

Aus der Universitäts Frauenklinik Würzburg

Direktor: Prof. Dr. med. J. Dietl

**Die Auseinandersetzung um die moderne Fortpflanzungsmedizin in Deutschland und
die Perspektiven des jüdischen Religionsgesetzes dazu**

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Ruth Schuster

aus Würzburg

Würzburg, Juni 2013

Referent: Priv-Doz. Dr. med. Lorenz Rieger

Korreferent: Prof. Dr. Dr. med. Michael Stolberg

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 11. März 2014

Die Promovendin ist Ärztin

Meinen Eltern

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. Einleitung	1
II. Die Felder und Techniken der modernen Fortpflanzungsmedizin	
a. Die zentrale Handlungsgröße: Der Embryo	5
b. Die In-Vitro-Fertilisation (IVF)	6
c. Die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) als unterstützende Maßnahme der IVF	9
d. Die Präimplantationsdiagnostik	10
e. Die Pränataldiagnostik	14
III. Die aktuelle rechtliche Situation der modernen Fortpflanzungsmedizin in Deutschland	
a. Das deutsche Embryonenschutzgesetz	17
b. Die beschränkte Zulassung der In-Vitro-Fertilisation	22
c. Die eingegrenzte Zulassung der Pränataldiagnostik	24
d. Zwischen Zulassung und Nichtzulassung: Die Präimplantationsdiagnostik	26
e. Vergleich mit anderen Ländern	33

	Seite
IV. Ethische Standpunkte zur modernen Fortpflanzungsmedizin	
a. Der Standpunkt des Forschens: Begründete Hoffnung auf Erfüllung des Kinderwunsches, Früherkennung von Erbkrankheiten und körperlichen Defekten	40
b. Der Streit um den ethischen Status des Embryos	42
c. Der moralische Druck aus der Debatte um die Stammzellforschung	47
d. Utilitarismus am Beispiel von Peter Singer und Norbert Hoerster	49
e. Standpunkte der christlichen Kirchen	51
(1) Standpunkt der katholischen Kirche	
(2) Standpunkt der evangelischen Kirche	
f. Der Deutsche Ethikrat	58
V. Die Situation der modernen Fortpflanzungsmedizin in Israel und ihre Voraussetzungen im jüdischen Religionsgesetz (Halacha)	
a. Die Situation der Fortpflanzungsmedizin in Israel	64
b. Die Grundlagen der Halacha	66
c. Die Halacha und die Medizin	71
VI. Perspektiven aus dem jüdischen Religionsgesetz (Halacha) zur modernen Fortpflanzungsmedizin	
a. Die Halacha und der Status des vorgeburtlichen Lebens	76
b. Die Halacha und die In-Vitro-Fertilisation	82
c. Die Halacha und die Präimplantationsdiagnostik	86

	Seite
VII. Diskussion und Vergleich der Halacha mit der rechtlichen Situation in Deutschland	94
VIII. Zusammenfassung	99
IX. Bibliographie und Anmerkungen	102
X. Literaturverzeichnis	120

I. Einleitung

*„Wissenschaft ohne Religion ist lahm,
Religion ohne Wissenschaft ist blind“* (Albert Einstein, 1940)

Nach wie vor beschäftigen sich Kommissionen und hochkarätige Beratungsgremien auf verschiedenen Ebenen mit den Feldern und Techniken der modernen Fortpflanzungsmedizin. Die Erlaubnisse und Verbote, die sie schließlich festlegen, entscheiden maßgeblich über die Begrenzungen, innerhalb deren in Deutschland Fortpflanzungsmedizin erforscht und betrieben werden darf. In allen diesen zum Teil hochrangigen Diskussionsrunden, wie zum Beispiel dem „Deutschen Ethikrat“, sitzen nicht nur Forschung praktizierende und Forschung reflektierende Mediziner oder Repräsentanten einer nach-metaphysischen Gesellschaft, sondern einen Großteil bilden dort auch religiös verankerte Teilnehmer am Diskurs - gerade auch Ärzte, aber ebenso Juristen, Philosophen und Theologen [1]: Sie argumentieren unter Berufung auf ein „christliches Menschenbild“ und entscheiden von hieraus den zentralen Streit um den moralischen Status des Embryos [2].

Religion spielt also – ob zugestanden oder nicht – eine erhebliche Rolle bei der Festlegung der Grenzen für die moderne Fortpflanzungsmedizin. Entsprechend den hiesigen Mehrheitsverhältnissen ist es die „christliche Religion“, nicht der Islam oder die jüdische Religion, die das Meinungsbild jener mit der Ethik der Fortpflanzungsmedizin befassten Ausschüsse und Räte letztendlich bestimmt und festlegt. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass das Christentum mit seinen evangelischen und katholischen Repräsentanten stets die Mehrheit der Bevölkerung abbildet, für die sie spricht und steht.

Gerade die jüdische Überlieferung hält zu den aktuellen Fragen der Fortpflanzungsmedizin Antworten bereit, die auf jahrhundertalten Beobachtungen und Erfahrungen beruhen und die zu ganz anderen Folgerungen führen. Es sind derzeit gerade die gläubigen Juden, die für In-Vitro-Fertilisation (IVF) und Präimplantationsdiagnostik eintreten und sich auch für die verbrauchende Forschung an den aus der IVF zurückbleibenden Embryonen stark machen [3].

Die religiöse Richtschnur, die sie dazu anleitet ist die „Halacha“ [4].

„Halacha“ kommt aus dem hebräischen Wortstamm „halach = laufen, gehen“ und bezeichnet die mehr als 2000 Jahre lange Straße des jüdischen Sich-Einlassens auf den Willen G'ttes, der in jeder Generation – mit jeweils neuem Sachverstand versehen – immer wieder neu entdeckt und bis heute neu entschieden werden musste. „Halacha“, das ist die derzeit gültige und durch Widerspruch und Abstimmung nach wie vor in Bewegung befindliche Summe von Regeln für das spezifische jüdische Verhalten im tagtäglichen Leben. Diese „Halacha“ hat nach jüdischer Überzeugung denselben Rang, wie jene Offenbarung der Gebote und Verbote von der die uralte Überlieferung der Juden sagt, sie sei ehemals auf dem Berg Sinai dem Moses von G'tt gegeben worden [5-7].

Was also sagt die Halacha zum gegenwärtigen Erscheinungsbild der modernen Fortpflanzungsmedizin, das Macht und Ohnmacht gleichermaßen reflektiert? Oder anders gefragt: Wohin führt die „Halacha“ – das religiöse Gelände für den jüdischen „way of life“ – die gläubigen Juden angesichts der derzeitigen Herausforderungen der modernen Fortpflanzungsmedizin?

Diese Fragen der Halacha versucht die vorliegende Dissertation in das kritische Referat jener Entscheidungen einzubeziehen, welche heute die Auseinandersetzung um die moderne Fortpflanzungsmedizin dominieren.

II. Die Felder und Techniken der modernen Fortpflanzungsmedizin

Es gehört zu den Normalitäten im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs, dass die höchst differenzierten und sich ständig neu ausfächernden Felder und Techniken der modernen Fortpflanzungsmedizin nur in groben Zügen sichtbar gemacht und bewertet werden. Denn sowohl die Sprache der medizinisch Forschenden als auch die Komplexität der wissenschaftlichen Schlüssigkeit ihrer Ergebnisse lassen sich im Regelfall den mehrheitlich teilnehmenden Nichtmedizinerinnen nur schwer erschließen. Oder anders gesagt: Die konkrete Welt der Fortpflanzungsmediziner ist mit der in den Ethikräten diskutierten Welt der Fortpflanzungsmedizin kaum zur Deckung zu bringen [8]. Das hat unter anderem zur Folge, dass sich die einschlägigen Ethikdebatten schnell von den Erfahrungen und Vorgängen in den Laboratorien sowie Kliniken entfernen, um dann von abstrakten Begriffen wie „Schutz des menschlichen Lebens“ etc. geleitet und vorangetrieben zu werden.

Aus diesem Grund erscheint es empfehlenswert, am Eingang dieser Dissertation zunächst eine gewisse Anschaulichkeit und definitorische Klarheit über die zentrale Handlungsgröße, die *tatsächlichen* Felder sowie die Zugriffsmöglichkeiten der modernen Fortpflanzungsmedizin zu schaffen.

Dies gilt umso mehr als die jüdische Tradition, um deren Urteil es schließlich auch gehen soll, stets darauf achtet, dass Religion „nützlich“, also erfahr- und brauchbar bleiben sollte [4].

a. Die zentrale Handlungsgröße: Der Embryo

Bevor die grundlegenden Techniken der modernen Fortpflanzungsmedizin von IVF und ICSI sowie Präimplantations- und Pränataldiagnostik aufgezeigt werden, ist es unvermeidlich, sich der zentralen Handlungsgröße aller medizinischen Fortpflanzungsmedizin zuzuwenden: Dem Embryo.

Er ist damit natürlich auch für das Thema dieser Dissertation von zentraler Bedeutung, denn in halachischer Überlieferung wird der Embryo im Gegensatz zur deutschen Rechtsprechung völlig anders definiert und diesem eine andere Rechtsgrundlage zugesprochen, woraus ein komplett anderer Umgang mit dem Embryo resultiert.

Es ist deshalb sinnvoll, den Embryo zunächst aus biologischer Perspektive zu beschreiben, um eine Grundlage für die Techniken rund um die moderne Fortpflanzungsmedizin zu schaffen.

Der Embryo (von griechisch: „neugeborenes Lamm“, „ungeborene Leibesfrucht“ [9]) legt in seiner Entwicklung eine erstaunliche biologische Strecke zurück:

Der Transport der befruchteten Eizelle (Zygote) durch die Tube bis in das Uteruslumen dauert etwa 3-4 Tage. Noch während des Transports durch die Tube finden Furchungsteilungen statt, mit dem Ergebnis einer aus circa 30 Zellen bestehenden sogenannten „Morula“. Diese lagert wiederum Flüssigkeit ein und entwickelt sich daraufhin zu einer „Blastozyste“ [10], die erstmals eine Differenzierung erkennen lässt: Innen bildet sich der Embryoblast (d.h. der Teil, aus dem der Embryo entsteht), außen liegen die Zellen des Trophoblasten (d.h. der Teil, der schließlich die Plazenta und die Eihäute bildet [11]).

Bereits am Tag 6 bzw. 7 beginnen die äußeren Zellen mit dem Eindringen in das Endometrium, der sogenannten Implantation [12]. Zeitgleich dazu differenziert sich der Trophoblast weiter und zwar einerseits in eine innere, den Embryoblasten umhüllenden Schicht von Zytotrophoblastzellen, welche an die Fruchthöhle grenzen, andererseits in eine

äußere Synzytiotrophoblastenschicht, die die Frucht zu den mütterlichen Geweben hin abgrenzt.

Zu Beginn der Embryonalperiode, welche sich laut Definition über die ersten acht Wochen einer Schwangerschaft erstreckt, entwickelt sich aus dem ursprünglichen Embryoblast die sogenannte „dreiblättrige Keimscheibe“ [13] (bestehend aus Ektoderm, Mesoderm und Entoderm). Hieraus gehen letztlich alle Organe des Embryos, wie zum Beispiel Herz, Blutgefäße und Gastrointestinaltrakt hervor. Ab der neunten Schwangerschaftswoche spricht man von der Fetalperiode. Während nun die Organogenese weitestgehend abgeschlossen ist, tritt das Wachstum und die Reifung des noch ungeborenen Lebens in den Vordergrund. Dieser Prozess vollzieht sich kontinuierlich bis zur Geburt.

Hieraus wird ersichtlich, dass der Embryo in seiner Entwicklung bedeutende Meilensteine zurücklegt, bis letztendlich ein menschliches Wesen daraus hervorgeht.

b. Die In-Vitro-Fertilisation

In Deutschland sind etwa 1,2 bis 1.5 Millionen Paare ungewollt kinderlos und suchen ärztliche Hilfe, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen [14, 15]. Was ihnen die Medizin anbieten kann, ist die sogenannte „assistierte Reproduktion“, die ihrerseits ein großes Spektrum verschiedener Behandlungen umfasst. Dieses Spektrum reicht von einer einfachen Korrektur der Störungen im ovariellen Zyklusgeschehen der Frau bis hin zu den Maßnahmen der In-Vitro-Fertilisation (IVF) unter zusätzlicher Anwendung der intrazytoplasmatischen Spermieninjection (ICSI).

Dabei ist die IVF nach der homologen oder heterologen Insemination eines der ältesten reproduktionsmedizinischen Verfahren, welches bereits seit 1978 zur Behandlung des

unerfüllten Kinderwunsches eingesetzt wird. Es beinhaltet die Eizellentnahme im spontanen oder stimulierten Zyklus, die Insemination der Oozyten mit präparierten Spermien, die Embryokultur und den intrauterinen Embryotransfer. Entwicklung und Sicherheit der IVF sind heute soweit gediehen, dass man sie mit dem Prädikat „*konventionell*“ oder „Standard“ versehen kann [16].

Was das Indikationsfeld der IVF angeht, wird sie hauptsächlich bei tubarer Sterilität der Frau angewandt, d.h. bei Entzündungen, Verwachsungen oder bei komplettem Verschluss einer oder beider Eileiter. Als weitere Indikationen der IVF gelten die Sterilität aufgrund von Endometriose (d.h. das Auftreten von verschleppter Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter), immunologische oder idiopathische Sterilität bei der Frau und mäßiggradige männliche Subfertilität [17, 18].

Im Einzelnen verlangt eine IVF folgende Abläufe: Anders als bei einer niedrig dosierten Stimulation der Eizelle vor einer Insemination, bei der das Wachstum von nur einem Follikel erreicht werden soll, ist das Heranreifen von mehreren Follikeln Ziel der höher dosierten Stimulation vor einer IVF. Die dafür erforderlichen Eizellen können nach Auslösung des Eisprungs entnommen werden. Die Entnahme geschieht heute meist auf dem Weg einer ultraschallgesteuerten transvaginalen Punktion. Dabei werden zunächst über die Scheide mehrere Follikel mit einer Nadel aus dem Eierstock abgesaugt [19].

Im Labor untersucht man dann den Inhalt der entnommenen Follikel auf reife Eizellen und isoliert diese aus der Follikelflüssigkeit. Zur Befruchtung werden dann die Eizellen mit den aufbereiteten Spermien des Mannes in einem Kulturmedium zusammengebracht. Sobald eine Befruchtung eingetreten ist, erkennt man nach einer ausreichenden Inkubationszeit in der Eizelle einen männlichen und einen weiblichen Vorkern. Dabei werden normalerweise 2-3 Eizellen im Vorkernstadium zur weiteren Kultur ausgewählt und anschließend in die Gebärmutter übertragen. Die anderen Vorkerne werden entweder verworfen oder in flüssigem Stickstoff kryokonserviert, um sie eventuell der Frau bei einem weiteren Versuch noch einmal transferieren zu können [20].

Nach weiteren 2-3 Tagen haben sich die befruchteten Eizellen dann zu Embryonen weiterentwickelt und werden der Frau im 4- bis 8-Zellstadium in die Gebärmutter eingesetzt. Dabei erfolgt der Embryotransfer wie bei der Insemination mit Hilfe eines Katheters durch die Scheide in den Zervikalkanal [21].

Aktuelle Zahlen zur klinischen Schwangerschaftsrate finden sich im „Deutschen IVF-Register“ (DIR). Dieses erfasst jährlich die im Rahmen der reproduktionsmedizinischen Behandlungen in Deutschland anfallenden Daten und wertet sie aus. Seit 1998 ist die Anmeldung und Teilnahme für alle Kliniken und Zentren, die Methoden der assistierten Reproduktion anbieten, verpflichtend. Das schafft ohne Frage Transparenz und sichert die Qualität [22] [23].

Von ihren technischen Möglichkeiten her ist die IVF heute ein Erfolgsmodell. Mit ihrer Hilfe kann die krankheitsbedingt stark eingeschränkte Chance ungewollt kinderloser Paare wieder auf das Niveau gesunder Paare angehoben werden. So besteht bei regelmäßigem Verkehr an den fruchtbaren Tagen für gesunde Paare eine altersunabhängige Schwangerschaftswahrscheinlichkeit von 27% bis 30% pro Zyklus. Hingegen kam es unter fortpflanzungsmedizinischer Hilfe im Jahre 2007, über alle Altersklassen gemittelt, in Deutschland in 29,9% und 28,5% aller durchgeführten Behandlungszyklen mit Embryonentransfer nach IVF bzw. ICSI zum Eintritt einer Schwangerschaft [22].

Auf einem anderen Blatt steht allerdings die Baby-Take-Home-Rate (Anzahl der Geburten pro Anzahl der durchgeführten Behandlungen in Prozent) nach einer vollzogenen IVF. Sie beläuft sich im Jahre 2008 lediglich auf etwa 16-17% [24] [25]. Man darf allerdings dabei nicht übersehen, dass diese „lediglich“ 16-17% IVF-Geburten eine begründete Hoffnung kinderloser Ehepaare darstellt, deren Leben durch dieses Schicksal oftmals von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung geprägt ist.

c. Die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) als unterstützende Maßnahme der IVF

Das Gelingen einer IVF hängt wesentlich davon ab, dass das dafür vorgesehene Spermium die Fähigkeit besitzt, auf seinem Weg in die Eizelle, die Zona pellucida zu durchdringen. Sind nur wenig bewegliche oder morphologisch veränderte Spermien vorhanden, so kann das Eindringen der Spermien in die Eizelle erschwert sein. Für diesen Fall steht heutzutage die Methode der ICSI zur Verfügung [26].

Dazu wird zunächst, wie bei einer IVF, eine ovarielle Überstimulation eingeleitet und danach eine Eizellentnahme durchgeführt. Dann wird das zu injizierende Spermium mit einer Pipette aufgezogen und durch die Plasmamembran hindurch unmittelbar in die Eizelle eingebracht.

Die weitere Vorgehensweise erfolgt analog zum IVF-Verfahren: Inkubation der Eizellen in einem Kulturmedium, Suche nach befruchteten Eizellen und anschließender Embryotransfer [27].

Für ein erfolgreiches ICSI-Verfahren ist eine Mindestspermienzahl von 500 000 pro Ejakulat erforderlich. Davon sollten die Hälfte Vitalitätszeichen aufweisen. Unterschreitet die Anzahl der Spermien dieses Kriterium, so sind Methoden der operativen Spermengewinnung zu diskutieren [28]. Dabei gewinnt man die Spermien durch Punktion direkt aus den Hoden oder Nebenhodengängen. So kann auch bei einem massiv eingeschränkten Spermogramm oder bei spermienlosem Ejakulat in manchen Fällen eine Befruchtung ermöglicht werden.

Die Erfolgsraten der ICSI entsprechen im Wesentlichen denen des IVF-Verfahrens. Die klinische Schwangerschaftsrate, nach erfolgreichem ICSI-Verfahren, lag im Jahre 2009 laut IVF-Register bei 27,36%, die Geburtenrate nach eingetretener Schwangerschaft bei 63,16% [29], pro durchgeführten Embryotransfer bei knapp 18%. Die Baby-take-home-Rate ist zwischen den Jahren 2000 und 2004 mit ca. 16,5-18% im Jahre 2009 mit ca. 16,85% angegeben [30].

Die ICSI vermag somit einen wesentlichen Beitrag zur IVF zu leisten. Sie ist daher zu einem wichtigen Bestandteil im Besteck der modernen Fortpflanzungsmedizin geworden.

d. Die Präimplantationsdiagnostik

Neben der IVF und der ICSI ist des Weiteren die Präimplantationsdiagnostik, kurz PID [31], ein wichtiges Verfahren der modernen Fortpflanzungsmedizin. Sie ist gerade in den letzten Monaten und Wochen in der Politik, wie auch in den Medien kontrovers diskutiert worden – mit dem Ergebnis, dass sie derzeit unter allen Zugriffen der modernen Fortpflanzungsmedizin der bekannteste und auch umstrittenste ist.

Bei der PID werden Eizellen oder embryonale Zellen vor dem Embryotransfer auf genetische Defekte oder Chromosomenaberrationen untersucht. Anschließend werden nur Embryonen transferiert, bei denen Chromosomenstörungen bzw. Mutationen mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können [32].

Die PID wird in drei Formen durchgeführt: in Form der Polkörperchenbiopsie, der Embryobiopsie sowie der Blastozystenbiopsie.

1. Polkörperchenbiopsie [33]

Eine genetische Untersuchung kann nicht nur an embryonalen Zellen, sondern im Hinblick auf bestimmte Fragen auch an den Polkörpern durchgeführt werden, die während der Eizellreifung entstehen. Der erste Polkörper entsteht kurz vor dem Eisprung und enthält einen der beiden Chromosomensätze der Mutter. Der andere mütterliche Chromosomensatz verbleibt in der Eizelle. Wenn nun der Polkörper untersucht wird, ergibt sich die Möglichkeit bisher aufgetretene Fehler bei der Chromosomenverteilung aufzudecken [34].

Die Untersuchung des ersten Polkörpers allein ist mit verschiedenen Unsicherheiten, z.B. denen einer Einzelzelldiagnose, behaftet. Das Ergebnis der Diagnose kann am zweiten Polkörper überprüft werden, der ausgestoßen wird, nachdem das Spermium in die Eizelle eingedrungen ist. Die Entnahme der beiden Polkörper erfolgt nach Möglichkeit gleichzeitig [35].

Die Zuverlässigkeit der Ergebnisse einer Polkörperdiagnostik scheint mit den Ergebnissen der Untersuchung embryonaler Zellen vergleichbar. Die wesentlichen

Schwierigkeiten des Verfahrens sind die Entnahme der Polkörper, ohne der Eizelle Schaden zuzufügen, sowie die fachgerechte Untersuchung der Polkörper.

Hinzu kommt, dass das Embryonenschutzgesetz (ESchG) die Möglichkeit, diese Methode einzusetzen, zeitlich begrenzt: Väterliches und mütterliches Erbmateriale liegen nach Ausbildung des zweiten Polkörpers nur noch kurze Zeit getrennt voneinander vor [36].

Bei der Polkörperdiagnostik fehlt die Möglichkeit chromosomale Veränderungen zu diagnostizieren, die erst nach der Polkörperbildung auftreten. Neu entstandene Chromosomenstörungen werden nicht erfasst. Allerdings machen diese nur einen geringen Anteil (weniger als fünf Prozent) aus. Die genetische Aussage ist außerdem auf das Erbmateriale der Mutter beschränkt; die durch das väterliche Genom übertragene genetische Information wird nicht erfasst [37].

In Deutschland wird die *Polkörperdiagnostik* an einigen Universitätskliniken sowie mittlerweile zunehmend auch von privaten Laboratorien angeboten.

2. Embryobiopsie [33]

Zellen für eine Präimplantationsdiagnostik können zu verschiedenen Zeitpunkten entnommen werden. Üblicherweise werden dem Embryo drei Tage nach der Befruchtung, wenn der Embryo aus sechs bis zehn Zellen besteht, ein bis zwei Zellen (Blastomeren) entnommen [38].

Die molekulargenetische und chromosomale Diagnostik erfolgt dann je nach Fragestellung durch verschiedene Varianten der Polymerasekettenreaktion (Polymerase Chain Reaction: PCR) oder durch die Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH).

2.1 Mithilfe von FISH kann das Vorhandensein oder Fehlen bestimmter Chromosomenabschnitte oder ganzer Chromosomen durch die Anlagerung Fluoreszenz markierter Gensonden nachgewiesen werden. Die FISH wird vor allem bei der Geschlechtsbestimmung (X-Chromosom-gekoppelte genetisch

bedingte Erkrankungen) und der Suche nach chromosomalen Fehlverteilungen (Aneuploidien) eingesetzt [39].

Durch die Verwendung unterschiedlicher Farbstoffe können gleichzeitig verschiedene Chromosomen oder chromosomale Abschnitte untersucht werden. Dabei kann es allerdings zu Überlagerungen der Farbsignale und infolgedessen zu Interpretationsschwierigkeiten kommen.

