

Argumente und Hintergründe zur aktuellen PID-Diskussion

Es gibt keinen Mittelweg. 11 Argumente.

1. Durch PID schwere Erbkrankheiten vermeiden? Ansprüche, Fakten und Konsequenzen
2. Das PID-Verfahren erfordert künstliche Befruchtung in der Petrischale und gezielte hormonelle Überstimulation der Frau.
3. Durch IVF plus PID entwickelt sich ein Qualitätssicherungsprogramm, das die Geburt eines gesunden Kindes als Produkt garantieren soll, aber nicht garantieren kann.
4. Durch die PID wird aus der Entscheidung gegen ein „krankes“ Kind die aktive Selektion „gesunder“ Kinder.
5. Die gesundheitlichen Risiken der IVF (Voraussetzung für PID) sind hoch und müssen zunächst weiter erforscht werden.
6. Bisher ist nicht erwiesen, dass die Zahl und Wahrscheinlichkeit gesunder Kinder nach PID insgesamt höher ist als bei Anwendung der konventionellen Methoden.
7. Irreführenderweise wird das Recht auf Zugang zu vorhandenen Technologien für die PID ins Feld geführt.
8. Das Abwanderungsargument von Paaren ins Ausland wird durch Erfahrung in verwandten Gebieten widerlegt.
9. PID Befürworter vernachlässigen mögliche Folgen dieser Methode.
10. Beide Gesetzenwürfe der PID-Befürworter, die sich gleichzeitig noch für Beschränkungen und "enge" Grenzen aussprechen, übersehen die faktische "Türöffnerfunktion" der PID.
11. Auch eingeschränkte PID degradiert den Menschen zur Sache. Ein Mittelweg ist nicht möglich.

1. Durch PID schwere Erbkrankheiten vermeiden? Ansprüche, Fakten und Konsequenzen

Belastungen von Familien mit schweren Erbkrankheiten könnten vermindert werden, so lautet das Hauptargument der Befürworter einer PID-Zulassung. Allerdings wird dabei verkannt, dass etwa 97 % aller Behinderungen nicht vor der Geburt, sondern erst im Laufe des Lebens auftreten und damit die Familien auch nach Einführung der PID jederzeit mit dem Schicksal eines behinderten Kindes oder Erwachsenen konfrontiert sein werden.

Die gegenwärtige, durch den Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 6. Juli 2010 entschiedene unkontrollierte Zulassung der PID bei möglichen „schweren“ Erbkrankheiten erfordert eine Klärung durch den Gesetzgeber. Die Problematik des PID- Verfahrens, die Risiken und möglichen Folgen müssen analysiert werden. Die Zulassung der PID birgt weit reichende negative Weichenstellungen für Gesellschaft, Behinderte und den Sozial- und Rechtsstaat. Sie bringt keine substanzielle Verbesserung gegenüber der gegenwärtig verfügbaren Vorgehensweise wie etwa der Polkörperanalyse, die bereits vor dem Abschluss der Befruchtung durchgeführt werden kann und durch die über 75 % der schwersten erblichen Erkrankungen bereits diagnostiziert werden können. Eine wirklich humane Gesellschaft akzeptiert, dass nicht Krankheit und Behinderung bzw. Leistungsfähigkeit, Produktivität und Gesundheit Kriterien für ein Recht auf Leben und für den Anspruch auf Respekt sein dürfen. Jeder Mensch ist angewiesen auf die uneingeschränkte Solidarität der Gesellschaft, denn jeder kann selbst jederzeit zum völlig unselbständigen, schwer Erkrankten werden, ob mit oder ohne genetische Belastung.

Die Fortschritte in der Genforschung ermöglichen es inzwischen, eine ständig größer werdende Zahl von vererbaren Erkrankungen zu prognostizieren. Nach aktueller Gentest-Sequenztechnik können heute per Blutprobe 568 schwere erbliche Leiden diagnostiziert werden. International ist es heute in zahlreichen Ländern erlaubt, bereits gezeugte Embryonen, die Risikoträger einer schwerwiegenden Erbkrankheit oder bestimmter (unerwünschter) Eigenschaften oder Geschlechts sind, durch PID relativ zutreffend zu identifizieren. Die Eltern entscheiden sich dann in der Regel gegen die Einpflanzung und für die Verwerfung = Tötung des Embryos. Bei den vorliegenden beiden Gesetzentwürfen zur PID-Zulassung wird in der Begründung vor allem von solchen Eltern ausgegangen, die schon ein- oder mehrmals ein krankes Kind gezeugt haben und ggf. pflegen, oder die Schwangerschaftsabbrüche aus diesem Grund verkraften mussten. Durch künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation = IVF) und PID soll die Wahrscheinlichkeit eines gesunden Kind erhöht werden. Durch die PID soll dabei der genetische Zustand des Embryos vor seiner Einpflanzung in die Gebärmutter geklärt

