Bregenz): eine kritische Bestandsaufnahme, in: Bernat (Hg), Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik, Wien 2000, 17-22.

## Stellungnahmen zur Präimplantationsdiagnostik (PID):

### Staatliche Ethikkommissionen

- Dänemark, Nationaler Ethikrat (2003) (<http://www.etiskraad.dk/sw1771.asp>).
- Deutschland, Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“, Schlussbericht, 27 ff (Mai 2002) (<http://dip.bundestag.de/btd/14/090/1409020.pdf>).
- Deutschland, Nationaler Ethikrat (Jänner 2003) ([http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme\\_Genetische\\_Diagnostik.pdf](http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische_Diagnostik.pdf)).
- Deutschland/Bayern, Bioethik-Kommission (Juli 2003) ([http://www.bioethik-kommission.bayern.de/seiten/stell\\_pid.pdf](http://www.bioethik-kommission.bayern.de/seiten/stell_pid.pdf)).
- Frankreich, CCNE (Juli 2002) ([http://www.ccne-ethique.fr/english/avis/a\\_072.htm#d](http://www.ccne-ethique.fr/english/avis/a_072.htm#d)).
- Frankreich, CCNE (März 2004) ([http://www.ccne-ethique.fr/english/avis/a\\_083.htm#deb](http://www.ccne-ethique.fr/english/avis/a_083.htm#deb)).

### „Nichtstaatliche“ Organisationen – Österreich:

- Dialog Gentechnik (Hg), Ethische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik. Ergebnis eines Arbeitskreises, formiert im Anschluss an den 1. Diskurstag „Gendiagnostik: Was geht mich das an?“ (2002), moderiert von Dialog Gentechnik, Wien 2004.
- Erklärung der Österreichischen Bischofskonferenz Herbst 2001, TOP 8 (<http://www.kathpress.at/doczone/index.php?zg=biko01h#top8>).
- Evangelische Kirchen Österreichs: „Verantwortung für das Leben. Eine evangelische Denkschrift zu Fragen der Biomedizin“, 2001, va Kap. 6 (abgedruckt in: [http://www.bka.gv.at/bka/bioethik/beitrag\\_koertner.pdf](http://www.bka.gv.at/bka/bioethik/beitrag_koertner.pdf)).

Ethikkommission für die Bundesregierung (<http://www.ethikkommission.at/download/PID.doc>).  
Konsensuspapier der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie: Rechtspolitische Vorschläge zur Änderung des FMedG 1992, abgedruckt in: RdM 2001, 29ff.  
Lebenshilfe Österreich, in: Ethische Grundaussagen zur Biomedizin“ (gem Grundsatzpapier der Bundesvereinigung Lebenshilfe Deutschland, Lebenshilfe Österreich, insieme Schweiz und Lebenshilfe Südtirol) , 2003 (<http://www.lebenshilfe.at/archiv/content.pl?id=356>).  
Aktion Leben Österreich (<http://www.aktionleben.at/bildung-PID.htm>).

#### „Nichtstaatliche“ Organisationen – Deutschland:

Bundesärztekammer, Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik, 2000 (<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Richtidx/PraeimpEntwurf/10Diskuss.html>).  
Ethikkommission der Stiftung Liebenau, in: ETHICA, 10. Jg, 3-2002, 278-283.  
Kommission für Öffentlichkeitsarbeit und ethische Fragen der Gesellschaft für Humangenetik e.V. und Berufsverband Medizinische Genetik e.V., Stellungnahme zur PID (<http://www.medgenetik.de/sonderdruck/1995-420.PDF>).  
Lebenshilfe Deutschland (<http://www.lebenshilfe.de/recht/Ethik/PID-Langversion.htm>).

#### Weitere Referenzadressen:

Überblick zum Thema PID beim DRZE (<http://www.drze.de/themen/blickpunkt/pgd>).