Das Hauptproblem der FISH liegt jedoch darin, dass verschiedene Zellen eines Embryos unterschiedliche Chromosomenmuster aufweisen können (Mosaikbildung). Dabei zeigten etwa 18 Prozent der Embryonen eine solche Mosaikbildung. Das bedeutet, dass in solchen Fällen die Diagnose einer einzelnen Zelle einen Schluss auf die Konstitution der übrigen Zellen nicht zulässt [40].

2.2 Mittels PCR können spezifische Gensequenzen zunächst vermehrt und anschließend monogenetische Erkrankungen, wie zum Beispiel Mukoviszidose, nachgewiesen werden [41].

Da nur die DNA einer einzelnen Zelle untersucht wird, gibt es allerdings auch eine Reihe von Fehlermöglichkeiten. Zu den genetischen Störungen, die am häufigsten mittels PCR diagnostiziert werden, zählen solche, die autosomal rezessiv und dominant sowie X-chromosomal vererbte Krankheiten verursachen [42].

2.3 Ein neueres Verfahren, die vergleichende Genom-Hybridisierung (Comparative Genome Hybridization: CGH) ermöglicht einen Vergleich des Chromosomenmusters einer Zelle mit dem einer anderen Zelle, von der bekannt ist, dass sie einen normalen Chromosomensatz aufweist. Anders als bei der FISH können auf diese Weise Abweichungen in der Anzahl aller Chromosomen festgestellt werden [43].

Wird nur eine embryonale Zelle entnommen und untersucht, ist die Aussagefähigkeit der Präimplantationsdiagnostik eingeschränkt, da die Ergebnisse der genetischen Untersuchung nicht in einem zweiten Test überprüft werden können. Daher wird die Entnahme von zwei Zellen zur Sicherung der Diagnose bevorzugt. Dieses Vorgehen ist allerdings erst dann

möglich, wenn der Embryo aus mindestens acht Zellen besteht: Nur ein Viertel der Zellmasse des Embryos kann zu diesem Zeitpunkt entnommen werden, ohne dass die Entwicklung des Embryos langfristig beeinflusst wird [44].

3. Blastozystenbiopsie

Die Entnahme von Zellen im Blastozystenstadium, etwa fünf bis sechs Tage nach der Befruchtung, bietet die Möglichkeit, mehr als zwei Zellen zu gewinnen. Bei der Blastozystenbiopsie werden Zellen des Nährgewebes (Trophoblastzellen) entnommen, die später nicht den Embryo selbst, sondern den embryonalen Anteil der Plazenta bilden [33].

Üblicherweise erfolgt die Embryobiopsie für die PID an *Furchungsstadien* am Tag 2 oder 3 der Kultur, bevor die Fusion der Blastomeren beginnt. Alternativen sind die Biopsie von ein oder zwei *Polkörperchen* an Pronukleusstadien am Tag 1 und die Entnahme von mehreren Zellen des *Trophoektoderms der Blastozyste* am Tag 5 mit nachfolgender genetischer Untersuchung. Das Prinzip der Methode besteht in einer chemischen oder laserunterstützten Durchlöcherung der Zona pellucida und der Entnahme von ein oder zwei Blastomeren oder Polkörperchen für die genetische Diagnostik am gleichen Tag. Genetisch beeinträchtigte Pronukleusstadien oder erkrankte Embryonen werden vom Transfer *ausgeschlossen* und verworfen, so dass nur Embryonen, die den vermuteten genetischen Defekt nicht besitzen, transferiert werden [16, 45].

Alle drei Formen der PID führen eine Art „Selektion“ mit sich, an der sich Zustimmung und Ablehnung einer breiten medizinischen und nicht-medizinischen Öffentlichkeit scheiden [46].

Zudem wurde in den europäischen Zentren die Indikation für PID sehr streng gestellt: Sie ist bislang lediglich bei monogenetischen und chromosomalen Erkrankungen zugelassen und wurde in Deutschland nur in Form der Polkörperchenbiopsie durchgeführt. Dazu kommt: bis Mai 2001 wurden nur 693 Kinder nach PID geboren. Dies entspricht einer Geburtenrate pro Behandlungszyklus von nur 18 %. Wobei berücksichtigt werden muss, dass die Geburtenrate pro Zyklus nach normaler Befruchtung ca. 22 % beträgt [47].

Dies ist für unser Vorhaben, Perspektiven aus dem jüdischen Religionsgesetz in die Diskussion um die moderne Fortpflanzungsmedizin einzubringen, von großer Bedeutung. Denn genau dort, wo in Deutschland die bislang kaum praktizierte PID an ihre Grenzen stößt, sieht die Halacha die Verwendung der PID grundlegend anders.

e. Die Pränataldiagnostik

Die Pränataldiagnostik (kurz PND) ist eine weitere wichtige Säule unter den Techniken der modernen Fortpflanzungsmedizin und kommt bei der Entwicklung des ungeborenen Lebens zu einem späteren Zeitpunkt als die PID zum Einsatz [48].

Seit dem Anfang der 70er Jahre sind Methoden entwickelt worden, die es ermöglichen, einen großen Teil der embryofetalen Erkrankungen auch in der intakten Schwangerschaft nachzuweisen. Man spricht von *Pränataldiagnostik*. Hierbei wird einerseits zwischen nicht-invasiven Techniken (Sonographie), andererseits zwischen invasiven Techniken (Amniozentese, Chordozentese, Chorionzottenbiopsie) unterschieden [49].

Ungezielt ist sie derzeit defacto ein Teil jeder Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung. Gezielt ist sie jedoch die mögliche Konsequenz einer genetischen Beratung, bei der für eine bestimmte Partnerkonstellation ein über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung liegendes Erberkrankungsrisiko für eine bestimmte Erkrankung festgestellt wurde [50].

Die Risikogruppen kann man wie folgt beschreiben:

1. Erhöhtes Risiko für Chromosomenaberrationen. Betroffen davon sind in erster Linie Patientinnen über dem 35. Lebensjahr, Träger eines chromosomalen Rearrangements, Zustand nach Geburt eines Kindes mit Trisomie 21, habituelle Aborte und bestimmte mutagene Einflüsse
2. Erhöhtes Risiko für Neuralrohrdefekte

3. Erhöhtes Risiko für eine autosomal rezessive Stoffwechselerkrankung
4. Zustand nach IVF
5. Auffälliger Ultraschallbefund [51]

Damit trifft die viel später in den Fortgang der embryonalen Entwicklung eingreifende Pränataldiagnostik auf ähnliche ethische Problematiken wie die Präimplantationsdiagnostik. Stets geht es um dieselben Fragen: „Wann beginnt das menschliche Leben?“ und „In welchem Umfang ist dies schutzwürdig?“ – Zwei zentrale Frage der vorliegenden Dissertation.

III. Die rechtliche Situation der modernen Fortpflanzungsmedizin in Deutschland

Die einzelnen Maßgaben des deutschen Embryonenschutzgesetzes liefern die Grundlage, in welchem Maße moderne Fortpflanzungsmedizin betrieben werden darf und muss. Oftmals ist diese in erheblichem Maße eingeschränkt, ja sogar behindert. Dies liegt nicht zuletzt an einer oftmals komplexen Rechtsgrundlage, die zudem durch eine unterschiedliche Handhabung innerhalb Europas problematisch ist [52].

Die Einschränkungen und daraus resultierenden Probleme zeigen sich im Spiegel ihrer Beurteilung durch das deutsche Embryonenschutzgesetz.

a. Das deutsche Embryonenschutzgesetz

Das Inkrafttreten des deutschen Embryonenschutzgesetzes zum 1. Januar 1991 legte den Grundstein für eine wichtige Rechtsbasis im Umgang mit Embryonen. Bis es jedoch letztlich zu einem Embryonenschutzgesetz kam, gingen diesem verschiedene Gesetzesentwürfe voraus. So einigten sich bereits im Februar des Jahres 1988 die Staatssekretäre der vier zuständigen Ressorts (Justiz, Gesundheit, Innen sowie Forschung und Technologie) auf die Grundzüge eines "Gesetzes zur Fortpflanzungsmedizin". Dem folgten zwei Gesetzentwürfe der Bundesregierung im Jahre 1989, unter anderem das „Stammgesetz zur Regelung von Fragen der Gentechnik“. Bereits zur damaligen Zeit wurden von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, wie auch der Industrie erhebliche Einwände gegen die Gentechnik-Entwürfe erhoben. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft befürchtete schwerwiegende Folgen für deren Forschungsarbeiten. Die Industrie hingegen warnte vor einem kontrollierenden Eingriff des Staates in die gentechnische Forschung, um hieraus letztlich ein staatsmonopolistisches Instrument zu machen [53, 54].

Nach vielen Debatten und Streitgesprächen haben sich schließlich im Juli 1989 Bundesjustizminister Hans A. Engelhard und Familienministerin Ursula Lehr auf ein Embryonenschutzgesetz geeinigt, welches knapp eineinhalb Jahre später in Kraft trat [55].

Laut Gesetz gilt als Embryo „bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede einem Embryo entnommene totipotente Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen weiteren Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag.“ (ESchG §8)

Im Blick auf diesen so verstandenen Embryo aber wird jede andere Verwendung als die zu dem Zweck seiner Erhaltung bzw. zur Herbeiführung einer Schwangerschaft verboten und mit Strafe bedroht (§1, Abs. 1 und 2; §2) [56].

Die einschlägigen Stellen des Gesetzes zum Schutz von Embryonen vom 13. Dezember 1990, geändert durch Art. 22 G vom 23.10.2001, haben folgenden Wortlaut:

ESchG § 1 Missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken, besagt wie folgt:

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer

1. auf eine Frau eine fremde unbefruchtete Eizelle überträgt,
2. es unternimmt, eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt,
3. es unternimmt, innerhalb eines Zyklus mehr als drei Embryonen auf eine Frau zu übertragen,
4. es unternimmt, durch intratubaren Gametentransfer innerhalb eines Zyklus mehr als drei Eizellen zu befruchten,
5. es unternimmt, mehr Eizellen einer Frau zu befruchten, als ihr innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen,
6. einer Frau einen Embryo vor Abschluss seiner Einnistung in der Gebärmutter entnimmt, um diesen auf eine andere Frau zu übertragen oder ihn für einen nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck zu verwenden, oder
7. es unternimmt, bei einer Frau, welche bereit ist, ihr Kind nach der Geburt Dritten auf Dauer zu überlassen (Ersatzmutter), eine künstliche Befruchtung durchzuführen oder auf sie einen menschlichen Embryo zu übertragen. [57]

(2) Ebenso wird bestraft, wer künstlich bewirkt, dass eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle eindringt, oder eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle

künstlich verbringt, ohne eine Schwangerschaft der Frau herbeiführen zu wollen, von der die Eizelle stammt.

Mit dem EschG war ein Ausgleich zwischen dem Schutz des sich entwickelnden extrakorporal gezeugten Lebens, der Optimierung der Erfolgsaussichten der Herbeiführung einer Schwangerschaft unter Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften, den Gesundheitsinteressen der Frau und der künstlich gezeugten Kinder und der Vorsorge gegen möglichen Missbrauch der Reproduktionstechnologien intendiert [58].

Im Zentrum dieser Ziele steht die sog. „Dreierregel“: Es dürfen nur so viele Eizellen befruchtet werden, wie innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen und es dürfen höchstens drei Embryonen übertragen werden [59].

Das Gesetz enthält darüber hinaus Verbotsnormen zur Verhinderung des Missbrauchs der künstlichen Befruchtung zu anderen Zwecken als zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§1 bis 4) und verbietet bestimmte Verfahren, die im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung in-vitro möglich werden könnten (§5 bis 7) [60].

Das Gesetz regelt den Schutz des extrakorporal gezeugten Embryos bis zu dessen Einnistung in die Gebärmutter und einige Techniken der Fortpflanzungsmedizin weitgehend über strafrechtliche Verbote. Auf das *Strafrecht* musste zurückgegriffen werden, weil es zum Zeitpunkt des Erlasses des Gesetzes noch keine Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelung der Fortpflanzungsmedizin gab [61].

Da das Strafrecht dem Bestimmtheitsgebot und Analogieverbot unterliegt (eine Tat kann nur bestraft werden, wenn die Strafbarkeit gesetzlich bestimmt war, bevor die Tat begangen wurde, Art. 103 Abs. 2 GG), konnte nur das geregelt werden, was als strafwürdiges Verhalten Einzelner erschien. Das Strafrecht mit seinen kasuistischen Verbotsnormen ist allerdings statisch und kann die Fortschritte der reproduktionsmedizinischen Wissenschaft und Methodik nicht integrieren. Das Embryonenschutzgesetz erscheint inkomplett und bereits deswegen in vielen Passagen lückenhaft, zumal wenn es sich wie hier um die Regelung einer sich ständig weiterentwickelnden medizinischen Technologie handelt [62].

Somit strebt der Gesetzgeber mit den Verboten des ESchG 6 Ziele zum Schutz hochrangiger Rechtsgüter wie (ungeborenes) Leben an:

1. Die künstliche Befruchtung soll ausschließlich zum Zweck der Fortpflanzung eingesetzt werden.
2. Eine „gespaltene Mutterschaft“ soll verhindert werden.
3. Das Risiko, dass im Rahmen einer künstlichen Befruchtung „überzählige Embryonen“ entstehen, soll minimiert werden.
4. Die missbräuchliche Verwendung von Embryonen soll verhindert werden.
5. Dem Einstieg in eine menschenzüchtende „Eugenik“ soll begegnet werden.
6. Das Recht auf Selbstbestimmung über die eigene Fortpflanzung soll gewährleistet sein. Zur Erreichung dieser Ziele sind entsprechende Verbote statuiert worden [63].

Mit dem strengen Embryonenschutzgesetz ist Deutschland für einige EU-Länder zum Vorbild geworden. So orientierte sich beispielsweise die polnische Regierung bei der Vorbereitung ihres Fortpflanzungsmedizingesetzes am deutschen Modell [64].

Doch hierzulande stößt das Gesetz zunehmend auf Kritik. So fordern Reproduktionsmediziner schon seit Längerem ein umfassendes „Fortpflanzungsmedizingesetz“, das die „Gesamtheit der Fortschritte ihrer Fachrichtung berücksichtigt“ [65].

Jedoch war hierfür eine Ergänzung des Grundgesetzes von Nöten, weil sowohl der Bund als auch die Landesregierung eine Regelung durch Ländergesetze für nicht ausreichend halten. Ende 1994 wurde die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur Regelung des Rechts der Fortpflanzungsmedizin im Grundgesetz etabliert [66].

Art. 74 Abs. 1 GG benennt im Einzelnen die Gebiete, auf die sich die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes bezieht. Am 15.11.1994 trat die neue Nr. 26 des Art. 74 Abs. 1 GG in Kraft, die dem Bund die Gesetzgebungskompetenz zuweist für »die künstliche Befruchtung beim Menschen, die Untersuchung und die künstliche Veränderung von Erbinformationen sowie Regelungen zur Transplantation von Organen und Geweben«. Durch Gesetz vom 28.8.2006 wurde u.a. die Nr. 26 neu gefasst (BGBl. I S. 2034). Sie lautet nun wie folgt: [Die konkurrierende Gesetzgebung erstreckt sich auf folgende Gebiete]: »die

medizinisch unterstützte Erzeugung menschlichen Lebens, die Untersuchung und die künstliche Veränderung von Erbinformationen sowie Regelungen zur Transplantation von Organen, Geweben und Zellen«. Damit wurde (was mit der vorhergehenden Fassung der Nr. 26 zwar intendiert, aber im Wortlaut nicht klar genug zum Ausdruck kam) klargestellt, dass dem Bund die Gesetzgebungskompetenz nicht nur für die Erzeugung menschlichen Lebens durch künstliche Befruchtung, sondern auch für andere Verfahren der künstlichen Erzeugung menschlichen Lebens zusteht [67].

Der Bund besitzt seitdem das Gesetzgebungsrecht zur Fortpflanzungsmedizin und zwar soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht [66].

Die dringende Erfordernis eines Fortpflanzungsmedizingesetzes, das über das Strafrecht hinaus die Technologie der Fortpflanzungsmedizin umfassend und ergänzend regelt, wird – soweit ersichtlich – weder in der Politik noch in der Wissenschaft oder Praxis bestritten. Die Rufe danach sind inzwischen Legion, denn wichtige Bereiche und Aspekte der Fortpflanzungsmedizin blieben bislang gesetzlich unregelt, unter anderem die folgenden:

- wie mit „überzähligen“ Embryonen zu verfahren ist (Zulässigkeit, Voraussetzungen und Zeitdauer der Aufbewahrung bzw. Kryokonservierung)
- zivilrechtliche Statusfrage bei der Anwendung der Technologie (Fragen der Anwendung fortpflanzungsmedizinischer Verfahren bei Eheleuten, bei nicht verheirateten Paaren und bei Alleinstehenden, Voraussetzungen und Folgen der donogenen bzw. heterologen Samenspende):

So erwähnt das alte Embryonenschutzgesetz die Samenspende mit keinem Wort. Zwar haben auf diesem Weg gezeugte Kinder einen Anspruch darauf, ihre genetische Herkunft zu erfahren. Wie sie diesen einlösen, ist aber unregelt. Denn die Spender beharren auf Anonymität, um Unterhalts- und Erbansprüche zu vermeiden [68].

- Voraussetzungen der Einführung von in der Erprobung befindlichen Verfahren bzw. Neulandverfahren [69].

Mit dem nun im Jahre 2010 prägnanten Urteil des Bundesgerichtshofes im Zusammenhang mit der Anwendung und Zulassung der PID (Näheres dazu in Kapitel III, Absatz d) wurde die Forderung nach einem eigenständigen Fortpflanzungsmedizingesetz erneut untermauert, welches für wesentlich mehr Klarheit sorgen könnte, als es ein Embryonenschutzgesetz vermag [70].

b. Die beschränkte Zulassung der In-Vitro-Fertilisation

Die Regelungen des deutschen Embryonenschutzgesetzes führten unter anderem dazu, dass in Deutschland die für das Arbeiten der Fortpflanzungsmedizin notwendige Auswahl der befruchteten Eizellen noch im Stadium des Befruchtungsvorganges, also im Vorkernstadium, erfolgen muss. Denn nur die erst soweit gediehenen Eizellen gelten im Sinne des § 8 des Embryonenschutzgesetzes nicht als Embryonen [71].

Das hat aber einschneidende Folgen:

§ 8 Begriffsbestimmung

1. Bereits in den ersten vierundzwanzig Stunden nach der Kernverschmelzung hält das Gesetz die befruchtete Eizelle für entwicklungsfähig, es sei denn dass schon vor Ablauf dieses Zeitraums festgestellt wird, dass sich diese nicht über das Einzellstadium hinaus zu entwickeln vermag.

Das heißt, die In-Vitro-Fertilisation kann von vornherein nur in äußerst beschränktem Ausmaß realisiert werden [72].

2. Dazu kommt: Als Embryo im Sinne des Gesetzes gilt bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an. Ferner jede dem Embryo entnommene totipotente Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen weiteren Voraussetzung zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag [73].

Die befruchtete Eizelle fällt damit schon in einem sehr frühen Stadium unter das Embryonenschutzgesetz. Damit aber wird die moderne Fortpflanzungsmedizin weitgehend von ihren Zugriffsmöglichkeiten fern gehalten.

3. Zwar kann auch schon an der im Befruchtungsvorgang befindlichen Eizelle das Entwicklungspotential durch eine morphologische Beurteilung abgeschätzt werden. Aber die Unterschiede im Entwicklungspotential einzelner Embryonen sind zu späteren Stadien der Entwicklung weitaus besser ersichtlich [74].

Dies ist für unser Thema interessant, denn es zeigt die nur sehr eingeschränkt mögliche Handhabung der IVF in Deutschland. Denn dadurch, dass das Entwicklungspotential einer befruchteten Eizelle bereits in einem sehr frühen Stadium abgeschätzt werden „muss“, erscheint es schwer die befruchtete Eizelle adäquat nach morphologischen Kriterien zu beurteilen [75].

4. Des Weiteren setzt die sogenannte „Dreier-Regel“ der IVF-Behandlung weitere Grenzen. Diese „Dreier-Regel“ besagt, dass nur maximal drei befruchtete Eizellen zu Embryonen weiterkultiviert und später transferiert werden dürfen. So heißt es unter 4.1 in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion: *“Für die Unfruchtbarkeitsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen maximal drei Eizellen befruchtet und drei Embryonen einzeitig auf die Mutter übertragen werden.“* Und dabei bezieht man sich auf §1 Abs.1 Nr.3 des ESchG [76]:

§1 Missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken

- 1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer es unternimmt, innerhalb eines Zyklus mehr als drei Embryonen auf eine Frau zu übertragen

Im Ganzen wird man folgern müssen, dass die Verwahrungen und Einschränkungen des Embryonenschutzgesetzes die durch die IVF eröffneten Chancen massiv beeinträchtigen und damit die moderne Fortpflanzungsmedizin in weiten Teilen nicht ungehindert ihre Möglichkeiten ausschöpfen kann [77].

c. Die eingegrenzte Zulassung der Pränataldiagnostik

Neben der Reproduktionsmedizin erfährt auch die Pränataldiagnostik eine Eingrenzung, in welchem Rahmen sie durchgeführt werden darf. Dies scheint auf den ersten Blick nicht offensichtlich, da die Pränataldiagnostik längst zu den gängigen invasiven und nicht-invasiven Diagnostiken einer jeden Schwangerschaft zählt [50].

Ein wesentlich einschlägiger Befund jedoch ist der, dass es in Deutschland noch keine speziellen gesetzlichen Regelungen gibt, die festlegen, ob und unter welchen Voraussetzungen der Arzt eine Pränataldiagnostik durchführen bzw. eine Frau sie verlangen darf [78].

Trotzdem ist die PND jedoch eine auch rechtlich anerkannte Form ärztlicher Tätigkeit und wurde bereits 1976 in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen [79].

Zur Klärung dieses Dilemmas hat die Bundesärztekammer „Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen“ verabschiedet sowie eine „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“ beschlossen. Beide Stellungnahmen sind als solche jedoch weder für den Arzt noch für die Schwangere, die eine Pränataldiagnostik durchführen lassen möchte, unmittelbar rechtsverbindlich. Vielmehr bringen sie lediglich die aus *ärztlicher Sicht* gebotenen Voraussetzungen und Grenzen einer Pränataldiagnostik zum Ausdruck. Eine Umsetzung in verbindliches Satzungsrecht der Landesärztekammern ist – soweit ersichtlich – bisher nicht erfolgt [80].

Zu Recht wird in den genannten Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass die rechtliche Bewertung der PND zum einen das Lebensrecht des Ungeborenen (BVerfG vom 28.5.1993, AZ.: - 2 BvF 4/92 -) und zum anderen die aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht folgende Handlungsfreiheit der Frau/Eltern (Grundgesetz Art. 2 Abs. 2) auf selbstbestimmte Mutterschaft/Elternschaft einbeziehen müsse. Das ärztliche Handeln habe sich daher an diesen beiden gleichermaßen grundrechtlich geschützten Positionen zu orientieren [81].

Zudem folgt aus dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren, dass eine PND nicht ohne ihre Einwilligung nach Aufklärung (und erst recht nicht gegen ihren Willen) erfolgen darf. Daher ist die Einwilligung der Schwangeren die primäre rechtliche „Indikationsgrundlage“ für eine PND [82].

Allerdings ist der Arzt auch nicht verpflichtet, eine PND durchzuführen, die er aus seiner ärztlichen Sicht nicht verantworten kann. Ebenso kann er die Untersuchung/Behandlung der Schwangeren auch abgesehen von Notfällen grundsätzlich ablehnen, wobei die Einwilligung der Schwangeren eine notwendige, aber nicht hinreichende rechtliche Bedingung für die Durchführung einer PND ist [83].