werden. Hat der Embryo z. B. *zwei* Risiko-Gene für eine autosomal rezessive Erkrankung und würde er damit klinisch manifest erkranken, so wird er nicht in die Gebärmutter eingebracht, er wird „verworfen“, also dem Tod überlassen. Beim IVF-Verfahren werden maximal drei Embryonen implantiert, um den Schwangerschaftserfolg zu erhöhen, andererseits gibt es dann nicht selten schwierige Mehrlingsgeburten oder „Reduktionen“ durch ärztlich herbeigeführten Feto- oder Fetozid, also die Tötung des Fetus.

2. Das PID-Verfahren erfordert künstliche Befruchtung in der Petrischale und gezielte hormonelle Überstimulation der Frau

Die reifen Eizellen werden aus dem Eierstock der Frau durch Punktion entnommen und mit dem väterlichen Sperma versetzt. Nach Erreichen des 8-Zellstadiums (mit dem Verlust der Totipotenz, also der Möglichkeit, ein ganzes Individuum auszubilden) werden dem Embryo bioptisch 1-2 Zellen zur Untersuchung auf die jeweils betreffende krankhafte Erbanlage entnommen. Nach bisheriger Praxis im Ausland werden für das Verfahren mindestens 7- 9 Embryonen gebraucht. Bei dominanten Erbkrankheiten, für deren klinische Manifestation *ein* mütterliches oder väterliches Risiko-Gen ausreicht, sind mindestens 6 Embryonen, bei rezessiven Erbkrankheiten mindestens 4 Embryonen notwendig, um nach der statistischen Wahrscheinlichkeit 3 gesunde Embryonen zum Einsetzen in die Gebärmutter zu erhalten. Zusätzliche technische Probleme und nicht eindeutige diagnostische Ergebnisse müssen mit einkalkuliert werden. Im Widerspruch hierzu begrenzt das in Deutschland geltende Embryonenschutzgesetz (§ 1, Abs. 2-5) bei Anwendung der IVF die Produktion von Embryonen auf den alleinigen Zweck der Erzeugung einer Schwangerschaft. Es beschränkt die Zahl der in die Gebärmutter zu implantierenden Embryonen auf maximal 3 je Zyklus. Die Zulassung der PID wäre danach nicht ohne eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes möglich, wie dieses auch in dem Gesetzentwurf von Röspel/Hinz jetzt offen gefordert wird. Die Erzeugung „überzähliger“ Embryonen soll erlaubt werden, ohne dass deren weitere „Verwendung“ geklärt ist. Aus den produzierten Embryonen werden gesunde selektiert, die übrigen werden „verworfen“. Der Selektionsprozess erfolgt zunächst im Labor. Nach erfolgreicher Implantation und einer über die ersten drei Monate hinaus andauernden Schwangerschaft wird eine zusätzliche konventionelle Pränataldiagnostik (PND) empfohlen (Chorionzottenbiopsie in der 11.-12. Schwangerschaftswoche, Fruchtwasseruntersuchung in der 14.-16.Schwangerschaftswoche). Diese soll einerseits das Ergebnis der PID bestätigen und andererseits weitere Krankheitsrisiken (z. B. Chromosomenanomalien, wie etwa Trisomie 21) ausschließen. Zu diesem Zeitpunkt kann also noch die Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch auf die Frau bzw. das Paar zukommen. Für eine mit dem Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit belasteten

Familie sind daher von der Entscheidung zu IVF plus PID bis zum erwünschten Ergebnis, der Geburt eines „gesunden“ Kindes (= Kind ohne die aufgespürten Krankheitsanlagen oder Behinderungen), etliche Hürden und Belastungen zu überwinden.

3. Durch IVF plus PID entwickelt sich ein Qualitätssicherungsprogramm, das die Geburt eines gesunden Kindes als Produkt garantieren soll, aber nicht garantieren kann.

Das öffentlich einsehbare IVF-Register (www.ivf-register.de) weist allein für 2009 rund 75.000 Behandlungszyklen (Kostenpunkt je ca. 3000 €) bei 45.281 Frauen auf. Ihnen wurden 2009 insgesamt 49.609 Embryonen transferiert, die zu 5.028 gemeldeten Geburten und immerhin mindestens 2.439 Aborten geführt haben. Viele der Frauen hätten sicher gute Gründe gehabt, die ihnen eingepflanzten Embryonen auf mögliche Deformationen und Erbkrankheiten hin testen zu lassen, denn sie gehören in der Regel zu irgendeiner Risikogruppe, sonst hätten sie sich der anstrengenden IVF plus erhöhtem Abortrisiko nicht unterziehen müssen. Bei den Studien, die die PID-„Erfolge“ belegen sollen, ist die Wahrscheinlichkeit, danach ein gesundes Kind zu bekommen, nicht viel höher: Laut ESHRE-Erhebungen (2009) müssen 32 Embryonen erzeugt werden, um zu einer Schwangerschaft zu kommen. Von den im Jahre 2009 erzeugten 40.713 Embryonen wurden in Reproduktionszentren 28.998 einer PID unterzogen, und schließlich nur 7.183 transferiert. Dies führte zu 977 Geburten mit insgesamt 1.605 Kindern, mit relativ vielen, für Mutter und Kinder risikoreichen Mehrlingsschwangerschaften.

Allein diese Zahlen geben einen Eindruck davon, wie belastend die stets notwendige Kombination von IVF und PID ist, die zudem keinesfalls ein gesundes Kind garantiert, da 1. sehr viele (schwere) Krankheiten, die ja nicht unbedingt Erbkrankheiten sein müssen, in so frühem Stadium noch nicht sicher diagnostizierbar sind und 2. viele Krankheiten erst im Laufe der Schwangerschaft durch Pränataldiagnostik (PND) relativ zuverlässig erkannt werden können. Alle PID-Befürworter führen die Vermeidung eines Schwangerschaftsabbruchs nach PND und das damit verbundene Trauma für die Frau an. Die Frau muss bis aber mindestens zum Zeitpunkt der Bekanntgabe der Ergebnisse der PND damit rechnen, dass das ungeborene Kind eine erkennbare, schwere Erkrankung aufweisen könnte. Daher kommt es in vielen Ländern auch nach PID noch zu einem Abbruch der Schwangerschaft.

Die gezielte hormonelle Überstimulation des Eierstocks, die möglicherweise wiederholt werden muss, stellt für jede Frau neben den hohen Kosten eine psychische und physische Belas-

tung dar. Es gibt erste Studien darüber, dass durch IVF gezeugte Kinder gesundheitlich generell belasteter sind, keine Studie belegt jedoch, dass die IVF/PID-Prozedur von Eltern als unproblematisch und wenig belastend erlebt wurde. Im Gegenteil, da nur ein geringerer Teil der behandelten Frauen (ca. 15-25%) tatsächlich ihren Kinderwunsch erfüllt bekommt, bleibt das Ganze für viele Paare ein traumatisierendes und erfolgloses Behandlungsmarathon.

Allein in Deutschland bieten derzeit 121 Reproduktionszentren ihre Dienstleistungen an, das Marktvolumen wird auf 140 Mio. € bei den gesetzlich Versicherten plus Eigenleistungen vieler privat Versicherter geschätzt. Insgesamt geht man angesichts von aktuell mindestens 1,5 Mio. ungewollt kinderlosen Paaren von einem Marktpotenzial von bis zu 1 Milliarde € jährlich in Deutschland aus. Hinzu kommt die bisher nicht gegebene Übereignung überzählig produzierter Embryonen an die Forschung, da ja die PID nur bei einer Auswahl von mehr als 6 Embryonen effektiv durchführbar ist. Hier ist also neben dem Qualitätssicherungsprogramm PID ein enormes Optimierungspotenzial für die Reproduktionsindustrie erkennbar, die schon jetzt mit zu den am besten verdienenden Arztgruppen gehört.