Eine weitere wichtige Säule, die zu den rechtlichen Grundlagen der Pränataldiagnostik zählt, ist die Rechtshandhabung des Schwangerschaftsabbruches – eine häufige Konsequenz der PND.

In Deutschland wird der Schwangerschaftsabbruch nach §218 des Strafgesetzbuches (StGB) mit Freiheitsstrafe bedroht [84]. Jedoch hat die Strafandrohung für Arzt und Schwangere zahlreiche Ausnahmen und Grenzen. Diese sind unter §218a aufgelistet und lauten wie folgt:

1. §218a Abs. 1 (*Fristenlösung mit Beratungspflicht*): Die Schwangere verlangt den Abbruch und kann nachweisen, dass sie an einer Schwangerschaftskonfliktberatung teilgenommen und danach eine dreitägige Bedenkfrist eingehalten hat. Hier ist der Schwangerschaftsabbruch nur innerhalb der ersten zwölf Wochen nach der Befruchtung (d. h. 14 Wochen gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung) zulässig. Für die Schwangere gilt diese Ausnahme im Gegensatz zum Arzt nach §218a Abs. 4 bis zur 22. Woche (24 Wochen p.m.).
2. §218a Abs. 2 (*Medizinische Indikation*): Es besteht eine Gefahr für das Leben oder die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren, welche nur durch einen

Schwangerschaftsabbruch abgewendet werden kann. Dann besteht Straffreiheit während der gesamten Zeit der Schwangerschaft.

3. §218a Abs. 3 (*Kriminogene oder kriminologische Indikation*): Es besteht Grund zu der Annahme, dass die Schwangerschaft Folge einer Vergewaltigung oder einer vergleichbaren Sexualstraftat ist. Auch hier ist der Schwangerschaftsabbruch nur innerhalb der ersten zwölf Wochen zulässig [85].

Wenn man sich nun die rechtlichen Grundlagen der IVF im Vergleich zur Pränataldiagnostik vor Augen führt, so macht es den Anschein, dass der in-Vitro befindlichen, befruchteten Eizelle zunächst mehr Rechte zugesprochen werden als dem in-Vivo im Mutterleib befindlichen ungeborenen Leben. Oder anders gesagt, wie der Journalist Oliver Maksin folgende These formulierte: „In der deutschen Gesetzgebung zeigt sich eine gewisse Schieflage. Hierbei steht ein relativ starker Embryonenschutz einem schwach geschütztem Leben im Mutterleib gegenüber“ [86].

d. Zwischen Zulassung und Nichtzulassung: Die Präimplantationsdiagnostik

In Deutschland konnte die Präimplantationsdiagnostik (PID) aufgrund der Bestimmungen des ESchG bislang nicht durchgeführt werden. Diese Situation hat sich im Juli 2010 durch ein wichtiges Urteil des Bundesgerichtshofes maßgebend verändert.

Bislang galt es, dass das im ESchG enthaltene Verbot des Verbrauchs von Embryonen der Anwendung der PID in Deutschland entgegen stand, da nach dem Embryonenschutzgesetz bereits eine Blastomere einem ganzen Embryo gleichgestellt werden muss. Denn das

Embryonenschutzgesetz rechnet mit Embryonen im Stadium der Totipotenz, also bereits vom Zeitpunkt der Verschmelzung der Vorkerne an, bis etwa zum 8-Zeller [87].

Die Enquete-Kommission des deutschen Bundestages „Recht und Ethik in der modernen Medizin“ kam im Jahre 2001 zu der Ansicht, dass nach dem Embryonenschutzgesetz eine Eizelle nur zum Zweck der Herbeiführung einer Schwangerschaft fertilisiert, jedoch keinesfalls zu einer genetischen Analyse herangezogen werden dürfe, wie es das vorrangige Ziel der PID ist [88].

Die Mehrheit der Kommission kam zu der Auffassung, dass es § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG verbietet, menschliche Embryonen nach künstlicher Befruchtung außerhalb des Mutterleibes einer Diagnose zu unterziehen und genetisch belastete Embryonen gegebenenfalls "zu verwerfen". Die Kommission folgte darin dem einstimmigen Votum der Themengruppe "Reproduktionsmedizin und Embryonenschutz". Nach dieser Auslegung des ESchG muss sich also die Absicht der "Herbeiführung einer Schwangerschaft" auf den einzelnen, künstlich erzeugten Embryo beziehen. Es entspricht demzufolge nicht dem Zweck des Embryonenschutzgesetzes, mehrere Embryonen "auf Probe" herzustellen und nur diejenigen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft zu verwenden, die den Gentest "bestanden" haben [89].

Nach Anhörung von Sachverständigen, der Durchführung einer Online-Konferenz und nach intensiven Diskussionen innerhalb der Themengruppe "Reproduktionsmedizin und Embryonenschutz" kam die Enquete-Kommission schließlich mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass *die Anwendung der PID in Deutschland nicht mit dem Embryonenschutzgesetz (ESchG) vereinbar sei* [90].

Allerdings bezieht sich, wie schon gesagt, das ESchG nur auf Embryonen nach der Verschmelzung der beiden Vorkerne *im Stadium der Totipotenz* der Zellen, die bis zum 8- bis 16-Zeller gegeben ist, so dass die PID an Pronukleusstadien (noch kein Embryo im Sinne des ESchG) und an Embryonen über das Stadium des 8-Zellers hinaus sowie Blastozysten (kein Embryo mehr im Sinne des ESchG) zulässig wäre. Die PID könnte demzufolge mit Zustimmung des ESchG im Stadium des Pronukleus oder nach dem Stadium des 8-Zellers ihre Anwendung finden. Dies wird jedoch durch den Umstand nahezu unmöglich gemacht, dass das ESchG verbietet, mehr als 3 Pronukleusstadien zu kultivieren, da bei der PID an nur drei Zygoten nach Aussonderung der genetisch aberranten Stadien in vielen Fällen keine genetisch „normalen“ Embryonen für den Transfer zur Verfügung stehen [16].

Somit lässt das Embryonenschutzgesetz bislang so gut wie keinen Raum für eine aussichtsreiche Anwendung der PID.

Die Argumente der Befürworter des Verbots der PID sind hier von entscheidendem Gewicht. Sie argumentieren unter anderem, dass sie von einer uneingeschränkten Menschenwürde des Embryos (Art. 1 Abs. 1 GG) ausgehen. In diesem Sinne setzt die Rechtfertigung eines PID-Verbots wegen der Menschenwürde dreierlei voraus. Zum einen, dass der Embryo bereits vor der Nidation Träger der Menschenwürde ist, dass die PID einen Eingriff in die Menschenwürde darstellt sowie dass dieser Eingriff schwerer wiegt als der in die Menschenwürde der Mutter [91, 92].

Zusammengenommen bewirken diese drei Aussagen über die vollkommene Menschenwürde eines Embryos eine argumentative Unangreifbarkeit, die jede differenzierende Argumentation der Reproduktionsmediziner von vornherein zum Misserfolg verurteilt. Auch und gerade dann, wenn die Befürworter des PID-Verbots ihren Standpunkt auch noch dadurch zu erhärten versuchen, dass sie die „körperliche Unversehrtheit“ der getesteten Embryonen durch die Entnahme auch nur einer einzigen Zelle verletzt und das Lebensrecht der verworfenen Embryonen angegriffen sehen [3].

Etwas anders steht es, wenn die Befürworter des Verbots auf Art. 3 Abs. 3 GG verweisen und zu bedenken geben, dass dieses Gesetz vor allem Embryonen betreffe und damit von vornherein den Status von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft zusätzlich erschwere: Die PID verstoße damit gegen die Diskriminierungsverbote des Art. 3 Abs. 3 GG [93]. Hier wird auf die Gefährdung des Lebensbereiches Menschen mit Behinderungen verwiesen [94]. Damit ist jedoch primär die Rechtsprechung herausgefordert. Sie muss hier klare Regelungen schaffen, die sowohl das Recht und die Akzeptanz von Leben mit Behinderungen als auch das Heilpotential der PID schützen und abgrenzen muss.

Problematisch an der bisherigen Praxis eines „quasi“-Verbots der PID ist, dass ausschließlich aus der Sicht des Embryos argumentiert wird, während den Meinungen und Perspektiven der Ärzte sowie betroffener Patienten kaum Achtung geschenkt wird [95].

Was zunächst die Grundrechte des vom Verbot der PID unmittelbar betroffenen Arztes angeht (Art. 12 GG, Art. 5 Abs. 3 GG), so bedarf es keiner weiter reichenden Argumentation, dass dieses Verbot der PID die ärztliche Berufsausübung (Art. 12 GG) massiv reduziert [96]. Unzweifelhaft ist auch, dass jede Einschränkung der Erforschung noch nicht bekannter Aspekte der Reproduktionsmedizin – und damit natürlich auch der PID – die ärztliche Forschungsfreiheit (Art. 5 Abs. 3 GG) in beträchtlichem Maße einengt [97]. Man darf dabei auch nicht von der Tatsache absehen, dass es der übergroßen Zahl der in der Reproduktionsmedizin tätigen Ärzte nicht allein um die berufliche Selbstverwirklichung geht – oder gar ausschließlich um den wirtschaftlichen Erfolg –, die dadurch beeinträchtigt würden. Sondern man muss davon ausgehen, dass durch das Fast-Verbot der PID im Embryonenschutzgesetz auch das Standesrecht der Mediziner angerührt wird, vorhandene und erprobte medizinische Methoden zugunsten ihrer Patient(inn)en einzusetzen. Darin liegt ein erheblicher Eingriff in die Berufsfreiheit des Arztes, der ebenso mit erheblichen Gewissensproblemen einhergeht [98].

Neben den Grundrechten der Ärzte wird durch das Fast-Verbot der PID aber auch das Elternrecht herausgefordert. Denn Eltern haben aus ihrer Fürsorgepflicht für das künftige Kind (Art. 6 Abs. 2 GG) grundsätzlich auch die Verantwortung für die im Zusammenhang mit der IVF entstehenden Embryonen. Allein die Eltern haben im Benehmen mit dem Arzt darüber zu entscheiden, ob eine Implantation vorgenommen werden soll und ob sie bereit sind das dabei entstehende Risiko zu tragen. Nur sie können letztlich darüber entscheiden, ob das entstehende Leben unter Umständen dem Risiko schwerster Krankheit, Behinderung und Leiden ausgesetzt wird (Art. 6 Abs. 2 GG) und ob ein Kind mit Behinderungen für sie unter Umständen eine Belastung darstellt [99, 100].

Die daraus resultierende Fürsorgepflicht umfasst auch das Recht der Eltern zu entscheiden, ob sie ein Kind mit Behinderung annehmen wollen oder nicht, sobald eine defiziente genetische Veranlagung schon im Embryo festgestellt wird. Hierbei geht es nicht um das „Recht auf ein gesundes Kind“ oder gar um ein unrechtmäßig in Anspruch genommenes „Recht auf Selektion“, sondern schlicht um die nach vorne greifende Verantwortung, die in Art. 6 Abs. 2 GG verfassungsrechtlich geschützt ist. Fürsorge bedeutet hier verantwortliches Entscheiden, verantwortliches Entscheiden bedeutet informiertes Entscheiden. „Recht auf Wissen“, wie es nur die PID bereitstellen kann, ist also nicht nur im Recht auf die körperliche Unversehrtheit

der Mutter, sondern auch und gerade in der elterlichen Fürsorge für das Kind verfassungsrechtlich verankert [101].

Unbestritten kommt auch dem Grundrecht auf Leben und Gesundheit der **Mutter** (Art. 2 Abs. 2 GG) in Fragen der In-Vitro-Fertilisation, der Präimplantations- und Pränataldiagnostik große Bedeutung zu [102].

Dieses Grundrecht gebietet, die Mutter im Rahmen des medizinisch und rechtlich Möglichen vor physische und psychische Gefahren im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt zu schützen [103].

So kann kein Zweifel bestehen, dass die Grundrechte der Ärzte, Eltern und natürlich der Mutter sich nicht ohne weiteres mit dem Fast-Verbot der PID vereinbaren lassen [104].

Es ist unverkennbar, dass der Streit um die PID noch keineswegs entschieden ist. Die Argumente auf beiden Seiten sind noch nicht soweit vorangetrieben worden, dass eine Seite für sich allein die rechtlich zutreffende Position beanspruchen darf. Befürworter und Gegner der PID stehen sich gewissermaßen in tief aufgeschütteten Gräben einander gegenüber [105].

In dieser ziemlich festgetretenen Situation rechtlicher Unklarheit und Unsicherheit war es ein einzelner Gynäkologe, der eine gerichtliche Rechtfertigung seiner eigenen ärztlichen Arbeit anstrebte: Dr. Matthias Bloechle, Reproduktionsmediziner aus Berlin, führte in drei Fällen eine PID durch, obwohl die Durchführung der Diagnostik noch verboten war und klagte sich anschließend selbst an. Bloechle erreichte schließlich über alle einschlägigen Instanzen hinweg ein Urteil, das für ihn günstig war und seine Arbeit bestätigte [106].

Näher ging es bei seiner Selbstanklage um drei Patientinnen Bloechles, die aufgrund von Erbkrankheiten mit einem deutlich erhöhten Risiko genetischer Defekte bei ihren befruchteten Eizellen rechnen mussten. Im konkreten Fall ging es um strukturelle Chromosomenaberrationen, also Translokationen bei jeweils einem Elternteil der drei Paare – monogene Erkrankungen sind damals nicht untersucht worden [107]. Eines der drei Paare

suchte Bloechle nach drei vorangegangenen Fehlgeburten auf, nachdem eine Humangenetikerin die Diagnose einer „familiären Translokation zwischen den Chromosomen 2 und 22. Heterozygotie für die MTHFR-Mutationen C677T und A1298C“ gestellt hatte [108]. Um doch noch ein gesundes Kind zu bekommen, lag deren letzte Hoffnung bei dem in Berlin tätigen Reproduktionsmediziner.

Bloechle, der mit dem Befund eines deutlich erhöhten Risikos an genetischen Defekten rechnete, schloss mit seinen drei Patientinnen Behandlungsverträge ab und entnahm dann in der Zeit von Dezember 2005 bis Mai 2006 insgesamt acht extrakorporal befruchtete Eizellen, die jeweils eine Vorkernbildung aufwiesen und züchtete sie in einer Embryokultur weiter. Die Kammer des Berliner Landesgerichts stellte auch fest, dass der Arzt im sogenannten Blastozystenstadium der Eizelle präimplantationsdiagnostische Untersuchungen vornahm und dabei erwartungsgemäß schwere genetische Defekte an insgesamt vier Eizellen feststellte. Nachdem er seine drei Patientinnen über das PID-Untersuchungsergebnis informiert hatte, lehnten diese die Überführung in die Gebärmutter ab. Der Arzt respektierte diesen Wunsch, unterband eine Weiterbebrütung der belasteten Embryonen und ließ sie absterben [109].

All dessen klagte sich Dr. Matthias Bloechle selbst an und vertrat vor dem Berliner Landesgericht die Meinung, dass eine Mehrheit, die von solchen Problemen gar nicht betroffen ist, einer Minderheit Betroffener nichts vorschreiben kann, mit deren Folgen sie später einmal nichts zu tun haben würde [110]. Sein Verteidiger, Daniel Krause, vertrat unter anderem die Meinung, dass bei einer PID ohnehin nichts anderes geschehe, als bei einer genetischen Untersuchung des Fetus während der Schwangerschaft. Weiterhin stellte er fest, dass nach der Logik der Berliner Staatsanwaltschaft die defekten Embryonen hätten eingepflanzt werden müssen, um später mit der Zustimmung der Rechtsgrundlage im Zuge einer dann erlaubten Spätabtreibung die Schwangerschaft zu beenden [111].

Konfrontiert mit einer solchen Darstellung der Sachverhalte durch den sich selbst anklagenden Arzt und seinen Verteidiger kam das Gericht im Mai 2009 zu dem Urteil, dass die von Dr. Matthias Bloechle praktizierte Form der PID nicht gegen die Strafnorm des Embryonenschutzgesetzes verstoße. Es begründete diese Einstellung wie folgt: Im Ergebnis würde sich bei einem Verbot der PID und dem Verwerfen schwerstgeschädigter Eizellen ein Wertungswiderspruch dahingehend ergeben, dass der Schutz für eines im Reagenzglas gezeugten Embryos stärker sei als der Schutz für einen Embryo, der auf natürlichem Wege

gezeugt wurde. Denn beispielsweise verhindere auch die legale „Spirale“ die Einnistung von auf natürlichem Wege befruchteten Eizellen [112].

Das Gericht schloss sich dem Argument des Verteidigers an, dass der Transfer von mit schwersten genetischen Auffälligkeiten behafteten Eizellen in die Gebärmutter letztlich entweder zu einem Abort, einem legalen Schwangerschaftsabbruch oder einem mit schwersten Behinderungen geborenen nach wenigen Tagen ohnehin versterbenden Kind führen würde. Diese seelischen und körperlichen Qualen für Eltern gelte es zu vermeiden. Die Richter sagten auch, dass der Angeklagte letztlich aus Rechtsgründen an der Überführung der genetisch geschädigten Eizellen gehindert war, weil die Patientinnen dies verweigert hätten. Darüber hinaus verbiete das Embryonenschutzgesetz aber den Transfer von Eizellen gegen den Willen der Frau und so stellte die Staatsanwaltschaft Berlin das Verfahren im Januar 2006 mit dem Hinweis auf das Vorliegen eines unvermeidbaren Verbotsirrtums nach § 170 Abs. 2 StPO ein [113].

Somit sprach das Berliner Landgericht den Arzt Dr. Matthias Bloechle im Mai 2009 frei. Die Berliner Staatsanwaltschaft legte dagegen Revision ein.

Im Jahre 2010 kam es dann zu einer Wiederaufnahme des Falles im Zusammenhang mit einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes. Die Entscheidung des Bundesgerichtshofes mobilisierte eine Vielzahl von Gegnern und Befürwortern der Präimplantationsdiagnostik [114].

Der Bundesgerichtshof schloss sich den Argumenten des Berliner Landgerichtes an und betonte darüber hinaus, dass eine PID bei genetisch vorbelasteten Eltern nicht bedeute, dass Embryonen generell „selektiert“ würden. Das Gericht erklärt zudem, „dass Gegenstand seiner Entscheidung nur die Untersuchung von Zellen auf schwerwiegende genetische Schäden sei. Einer unbegrenzten Selektion von Embryonen anhand genetischer Merkmale, etwa die Auswahl von Embryonen, um die Geburt einer 'Wunschtöchter' oder eines 'Wunschsohnes' herbeizuführen, wäre damit nicht der Weg geöffnet“ [115].

Diese Entscheidung des Bundesgerichtshofes zeigt, dass das Embryonenschutzgesetz bis heute enorme Lücken aufweist. Es sollte durch ein – von vielen Experten gefordertes – Fortpflanzungsmedizingesetz ergänzt werden, welches klare Regeln setzt [116].

Im Übrigen stieß das Urteil des Bundesgerichtshofes auf den gesteigerten Widerstand der Gegner der PID, was sich anhand der im Oktober 2010 begonnen Diskussion innerhalb der Parteien des Deutschen Bundestages zeigte.

Die Spannbreite der Meinungen reicht nach wie vor von der Forderung nach einem völligen Verbot der PID bis zu ihrer gänzlichen Freigabe. Das Urteil des Bundesgerichtshofes, das die PID in Grenzen erlaubt, scheint die alten Vorbehalte eher noch mehr herauszufordern als diese niederzuhalten [117].

e. Vergleich mit anderen Ländern

Bei gleichen, weltweit standardisierten technischen Abläufen innerhalb der humanen Reproduktionsmedizin stellt sich die Rechtslage sowohl innerhalb als auch außerhalb Europas sehr unterschiedlich dar. Mit Blick auf Deutschland scheint sich der Grundsatz zu bewahrheiten, dass der Einsatz der PID umso freier und unvoreingenommener praktiziert wird, je weiter entfernt von deutschem Rechtsgebiet Reproduktionsmediziner tätig werden [118].

1. Frankreich:

Für den Embryo herrscht in Frankreich eine andere Rechtsgrundlage. Es wurde bereits im Jahre 2001 vom dortigen Nationalen Ethikkomitee CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé) dafür plädiert, eine eng eingegrenzte Freigabe der Forschung an überzähligen Embryonen zu legitimieren. Im Jahre 2010 untermauerte das Komitee seine Forderung erneut mit der Argumentation: „Man schützt den menschlichen Embryo nicht dadurch vor seiner Zerstörung, dass man Forschung an ihm untersagt“ [119].

Ebenso zeigt sich, dass in Frankreich eine größere Bereitschaft zur Kostenübernahme der assistierten Reproduktion besteht. So wird für IVF (wie auch für PND und PID) ein Großteil der Kosten übernommen, woraus folgt, dass Frankreich ein Land mit besonders großem Verbreitungsgrad von Techniken der Assistenten Reproduktion darstellt. Mehrere Quellen nennen für IVF einen Prozentsatz von 1,0 bis 1,3 Prozent aller Geburten in Frankreich [120].

In Frankreich sind die Eizellspende, die PID sowie die Embryonenauswahl nach morphologischen Kriterien grundsätzlich möglich [121].

Denn in Frankreich wird die Anwendung von der PID seit 1994 durch das Bioethikgesetz (Loi No. 94-654 du 29 juillet 1994) reguliert, welches 2004 neu gefasst wurde (Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique) [122].

Die PID ist demnach zur Vermeidung schwerer genetischer Krankheiten erlaubt, die zum Zeitpunkt der Diagnose als unbehandelbar und unheilbar gelten. Die Diagnostik darf jedoch nicht durchgeführt werden, wenn zuvor nicht eindeutig bei einem Elternteil die Anomalie festgestellt wurde, die für jene Krankheit verantwortlich ist. Sie darf außerdem nur in einer speziell hierfür zugelassenen Einrichtung praktiziert werden. Und schließlich müssen Paare vorab mindestens zwei Jahre zusammenleben [120].

Bemerkenswert ist auch, dass in Frankreich eine behördliche Kommission für eine Zulassung beziehungsweise Kontrolle der PID sorgt [123].

In diesem gesetzlichen Rahmen von 1997 und 1998 bewarben sich in Frankreich insgesamt zehn Zentren zur Durchführung der PID, aber nur drei von ihnen – in Paris, Straßburg und Montpellier – erhielten die beantragte PID-Zulassung und in absehbarer Zeit dürfte sich diese Zahl kaum erhöhen. (Die Zentren in Paris und Straßburg sind seit August 1999 zugelassen, das Zentrum in Montpellier seit Januar 2000.) Alle drei Zentren sind nicht privat, sondern gehören zum öffentlichen Gesundheitssystem [124].

Obwohl Frankreich mit seiner Gesetzgebung der PID am weitesten entgegenkommt, ist deutlich, dass sich die Praxis der PID innerhalb klar definierter Grenzen bewegt: Die Gesetzgebung schließt die Anwendung der PID zur Erzeugung von „Designer-Babys“ klar aus [125].

2. Großbritannien:

Großbritannien hat innerhalb Europas eine der liberalsten Gesetzgebungen im Umgang mit Embryonen. Das einschlägige Gesetz zur menschlichen Befruchtung und Embryologie vom 1.11.1990 (Human Fertilisation and Embryology Act) ließ jedoch eine Reihe von konfliktbeladenen Zugriffen beim Experimentieren mit Embryonen ungeklärt offen. Das hatte zur Folge, dass ein beratendes Gremium eingesetzt wurde, bei dem verbindlich die Genehmigung für reproduktionsmedizinische Handlungen im Bereich der menschlichen Befruchtung und Embryologie eingeholt werden müssen.

Ebenso erfordert jeder medizinische Umgang mit Embryonen eine vorherige Genehmigung durch dieses Gremium [126].

Im Einzelnen legte der Genehmigungsausschuss folgende Grundregeln fest: Ab der Primitivlinie (14 Tage nach der Befruchtung) ist in jedem Falle der Gebrauch von Embryonen verboten [127].

Der Genehmigungsausschuss legte das Gesetz zur menschlichen Befruchtung und Embryologie auch dahingehend fest, dass sowohl die Ersetzung des Zellkerns eines Embryos als auch jeder Eingriff in die nachfolgende Entwicklung eines Embryos streng verboten wird. Des Weiteren gibt das Gesetz die Voraussetzungen an, unter denen eine Genehmigung für Forschungen erteilt werden kann [128].

In Großbritannien finden deutlich weniger IVF-Behandlungen statt als in anderen europäischen Ländern. Nach Angaben der Forscher kommt es lediglich zu 600 Befruchtungsversuchen je eine Million Frauen, was nicht zuletzt daran liegt, dass in Großbritannien die strengen regionalen Gesundheitsbehörden ("Primary Care Trusts") darüber entscheiden, ob die Kosten einer IVF-Behandlung übernommen werden oder nicht [129].

Eizellspende, PID sowie Embryonenauswahl sind nach morphologischen Kriterien nicht verboten [121].

PID und die damit einhergehende Selektion von Embryonen sind nur an lizenzierten Zentren, wie in Glasgow, Hammersmith, London und Nottingham [130] generell erlaubt.

Das britische Gesundheitsministerium hat im Jahre 2002 zudem Richtlinien für die Inanspruchnahme von PID herausgegeben. Gründe für PID sind demnach schwerwiegende Erbkrankheiten, chromosomale Störungen und die Untersuchung der Eignung eines potentiellen Gewebespenders für ein bereits lebendes erkranktes Geschwisterkind [120].

Auch in Großbritannien zeigt sich somit deutlich, dass eine Gesetzgebung, die den medizinischen Gegebenheiten und Praktiken gerecht zu werden versucht, die PID nicht grob verbieten muss, sondern ihren humanen Wert in aller Regel bestätigen kann [131].

3. Polen:

Die Rechtsgrundlage des Embryos in Polen scheint zunächst äußerst komplex zu sein. Zurzeit gilt die Richtlinie vom 13. Januar 2004. Diese besagt unter anderem, dass „Forschung an embryonalen Stammzellen nur dann zugelassen werden sollte, wenn sie die Rettung menschlichen Lebens zum Ziel hat.“ Hier bietet die Definition des „menschlichen Lebens“ jedoch viel Interpretationsspielraum [132].

In Polen geht der Kinderwunsch bei jedem vierten bis fünften Paar nicht auf natürliche Weise in Erfüllung. Für diese 20 bis 30 Prozent der polnischen Paare, die Schwierigkeiten haben, auf natürlichem Wege ein Kind zu bekommen, gilt die WHO-Definition, nach der Unfruchtbarkeit als behandlungsbedürftige Krankheit anerkannt wird. Und das heißt natürlich, dass die erprobten Möglichkeiten der modernen Fortpflanzungsmedizin an sich für solche „unfruchtbaren“ Paare offen stehen sollten, also IVF und in diesen Zusammenhang auch die PID, die ja um die genetische Gesundheit des Embryos besorgt sein will [133].

Im Umgang mit der IVF kommt Polen zu einem anderen Gebrauch als hierzulande, was daran liegt, dass moralische und ethische Widersprüche vorliegen. Das beginnt schon damit, dass viele Juristen und Theologen den Begriff Unfruchtbarkeit nur im Sinne mit „ehelicher Unfruchtbarkeit“ zu akzeptieren vermögen [134].

Das, was die IVF unter anderem ermöglicht, nämlich die Einpflanzung fremd gespendeter Ei- und Samenzellen wird damit grundsätzlich und aus weltanschaulichen Gründen verneint.

90 Prozent aller Polen sind katholisch und bekanntlich verwarf Papst Johannes Paul II. in der von ihm verfassten Enzyklika „Evangelium Vitae“ im Jahre 1995 alle Reproduktionstechniken, mit der Begründung menschliches Leben dürfe nicht künstlich und durch Menschenhand, sondern ausschließlich „auf natürliche Weise“ entstehen und sich entwickeln [135].

Indessen weigert sich ein beachtlicher Teil der polnischen Bevölkerung im Bereich der Sexualität und Fortpflanzung die Gebote und Verbote der katholischen Kirche zu befolgen. Sie sprechen somit der Kirche das Recht ab, sich in das Thema der assistierten Reproduktion einzumischen, was sich nicht zuletzt daran zeigt, dass sich nach jüngsten Berechnungen jährlich circa 2000 Paare in Polen für eine IVF entscheiden [136].

Im Jahre 2009 kam es dann zu einem eigentlich nur in Polen denkbaren Eklat: Es scheiterte eine polnische Volksinitiative für ein Verbot der IVF. Das Polnische Parlament, der Sejm, lehnte in erster Lesung den Antrag des von polnischen Bischöfen unterstützten katholischen Bürgerkomitees „Contra in Vitro“ ab, die bis dahin nicht gesetzlich verbotene In-Vitro-Fertilisation unter Strafe zu stellen. Hierbei sah der Antrag des Bürgerkomitees in Form eines Gesetzentwurfs eine Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren für jeden Arzt vor, der die IVF anwendete [137].

Ohne Frage verbesserten sich durch diese Ablehnung des Parlaments auch die Chancen für die PID erheblich. So führt heute unter anderem das polnische Zentrum für Reproduktionsmedizin „Ferti-Med“ in Bielsko die PID mit Erfolg durch [138].

Somit ist Polen ein interessantes Beispiel dafür, dass die moderne Fortpflanzungsmedizin in der Lage sein kann, mit dem Erfolg ihrer derzeit verfügbaren Techniken auch erheblich weltanschauliche Widerstände zu überwinden.

Schon in den bislang besprochenen internationalen Zusammenhängen ist der Blick auf die deutschen Verhältnisse aufschlussreich.

Er verbleibt dabei jedoch größtenteils im Rahmen von Gesetzgebungen, welche die PID im Grunde ablehnen oder diese stark einschränken.

Deshalb ist es sinnvoll auch nach Ländern Ausschau zu halten, welche eine prinzipiell bejahende Einstellung zur modernen Fortpflanzungsmedizin haben. Gerade von da aus wird dann die deutsche Rechtsprechung in ihrer Besonderheit erkennbar.

4. USA:

Die Vereinigten Staaten von Amerika war das erste Land, das die Notwendigkeit sah, einen ethisch-juristischen Rahmen in der Embryonenforschung abzustecken. Mit dem Urteil des Supreme Court vom 22.1.1973 begann eine einschneidende Liberalisierung in der Abtreibungsfrage und das wiederum hatte die Verfügbarkeit von umfangreichem Material für die embryonale Forschung zur Folge [139]. Eine „Nationale Kommission für den Schutz der

menschlichen Existenz bei der biomedizinischen Forschung“ bemühte sich um eine ausgewogene Haltung, die die embryonale Forschung begünstigte und zugleich deren Missbrauch verhinderte. Sie forderte, dass das vorrangigste Ziel die Informationsgewinnung zum natürlichen Verlauf der Entwicklung im Embryonalzeitraum sowie die Erforschung der über die Krankheiten und spezifischen Bedingungen dieser Phase des menschlichen Lebens sein sollte [140].

Ohne Frage begünstigt eine solche Grundeinstellung die Ziele und Aussichten der modernen Fortpflanzungsmedizin, speziell der PID, in den USA.

Dazu kam ein weiterer Vorteil: In den USA ist die gesetzliche Regelung der PID Aufgabe der einzelnen Staaten und wird sehr unterschiedlich geregelt. In einigen Staaten (Florida, Louisiana, Maine, Minnesota und Pennsylvania) ist sie gesetzlich verboten. Andere Staaten (Massachusetts, Michigan, North Dakota, New Hampshire und Rhode Island) lassen die PID nach medizinischer Indikation zu [141].

In der Mehrzahl der Staaten bestehen jedoch keine gesetzlichen Regelungen für die Zulassung und Durchführung der PID und das hat zur selbstverständlichen Folge, dass die Anwendungsgebiete der PID über die medizinischen Indikationen hinaus gehen und sowohl die Selektion des Geschlechts als auch die Selektion nach dem Vorhandensein spezifischer Merkmale implizieren: Auch die Auswahl hinsichtlich des Vorhandenseins einer Behinderung wird problemlos durchgeführt [120].

In den meisten Staaten der USA wird deshalb ohne juristische Behinderung die PID praktiziert.

**IV. Ethische Standpunkte zur modernen
Fortpflanzungsmedizin**

- a. Der Standpunkt des Forschens: Begründete Hoffnung auf Erfüllung des Kinderwunsches, Früherkennung von Erbkrankheiten und körperlichen Defekten

„Wenn der Wunsch nach einem Kind in Erfüllung geht, ist dies für die Eltern ein wunderbares Geschenk und eine der schönsten Erfahrungen des Lebens; wir helfen Ihnen dabei“ [142]. Mit diesem Slogan wirbt ein Kinderwunschzentrum in München und beschreibt damit die Zielsetzung der aktuellen Reproduktionsforschung. Dabei geht es darum, durch Zuhilfenahme von Methoden rund um die moderne Fortpflanzungsmedizin, Paaren mit bislang unerfülltem Kinderwunsch eine begründete Hoffnung zu geben.

Die Chancen dafür haben sich in den letzten beiden Jahrzehnten in der Tat erheblich verbessert. Ein Anzeichen dafür ist ein auffallender Wandel in der Terminologie. Was früher schlicht *Sterilität* hieß und nicht mehr als eheliche Unfruchtbarkeit meinte, wird heute mit viel größerer Genauigkeit wahrgenommen und beurteilt.

So definiert die „Scientific Group on the Epidemiology of Infertility“ der WHO Unfruchtbarkeit als das Ausbleiben einer klinischen Schwangerschaft über zwei Jahre bei einem sexuell aktiven Paar [143].

Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes im Jahre 1986 ist Unfruchtbarkeit sogar als *Krankheit* benannt worden – und zwar in einem versicherungsrechtlich verwandten Sinn. Damit jedoch rückt in der Terminologie für Unfruchtbarkeit der Begriff der *Krankheit* in die Nähe einer von vornherein als *heilbar* angesehenen Krankheit [144].

Des Weiteren handelt es sich bei Unfruchtbarkeit nicht mehr um ein unveränderliches Schicksal, sondern um eine Funktionseinschränkung, die im Einzelfall schwere Frustration und psychosoziale Folgen bis hin zu Depression und Suizidgefahr nach sich zieht [145].

Gerade die psychischen Belastungen waren es auch, welche der modernen Reproduktionsmedizin im Gefolge der Sterilität auffielen und ihr zu einem Anliegen wurden.

Die Forschung registrierte aufmerksam die erhöhte Depressivität sowie Ängstlichkeit und deren Umsetzung in die körperliche Befindlichkeit der Frauen (und auch der Männer) [146].

In die alte Aussichtslosigkeit solcher Befunde und Beobachtungen brachte die moderne Fortpflanzungsmedizin neue Hoffnung. Es kann keine Frage sein, dass die moderne Fortpflanzungsmedizin rund um die In-Vitro-Fertilisation mit ihren sich steigenden Erfolgen dem Kinderwunsch bislang unfruchtbarer Paare neue Tore öffnete [147].

Ganz ähnlich steht es im Kontext der In-Vitro-Fertilisation mit der Präimplantationsdiagnostik. So mussten bislang Paare, die an einer notorischen Erbkrankheit, wie zum Beispiel Mukoviszidose oder der Y-Mikrodeletion litten, sich damit abfinden, dass sie kinderlos blieben oder dass sie Kinder mit der Krankheit bekamen. Dies obwohl die Mehrzahl der Paare über eine normale Fertilität verfügte [148].

Erst die über die In-Vitro-Fertilisation zugängliche Präimplantationsdiagnostik schuf hier Abhilfe, indem sie eine Methode zur Untersuchung einer außerhalb des Mutterleibs befruchteten Eizelle entwickelte, mit dem Ziel die genetischen Defekte festzustellen und genetisch defekte Embryonen von ihrer Weiterentwicklung auszuschließen [149].

Dieses Beispiel zeigt deutlich, dass die moderne Fortpflanzungsmedizin sich als ein Hoffnungsträger bezeichnen darf. Die Erfüllung des elterlichen Kinderwunsches bringt kinderlosen Paaren neue Hoffnung, indem die Möglichkeit zu einer neuen Diagnostik und zu aussichtsreichen Methoden einer konkreten Behandlung aufgezeigt wird [150].

Auf diesen Überlegungen ruht die Ethik vieler der in der Reproduktion tätigen Mediziner. Hieraus folgt, dass aus dieser ethischen Perspektive der ethische Status des Embryos und dessen Entwicklung beurteilt werden.

b. Der Streit um den ethischen Status des Embryos

Der maßgebende Streit um die Regelung der In-Vitro-Fertilisation sowie um die Erlaubnis zur Präimplantationsdiagnostik gründet in unterschiedlichen Einstellungen zum ethischen Status des Embryos [151].

Bereits im Jahre 430 vor der Zeitenwende wurden die rechtliche Bewertung der Abtreibung und die damit verbundene ethische Beurteilung des Embryos erstmals in einer Gerichtsrede des Lysias (gestorben um 380 v. d. Z.) thematisiert. Hierbei ging es um einen Rechtsstreit, bei dem ein Ehemann seine Frau des Mordes angeklagt hat, da diese abgetrieben hatte. Lysias hat daraufhin in seiner Rede „Über die Fruchtabtreibung“ die Diskussion eröffnet, ob der im Mutterleib befindliche Embryo bereits als Mensch mit der vollen Würde anzusehen ist. Ebenso stellte sich die Frage, ob die Frau für ihre Abtreibung mit rechtlichen Konsequenzen rechnen muss [152, 153].

In der weiteren geschichtlichen Entwicklung war es Aristoteles (384 bis 322 v. d. Z.), der sich der ethischen Diskussion um den moralischen Status des Embryos annahm. Laut Aristoteles „ist die Leibesfrucht von Anfang an im Besitz einer Seele, jedoch noch kein Individuum, sondern ein unvollkommener Mensch mit der Anlage zur Vollkommenheit“. Nach seiner Vorstellung entsteht bei der Zeugung zunächst die vegetative oder Pflanzenseele, in der Zeit nach der Ausgestaltung des Geschlechts (40. oder 90. Tag) die animale, Empfindung wahrnehmende Seele und mit Beginn des selbstständigen Atmens – mit der Geburt – die denkende, Bewusstsein besitzende Geistseele [154, 155].

Nach der von Aristoteles weitergeführten Vorstellung des Hippokrates (460 bis 370 v. d. Z.) beginnen Leben und Empfindung bei Knaben, die sich „mehr rechts“ bewegen nach dem vierzigsten Tag, bei einem Mädchen „links und um den neunzigsten Tag“. Die Ursprünge der zeitlichen Unterscheidung zwischen einem weiblichen und einem männlichen Embryo liegen im 3. Buch Moses, in dem geschrieben steht, dass eine Frau nach der Geburt eines Jungen vierzig Tage, nach der eines Mädchen neunzig Tage rein sein muss [156, 157].

Es finden sich Parallelen von der Lehre des Aristoteles und der Ärzteschule des Hippokrates, wonach beide eine strenge Unterscheidung zwischen beseeltem und unbeseeltem frühgeburtlichen Leben machen [158].

Trotz dieser frühgeschichtlichen Ansichten einer abgestuften frühgeburtlichen Menschenwürde, vertreten viele deontologische Bioethiker der Gegenwart das Argument, dass der Embryo von Beginn an, das heißt ab dem Moment der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle, die volle Menschenwürde besitzt. Von diesem Moment an sei die volle Individualität eines Menschen durch die Einzigartigkeit seines genetischen Materials determiniert. Verfolgt man neuere Berichte maßgeblicher Kommissionen, wie zum Beispiel die des „Deutschen Ethikrates“ [159], so stellt man fest, dass es sich im Grunde immer wieder um die gleichen Argumente, wie auch um die gleichen Probleme handelt. Diese werden in den sogenannten „SKIP“-Argumenten zusammengefasst und vorwiegend von katholischen Ethikern verwendet, die stets hervorzuheben versuchen, die Argumente als „Ganzes“ zu sehen [160, 161]:

Die „SKIP-Argumente“:

1. „Speziesargument“: (1) Jedes Mitglied der *Spezies Mensch* hat Würde
 - (2) Jeder menschliche Embryo ist Mitglied der *Spezies Mensch*
 - (3) Jeder menschliche Embryo hat Würde.

Dies bedeutet, dass der Embryo aufgrund seiner Zugehörigkeit zur *Spezies Mensch* von Anfang an die gleiche Würde und damit die gleichen Rechte wie ein Mensch haben muss. Letztlich wird dies mit der Achtung des Menschen um seiner selbst willen begründet: Der Mensch soll stets Zweck und niemals nur Mittel sein.

Gegner dieses Arguments führen an, dass der Embryo noch nicht über speziestypische Eigenschaften, wie Autonomie, freien Willen und die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, verfügt [162].

2. „*Kontinuitätsargument*“: (1) Jedes menschliche Wesen, das aktual ist, hat Würde.
 (2) Jeder menschliche Embryo wird sich, unter normalen Bedingungen, *kontinuierlich* zu einem menschlichen Wesen entwickeln, das aktual ist.
 (3) Jeder menschliche Embryo hat Würde.

Dieses Argument besagt, dass jede Grenzziehung in der Entwicklung von der befruchteten Eizelle bis zum Menschen mit Bewusstsein willkürlich und damit ungerechtfertigt ist.

Von Gegnern dieses Arguments wird angeführt, dass dabei das Prozesshafte der Menschenwerdung vernachlässigt werde. Der Beginn der genetischen Selbststeuerung, der Verlust der Totipotenz und damit die Fähigkeit zur Mehrlingsbildung sowie die Ausbildung des Gehirns können als Einschnitte aufgefasst werden [71, 163].

3. „*Identitätsargument*“: (1) Jedes Wesen, das aktual ist, hat Würde
 (2.1) Viele Erwachsenen, die aktual sind, sind mit Embryonen in moralrelevanter Hinsicht *identisch*.
 Also: (2.2) Die Embryonen, mit denen sie identisch sind, haben Würde.
 (2.3) Wenn irgendein Embryo Würde hat, dann alle.
 Also: (3) Jeder Embryo hat Würde.

Das Argument zielt darauf ab, dass jeder Mensch ursprünglich ein Embryo war und daher jeder Embryo in Antizipation seiner Menschenwerdung Menschenwürde besitzt. Dagegen lässt sich argumentieren, dass sich aus dem früheren Embryo sowohl Fetus, als auch Plazenta bilden können und dass in den ersten Tagen noch eine Mehrlingsbildung möglich ist. Leben kann nur in einer Richtung auf der Zeitachse verlaufen, daher erscheint die angenommene Bidirektionalität der Zeit sehr konstruiert [71, 164].

4. „*Potentialitätsargument*“: (1) Jedes Wesen, das *potentiell* ist, hat Würde
 (2) Jeder menschliche Embryo ist ein Wesen, das *potentiell* ist.
 Also: (3) Jeder menschliche Embryo hat Würde.

Dieses letzte der sogenannten „SKIP“-Argumente besagt, dass jeder Embryo potentiell ein Mensch werden kann und daher von Anfang an Menschenwürde besitzt. Allerdings ist das volle Potential erst durch die Einpflanzung in das Endometrium gegeben. Im Rahmen der Implantation finden komplexe Interaktionen zwischen einerseits Embryo und Trophoblast und andererseits dezidualisiertem Endometrium statt, ohne die es zu keiner weiteren Entwicklung der Schwangerschaft kommt. Treibt man das Potentialitätsargument auf die Spitze, so müsste man auch jedem Spermium und jeder Eizelle Menschenwürde zubilligen, da sie nach ihrer Vereinigung das Potential besitzen, ein Mensch zu werden [71, 165, 166].

Neben diesen sogenannten „SKIP“-Argumenten ist es von außerordentlicher Bedeutung, dass die medizinische und philosophische Ethik den Zeitpunkt unterschiedlich beurteilt, ab dem man von einem künftigen Menschen oder auch von einer potentiellen Person sprechen kann.

Insgesamt werden mindestens sieben verschiedene Zeitpunkte genannt:

1. ab dem Moment der Empfängnis, das heißt genauer ab dem Moment der Kernverschmelzung
2. ab dem Zeitpunkt der Differenzierung von Embryo und Plazenta
3. ab dem Zeitpunkt, von dem ab die Mehrlingsbildung ausgeschlossen ist
4. ab dem Zeitpunkt der Nidation
5. ab dem Zeitpunkt der ersten Ausbildung von Hirnzellen
6. ab dem Zeitpunkt der Geburt
7. ab etwa einem Monat nach der Geburt [167, 168]

Angesichts dieser Vielfalt von Einstellungen zum moralischen Status des Embryos muss man natürlich fragen, wie gegen diese Positionen argumentiert wird.

Im Blick auf die deutschen Verhältnisse ist zunächst anzumerken, dass das Embryonenschutzgesetz den ethischen Status des Embryos nur indirekt bestimmt und zwar dadurch, dass es die Kernverschmelzung, also den Zeitpunkt der Befruchtung einer Ei- durch eine Samenzelle als „Beginn des menschlichen Lebens“ bezeichnet. Diese Benennung ist jedoch eine Bedeutungs- und Sinnzuschreibung, die von außen aus einer *weltanschaulichen* Gesamtsicht heraus an den Embryo und seine physische Entwicklung herangebracht wird [169, 170].

An dieser Stelle erhebt Wilhelm Vossenkuhl, Philosophieprofessor von der Ludwigs-Maximilians-Universität in München, Einspruch: Er ist der Überzeugung, dass man von einem künftigen „Menschen“, von einer „potentiellen“ Person, erst dann sprechen sollte, wenn eine Gewissheit begründet reklamieren kann, dass die Entwicklung zum Menschen tatsächlich begonnen hat [171].

Diese Gewissheit kann man, nach seiner Meinung, unmittelbar nach der Kernverschmelzung noch nicht haben: „Es ist zu diesem Zeitpunkt der embryonalen Entwicklung weder gewährleistet, dass sich die befruchtete Eizelle einnistet, noch kann man in dieser Stelle des embryonalen Wachstums bereits beurteilen, wie viele eventuell künftige Personen sich entwickeln und ob sie lebensfähig sein werden. Höchstens zehn Prozent aller befruchteten menschlichen Eizellen nisten sich in der Gebärmutter ein und das heißt Identität und Lebensfähigkeit des künftigen Menschen sind zumindest bis zur Nidation offen“ [172], so Vossenkuhl.

Aber auch hinter philosophisch-ethischen Prämissen ist einleuchtend, was W. Vossenkuhl sagt: Die Zuschreibung eines ethischen Status für den Embryo setzt voraus, dass man weiß wem dieser Status zugeschrieben wird. Der Schutz der Integrität ist erst von jener Phase der Entwicklung des embryonalen Lebens sinnvoll, in der nachweisbar erkenntlich ist, dass die Entwicklung zu einer (oder mehreren Personen) begonnen hat.

Klar ist aber auch, dass ein derartiger Schutz, im Zuge der embryonalen Entwicklung, nur jenes Leben erhalten kann, das tatsächlich geschützt werden kann. So gesehen gibt es von vornherein unterschiedliche Phasen des Schutzanspruchs für einen Embryo [173, 174].

Nicht geschützt werden kann die Phase zwischen Befruchtung und Nidation im Mutterleib; ebenso wenig kann eine unbefruchtete, lediglich befruchtbare Eizelle geschützt werden. Also kann es auch keine ethische Verpflichtung zum Schutz befruchteter Eizellen vor der Nidation geben [175].

Geschützt werden können befruchtete Eizellen lediglich *in vitro*, also im Rahmen der Vorgänge der IVF, aber die Durchführung der IVF macht nicht nur einen befruchtbaren Embryo zugänglich, sondern gleich mehrere befruchtete Eizellen. *In vivo* gehen von diesen befruchteten Eizellen die meisten zugrunde, während nur eine einzige den Zustand der Nidation erreicht.