4. Durch die PID wird aus der Entscheidung gegen ein „krankes“ Kind die aktive Selektion „gesunder“ Kinder.

Eltern, die beide die gleichartig veränderte Erbanlagen haben, selbst aber gesund sind (so genannte Heterozygote) haben in jeder Schwangerschaft ein Risiko von 25%, ein klinisch krankes oder behindertes Kind zu bekommen und eine 75% Chance für ein klinisch gesundes Kind (25% homozygot, 50% heterozygot wie die Eltern). Die PID bedroht die Eltern selbst in ihrer psychischen Integrität durch die erleichterte Bevorzugung homozygot gesunder Kinder gegenüber heterozygot gesunden Kindern. Nach einer PND würden Eltern nicht gegen ein heterozygot gesundes Kind entscheiden, das ja ebenso gesund wäre wie sie selbst. Demgegenüber würde im Rahmen der PID jedoch heterozygot gesunden Embryonen das Lebensrecht verwehrt, wenn an ihrer Stelle homozygot gesunde zur Implantation verfügbar stünden. Die psychischen Auswirkungen dieses Problems auf die Familien, die selbst heterozygot gesunde Mitglieder haben, sind nicht erforscht. Es ist mit der Möglichkeit zu rechnen, dass sich auch innerhalb der Familien Selektionstendenzen in Bezug auf Gesunde „erster und zweiter 2.Klasse“ (homozygot und heterozygot) entwickeln könnten. Damit wird das Argument, PID sei weniger belastend für die betroffenen Familien als PND, deutlich in Frage gestellt. Darüber hinaus wird die Belastung einer Selektionsentscheidung möglicherweise von den Eltern auf die handelnden (Ärzte, Ethikgremien, die ja in der Regel aufgrund Ihres Arbeitsplatzes pro PID eingestellt sind) verlagert, wengleich der Frau die rechtliche und moralische Ver-

antwortung dafür zugeschoben wird, auf jeden Fall ein gesundes Kind zur Welt bringen.

5. Die gesundheitlichen Risiken der IVF (Voraussetzung für PID) sind hoch und müssen zunächst weiter erforscht werden.

In den letzten Jahren sind Bedenken bezüglich der Sicherheit ovulationsfördernder Medikamente laut geworden. Beobachtungen aus mehreren Studien legen die erhöhte Möglichkeit eines Ovarialkarzinoms im Gefolge einer solchen Behandlung nahe, dies nach bisher relativ kurzer Nachbeobachtungsdauer. Solange die möglichen Risiken nicht eindeutig durch kontrollierte Langzeituntersuchungen ausgeschlossen werden können, müssen Vorsichtsmaßnahmen gelten wie eine sorgfältige Aufklärung der Frauen und eine Beschränkung der Anzahl stimulierter Zyklen. Für Frauen ohne Fertilitätsprobleme, die also auch ohne IVF schwanger werden können, sind diese Risiken noch weniger vertretbar als für fertilitätsgestörte Frauen. Die Hyperstimulation über einen oft längeren Zeitraum hat inzwischen bereits nachweislich zu Todesfällen geführt.

6. Bisher ist nicht erwiesen, dass die Zahl und Wahrscheinlichkeit gesunder Kinder nach PID insgesamt höher ist als bei Anwendung der konventionellen Methoden.

Die Implikation der PID-Befürworter, dass Eltern mit dieser Methode rascher zu einem gesunden Kind kommen könnten als auf herkömmliche Weise, ist irreführend. Insgesamt gesehen liegt nach entsprechenden Literaturdaten der Schwangerschaftserfolg bei infertilen Paaren nach IVF bei 13% pro stimuliertem Zyklus, bzw. maximal bei 20% pro Behandlungsjahr. Es ist anzunehmen, dass diese Erfolgsraten bei Anwendung der PID nicht höher sein werden, zumal Embryonen, denen Zellen zur Diagnostik entnommen wurden, potenziell geschwächt sein können und häufiger zu Schwangerschaftsversagen/Fehlgeburten führen können, als nicht durch eine Diagnostik belastete Embryonen. Während infertile Paare ohne IVF eine jährliche Schwangerschaftsrate von nahezu Null haben, also durch IVF einen deutlichen Vorteil erleben, liegt dies bei den an sich gesunden und fertilen Paaren, die zur PID kommen, umgekehrt. Bei diesen Paaren liegt die Spontanschwangerschaftsrate bei 80% pro Jahr bei ungeschütztem Verkehr. Sie wird durch IVF und PID erheblich verringert. Selbst wenn statistisch gesehen jede 4. spontan entstandene Schwangerschaft durch Abbruch auf Grund homozygoter Risiko-Konstellation verloren ginge, würde dies die jährliche Schwangerschaftsrate nur auf 60% reduzieren und damit immer noch erheblich höher liegen, als die Erfolgsrate der durch IVF plus PID erzeugten Schwangerschaften. Die Polkörpernanalyse wäre für die aller-

meisten betroffenen Paare eine einfache, kostengünstige und ethisch unbedenklichere Alternative.