Geht man nun davon aus, dass embryonales Leben schon vor der Nidation schützenswert ist, müsste man auch für jene Embryonen Schutzwürdigkeit beanspruchen, die den Weg in die Nidation nicht schaffen. Ein solches Verhalten wäre jedoch ohne Frage contra natura [176, 177].

Denn wer sollte zur Verantwortung gezogen werden, wenn sich eine befruchtete Eizelle nicht einnistet?

An dieser Stelle wird ein logisches Dilemma sichtbar, das in der derzeitigen Diskussion um die Ethik von IVF und PID eine hintergründige, kaum ausgesprochene Rolle spielt. Die Frage nach dem ethischen Status des Embryos ist nicht mit Evidenzanspruch zu beantworten [178].

c. Der moralische Druck aus der Debatte um die Stammzellforschung

Seit geraumer Zeit konzentriert sich die Biomedizin auf die Möglichkeiten der sogenannten „Stammzelltherapie“. Viele Wissenschaftler nehmen an, dass die Stammzelltherapie enorme Chancen und Perspektiven für die Heilung von Krankheiten und die Gesundheit von Menschen bereit hält. Man verspricht sich bisher unheilbare Krankheiten, wie Alzheimer, Parkinson, Leukämie, Multiple Sklerose, Herz- und Leberkrankheiten lindern oder gar heilen zu können [179].

Das Problem all dieser fraglich realistischen Heilungsvisionen liegt allerdings darin, dass zur Entwicklung der geplanten Therapien Forschung an embryonalen Stammzellen notwendig zu sein scheint, deren Gewinnung mit einer eventuellen Zerstörung des jeweiligen Embryos verbunden sein kann [180].

Seit dem Jahre 2001 entzündete sich an dieser Frage eine Debatte, in die nicht nur die Politik und die Kirche, sondern auch die deutsche Forschungsgemeinschaft und schließlich auch der in der Regierung Schröders eigens dafür eingerichtete Nationale Ethikrat beteiligt waren [181].

Parallel dazu wurde auch in der deutschen Öffentlichkeit eine ethische Debatte geführt. Die großen Tages- und Wochenzeitungen haben besonders in der ersten Hälfte des Jahres 2001 über Wochen hinweg Beiträge und Stellungnahmen zur Handhabung der Stammzellforschung gebracht [182].

Die Bedenken um die Stammzellforschung setzen sich in der Diskussionen rund um die moderne Fortpflanzungsmedizin fort - jedoch geht es weder in der IVF noch in der PID primär oder überhaupt um den *zerstörenden* Verbrauch von Embryonen.

Die Nähe und Vermischbarkeit der beiden Diskussionsgegenstände haben jedoch auf diese Weise negativ auf die Einschätzung von IVF und PID eingewirkt. Nicht zuletzt da Kritiker befürchteten, dass durch die PID zahlreiche Embryonen gezeugt, nicht implantiert und somit für die Stammzellforschung verwendet werden könnten. Dies jedoch wird von vielen Reproduktionsmedizinern abgelehnt [183].

Die Rechtsgrundlage zur Stammzellforschung, IVF und PID liefert das Embryonenschutzgesetz von 1991, welches von vornherein jegliche verbrauchende Embryonenforschung und jeden Eingriff in die Genese des Embryos zu Forschungszwecken verbietet. Das Stammzellgesetz von 2002 ergänzte das Embryonenschutzgesetz und lockerte die Regeln für die Wissenschaft rund um die Stammzellforschung ansatzweise [184].

Jedoch offenbart sich in den Köpfen vieler Gegner eine Verquickung zweier im Grunde ganz verschiedener medizinischer Ziele und Handlungen. Während es der IVF und PID primär um die Erfüllung des Wunsches von Eltern nach einem auch genetisch gesunden Kind geht, macht sich die Stammzellforschung den verbrauchenden Umgang an Embryonen zu nutze, um zukünftig bislang unheilbare Krankheiten heilen zu können [185].

Dies macht einmal mehr deutlich, wie notwendig es ist, eine spezifische Gesetzgebung für die moderne Reproduktionsmedizin zu konkretisieren, um der Vernetzung zweier grundlegend unterschiedlichen Handlungen am Embryo entgegenzuwirken. Nicht zuletzt um dringende Rechtsklarheit und eine einheitliche Legaldefinition des Embryos zu schaffen [186].

d. Utilitarismus am Beispiel von Peter Singer und Norbert Hoerster

In der aktuellen Debatte [187], um die ethische Bewertung der modernen Fortpflanzungsmedizin ist der moralische Status des Embryos das zentrale Problem.

Eine prominente Persönlichkeit in diesem Zusammenhang ist der in Melbourne, Australien, geborene Philosoph und Ethiker [188] Peter Singer, der den Begriff des „Präferenzutilitarismus“ geprägt hat.

Der Utilitarismus entstand im 18. Jahrhundert in England und geht auf Jeremy Bentham und John Stuart Mill zurück. Alles Streben sollte dahin gehen, das möglichst große Glück für möglichst viele zu erreichen. Da ein Embryo noch über kein Gehirn verfügt und somit empfindungsunfähig ist, müsste das Glück des Kinderwuschpaares, das des geborenen Kindes sowie nicht zuletzt das Glück der Gesellschaft oberste Priorität genießen; außerdem sollten die Kosten für die Allgemeinheit möglichst gering sein [189, 190].

Hier knüpft nun der „Präferenzutilitarismus“ Singers an, der besagt, dass eine Embryonenauswahl ethisch nicht verwerflich, sondern geradezu geboten sei. Der Embryo ist in Singers Sinne kein menschliches Wesen, da er, weil er noch kein Gehirn hat, über keine Interessen verfügen kann [191, 192].

Gegen diesen utilitaristischen Ansatz ergeben sich erhebliche Bedenken, da Singer die Rechte der Allgemeinheit weit über die des Individuums stellt und somit fest verankerte Grundwerte, wie den Minderheitenschutz verletzt [71]. Eine Schlussfolgerung daraus ist, dass sich letztlich kein Platz mehr für kranke oder schwache Minderheiten ergeben würde.

Neben dem utilitaristischen Ansatzpunkt geht es um die Frage, ab wann einem Embryo der Personenstatus zugeschrieben werden soll oder darf [193].

Dabei sollte nicht übersehen werden, dass all die verschiedenen Standpunkte darin übereinstimmen, dass die Frage nach dem Personenstatus nicht durch den Hinweis auf irgendeine konkret nachweisbare physische oder psychische Substanz zu beantworten sei, die in etwa dem Personenbegriff entspräche. Sondern der Personenbegriff ist zunächst einmal ein reiner Zuschreibungsbegriff – eine sozusagen weltanschauliche Voraussetzung – kein nachweisbares Substrat [194].

So ist es verständlich, wenn prominente Forscher wie Peter Singer erst dann einem „Menschen“ den Personenstatus und damit unbedingten Lebensschutz zubilligen wollen, wenn tatsächlich personal Vollzüge, wie Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung, Zukunftsvorstellungen und Interessen, vorliegen und tatsächlich beobachtbar sind.

Für Peter Singer ist es daher selbstverständlich, dass der Zeitpunkt für die Zuschreibung des Personenstatus eines Menschen nach vorsichtiger Schätzung – etwa erst einen Monat nach der Geburt gegeben ist. Demnach plädiert Peter Singer erst von diesem Zeitpunkt an für eine volle Schutzwürdigkeit eines Menschen [195, 196].

Ähnlich tritt der deutsche Philosoph Norbert Hoerster, der sich besonders mit Fragen der Rechtsphilosophie und Ethik beschäftigt [197], dafür ein, den alles verändernden Zeitpunkt der Personwerdung erst bei der Geburt selbst anzusetzen.

Beide Forscher sind der Überzeugung, dass in der Zeit vorher, also während der Embryonal- und Fetalentwicklung, der Embryo noch keine Person ist und ihm deshalb nur eine graduell unterschiedliche Schutzwürdigkeit zukomme, die parallel zu seinen jeweiligen Entwicklungsstufen verlief [198, 199].

Allerdings lassen die beiden einander sehr nahe liegenden Standpunkte von Peter Singer und Norbert Hoerster dringliche Schwierigkeiten erkennen:

Zum einen lassen sich die Kriterien, die als Grundlage für die Zuschreibung des Personenstatus gefordert werden, nicht eindeutig und klar benennen. Außerdem kann man die tatsächlichen Postulate dieser aktuellen Kriterien empirisch nicht eindeutig genug überprüfen. Genauso willkürlich wie die Zuschreibung des „embryonalen Personenstatus“ ist die Zuweisung von „Menschenwürde“ [200].

Daraus ergibt sich, dass jede Festlegung eines Zeitpunktes für den Zuwachs an Person-Sein unbestimmbar bleibt. Auch im Blick auf den Zeitpunkt der Geburt lassen sich noch nicht wirkliche personale Vollzüge nachweisen.

e. Standpunkte der christlichen Kirchen

Die Ethik der Kirchen spricht ein entscheidendes Wort im Umgang mit der modernen Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass in einem Großteil der Ethikräte und Kommissionen sowohl auf Bundes- wie auch auf Länderebene bedeutende Vertreter der katholischen und evangelischen Kirchen zu finden sind. Die Aufgabe dieser Räte und Kommissionen ist es, die Regierungen auf Bundes- und Länderebene fachlich unabhängig in bestimmten kritischen Themen, wie beispielsweise dem Umgang mit der modernen Fortpflanzungsmedizin oder auch der PID, zu beraten [201].

Als Beispiel für solch eine Institution auf Länderebene ist die „Bayerische Bioethikkommission“ zu nennen, mit Weihbischof Dr. Dr. Anton Losinger als Vertreter der katholischen Kirche neben Regionalbischöfin Susanne Breit-Keßler als Vertreterin der evangelischen Kirche. Hierbei ist auch deren Wort von entscheidendem Gewicht, wenn konkrete Empfehlungen zu verschiedenen Themen abgegeben werden [202].

(1) Standpunkt der katholischen Kirche

Die katholische Kirche setzt sich seit langer Zeit mit den Themen rund um die moderne Reproduktionsmedizin auseinander.

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts begann sie zur künstlichen Befruchtung Stellung zu beziehen. Im Jahre 1897 wandte sich dann das Heilige Offizium unter Papst Leo XII. (1878-1903) zum ersten Mal konkret gegen ein solches Verfahren und wies eine diesbezügliche

Anfrage zurück [203]. Seither lehnten alle Päpste von Papst Pius XII. (1939-1958) bis Johannes XXIII. (1958-1963) die künstliche Befruchtung ab [204, 205].

Johannes Paul II. (1987-2005) ließ sich in seiner Enzyklika „Familiaris consortio“ ausführlich dazu ein. Er argumentierte von einer ganzheitlichen Einstellung zum ehelichen Akt aus und hob die Zusammengehörigkeit von leiblicher und personaler Ganzhingabe hervor. Die Sexualität sei dabei nicht „etwas rein Biologisches“, sondern [betreffe] den innersten Kern der menschlichen Person als solcher“ [206]. Die Mitwirkung Dritter (also der Reproduktionsmediziner) beim Akt der Zeugung sei damit ausgeschlossen [205].

Zudem sprach er sich dafür aus, dass unfruchtbare Ehepaare nicht darauf angewiesen seien, ihren Kinderwunsch durch künstliche Befruchtung oder unter anderen Umständen zu erfüllen. Solche Paare könnten auch Kinder adoptieren oder überhaupt ohne Kinder sinnvoll existieren, indem sie zum Beispiel erzieherische Aufgaben an fremden Kindern absolvieren und in vielfältiger Weise anderen Familien bei der Erziehung behinderter Kinder helfen [207].

Als Anfang der 80er Jahre die IVF als medizinische Methode mehr und mehr praktiziert wurde, setzte sich die Diskussion um die Verfahren der Reproduktionsmedizin verstärkt fort. Einen kritischen, viel beachteten Schritt geht die katholische Kirche 1987 mit der Veröffentlichung der Glaubenskongregation, der Instruktion „Donum vitae“ (Über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung).

Dieses Dokument brachte die lange erwartete, offizielle und ausführliche Beurteilung der künstlichen Befruchtung durch die katholische Kirche auf den Weg. Im Vorfeld hatten zahlreiche Beratungen und Gespräche mit Experten stattgefunden, bevor 1985 endgültig der Entschluss zu einer solchen Instruktion feststand. Am Ende der vorausgehenden Auseinandersetzungen stand dann allerdings „weder eine systematisch abgeschlossene Synthese noch eine vollständige Kasuistik über die Probleme im Umkreis des beginnenden menschlichen Lebens und der Fortpflanzung“ [208]. Sondern das Ergebnis war ein Dokument mit Antworten der katholischen Glaubenslehre auf neue Fragen angesichts der aktuellen Möglichkeiten der modernen Reproduktionsmedizin [209, 210].

Dabei findet sich im Zentrum ihrer Argumentation der Instruktion „Donum Vitae“ ein „deontologischer“ Denkansatz. Das heißt, die Instruktion bezieht sich auf das Basisargument, dass „nicht alle Handlungen ausschließlich von ihren Folgen her sittlich zu beurteilen seien“ [211].

Somit ermöglicht im Grunde das positive Ergebnis (= der Erfolg) einer künstlichen Befruchtung keineswegs eine positive ethische Bewertung der IVF an sich.

Die sittliche Richtigkeit oder Falschheit einer Handlung wird folglich ausschließlich nach dieser selbst bemessen, gleichgültig welche Ziele oder positive Resultate mit ihr verbunden sind. Mehrfach wird in der päpstlichen Instruktion deshalb darauf verwiesen, dass die In-vitro-Fertilisation „in sich selbst bewertet werden“ [212] muss und das meint: Die positiven (oder negativen) Folgen des Verfahrens der IVF stehen nicht an erster Stelle der Argumentation für oder gegen sie. Sondern es müssen auch grundsätzlich die Umstände in die Argumentation mit einbezogen werden, durch die es zur künstlichen Befruchtung kommt, nämlich von der Zerstörung der in vitro erzeugten Embryonen und von der Masturbation als Methode der Samengewinnung [213].

Völlig ausgeklammert werden dagegen die jeweiligen Intentionen der Betroffenen für eine künstliche Befruchtung, wie vor allem Hilfeersuchen bei Sterilität oder ein starker Kinderwunsch.

Stattdessen beharrt die Instruktion auf zwei grundlegenden Kriterien, die mit den positiven Zielen und Ergebnissen der IVF unmittelbar nichts zu tun haben.

Zum einen rückt sie die Würde der Person in den Vordergrund und zum anderen erinnert sie an eine unlösbare Verknüpfung der beiden Sinngehalte „liebende Vereinigung und Fortpflanzung“ [212, 214].

a) Die Würde der Person

Dem Schutz des Embryos wird eine besondere und vorgeordnete Aufmerksamkeit zugesprochen wird. So bekräftigt die Instruktion:

„Ein menschliches Wesen muss [!] vom Augenblick seiner Empfängnis an als Person geachtet und behandelt werden - infolgedessen muss [!] man ihm von diesem selben Augenblick an die Rechte der Person zuerkennen und darunter vor allem das unverletzliche Recht jedes unschuldigen menschlichen Wesens auf Leben.“ Weiterhin hebt die Instruktion hervor, dass der Embryo „wie jedes andere menschliche Wesen im

Rahmen der medizinischen Betreuung auch in seiner Integrität verteidigt, versorgt und geheilt werden“ [212] muss.

b) Die unlösbare Verknüpfung der beiden Sinngehalte liebende Vereinigung und Fortpflanzung

Auf das weitere Hauptargument „liebende Vereinigung“ wird besonderes Augenmerk gelegt:

Die traditionelle Lehre der katholischen Kirche über die Ehegüter verbietet es, „diese verschiedenen Gesichtspunkte (die eine solche liebende Vereinigung mit sich führt) so weit voneinander zu trennen, dass entweder die Absicht der Zeugung oder die eheliche Vereinigung ausgeschlossen werden“ [215]. Die untrennbare Zusammengehörigkeit dieser beiden Aspekte gründe in der personalen Natur des ehelichen Aktes. Sexualität und Zeugung werden also nicht auch als biologische Vorgänge, sondern vor allem und vordringlich als personale Vollzüge beurteilt. So ist der eheliche Akt „ein untrennbar leiblicher und geistiger Akt zugleich. [...] Um die Sprache des Leibes und seine naturgegebene Fülle zu achten, muss [!] die eheliche Vereinigung in der Achtung vor der Öffnung auf die Fortpflanzung hin erfolgen, und die Zeugung einer Person [!] muss Frucht und Ziel der ehelichen Liebe sein“ [216]. Dadurch glaubt die Instruktion eine liebende Vereinigung ohne Fortpflanzung und eine Fortpflanzung ohne liebende Vereinigung, also auch die IVF, ausschließen zu müssen.

Neben der ablehnenden Haltung gegenüber der In-Vitro-Fertilisation steht die ebenfalls ablehnende Einstellung der katholischen Kirche zur Präimplantationsdiagnostik.

Bereits 1989 hat die katholische Kirche die Vermutung geäußert, dass im Zuge der fortschreitenden vorgeburtlichen Diagnosemethoden „das gesunde Kind am Ende geradezu zu einem einklagbaren Anspruch werden“ kann (Freund 1989: 100). Erste Gerichtsurteile gingen schon damals in diese Richtung [217, 218].

Weitere Bedenken der katholischen Kirche gingen dahin, dass bei der PID nicht nur als „krank“ diagnostizierte Embryonen“, sondern gegebenenfalls durch die Methode der PID selbst auch gesunde Embryonen „vernichtet“ werden könnten. Der PID-Umgang mit frühem menschlichen Leben stehe im Widerspruch zur christlichen Vorstellung von der Würde und

vom Schutz des menschlichen Lebens. Darüber hinaus widerspreche die PID dem geltenden Embryonenschutzgesetz [219].

Neben diesen, auf den unmittelbaren Schutz des Embryos zielenden Argumenten gegen die PID wird als zweiter wesentlicher Grund angeführt, dass durch die PID in Verbindung mit der IVF Embryonen mit dem Ziel hergestellt würden, „genetisch defekte Embryonen auszusortieren“.

Dies setzte die Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben voraus. Nach übereinstimmender Lehre der Kirchen sei jedoch auch „dies mit der gebotenen Achtung der Würde des Menschen (...) unvereinbar“ [220, 221].

Johannes Paul II. nimmt in seiner Enzyklika „Evangelium vitae“ direkt Bezug auf die Präimplantationsdiagnostik: Diese sei Ausdruck jener „eugenischen Mentalität“, welche die „selektive Abtreibung in Kauf nimmt, um die Geburt von Kindern zu verhindern, die von Missbildungen und Krankheit verschiedener Art betroffen sind. Eine solche Denkart sei niederträchtig und höchst verwerflich, weil sie sich anmaßt, den Wert eines menschlichen Lebens einzig und allein nach Maßstäben wie Normalität und physisches Wohlbefinden zu beurteilen, und auf diese Weise auch der Legimitation der Kindestötung und der Euthanasie den Weg bahnt“ [222, 223].

(2) Standpunkt der evangelischen Kirche

Wie die katholische Kirche hat sich auch die evangelische Kirche (EKD) mit den Themen um die moderne Fortpflanzungsmedizin auseinandergesetzt.

Bereits im Jahre 1985 hat die EKD mit dem Dokument „Von der Würde werdenden Lebens“ eine erste offizielle Stellungnahme zur Fortpflanzungsmedizin abgegeben. Im Jahr 1987 folgte eine weitere Einlassung: „Die Achtung vor dem Leben“. Dabei handelt es sich um zwei historische Dokumente, die stets erneuert und weiterentwickelt wurden [224, 225].

Eine der aktuelleren Stellungnahmen war die des Bevollmächtigten des Rates der EKD. Diese wurde aus Anlass der öffentlichen Anhörung im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages am 25. März 1998 publiziert und bezog Stellung zum Schutz der Menschenrechte und der

Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin des Europarates vom 4. April 1997 [226].

In den beiden historischen Dokumenten der EKD werden im Unterschied zu den katholischen Verlautbarungen weder normative Prinzipien noch konkrete Handlungsanweisungen für den Einzelfall formuliert. Es handelt sich bei den Äußerungen der evangelischen Kirche eher um Richtlinien beziehungsweise Orientierungshilfen. Nicht Ge- oder Verbote werden angewiesen, sondern allenfalls Kriterien als Maßstab für die Urteilsbildung des einzelnen evangelischen Christen bereitgestellt [227].

Dabei stehen die persönlichen Anläufe und Anlässe (Unfruchtbarkeit: IVF bzw. Erbkrankheiten: PID) für die von Eltern ins Auge gefassten Maßnahmen der modernen Fortpflanzungsmedizin mehr im Vordergrund als bei den katholischen Verlautbarungen: Empfehlungen und Vorschläge sollen dem Einzelnen eine individuelle, verantwortliche und freie Gewissensentscheidung ermöglichen [228].

Diese Absicht kommt bereits in den Untertiteln der beiden Verlautbarungen zum Ausdruck: „Eine Handreichung [...] zur ethischen Urteilsbildung“ sowie „Maßstäbe für Gentechnik und Fortpflanzungsmedizin“ [229].

Der Wortlaut ist vorwiegend daran orientiert, die Leser und Hörer zu überzeugen und zu beraten. Hieraus entwickelt sich die Grundlage für die Darstellung der spezifisch christlichen Prinzipien, welche die evangelischen Stellungnahmen ihren Anhängern zu bedenken geben. Sie decken sich zwar weitgehend mit der katholischen Einstellung, sind jedoch nicht ausschließend und verpflichtend, sondern haben eher hinweisenden und verbindenden Charakter.

Zu solchen allgemein verbindlichen Prinzipien zählt die evangelische Seite ebenso wie die katholische die untrennbare Verbindung von Liebe und Zeugung [230] sowie den Schutz des „menschlichen Lebens“ und die „Würde der Person“ [231].

Auch die EKD lehnt die heterologe IVF ab, bei der zur Erfüllung des Kinderwunschwillens das Spermium eines fremden (unbekannten) Mannes, also nicht des Ehemannes, Verwendung finden kann. Die evangelischen Ethiker und Theologen vertreten auch die Meinung, dass die heterologe IVF gegen die Einheit der Ehe und gegen das Recht des Kindes auf genaue Kenntnis seiner Herkunft verstoße [232].

Zu einer völlig unterschiedlichen Auffassung kommen die Kirchen indessen im Falle einer homologen IVF, bei der das Spermium des Ehemannes verwendet wird. Die EKD verwirft das Verfahren nicht kategorisch, sondern toleriert es in Einzelfällen unter klar definierten Bedingungen: Das Verfahren soll von Ehepaaren erst nach Berücksichtigung einer Adoption sowie nach dem Misserfolg eines versuchsweise gelebten Verzichts auf Kinder Anwendung finden [233].

Allerdings warnt die evangelische Synode: „Gewichtige Gründe lassen zu einer generellen Zurückhaltung raten“ [234].

In der aktuellen Debatte um eine Zulassung der PID plädiert der Rat der EKD in diesem Zusammenhang in einer Erklärung vom 15. Februar 2011 weiterhin für ein Verbot der Diagnostik. Der Rat ist der Auffassung, dass eine unbegrenzte Zulassung der PID das christliche Menschenbild relativiere. Dieses gründe sich nämlich darauf, „dass der Mensch nicht sein eigener Schöpfer ist, sondern dass sich alles Leben G'tt verdankt.“ Allerdings ist der Rat der EKD sich ebenso bewusst, „dass auch die Nichtzulassung der PID anderen Menschen nicht oder kaum Erträgliches zumuten kann“ [235].

Abschließend untermauert der Rat der EKD, „dass diese Erklärung im Respekt vor der Freiheit der Gewissensentscheidung der Einzelnen abgegeben wurde“ und ruft dazu auf, „in persönlicher Verantwortung *eigene* ethische Urteile zu bilden“ [236].