7. Irreführenderweise wird das Recht auf Zugang zu vorhandenen Technologien wird für die PID ins Feld geführt.

Die PID-Befürworter behaupten, dass die Nachfrage nach der PID deren Existenz und Anwendung rechtfertige. Damit entziehen sie jedoch jeder Ethik den Boden. Wenn alles, was individuell gefordert wird, damit zum ethisch Notwendigen erklärt werden kann, wird jede ethische Diskussion überflüssig. Jede technologische Neuentwicklung würde damit zwingend verfügbar, gesetzliche Regelungen wären unnötig. Das Verlangen eines Einzelnen nach einer Gelegenheit, einer Maßnahme oder einem Produkt muss im jeweiligen Kontext abgewogen, bewertet und ethisch eingeschätzt werden. Infolgedessen ist es auch nicht bereits an sich unethisch, betroffenen Familien den Zugang zur PID vorzuenthalten. Man erspart ihnen auch gleichzeitig belastende Auseinandersetzungen und Verfahren, durch die ja erst festzustellen wäre, ob die erbliche Krankheit schwerwiegend genug für eine Genehmigung zur PID wäre. Wer sollte für die Frau entscheiden, was sie als schwerwiegend“ empfindet und was nicht. Sollten die Ärzte ihr „Auffälligkeiten“, welcher Art auch immer, nach der PID mitteilen, kann sie ohnehin nicht durch Dritte gezwungen werden, sich diesen Embryo einpflanzen zu lassen. Beide die PID befürwortenden Gesetzentwürfe enthalten dazu keinerlei Aussage. Wenn die PID-Technik erst einmal allgemein zu Verfügung steht, wird ihre Nutzung von potentiell Betroffenen auch eingeklagt werden können. Wie wollte der Gesetzgeber Kriterien wie „schwerwiegend“ oder gar „länger als ein Jahr überlebensfähig“, korrekt definieren?

8. Das Abwanderungsargument von Paaren ins Ausland wird durch Erfahrung in verwandten Gebieten widerlegt.

Das Verbot der Leihmutterschaft oder der Eizellspende hat keine Befürworter dieses Verfahrens in Deutschland auf den Plan gerufen, obwohl die Methode in anderen Ländern verfügbar ist. Würde die „Auslandsargumentation“ ernst genommen, so wäre jede gesetzgeberische Aktivität in Deutschland sinnlos, da ausländische Bedingungen die deutschen immer an irgendeiner Stelle konterkarieren würden. Eine eigenständige deutsche Gesetzgebung vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus unserer jüngeren Vergangenheit hat sich bisher als sinnvoll erwiesen.

Von Kindern, die ihren älteren Geschwistern als (unfreiwillige) Spender für Zellersatz bei schweren Erkrankungen dienen sollen, über die Vernichtung von Embryonen, die spät manifestierende Krankheiten nach dem 18. Lebensjahr zu erwarten hätten, bis hin zum sehr ver-

breiteten „Social Sexing“, also der bewussten Geschlechtsauswahl durch die Eltern gibt es inzwischen einen breiten Reproduktionsmarkt der Möglichkeiten, der noch ständig weiter wächst (IQ, Haarfarbe, Augenfarbe usw.)

9. PID Befürworter vernachlässigen mögliche Folgen dieser Methode.

So werden Vorteilsbehauptungen vonseiten der Forschung mit Heilungsversprechen für Schwerkranke als zukünftiger Nutzen propagiert. Dieser bislang hypothetische Nutzen steht jedoch einer gegenwärtigen realen „Vernutzung“ von werdendem Leben mit weiteren Folgen gegenüber, wie der verbrauchenden Embryonenforschung zur Gewinnung von Stammzellen oder der Schaffung transgener Mischwesen nach Wunsch, um nur einige der Möglichkeiten zu benennen. Die Risiken und Folgen sind in aller Deutlichkeit offen zu legen. Darüber hinaus muss auf die nicht kalkulierbare Eigendynamik dieser Technologie mit Auswirkungen bis in die nachfolgenden Generationen als schwer wiegende Konsequenz aufmerksam gemacht werden. Neben den Interessen der betroffenen Paare und denen der wissenschaftlichen Forschung spielen auch wirtschaftliche Interessen eine Rolle. So könnten reproduktionsmedizinische Institutionen auf einen Zuwachs an Dienstleistungen hoffen, wenn PID gestattet und zu einem neuen Standard erhoben würde. Während derzeit jährlich rund 64.000 Frauen aktiv Reproduktionstechnologien in Anspruch nehmen, könnte der Anteil nach einer Gesetzesänderung weiter deutlich ansteigen, insbesondere wenn der Staat und die Krankenkassen die Behandlungskosten übernehmen. Gleichmaßen sind die Folgen auch im Hinblick auf die Versicherungs-wirtschaft unvorhersehbar; selbst eine PID-Pflicht bei schweren möglichen Erbkrankheiten wäre angesichts wachsenden Kostendruckes im Gesundheitswesen nicht auszuschließen.