Der offiziellen Meinung der EKD stehen die Ansichten vieler bekannter evangelischer Persönlichkeiten gegenüber.

So spricht sich die Mehrzahl der evangelischen Theologen für ein bedingtes „Ja“ gegenüber der homologen künstlichen Befruchtung aus [237]. Stellvertretend sei an dieser Stelle ein Zitat von Ulrich Eibach angeführt, der seit 1997 als Professor für Systematische Theologie und Ethik an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Bonn tätig ist [238]: „Wird mit den Methoden (der modernen Fortpflanzungsmedizin) der Zweck verfolgt, den Kinderwunsch von Eltern zu erfüllen, so kann [...] die Methode des Embryotransfers als eine die Empfängnisunfähigkeit substituierende therapeutische Maßnahme betrachtet und so bedingt gerechtfertigt werden, wenn [...] keine heterologe Befruchtung nötig ist. Der Embryotransfer bei Menschen, die in keiner Ehe leben, ist jedoch abzulehnen“ [232].

Weiterhin seien hier auch die Meinungen und Ansichten von Prof. Hartmut Kreß erwähnt. Er ist seit 2000 als Professor für systematische Theologie, insbesondere Ethik, an der evangelisch-theologischen Fakultät der Universität Bonn tätig und steht maßgeblich *für* die Schaffung eines eigenen Fortpflanzungsmedizingesetzes ein, was er unter anderem in einem Vortrag der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe“ am 28. Juni 2005 untermauerte [239].

Kreß steht als evangelischer Theologe in der aktuellen Debatte um die PID der offiziellen Meinung der EKD diametral gegenüber. Er unterstreicht in seinen Thesen, dass Paare, die eine PID erwägen, präventiv um das Wohl ihres Kindes besorgt seien. Diese gesundheitsbezogene Präventivverantwortung bedeute keinesfalls eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen, so Kreß [240].

Ebenso erörtert Kreß den Vergleich von PID mit PND und stellt Sachverhalte fest, die führende Reproduktionsmediziner schon seit geraumer Zeit kritisieren. Er unterstreicht, dass eine PND im Inland rechtlich stets zulässig sei, es jedoch eine Zumutung für die Frau darstelle, ihr zu verbieten, als Alternative zur späteren PND eine frühere PID durchführen zu lassen, mit deren Hilfe sie den Schwangerschaftsabbruch zeitlich vorwegnehmen könnte. Für die Frau sei eine frühere PID in der Regel erträglicher als eine monatelange Schwangerschaft mit PND und nachfolgendem Abbruch. Darüber hinaus ließe sich mit Hilfe der PID vermeiden, durch Schwangerschaftsabbruch einen Fetus zu töten, der organisch und in seinem Zentralnervensystem weit entwickelt und unter Umständen sogar schon schmerzempfindlich sei [241, 242].

f. Der Deutsche Ethikrat

Im Jahre 2001 wurde der Nationale Ethikrat, dem 26 Mitglieder angehören, als Forum des Dialogs über ethische Fragen in den Lebenswissenschaften berufen. Er sollte den interdisziplinären Diskurs von Naturwissenschaften, Medizin, Theologie und Philosophie,

Sozial- und Rechtswissenschaften bündeln und Stellung nehmen zu ethischen Fragen anlässlich der neuen Entwicklung auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften [243, 244].

Im Februar 2008 wurde der „Nationale Ethikrat“ in den „Deutschen Ethikrat“ umbenannt. Dieser soll die erweiterte Aufgabe wahrnehmen, Berichte sowie Stellungnahmen auf eigenen Entschluss oder im Auftrag der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages zu erarbeiten und außerdem die Zusammenarbeit mit anderen Ethikgremien auf nationaler und internationaler Ebene zu organisieren [245].

Außerdem wurde als wichtige Zielvorstellung vorgegeben, dass im Deutschen Ethikrat unterschiedliche ethische Ansätze und ein plurales Meinungsspektrum vertreten sein sollten [246].

So war es beinahe selbstverständlich, dass dieser im Jahre 2003 auch eine Stellungnahme zur „Genetischen Diagnostik vor und während der Schwangerschaft“ [247] vorlegte, in der er zur PID Stellung nahm.

Diese Stellungnahme reagierte höchst differenziert auf die komplexen Voraussetzungen der Chancen und Vollzüge einer PID: Sie votierte auf der einen Seite für eine Präzisierung des Verbots der PID, sprach sich aber andererseits für eine begrenzte Zulassung der PID aus.

Das heißt: Der Deutsche Ethikrat verschließt nicht von vornherein und grundsätzlich einen Zugang zur PID. Er verlangt jedoch eine gewissenhafte Abwägung des im Einzelfall eröffneten Für und Wider. Hinter einem solchen Entgegenkommen sind deshalb auch die Gründe zu lesen und verinnerlichen, die der Ethikrat gegen eine PID vorbringt [159]:

1. Notwendigkeit der assistierten Reproduktion:

Die PID setzt stets eine assistierte Reproduktion, also die IVF voraus und erweitert deren Zugriff. Zur Ermöglichung der PID müssen auch Paare auf eine IVF zurückgreifen, die zu einer natürlichen Zeugung in der Lage sind, damit ein Embryonenpool entsteht, aus dem man dann die genetisch gesunden Embryonen auswählen kann [248].

2. Risiko der Mehrlingsschwangerschaft:

Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass die jeder PID vorausgehende assistierte Reproduktion zu einer erhöhten Rate von Mehrlingsschwangerschaften führt, die wiederum unvermeidlich mit größeren Risiken für die Schwangerschaft und für die Entwicklung der Mehrlingskinder verklammert ist [249].

3. Entstehung überzähliger Embryonen:

Die PID führt unweigerlich zu einer absichtlichen Vermehrung sogenannter „überzähliger Embryonen“, um eine möglichst chancenreiche Auswahl an genetisch gesunden Embryonen zu ermöglichen. Die dann nicht transferierten und verbleibenden Embryonen werden verworfen oder ihrem früheren oder späteren Absterben überlassen [250, 251].

Man produziert also einen vergrößerten Embryonenpool, um eine wirkliche „Selektion“ anzuziehen. Das jedoch widerspricht dem Embryonenschutzgesetz: Denn die Produktion „überzähliger Embryonen verstößt eindeutig gegen den Paragraphen 2, Absatz 2 des Embryonenschutzgesetzes [252].

4. Unterschied zur PND:

Der Deutsche Ethikrat lehnt es ab, die PID mit der PND zu vergleichen oder vom Ziel her ethisch einander anzunähern, denn er behauptet, dass eine Frau durch die Eingriffe der assistierten Reproduktion und deren häufig notwendigen Wiederholungen nicht weniger, sondern eher stärker belastet wird als durch einen einmalig späteren Schwangerschaftsabbruch im Gefolge der PND [253, 254].

Durch die genannten und immer wieder in den Diskussionen vorgebrachten Argumente sieht sich der Ethikrat allerdings nicht zu einem strikten und lückenlosen Verbot der PID veranlasst. Er spricht sich im gleichen Maße für eine begrenzte Zulassung der PID aus und das mit folgenden Argumenten [255, 256]:

1. Legitimer Anwendungsbereich bei genetischem Risiko:

Für den Fall, dass ein klar ersichtliches und sicher zu erwartendes genetisches Risiko bei betroffenen Paaren vorliegt, muss es nach Meinung des Deutschen Ethikrates einen legitimen Anwendungsbereich der PID geben [257].

2. Recht auf Freiheit als grundlegender Wert:

Auch das Recht auf Freiheit und Verantwortung der Fortpflanzung spricht für eine begrenzte Zulassung der PID, da diese beiden zu den grundlegenden Werten unserer Kultur, Gesellschaftsordnung und Verfassung gehören [258].

3. Differenzierte Schutzwürdigkeit:

Der Deutsche Ethikrat hält an der kategorialen Differenz zwischen dem Schutz eines bereits geborenen Menschen und der erst „heranwachsenden Schutzwürdigkeit“ des vorgeburtlichen Lebens fest (vgl. Stellungnahme vom 20. Dezember 2001, Abschnitt 5.1) [259].

4. Dementierung des Diskriminierungsvorwurfes:

Gegen den sogenannten „Diskriminierungsvorwurf“ wendet sich der Deutsche Ethikrat. Er spricht sich deutlich dagegen aus, dass Paare, die ein eigenes Kind mit einer Behinderung verhindern wollen, damit ein Unwerturteil gegenüber allen Menschen mit dieser Behinderung abgeben [260, 261].

5. Vergleich mit PND:

In solchen Zusammenhängen erinnert der Deutsche Ethikrat auch daran, dass sich der immer wieder erhobene Einwand, die PID diskriminiere Menschen mit Behinderung, auch gleichermaßen gegen die PND richten müsse. Diese Methode werde jedoch seit Jahrzehnten intensiv genutzt [262].

6. Keine Auffälligkeiten in der psychosozialen Entwicklung:

Ein weiteres wichtiges Argument für eine begrenzte Zulassung der PID sieht der Deutsche Ethikrat schließlich darin, dass es bislang keine Hinweise auf eine Gefährdung des Kindeswohls gebe: auch die spätere psychosoziale Entwicklung von Kindern weise nach einer IVF und PID keine Auffälligkeiten auf [263].

Mit dieser Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, die sorgfältig alle auf dem Tisch befindlichen Argumente aufführt und abwägt, soll darauf aufmerksam machen werden, dass

auch eine politische Lösung nur unter der Voraussetzung wechselseitiger Achtung der Argumente der Mediziner und Philosophen bzw. Ethiker zu einem Ziel führen kann: Auch abweichende Meinungen sind zu respektieren und verdienen eine sachliche Auseinandersetzung [264, 265].

**V. Die Situation der modernen Fortpflanzungsmedizin in
Israel und ihre Voraussetzungen im jüdischen
Religionsgesetz (Halacha)**

a. Die Situation der Fortpflanzungsmedizin in Israel

Israel hat die weltweit höchste Dichte an Reproduktionskliniken. Rund 25 Institute produzieren zwischen Haifa und Eilat Nachwuchs aus der Retorte [266].

Finanziert werden die millionenschweren Unternehmen vom Gesundheitssystem des israelischen Staates: Die Krankenversicherungen bezahlen jedem Paar so viele Behandlungen, wie nötig sind, bis es zwei Kinder hat: Bindet ein Partner sich neu, hat er nochmals das Recht auf bezahlte Zeugung im Labor [267] – eine weltweit einzigartige Regelung. Im Vergleich mit solchen staatlichen Vorgaben sieht die einschlägige Bereitschaft der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ausgesprochen kleinmütig aus: Bis zum Jahr 2003 kamen die gesetzlichen Krankenkassen in der BRD lediglich für vier volle Behandlungszyklen je Paar auf. Inzwischen werden nach §27a Sozialgesetzbuch (SGB) V nur drei zur Hälfte übernommen. Die restlichen Kosten müssen von den „Patienten“ selbst getragen werden. Die privaten Krankenkassen zahlen hingegen in der Regel die Gesamtkosten [268].

Zudem: Jedes Jahr kommen in Israel, dem Sieben-Millionen-Volk, 14 000 Zyklen der In-Vitro-Fertilisation zusammen [269, 270] und das offensichtlich mit breitester Zustimmung der Öffentlichkeit. Denn als beispielsweise der israelische Finanzminister 2003 vorschlug, die staatliche Finanzierung für künstliche Befruchtung drastisch zu beschränken, reagierte die Öffentlichkeit in Israel empört. Unter anderem machte eine junge Frau mit Fruchtbarkeitsproblemen vor einem Komitee zur Lage der Frauen geltend, sie sei die einzige Enkelin einer Holocaust-Überlebenden und es müsse der Großmutter ermöglicht werden, „Kontinuität zu sehen und eigene Großkel zu haben“. Der Finanzminister zog darauf seinen Vorschlag nach fünf Monaten Streit mit der öffentlichen Meinung in Israel zurück [267].

Die Reproduktionsmedizin in Israel wurde von verschiedenen Persönlichkeiten geprägt: Es war der Arzt Joseph Itskovitz-Eldor vom Rambam Medical Center in Haifa, der den Grundstein zur Stammzellforschung und dadurch zur Reproduktionsmedizin überhaupt in Israel legen konnte. Denn im entscheidenden Moment seines Forscherlebens besaß er zwei Dinge, die ihm bei seinem geradezu stupenden Durchbruch halfen: seinen jüdischen Glauben und seinen israelischen Pass. Nur diesen beiden Gegebenheiten verdankte es jener prominente Reproduktionsmediziner, dass er künstlich befruchteten Embryonen, die ihm seine Patientenpaare überlassen hatten, embryonale Stammzellen entnehmen und in einer Petri-

Schale weiterwachsen lassen konnte. Die Rechtsordnung in Israel machte ihm keinerlei Schwierigkeiten dabei! [271, 272]

Bemerkenswert bleibt in diesem Zusammenhang auch, dass in Itskovitz-Eldors IVF-Abteilung, die zwei Etagen im Rambam Medical Center in Haifa belegt, die erste Leihmutter Israels im Jahre 1998 Zwillinge gebar. Ebenso kam in Itsikovitz-Eldors Abteilung weltweit das erste Kind nach Präimplantationsdiagnostik zur Welt [273, 274].

Weiterhin machte immer wieder das Zir Chemed Medical Center in Jerusalem wegen seiner weit ausgedehnten Fortpflanzungsmedizin von sich reden. Es wurde 1995 vom orthodoxen Rabbiner Nachum Tenenbaum gegründet – und verzichtet auf jeglichen Profit. Es wurde ins Leben gerufen, mit der bemerkenswerten Begründung, „dass das Judentum das Leben bejahe“, wie Baruch Brooks, der Leiter der Klinik mitteilte [269, 275].

Eine weitere bedeutende Persönlichkeit in der Geschichte der modernen Reproduktionsmedizin Israels ist der Forscher Jehoshua Dor. Er praktiziert vormittags am staatlichen Sheba Medical Center in Tel Hashomer. Nachmittags arbeitet er in einer Privatklinik, die von Frauen aus dem ganzen Land aufgesucht wird. Mit seiner Hilfe kam 1982 das erste im Reagenzglas gezeugte israelische Baby zur Welt. An der Wand in seinem Büro hängt ein Foto von gesunden Drillingen, die durch eine gelungene Präimplantationsdiagnostik gegangen waren. Sie zählen zu den weltweit ersten Kindern eines Mannes mit dem Klinefelter Syndrom – einer Fehlverteilung von Chromosomen, bei der die betroffenen Männer keine oder zu wenige Spermien produzieren. Dor war es auch, der erstmals einer Krebspatientin zu einem Kind verhalf, indem er ihr vor der Chemotherapie Eierstockgewebe entnahm und es nach ihrer Genesung zurücktransplantierte [267, 276].

Es ist natürlich von großem Interesse, dass es gerade die gläubigen Juden waren und sind, die anhand des „jüdischen Religionsgesetzes“ (der Halacha) für In-Vitro-Fertilisation, die Präimplantationsdiagnostik und selbstverständlich auch für die Forschung an den aus der IVF zurückbleibenden Embryonen eintreten.

Diese gläubigen Juden tasten sich bei der Behandlung dieser hochmodernen Fragen einer *religiösen* Linie entlang, die sie als für ihr Leben bestimmend anerkennen: An der

hebräischen Bibel und an der Auslegung dieser hebräischen Bibel durch die jüdische Tradition. Es ist somit nicht zuletzt die „jüdische Theologie“, die Israel zu einem der High-Biotech-Staaten macht [277].

Diesem überraschenden Befund gilt es im Folgenden näher nachzugehen: Dazu ist zunächst eine ausreichend einlässliche Einführung in die grundlegenden Voraussetzungen und Vorentscheidungen unabdingbar, auf denen die Halacha beruht und denen entlang sich ihre Festlegungen seit Jahrtausenden bewegen – schließlich auch die modernen Meinungen zur Reproduktionsmedizin.

b. Die Grundlagen der Halacha

1. Die „schriftliche Thora“

Am Eingang zum jüdischen Recht (zur Halacha) und des (gläubigen) Judentums überhaupt steht die „schriftliche Thora“. Sie ist identisch mit den ersten fünf Büchern der Bibel und wird während des jüdischen Lesejahres – Schabbat für Schabbat, also Samstag für Samstag – in 54 genau festgelegten und nach ihren hebräischen Anfangsworten benannten Wochenabschnitten (den Paraschijot) vorgelesen. Diese „schriftliche Thora“ ist und bleibt der Schlüsselbegriff des (gläubigen) Judentums schlechthin [278].

Denn sie enthält nach jüdischer Überzeugung die „613 Gebote und Verbote“ (die Tarjag Mizwot), von denen G'tt selbst nach Moses 6,24 das unterscheidbare Leben und Überleben der Juden abhängig gemacht hat:

„Der Herr hat uns verpflichtet, alle diese Gesetze zu halten und dadurch den Herren, unseren G'tt, zu fürchten, damit es uns das ganze Leben lang gut geht und er uns Leben schenkt, wie wir es heute haben“, heißt es dort [279, 280].

Betrachtet man näher, was diese fünf Bücher der „schriftlichen Thora“ im Einzelnen als solche „Gesetze“ dem Leser anbieten, so fällt sofort auf, mit welcher Eindringlichkeit sie sich auf die Verbesserung und Vermenschlichung der sozialen Lebensqualität einlassen.

Ohne Frage besteht der Großteil der „schriftlichen Thora“ aus Sozialgesetzgebung: Ihr eigentliches Interesse gilt unübersehbar Steuern, sozialer Fürsorge, kommunaler Organisation, dem Erbrecht, den Verbrechen, der Autorität und den Verfahrensweisen vor Gericht. Man stößt auf Verordnungen über Vogelnester, gerechtes Wiegen, Infektionskrankheiten sowie auch auf das Verbot, die Bäume des besiegten Feindes zu fällen (5. Buch Moses 20, 19-20). Ebenso wird der wirtschaftlich Mächtigere überall von der „schriftlichen Thora“ darauf verpflichtet, sein Eigentumsrecht kritisch an den elementaren Lebensnotwendigkeiten des ärmeren und schwächeren Menschen zu vermessen. Wie überhaupt der Arme ein besonderes Anliegen der „schriftlichen Thora“ ist [281-283].

Es ist nicht verwunderlich, dass die „schriftliche Thora“ mit ihren „613 Geboten und Verboten“ von den (gläubigen) Juden niemals anders gesehen wurde, denn als Anleitung zu einem erfolgreichen Leben oder anders formuliert: Die (gläubigen) Juden aller Zeiten vertrauen darauf, dass die von G'tt gegebenen Gebote und Verbote in der „schriftlichen Thora“ für ihr jeweiliges Leben „nützlich“ sein würden [284].

2. Die „mündliche Thora“

Gerade ein derart gelingendes Leben jedoch hat endlos verschiedene Einzelheiten, die gestern noch gar nicht absehbar waren und morgen schon wieder ohne Bedeutung sein können. Mehr noch: Je aufmerksamer und rückhaltloser sich ein solches Leben den Anforderungen seiner jeweiligen Gegenwart überlasst, um überhaupt erfolgreich werden zu können, desto vielfältiger und beweglicher wird es sich darstellen. Wie aber soll mit der Erfahrung alltäglicher Veränderungen und Umstürze ein Einhalten der „613 Gebote und Verbote“ gewährleistet sein? Wie und mit welchen Folgen kann sich die Gesetzgebung vom Berg Sinai auf die beweglichen und sich ständig verändernden Lebensbedingungen der noch dazu weltweit – also in den unterschiedlichsten Kulturen – siedelnden Juden einlassen? [285]

Unter dem Eindruck solcher Fragen kam die jüdische Theologie schon in den letzten beiden Jahrhunderten vor der Zeitenwende allmählich zu der Überzeugung, dass einst schon am Sinai ein *zweipoliger* Prozess seinen Anfang nahm. Der eine Strang seiner Bewegung führte die „schriftliche Thora“ mit sich und sorgt bis in unsere Tage dafür, dass diese „schriftliche Thora“ mit den „613 Geboten und Verboten“ in ihrer Mitte von einem jüdischen Geschlecht zum anderen genau und wortgetreu überliefert wird [286].

Daneben jedoch gibt es einen zweiten Strom der Offenbarung, der vom Sinai in die Gegenwart der (gläubigen) Juden fließt. In seinem Verlauf musste sich die andere Frage beantworten lassen, ob und wie vor Ort *je besonders* der Wille G'ttes verwirklicht werden könnte, wovon die „schriftliche Thora“ so nachdrücklich das Leben und das Überleben der Juden abhängig macht. Denn die sich ständig ändernden historischen und politischen Umstände verlangten selbstverständlich um des verheißenen „Lebenswillen“ eine andauernde und begründbare Anwendung der als autoritativ anerkannten „schriftlichen Thora“ auf die wechselnden Fälle eben dieses Lebens: Die Wegmarkierungen der „613 Gebote und Verbote“ in der „schriftlichen Thora“ bedürfen einer ständigen Heranführung, an die sich von Generation zu Generation ändernden Antwortbedürfnisse der noch dazu in ganz unterschiedlichen kulturellen Zusammenhängen existierenden Juden [287].

Fragen dieser Art brachten jene Bewegung auf den Weg, die wie nichts anderes das (gläubige) Judentum aller Zeiten heraushebt und unterscheidet: die sogenannten „mündliche Thora“.

Dieser „mündlichen Thora“ fiel in allen Generationen immer wieder neu die Aufgabe zu, die Eigengesetzlichkeit der Wertordnung und Verhaltensnormen, wie sie den Juden in den unterschiedlichsten Gesellschaften und Zeiten begegneten, in das jüdische Basiswissen um den Willen G'ttes einzubeziehen, das sich ein für allemal in den „613 Geboten und Verboten“ der „schriftlichen Thora“ dokumentiert [288].

Das Konzept der „mündlichen Thora“ steht somit für einen Begriff von Weiterentwicklung, demzufolge die „613 Gebote und Verbote“ der „schriftlichen Thora“ nicht das letzte Wort G'ttes sein können. Im Rahmen des Konzepts der „mündlichen Thora“ ist der Vorgang der g'ttlichen Gesetzgebung niemals abgeschlossen, sondern ein ununterbrochen fortdauernder und sich immer wieder erneuernder Prozess [289].

Die „mündliche Thora“ gruppiert sich um die grundlegende Erkenntnis, dass die g'ttliche Offenbarung ununterbrochen mit neuer Welterfahrung und mit aktueller Welterkenntnis, mit immer wieder anders vor Ort erfahrenem Sachverstand zusammengehalten und angereichert werden muss, um in ein erfolgreiches jüdisches Leben einmünden zu können [290].

3. Die Arbeit der „Schriftgelehrten“

Die so verstandene Aufgabe der „mündlichen Thora“ macht zugleich auf die wichtigste Institution aufmerksam, welche die „mündliche Thora“ im Judentum als ihr unverzichtbares Gegenstück hervorbrachte: den „Schriftgelehrten“.

Denn in die Zuständigkeit solcher „Schriftgelehrter“ (die keine ordinierten Rabbiner sein müssen) fiel und fällt die für das Judentum zentrale Aufgabe, jenen Bezug der „schriftlichen Thora“ auf das jeweils eigene Zeitalter über die Wege der „mündlichen Thora“ immer wieder neu zu gewährleisten. Ein „Schriftgelehrter“ arbeitet nicht nur die Implikationen der „schriftlichen Thora“ heraus und er beherrscht nicht nur die Kunst, die Texte der „schriftlichen Thora“ verständig zu lesen, zu interpretieren und vorzutragen, sondern er ist auch der Lehrer der Gemeinde, dessen Schriftgelehrtenarbeit die heiligen Texte der „schriftlichen Thora“ den gerade erst aktuell gewordenen zeitgenössischen Bedürfnissen anpasst [291-293].