10. Beide Gesetzenwürfe der PID-Befürworter, die sich gleichzeitig noch für Beschränkungen und "enge" Grenzen aussprechen, übersehen die faktische "Türöffnerfunktion" der PID.

Es beträfe nur wenige Hundert Paare pro Jahr, so argumentieren die Befürworter. Woher wollen sie das wissen? Damit soll der Eindruck erweckt werden, die Probleme seien geringfügig und leicht zu handhaben. Es ist damit zu rechnen, dass es nicht möglich sein wird, einem Paar die PID zu gestatten und einem anderen Paar diese zu verweigern. Schließlich wird, wie bei

der Spätabtreibung leider zu beobachten, schleichend jede Form von „Belastung“ für die Familie als ausreichender Grund für die PID akzeptiert werden müssen. Enge und evt. verdeckte Indikationslisten nicht akzeptabler Erkrankungen, nach denen gefahndet wird, werden von den in beiden Gesetzentwürfen geplanten prüfenden Ethikkommissionen, anfangs vermutlich noch relativ eng gehalten, dann aber bald ergänzt, erweitert und schließlich ganz der Verfügung der Frau anheim gestellt werden müssen. Da es nicht zumutbar ist, nur an 2-3 Standorten in Deutschland diese Form der medizinischen „Versorgung“ anzubieten, wird es bald ein flächendeckendes Netz von Reproduktionszentren geben, die selbstverständlich auch eine PID-Lizenz erhalten werden. Denn sonst würden sie kaum dauerhaft am umkämpften „Wunschkind-Markt“ bestehen können. Gesetzliche Einschränkungen werden keinen Bestand haben. Die PID würde zu einem weit verbreiteten Phänomen werden, mit Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft, die schließlich ihre Anwendung für Betroffene zu einer Pflicht gegenüber der Allgemeinheit werden lassen könnte.

11. Auch eingeschränkte PID degradiert den Menschen zur Sache. Ein Mittelweg ist nicht möglich.

Welche Behinderung und welches mögliche Todesdatum ihres Kindes ist für eine Frau zumutbar und welches, ab wann nicht mehr? Sobald die PID-Technik in Deutschland angeboten wird, wird sie aktiv nachgefragt werden und ständig neue Nachfragen produzieren. Daher sind auch die Reproduktionsmediziner an ihrer Einführung ebenso brennend interessiert wie die Forschung, die sich durch PID und die vielen möglichen überzähligen Embryonen neue Möglichkeiten erhoffen kann. Die von ihren biologischen Eltern verworfene Embryonen werden nicht als Menschen, sondern als Sache, bzw. Abfallprodukt betrachtet. Daraus wird deutlich, dass es keinen rechtlichen und ethischen Mittelweg geben kann. Auch wenn in engen Grenzen der Mensch zur Sache wird, ist das Grundrecht auf Leben verletzt. Entweder ist und bleibt jeder produzierte Embryo unabhängig von seiner Verwendung ein Mensch, oder er ist eine recht- und schutzlose Sache und kann deshalb beliebig genutzt oder „verworfen“ werden. Die Vertreter des Hintze/Flach-PID-Gesetzentwurfs haben sich eindeutig entschieden, Embryonen als Sache zu behandeln, aber auch im Hinz-/Röspel-Entwurf ist der Respekt und die Achtung jedes gezeugten menschlichen Embryos letztlich aufgegeben, sofern er voraussichtlich keine Überlebenschancen über ein Jahr nach der Geburt hat, eine völlig willkürlich gesetzte Grenze. Wenn das Ziel der PID immer die Auswahl und „Entsorgung“ erbkranker Embryonen ist, bildet es die Voraussetzung für die Einteilung von Menschen in „lebenswert“ oder „nicht lebenswert“. Dies würde für unsere Gesellschaft und deren humane Zukunft eindeutig falsche Signale setzen.