Über den „Schriftgelehrten“ kommt des (gläubigen) Judentums zu dem Entschluss, dass der Wille G'ttes vom Sinai erst durch die „mündliche Thora“ aussprechbar wird und befolgt werden kann. Das heißt nicht mehr und nicht weniger, als dass die „schriftliche Thora“ mit ihren „613 Geboten und Verboten“ auf ihre Fortführung durch das Weiterdenken der Generationen buchstäblich angewiesen bleibt, um überhaupt im Interesse eines immer wieder neu ansetzenden, gelingenden jüdischen Lebens anwendbar zu erscheinen [294, 295].

4. Die Literatur der „mündlichen Thora“ - Zeugnis einer Kultur des Dissenses nach dem Motto: Es ist besser mit Fragen als mit Antworten zu leben

Für das bemerkenswert offene und vielfach beschriebene autonome Modell von Theologie (oder: Vom Umgang mit den g'ttlichen Vorgaben) – steht im (gläubigen) Judentum ein endloser Chor von angestrengt und stets streitig (!) um Mehrheiten ringenden, über die Jahrhunderte hinweg debattierenden „Schriftgelehrten“ [296].

Ihr Streiten verschafft sich unmissverständlich, ja geradezu aufdringlich in den Büchern Gehör, in denen die „mündliche Thora“ schließlich ihren wichtigsten literarischen Niederschlag fand [297].

Zunächst und grundlegend in der „Mischnah“ – die erste große Niederschrift der mündlichen Thora, die „Rabbi“ Jehuda ha-Nasi um 200 nach der Zeitenwende aus der bis dahin zugänglichen „mündlichen Thora“ auswählte [298, 299].

Dann vor allem in den vom 5. Jahrhundert an vorliegenden Texten des (palästinischen und des babylonischen) „Talmud“ [300]. Besonders der hier, im Talmud, dokumentierte heilige Meinungswirrwarr der „Schriftgelehrten“ lässt an ein „Meer“ ohne Horizont denken: Die Fragen erscheinen hier wichtiger als die immer wieder in den Debatten angegriffenen Antworten zu sein [290, 301].

Im Mittelalter tritt zu Minschah und Talmud das gewaltige, 14-Bändige Sammelwerk der „mündlichen Thora“ aus der Feder des bedeutendsten mittelalterlichen „Schriftgelehrten“ der Juden hinzu: Der „Mischneh Torah“ des Mosche ben Maimon (1135-1204) [302, 303].

In der Neuzeit schließt sich dem vor allem der „Schulchan Aruch“ (der „gedeckte Tisch“) an, also jenes Kompendium, in dem zunächst (im Jahr 1569) Josef Karo und wenig später sein Rezensent und Kritiker Mosche Isserles die inzwischen gigantisch angewachsene „mündliche Thora“ zusammenzuführen suchten [304].

5. Die Halacha

Die Halacha beruht auf diesen Hauptwerken der „mündlichen Thora“. Sie sind es, die die maßgeblichen Entscheidungen und Begründungen mitbestimmen, die bis heute in die Gegenwart des Jahres 2013 die Auslegung der „613 Gebote und Verbote“ in den unterschiedlichsten zeitgenössischen Kontexten jüdischen Lebens implizieren. Diese Folgerungen geben die Richtungsfaktoren vor, denen entlang auch moderne (gläubige) Juden ihren „Jewish Way of Life“ in ihren jeweils ganz verschiedenen Umwelten suchen werden [305, 306].

Dazu gehören auch die Antwortversuche und Antworten auf die neuen Fragen, welche die moderne Fortpflanzungsmedizin aufwirft.

Dabei ist noch eine terminologische Einzelheit von einer gewissen Bedeutung. Das Wort „Halacha“ bezeichnet stets die konkret und aktuell vor Ort gültige Auslegung der Offenbarung, während der Begriff der „mündlichen Thora“ die jahrtausendealte jüdische Überlieferung zu den „613 Geboten und Verboten“ der „schriftlichen Thora“ benennt [307, 308].

c. Die Halacha und die Medizin

An den Standpunkten des eben geschilderten Umgangs der „mündlichen Thora“ bzw. der „Halacha“ mit den „613 Geboten und Verboten“ der „schriftlichen Thora“ orientieren sich buchstäblich seit Jahrtausenden auch die Einstellungen der jüdischen Überlieferung zu den Fortschritten der Medizin [309].

Grundlegend einschlägig und maßgebend ist dabei noch heute die Erinnerung der jüdischen Überlieferung an einen Sachverhalt aus den Makkabäerkriegen in der zweiten Hälfte des 2. Jahrhunderts vor unserer Zeitrechnung. Damals entschieden die Führer der Makkabäer [310], das Gebot der absoluten Schabbatruhe vom Sinai [311] außer Acht zu lassen und die Selbstverteidigung am Schabbat um der eigenen Lebenserhaltung willen zu erlauben [305, 312].

Diese Entscheidung war und blieb ein vordringlicher Hinweis in der Entwicklung der Halacha [313].

Denn seitdem wuchsen Lebenserhaltung und damit auch Lebensgewinnung zu richtungsweisenden Antriebskräften der Halacha aller Zeiten: Lebenserhaltung und Lebensgewinnung gerieten zu bevorzugt motivierten Energien direkt an der Bewegungsachse der „Halacha“. Der Grundsatz Lebenserhaltung besteht seitdem nicht nur in Ruhe am Schabbat, sondern sie ist eine der tragenden ethischen Pfeiler jüdischer Lebensgestaltung schlechthin [314, 315].

Da die Halacha das ungehemmte Arbeiten an der Erhaltung menschlichen Lebens vor rund 2200 Jahren ursprünglich im Kontext der Schabbatverwahrung freigegeben hat, stand und steht für jeden (gläubigen) Juden der Zusammenhang mit der Schöpfungsordnung fraglos fest: Lebenserhaltung und Lebensgewinnung erscheinen ihm als vordringliche und direkte Folge aus der Schöpfungsordnung [316, 317].

Zudem stellte noch im März des Jahres 2001 der damalige aschkenasische Oberrabbiner Israels Meir Lau unmissverständlich fest: Das gläubige Judentum „begrüßt generell jede Entwicklung in der medizinischen Technik, wenn es darum geht, Leben zu retten oder Probleme der Befruchtung zu lösen“ [318].

Fazit: Drei grundlegende Besonderheiten des jüdischen Rechts (der Halacha):

1. Für alle (gläubigen) Juden ist unstreitig, dass die „schriftliche Thora“ die Würde g'ttlicher Offenbarung hat. Aber ebenso klar ist für sie, dass die in der „schriftlichen Thora“ vorgegebenen „613 Gebote und Verbote“ förmlich darauf angewiesen sind, stets und immer wieder neu auf die konkreten und jeweils unterschiedlichen Lebensanforderungen hin ausgerichtet und ausgelegt zu werden, in denen Juden weltweit existieren. Demzufolge stammt die „schriftliche Thora“ zwar „vom

Himmel“, aber sie ist nicht mehr „im Himmel“, wie die „mündliche Thora“ im babylonischen Talmud [319] verlautet.

Durch diese ständig und zu allen Zeiten verlangte „Humanisierung“ des jüdischen Rechts – also der Halacha – entstehen innerhalb des jüdischen Normengefüges gewaltige Spielräume für die Fortentwicklung und Anpassung des Rechts an die sich immerwährend wandelnden Lebensumstände. Das jüdische Recht geht somit von vornherein von einer breiten Vielfalt und Pluralität möglicher Meinungen aus, die nur durch anhaltend vor Ort immer wieder neu herausgeforderte Mehrheitsentscheidungen geregelt und im Zaum gehalten werden können. Grundsätzlich steht das jüdische Recht für einen weitreichenden Rechtspluralismus offen – und bietet dadurch unter anderem auch eine grundlegende Offenheit, die sich differenziert auf die Entwicklungen der modernen Fortpflanzungsmedizin einzulassen in der Lage ist [6, 7, 290, 320].

2. Das derart entwicklungs- und anpassungsbereite jüdische Recht (die Halacha) entwickelt sich bis heute als ein Recht ohne Staat, da seit dem Jahre 70 nach der Zeitenwende keine territoriale Einheit *aller* Juden besteht und die Mehrzahl der Juden auch nach 1946 außerhalb Israels lebt. Diese fehlende Staatlichkeit bedingt unter anderem den Wegfall einheitlicher und zentraler Entscheidungshierarchien und begünstigt damit die kontinuierlichen Veränderungen des jüdischen Rechts, das ja weltweit unter globalen Herausforderungen jenseits eines einheitlichen jüdischen Territoriums ausgelegt und den jeweils lokal vorgegebenen Lebensumständen angepasst werden muss. Nirgendwo steht dem ein durchsetzungsfähiges, einheitliches und staatliches Gewaltmonopol zur Verfügung, sondern es gibt nur den Zwang, das jüdische Recht (die Halacha) zu dem je an den unterschiedlichen Wohnorten der Juden geltende Recht in ein Verhältnis zu setzen. Auch dieser Umstand begünstigt die Sanktion ganz unterschiedlicher Interpretationen im jüdischen Recht: Wenn überhaupt ein Recht, dann kann das jüdische Recht transnational auf die international vorgegebenen Meinungen der modernen Reproduktionsforschung reagieren und nationale Schwierigkeiten in der Argumentation überwinden [321-323].
3. Das jüdische Recht (die Halacha) ist *auch* Ausdruck ethischer Maßstäbe. Die Ethik ist keine Größe, die dem jüdischen Recht erst hinzugefügt werden muss. Es ist g'ttlich und sieht sich trotzdem auf das abgewogene Urteil der vor Ort in sich wandelnden

Lebensanforderungen bewegenden Juden angewiesen. Es beansprucht seine Gültigkeit auch ohne Staat, da es die innere Zustimmung der (gläubigen) Juden voraussetzt. Es gibt somit nicht den Konflikt zwischen g'ttlichem Recht und Erfahrung. Und das meint im Blick auf die moderne Reproduktionsmedizin, dass sich das jüdische Recht nicht als eine Größe betrachtet, die zur Erfahrung der Mediziner in ihren Laboren als eine neue Größe gewissermaßen von außen hinzukommt. Sondern das an die g'ttliche Offenbarung gehaltene jüdische Recht legt Wert darauf, dass die Schöpfung selbst „thoraförmig“ ist und dass die erkennbar nützlichen Resultate der Reproduktionsmedizin dem entsprechend konform dem g'ttlichen Willen sind [324]. Die Arbeit der Mediziner in ihren Laboren dient der Aufspürung des g'ttlichen Willens, wie er nach gläubiger jüdischer Überzeugung hinter den Konturen alles Geschaffenen vorhanden ist und dort nur entdeckt zu werden braucht. Jede dem Wohl des Menschen nachweislich dienende Forschung der Medizin ist nach dieser Auffassung a priori ethisch – an sich und für sich. Die fehlende Trennung von Recht und Moral prädestiniert die jüdische Rechtstradition als Beispiel für ein System zu dienen, in dem ein strittiger, vom Recht zu regelnder Fall, nicht ethische Beurteilungsmaßstäbe ausschließt oder nur stillschweigend beinhaltet, sondern sie ausdrücklich zur Voraussetzung einer Entscheidung macht [325-327].

Dieselbe Trennung von jüdischem Recht und Moral schließt somit einen essentiellen Mangel in der modernen Diskussion um die Reproduktionsmedizin aus: Recht und Moral werden nach der Auffassung des jüdischen Rechts nicht aus je unterschiedlichen Begründungszusammenhängen oder mehr oder weniger unverständig an die moderne Rechtsmedizin herangebracht. Sondern der Reproduktionsmediziner selbst begegnet *während seiner Arbeit* dem Recht ebenso wie der Moral [328, 329].

VI. Perspektiven aus dem jüdischen Religionsgesetz (Halacha) zur modernen Fortpflanzungsmedizin

a. Die Halacha und der Status des vorgeburtlichen Lebens

Die Zeugung und die Erhaltung des menschlichen Lebens gehören zu den grundlegenden Forderungen der jüdischen Kultur. „Seid fruchtbar und mehrt euch, füllt die Erde an!“ [330]. Diese Forderung der „schriftlichen Thora“ gehört zu den „613 Geboten und Verboten“, welche die Grundlagen und die Referenzpunkte für die Rechtsdiskussion in den Hauptwerken der „mündlichen Thora“, also vor allem im Talmud bilden. Ebenso unterstützt der biblische Vers „Seid so zahlreich, wie Sterne am Himmel und Sand am Meer!“ die Aufforderung zur Fortpflanzung [331, 332].

Dabei entspricht die Pflicht zur Reproduktion zunächst und vordringlich in etwa einem „Grundrecht“. Oder anders ausgedrückt: Im jüdischen Recht *eröffnet* die Verpflichtung zur Fortpflanzung in erster Linie und vor allem einen Handlungsspielraum [333, 334].

Für die grundsätzlich geforderte Fortpflanzung sind damit zuerst einmal alle denkbaren Methoden erlaubt, um der Erfüllung dieser Verpflichtung nachzukommen. Grenzen der Fortpflanzungsmethoden ergeben sich erst aus der Verletzung anderer Pflichten und müssen mit Hilfe der in der „mündlichen Thora“ geführten Streitigkeiten erst bestimmt und definiert werden [213].

Dazu kommt ein Weiteres. Das menschliche Leben wird im Judentum als heilig angesehen. Und das mit gutem Grund, so heißt es:

„G'tt schuf den Menschen nach seinem Bild. Nach dem Bild G'ttes schuf er ihn. Als Mann und Frau erschuf er sie.“ [335]

Daraus hat die jüdische Überlieferung zu allen Zeiten die Verpflichtung herausgelesen, den Erhalt des menschlichen Lebens zu garantieren und alle nur denkbaren Eingriffe zu unternehmen, welche in der Lage sind, menschliches Leben zu ermöglichen und zu erhalten. Für den Erhalt eines Lebens lässt das jüdische Recht auch außergewöhnliche Handlungen zu – praktisch die Durchbrechung aller Gebote und Verbote, ausgenommen nur G'tteslästerung, Ehebruch und Mord [336-338].

Im jüdischen Recht ist deshalb der Schutz des Lebens eine der zentralen Verpflichtungen der jüdischen Religion. Hinter diesen Vorzeichen diskutiert das jüdische Recht auch die Bewertung des vorgeburtlichen Lebens bzw. den Beginn des menschlichen Lebens überhaupt [339].

1. Der Status des vorgeburtlichen Lebens und die Auseinandersetzung um die Abtreibung

Der Beginn des menschlichen Lebens wurde in den halachischen Debatten lange Zeit vor allem im Zusammenhang mit den Fragen der Abtreibung diskutiert. Die dort vorgebrachten Ansichten und Argumente sind es, die heute auch beim jüdischen Nachdenken über die unterschiedlichen Reproduktionsmethoden eine wesentliche Rolle spielen.

Auch die erst in jüngster Zeit aufgetretenen Herausforderungen durch die künstliche Befruchtung werden im jüdischen Recht im Anschluss an die Kontroversen der Abtreibung erörtert, da diese Debatte die Kernargumentation über die Bestimmung vorgeburtlichen Lebens enthält [340, 341].

1.1. Das jüdische Recht findet schon in der „schriftlichen Thora“ einen maßgebenden Hinweis auf eine verständige Regelung der Abtreibung. Konkret geht es dabei um folgende biblische Stelle:

„Wenn Männer in Streit geraten und dabei eine schwangere Frau so stoßen, dass eine Frühgeburt eintritt, ihr sonst aber kein Schaden entsteht, so soll der Schuldige diejenige Geldbuße zahlen, die der Ehemann der Frau ihm auferlegt, und zwar nach Anhörung von Schiedsrichtern. Wenn aber ein bleibender Leibschaden entsteht, so sollst du geben: Leben um Leben“ [342].

In dieser Textpassage wird zwar nicht die Abtreibung selbst thematisiert, wohl aber der Verlust ungeborenen Lebens durch eine äußere Einwirkung, die nicht gezielt auf eine Tötung des ungeborenen Lebens gerichtet ist und daher nicht als Abtreibung eingestuft werden muss. Und gerade darin findet die jüdische

Überlieferung einen wichtigen Fingerzeig auf die Einstufung vorgeburtlichen Lebens. Die Frühgeburt der Kinder wird zivilrechtlich geahndet (durch Geldbuße), das vorgeburtliche Stadium des Lebens jedoch wird nicht als „Mensch“ bzw. als „Kind“ bezeichnet, sondern als „Seele“ (Nefesh נֶפֶשׁ) [340, 343, 344].

Daraus folgert die „mündliche Thora“, dass einem Fötus eine geringere Stellung zugemessen werden muss als dem geborenen Menschen – dass also der Fötus nicht denselben Bestimmungen unterliegen kann, die eine geborene Person betreffen.

Im jüdischen Recht wird eine Abtreibung ebenso nicht als Mord oder Totschlag qualifiziert. Der Fötus wird vielmehr noch als Bestandteil der Mutter angesehen, die damit im Zweifel ein höheres Schutzgut darstellt, als der Fötus alleine und für sich genommen [345, 346].

Im Fall eines direkten Konflikts zwischen den Lebensinteressen der Mutter und dem Erhalt des Fötus – etwa bei Komplikationen der Schwangerschaft – überwiegt deshalb in jedem Fall das Überlebensinteresse der Mutter, die sogar selbst verpflichtet ist, ihrem Leben den Vorrang zu geben [347, 348].

Wenn ein Fötus aber nicht als Mensch, das heißt als schützenswertes Leben angesehen wird, wie ist er dann einzuschätzen?

An dieser Stelle gelangt das jüdische Recht zu einer sehr entscheidenden Antwort und Weichenstellung. Es beginnt nämlich genau hier damit, offen und eindeutig über einen abgestuften Schutz des heranwachsenden Lebens bis zur Geburt nachzudenken und zu diskutieren [349-351].

1.2. Einen zweiten Hinweis für eine Regelung der Abtreibung findet das jüdische Recht in der ältesten Zusammenfassung der „mündlichen Thora“ aus dem beginnenden 3. Jahrhundert nach der Zeitenwende, in der Mischna.

Dort ist zu lesen:

„Wenn eine Frau schwer gebiert und dadurch in Lebensgefahr schwebt, zerschneidet man das Kind im Mutterleib und holt es stückweise heraus, weil das Leben (Chaim חיים) der Mutter dem des Kindes vorangeht. Ist aber der größte Teil des Kindes schon herausgekommen, darf man es nicht mehr verletzen. Denn man darf nicht ein Leben für ein anderes opfern“ [352].

Dieser Mischnatext rechnet mit dem Kollisionsfall zwischen Fötus und Mutter. Er entscheidet hier ganz klar: Bei einer derartigen Gefährdungssituation ist das Leben der Mutter in jedem Falle vorzuziehen [353, 354].

Dazu kommt jedoch noch eine andere Festlegung, von noch größerer Bedeutung. Der zweite Teil der Textfolge impliziert nämlich die weittragende Folgerung, dass der volle Personenstatus eines Menschen erst mit dem Zeitpunkt erreicht wird, wenn der Körper des Kindes zum größten Teil aus der Mutter herausgekommen ist [354-358].

Diese Einstellung der jüdischen Überlieferung ist auch an anderen Stellen der „mündlichen Thora“ nachlesbar.

Zum Beispiel in einem Abschnitt der Mischna. Hier wird am Anfang des 3. Jahrhunderts nach der Zeitenwende die Hinrichtung einer schwangeren Frau zur Diskussion gestellt:

„Wenn eine (schwangere) Frau zur Hinrichtung hinausgeführt werden soll, wartet man ihre Niederkunft nicht ab. Hat sie jedoch bereits auf dem Gebärstuhl gesessen, haben die Wehen bereits eingesetzt oder ist das Ende des Geburtsvorgangs bereits abzusehen, dann wartet man ihre Niederkunft ab“ [359].

Der Vollzug der Todesstrafe an einer schwangeren Frau, deren Wehen noch nicht eingesetzt haben, muss also nicht aufgeschoben werden, um das Leben des Fötus zu retten. Der Fötus wird vor dem Beginn seiner Geburt noch nicht als Person

betrachtet. Erst im Augenblick der Geburt – und nicht vorher – kann es deshalb zu einer Abwägung des Lebens der Mutter gegen das Leben des Kindes kommen. Denn das jüdische Recht gibt bei Lebensgefahr für Mutter und Kind vor und während der Geburt dem Leben der Mutter den Vorzug. Und zwar deshalb, weil die „mündliche Thora“ den Fötus als einen „Verfolger“ bzw. „Agressor“ (Rodef ַרְגֵּל) gegen die Mutter sieht, der kausal im Fall der unterlassenen Abtreibung den sicheren Tod der Mutter verursachen kann. In diesem Fall liegt eine Art Notstand vor, bei dem durch Abwägung das Leben der Mutter Vorrang beanspruchen darf [348, 360, 361].

1.3. In den Werken der „mündlichen Thora“, also vor allem im babylonischen Talmud, wird mehrheitlich für das „Wissen“ geworben, dass während der ersten 40 Tage nach der Empfängnis kein Verbot der Lebenszerstörung Gültigkeit habe, da mehreren Äußerungen im babylonischen Talmud zufolge zu diesem Zeitpunkt noch kein individuelles bzw. individualisiertes Lebewesen im Mutterleib existiere. Besonders eindeutig ist ein talmudischer Beleg, der in der jüdischen Debatte um den Anfang des menschlichen Lebens eine wichtige Rolle spielt [362-364]:

„Der römische Kaiser Marcus Aurelius Antoninus (121-161 nach der Zeitenwende) fragte Rabbi Jehuda ha-Nasi, den Kompilator der Mischna (135-200 nach der Zeitenwende): Wann kommt die Seele (Nefesh נֶפֶשׁ) in den Menschen? Zum Zeitpunkt der Befruchtung oder bei der Bildung des Embryo? Dieser erwiderte: zum Zeitpunkt der Bildung des Embryo. Jener (also Kaiser Marcus Aurelius) erwiderte: Sollte es möglich sein, dass ein Stück Fleisch ungesalzen sich drei Tage hält, ohne übelriechend zu werden? Also kommt die Seele bereits bei der Befruchtung in den Menschen“ [365].

Noch eindeutiger und klarer lässt sich eine andere Stelle des babylonischen Talmud auf die Frage nach dem Beginn des menschlichen Lebens ein.

Rabbi Chisda (gestorben 309 nach der Zeitenwende) sagte:

„Ist eine Frau schwanger, so ist (der Same) bis zum vierzigsten (Tag) nichts weiter als Wasser“ [366].

Demzufolge wird der Zustand des Embryos während der ersten vierzig Tage nach der Vereinigung des Samens mit der Eizelle nur als „flüssig“ angesehen. Und deswegen billigt man ihm auch noch keine unterscheidbare Individualität zu [367-370].

Das jüdische Recht differenziert somit im Blick auf die Schutzwürdigkeit von menschlichem Leben. Es entscheidet sich entlang der Frage, ob ein Embryo jünger oder älter als vierzig Tage ist. Während dieser ersten vierzig Tage genießen die Embryonen keinen besonderen Schutz: Entstehendes menschliches Leben wird somit in diesem frühen Stadium der ersten vierzig Tage für schutzlos gehalten. Und nur eine eher konservative Richtung in der Entwicklung der Halacha nimmt deswegen an, dass zumindest nach den vierzig Tagen schützenswertes Leben existiert [371-373].

Somit ist in der Entwicklung der Halacha auf jeden Fall zu erkennen, dass man von einer Abstufung zwischen vorgeburtlichem und geborenem Leben ausgeht und dass dazu engere und weitere Auslegungen im Umlauf sind, die bis hin zur Einteilung des vorgeburtlichen Lebens in mehrere Stadien gehen. In jedem Falle bleibt bemerkenswert, dass die „mündliche Thora“ (die Halacha) mit einer beachtenswerten Offenheit über einen abgestuften Werdegang des vorgeburtlichen Lebens nachdenkt [350].

Es wird klar, dass aus jüdischer Perspektive neben der biologistischen Bestimmung des Lebensbeginns aufgrund der biblisch-talmudischen Tradition vertreten wird, dass erst der Zeitpunkt der Geburt als maßgebend für ein voll schützenswertes Leben angesehen wird. Es muss zudem von vornherein festgehalten werden, dass die Einstellung des jüdischen Rechts zum Status des Lebensbeginns eine ungewöhnliche Spannbreite an Positionen zulässt, die neben der argumentativen Offenheit auch die wohlbedachte Uneinheitlichkeit zeigen, die diesem kaum hierarchisierten Rechtssystem innewohnen [374-376].

Da es den Schutz des Lebens vor der Geburt als einen abgestuften, sich allmählich steigernden Lebensschutz darstellt, bietet das jüdische Recht eine im Blick auf die Fortschritte der modernen Fortpflanzungsmedizin gut nachvollziehbare und erstaunlich

entgegenkommende Stellungnahme an, die in westlichen Rechtsordnungen in dieser Weise nicht vorhanden ist. Es scheint nicht verwunderlich, dass vor allem für die gegenwärtige Rechtspolitik im Staat Israel die grundlegenden Einstellungen des jüdischen Rechts zur derzeitigen Reproduktionsmedizin relevant geworden sind. Die aktuelle israelische Gesetzgebung pflegt sich in diesem ethisch äußerst sensiblen Bereich auf die Überlieferungen der „mündlichen Thora“ zu berufen [371].

b. Die Halacha und die In-Vitro-Fertilisation

Die Gegebenheit, dass die Halacha und die ihr vorausgehende „mündliche Thora“ den Beginn menschlichen Lebens entlang einer Reihe von Entwicklungsstadien definiert, schlägt sich in der jüdischen Einstellung zur In-Vitro-Fertilisation maßgebend nieder. Denn wenn das jüdische Recht die Schutzwürdigkeit eines Embryos nach der entscheidenden Frage differenziert, ob er jünger oder älter als vierzig Tage ist, versteht es sich von selbst, dass die IVF als grundsätzlich rechtmäßig gelten muss, da die Embryonen, die im Zuge jeder IVF zerstört oder weitergehend genutzt werden, keinen besonderen Schutz in Anspruch nehmen können. Der Zugriff der IVF erfolgt zu einem Zeitpunkt, der weit vor dem Vierzig-Tage-Limit des jüdischen Rechts liegt. Das bedeutet: Die beim Vorgang einer IVF medizinisch veränderte Erzeugung von menschlichem Leben kann vor dem Hintergrund der halachischen Einteilung des vorgeburtlichen Lebens in Stadien grundsätzlich nicht abgelehnt werden [377-379].

Allerdings stellt sich in der Folge einer solchen prinzipiellen Zulässigkeit der IVF eine Reihe von sehr konkreten Fragen, die sozialetischen Charakter haben und andere vom jüdischen Recht vorgegebene Pflichten berühren. Die Anwendung einer heterologen Befruchtung bringt nicht nur Vorteile mit sich, es werden auch Probleme im Umgang mit dieser deutlich.

1. So führt das medizinische Verfahren einer IVF im jüdischen Recht zu Spannungen mit Gesetzen, welche die „schriftliche Thora“ unter den Verboten von „Ehebruch“ [380, 381] und „Inzest“ [382] vorschreibt. Denn im Vorgang einer IVF besteht die Chance, durch den Zugriff auf eine *Samenbank* die Unfruchtbarkeit eines Ehemannes zu überwinden. Dadurch jedoch eröffnet sich die Möglichkeit, an einen eventuellen „Ehebruch“ zu denken oder den theoretischen Fall eines denkbaren Inzestes in Erwägung zu ziehen [383, 384].

Solchen Befürchtungen begegnet man in der derzeitigen Diskussion mit zwei Argumenten. Zum einen weist man darauf hin, dass es sich bei der für jede IVF unabdingbaren künstlichen Befruchtung nicht um einen Sexualakt handelt, auf den sich das Verbot des Ehebruchs beziehen könnte. Denn es gibt keine sexuellen Handlungen mit dem außerehelichen Partner.

Zum anderen: Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass „inzestuöses“ Sperma aus Samenbanken bei einer künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, ist außerordentlich gering und kann vernachlässigt werden. Alle diese im Falle der Infertilität eines Ehemannes von der Halacha aus denkbaren Gefährdungen mobilisieren in der aktuellen jüdischen Diskussion höchstens eine gewisse moralische Verwahrung und summieren sich höchstens zu einem Vorsichtsapell an die Paare, die eine künstliche Befruchtung vornehmen lassen wollen. Sie finden jedoch keinen rechtlichen Widerhall in spezifischen halachischen Regelungen [385-387].

2. Durch die Möglichkeit der IVF und durch die dafür zentrale künstliche Befruchtung entstehen im jüdischen Recht auch Folgeprobleme bei der rechtlichen Bestimmung der Elternteile, da durch die verschiedenen Techniken der modernen Reproduktion mehr als nur die biologischen Eltern ins Spiel gebracht werden können.

Im jüdischen Recht gilt der Grundsatz, dass das Gebot der „schriftlichen Thora“, „seid fruchtbar und mehrt euch und füllt die Erde an“ [388] nur auf verheiratete Paare anwendbar ist. Deshalb kommt es ganz entscheidend auf die biologische Herkunft an. Das meint in diesem Zusammenhang, dass im Falle einer künstlichen Befruchtung

durch Sperma eines anderen (nicht Ehe-Mannes) die halachische Beurteilung völlig unstrittig ist: Steht die Unfruchtbarkeit des Ehemannes unerschütterlich fest, dann ist die im Zuge der IVF herangezogene Person, die das Sperma zur Verfügung stellt und durch die es auf künstlichem Wege zur Befruchtung der weiblichen Eizelle kommt, ohne Zweifel der anerkannte „Vater“. Wie ist aber dann der Status des Ehemanns zu definieren, der aufgrund der fehlenden Zeugung keine biologische Beziehung zum künftigen Kind hat? Dieses Dilemma wird in der jüdischen Rechtsfindung schon eine ganze Weile offen und ohne Scheu diskutiert, ohne dass daraus bislang ein Verbot der IVF abgeleitet worden ist [386, 389, 390].

3. Ganz ähnlich liegen die Dinge in den Fällen von künstlicher Befruchtung und IVF, in denen nicht die genetische Mutter, sondern eine Leihmutter das Kind austrägt und gebiert. Wer ist dann die „Mutter“ im rechtlichen Sinne? Neben der Zuerkennung des Kindes steht in diesem Zusammenhang auch seine jüdische Identität infrage, da nach dem traditionellen Verständnis im Judentum der Status eines Kindes – ob es jüdisch ist oder nicht – von der Mutter abhängt [391-394].

Es werden derzeit Meinungen vertreten, welche die Anerkennung der genetischen Mutter favorisieren. Viele sprechen sich jedoch auch für die „Tragemutter“ aus. Einige sogar für die Mutterschaft beider [395-397].

Die zu diesem Thema geführten Diskussionen sind bis heute kontrovers und bislang unentschieden geblieben. Interessant dabei ist, dass diese die IVF zentral anrührenden Debatten auf jüdischer Seite nirgendwo die grundsätzliche Zulässigkeit des Einsatzes der modernen Reproduktionsmedizin – also hier: der IVF – infrage gestellt haben [266, 398, 399].

Das jüdische Recht zeigt an diesen essentiellen Problempunkten eine besonders hohe Toleranz. Ebenso spricht die Halacha auch kein ausdrückliches Verbot gegen eine Leihmutterschaft aus [400-403].

Ganz anders das deutsche Embryonenschutzgesetz, das klare Vorgaben macht und entscheidet, dass eine Ersatzmutterschaft, bei der durch künstliche Befruchtung ein Kind für ein anderes Ehepaar ausgetragen wird, ausdrücklich verboten ist [404, 405].

Dem gegenüber kann man im jüdischen Recht einen durchgängig offenbleibenden Umgang mit den modernen medizinischen Reproduktionsmöglichkeiten – gerade im grundlegenden Fall der IVF – beobachten. Neue Chancen der modernen Reproduktionsmedizin werden von der Halacha von vornherein grundsätzlich positiv bewertet, indem der diverse Umgang mit vorgeburtlichem Leben als rundum nützliche Herausforderung gewertet wird [406, 407].

Auf der Skala der modernen manipulierenden Reproduktionsmöglichkeiten nimmt die In-Vitro-Fertilisation unstreitig die zentrale Stellung ein. Und so wird in diesem Zusammenhang auch die Frage akut, welche Vorgaben die Halacha für die Behandlung jener Embryonen bereithält, die nach einer erfolgreich durch IVF eingeleiteten Schwangerschaft überzählig sind und sozusagen „übrigbleiben“.

Auch hier ist die maßgebende Antwort der Halacha eindeutig und klar. Nach jüdischem Recht fehlt dem nicht-ingenisteten Embryo (dem Embryo vor der Nidation) noch das Potential, sich zu einem Menschen zu entwickeln. Seine Zerstörung ist deshalb nicht als Zerstörung von menschlichem Leben zu bewerten. Die Verwertung von nicht-implantierten Embryonen mit dem Ziel, neue Reproduktions- oder Heilmethoden zu entwickeln, wird daher von angesehenen Poskim (Entscheidern der Halacha) als nützlich und zulässig angesehen. Wegen der ethischen und emotionalen Beziehung der Eltern jedoch zu „ihren“ Embryonen – auch in einer Situation außerhalb der Gebärmutter – sollen die Eltern vor einer IVF um ihr Einverständnis zur Verwendung „ihrer“ Embryonen im Rahmen künftiger medizinischer Forschung gebeten werden [408-412].

Das Tiefkühlen (Kryokonservieren) von befruchteten Eizellen ist nach jüdischem Recht von Zweifeln geprägt. So befürchtet die Halacha (auch wenn die Wahrscheinlichkeit dafür nur sehr gering ist), dass durch einen Irrtum einer Frau fremde Embryonen implantiert werden könnten. Dabei besteht wiederum die Gefahr, dass es unwissentlich zu einer inzestuösen Verbindung von genetischen Geschwistern und Halbgeschwistern kommt.

Diese Gefahr wird durch die Halacha dadurch minimiert, dass die Auflage gestellt wird, keinem anderen Paar die tiefgefrorenen Embryonen zu überlassen [413]. Somit werden häufig

bis zu dreißig Embryonen kryokonserviert [414], um diese dem jeweiligen Ehepaar zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung zu stellen [415, 416].

Auf das Ganze gesehen begegnet die Halacha der IVF mit einer erstaunlichen Liberalität und argumentativen Nüchternheit. Das hat damit zu tun, dass für die Halacha nicht nur die Frage entscheidend ist, ob bei der Durchführung einer IVF dem Lebensinteresse heranwachsenden Lebens Genüge getan wird, sondern auch, ob eine künstliche Befruchtung die soziale Eingebundenheit von Familien verletzt oder nicht. Diese weiträumige und durchgängige Gemeinschaftsbezogenheit des jüdischen Rechts verhindert eine allzu frühzeitige und einseitige Fixierung auf ethische Probleme von abstrakter Grundsätzlichkeit [417, 418].

c. Die Halacha und die Präimplantationsdiagnostik (PID)

Die PID ist der jüngste Sektor der modernen Fortpflanzungsmedizin. Es gibt derzeit noch nicht genug diskussionsfähige Erfahrungen, welche die Auswirkungen der PID auf die davon betroffenen Kinder oder auch auf den gesamten sozialen Raum in ausreichender Weise zu verdeutlichen vermögen. Und so ist die PID derzeit und weltweit so umstritten wie keine andere Technik der neueren Reproduktionsmedizin [419, 420].

Auch die Halacha hat in ihrer Entscheidungsbefugnis hier noch nicht zu endgültigen Einstellungen gefunden. Jedoch ist ihre Annäherung an die „Problemzone“ PID charakteristisch verschieden von der Annäherung anderer nicht-jüdischer Rechts- und Moralinstitutionen.

Entscheidend für die Einstellung der Halacha zur PID ist wieder die im jüdischen Recht seit Jahrhunderten bewegte Basisvorstellung, dass im Mutterleib eine gestufte Entwicklung hin

zum menschlichen Leben abläuft. Schon zur Zeit der Mischnah war davon die Rede, dass bis zum vierzigsten Tag nach der Befruchtung der Eizelle noch nicht mit menschlichen Leben zu rechnen sei. Das jüdische Recht geht zudem von der Leitidee aus, dass erst mit der Geburt das Neugeborene den Status einer menschlichen Person erwirbt. Anders als in den anderen großen Weltreligionen, wie dem Christentum und Islam, besitzt das ungeborene Leben im Judentum somit nicht schon ab der Befruchtung die vollen Rechte einer eigenständigen Person. Vielmehr wird dem Embryo erst ab dem vierzigsten Tag nach der Befruchtung ein Status zugebilligt, dem man vielleicht am besten und in Übereinstimmung mit dem jüdischen Recht als Status einer „potentiellen“ Person umschreiben kann. Abtreibung ist daher für den Fall, dass das Leben der Mutter bedroht erscheint, kein Mord [421, 422].

Auf diesen in der „mündlichen Thora“ über Jahrhunderte hinweg erworbenen Erkenntnissen ruht letztlich die „Einstellung“ moderner (gläubiger) jüdischer Reproduktionsmediziner. Diese sehen im vorgeburtlichen Leben ein sich in sechs Stufen vollziehendes Heranreifen [423]:

1. die Stufe des „Präimplantationsembryo“, die mit der Fusion der beiden Gameten einsetzt.
2. der „Embryo“, mit dem seit seiner Nidation zu rechnen ist.
3. der „Fötus“, dessen Existenz mit dem einundvierzigsten Tag nach der Empfängnis einsetzt, wenn die grobe Organogenese beendet ist und im Ultraschallgerät bereits menschliche Formen festgestellt werden können.
4. der „funktionsfähige Fötus“, auf den man sich einzustellen hat, sobald er sich im Mutterleib bewegt.
5. der „vertriebene Fötus“, dessen Anfänge mit dem Beginn der zweiten Stufe der Wehen zusammenfallen.
6. schließlich das „Neugeborene“, das den vollen Status eines Menschen mit seiner Geburt erwirbt. [424]

Schon diese vom jüdischen Recht gedeckte und widerstandsfähig in der „schriftlichen“ sowie in der „mündlichen Thora“ verankerte Stufung der Entwicklung vorgeburtlichen Lebens macht klar, dass die Halacha einer begründeten PID nicht wirklich im Wege steht. Denn alle Vorgänge und Maßnahmen, welche das Programm einer modernen PID verlangt, fallen in jenen Zeitraum von vierzig Tagen nach der Empfängnis, innerhalb dessen nach einer jahrtausendealten Einstellung des jüdischen Rechts noch kein menschliches Leben im Mutterleib existiert [425].

Die PID, welche auf einen vorausgehenden, begründeten Verdacht hin im Reagenzglas gezeugte Embryonen vor ihrer Einpflanzung in den Mutterleib genetisch untersucht, gehört also a priori zu den von der Halacha an sich zugelassenen Heilungsmethoden der modernen Reproduktionsmedizin. Oder besser formuliert: Die Halacha ist nicht von vornherein und grundsätzlich gegen die PID eingestellt, sondern kommt ihr weitestgehend sogar entgegen. Schon deswegen weil sie – rein technisch gesehen – nicht machbar ist, ohne dass eine Frau sich einer IVF unterzieht. Das heißt: Was halachisch für die IVF spricht, spricht nach jüdischen Recht grundlegend auch für die PID [426].

Aber dieses grundsätzliche Einverständnis der Halacha mit der Technik und mit dem Anliegen der PID wird derzeit von einer Vielzahl wachsam und kontrovers geführter Diskussionen begleitet, deren Ergebnisoffenheit Achtung verdient. Wieder macht sich dabei bemerkbar, wie sehr die Halacha Recht und Moral als zwei maßgebend zusammenspielende, sich gegenseitig integrierende und wechselseitig herausfordernde Größen vorführt.

1. Die halachischen Debatten legen zunächst größten Wert auf eine genaue Eingrenzung der Zuständigkeit der PID: Es ist für die Tradition des jüdischen Rechts von großer Bedeutung, eindeutig festzulegen, was die PID tatsächlich vermag und was sie nicht vermag, welche Ziele sie verfolgt und mit welchen sie überfordert ist. In diesem Fragehorizont legen die halachisch argumentierenden jüdischen Mediziner Wert auf die unbestreitbare Festlegung, dass die PID nicht in der Lage ist Krankheiten zu heilen, sondern dass sie lediglich dabei hilft zu entscheiden, welches potentielle menschliche Leben seinen Anfang nehmen soll und welches nicht [427, 428].

Das heißt: Die uralte halachische Verpflichtung auf eine *Ethik des Heilens* impliziert *nicht notwendig* die Norm, aller Erwartung nach genetisch geschädigte Menschen gar nicht erst auf den Weg menschlichen Lebens gelangen zu lassen.

2. Die PID wird entsprechend ihrer „klassischen“ Zielsetzung stets von Paaren herangezogen werden, die aus ihrer eigenen Familiengeschichte wissen, dass bestimmte genetische Defekte (eventuell mit der Aussicht auf einen sicheren vorzeitigen Tod) mit hoher Gewissheit bei ihren eigenen Nachkommen wieder auftreten werden. Hierbei wird der Embryo mit den erwarteten Gendefekten im Vollzug der PID durch Selektion daran gehindert, sich zu einem Fötus zu entwickeln. Schon hier schränkt die Halacha ihre Zustimmung ein. Sie kommt nämlich dem Zugriff von Eltern auf die PID problemlos nur dann entgegen, wenn eine Frau ohnehin plant, sich einer IFV zu unterziehen, um ihre oder ihres Mannes Unfruchtbarkeit zu umgehen. Nach Meinung der Halacha unterwirft sich eine solche Frau mit ihrer Zulassung der PID keinem zusätzlichen medizinischen Risiko. Vielmehr wertet das jüdische Recht die PID in einem solchen Fall als einen Akt, der dem gesundheitlichen Wohl der Mutter dient, nicht dem Kind. Und die Halacha entspricht damit der uralten Vorgabe des jüdischen Rechts, dass das Kind im Mutterleib hinter den Rechten der Mutter auf Gesundheit zurückstehen muss [429-431].

3. Es fällt auf, dass die derzeitigen jüdischen Debatten um eine halachische Wertung der PID immer wieder neu großen Wert darauf legen, die *Grenzen* der PID-Möglichkeiten klar in den Blick zu bekommen. Vor allem erinnern die Halachisten daran, dass sich die PID zentral von jeder Form des „genetic engineering“ unterscheidet. Genetisches Material wird von der PID nicht manipuliert. Sie verfolgt keineswegs die Absicht, die DNA eines Embryos zu verändern. Von vornherein hat sich die jüdische Rechtstradition darauf eingestellt, dass die PID lediglich einen Vorgang impliziert, der das genetische Material eines Embryo in vitro scannt und nach diesem Scanning über die Weiterentwicklung des Embryo in utero entscheidet [427, 432, 433].

Diese Reduktion auf die tatsächliche Befähigung der PID lässt die Halacha Stellung beziehen gegen jeden Gedanken an das oft und vielfach bemühte „Designerbaby“. Im Umfeld der einschlägigen halachischen Diskussionen war sich das jüdische Recht stets darüber im Klaren, dass die moderne Reproduktionsmedizin auch auf den Wegen einer PID dazu noch gar nicht in der Lage ist. So entfielen von vornherein Diskussionen über Forschungsstände, die rein technisch noch gar nicht erreichbar waren und sind [434-436].

Aber die Halacha sieht an dieser Stelle auch eine sozial-ethische Verantwortung. Denn seit talmudischen Zeiten widerspricht die jüdische Überlieferung dem wertenden Vergleich physischer Lebenschancen. Und immer wieder beruft man sich dabei auf den Satz im babylonischen Talmud [437, 438]:

„Wieso glaubst Du, dass Dein Blut roter ist? Vielleicht ist das Blut jenes Menschen roter als Deines“ [439].

Deshalb wendet sich das jüdische Recht von vornherein gegen jeden Gedanken an Geschlechtsbestimmung oder Begabungserweiterung für ein künftiges Baby durch Genmanipulationen, die eventuell eines Tages über die PID möglich sein könnten. Die Halacha warnt damit vor einer künstlichen Bevorteilung im sozialen Raum, die in der Konsequenz und letzten Endes den sozialen Frieden des Menschen mit seinem Mitmenschen stören würde [327, 440].

Jedoch ist das Thema der Geschlechtsbestimmung im Rahmen der PID von aktuell großer Bedeutung in Israel. Jahrelang sprachen sich hochrangige Rabbiner aus Israel klar gegen eine Geschlechtsbestimmung im Rahmen einer PID aus. Jedoch kam es im Januar 2013 zu einer bedeutenden Gesetzesänderung. Hierbei wurde in entsprechenden Situationen eine Geschlechtsauswahl als angemessen angesehen, wenn es sich beispielsweise um psychologische Ausnahmesituationen handelte [458]:

- So stellte sich der Fall, in dem eine Familie nach Überleben des Holocausts auf einen Sohn hoffte, um die Weiterführung des familiären Stammbaumes zu gewährleisten.

- Ein Kohen (= Untergruppe der Leviten, führten früher den Tempeldienst durch) befand sich in der misslichen Lage kein Sperma produzieren zu können. Durch eine halachische Entscheidung wurde der Ehefrau gewährt Fremdsperma zur Befruchtung benutzen zu dürfen. Jedoch wollte der Ehemann seinem Sohn nicht zukünftig erklären müssen, wieso man ihn nicht als Kohen zur Thora aufrufen könne, ebenso wieso er nicht befähigt sein wird, den Segenspruch der „Birkat Kohanim“ aufzusagen. Aus diesem schwerwiegenden Grund wurde dem Ehepaar erlaubt, im Rahmen der PID nur weibliche Embryonen in den Mutterleib einzupflanzen.
- Ebenso zeigte sich ein Fall von einem schwer depressiven Vater, welcher es nicht ertragen konnte nur Nachwuchs von einem Geschlecht zu haben. Es wurde ein Gremium aus Psychologen, Rabbinern und dem PUAH-Institut (Institution für Fragen rund um die Reproduktionsmedizin in Israel) gegründet, welches schließlich entschied, dass in diesem Fall eine Geschlechtsauswahl als indiziert angesehen wird [459].

Jedoch sind der Geschlechtsauswahl im Rahmen der PID auch in Israel Grenzen gesetzt. So wurde im Mai 2005 eigens ein gesetzlich vorgeschriebenes Komitee (The Israeli Ministry of Health [460] ins Leben gerufen, das über die Anfragen zur Geschlechtswahl entscheidet. Es gab beispielsweise bis zum Mai 2011 insgesamt 337 Anträge, 27 von ihnen wurde stattgegeben, hingegen 111 abgelehnt. 119 sind noch nicht entschieden oder die Antragsteller haben ihre Bitte zurückgezogen. Es handelt sich somit bei der letztendlichen Durchführung einer Geschlechtsauswahl um seltene Ausnahmefälle [461].

Dies bestätigte ebenso Professor Avi Yisraeli, Generaldirektor des Gesundheitsministeriums. Die sieben Mitglieder des Komitees würden für eine Geschlechtsauswahl im Rahmen der PID nur in absoluten Ausnahmefällen stimmen, so Yisraeli. Es gibt entsprechende Richtlinien, an denen die Entscheidung pro oder contra einer Geschlechtsauswahl festgemacht wird:

- a) Bei einem oder beiden Elternpaaren besteht eine enorme psychische Belastung, sollte eine Geschlechtsauswahl nicht durchgeführt werden.

- b) Das Elternpaar hat bereits vier Kinder eines Geschlechtes, jedoch keines von dem gewünschten anderen.
- c) Voraussetzung ist, dass beide Eltern ausführlich über die Methodik der Präimplantationsdiagnostik aufgeklärt worden sind. Dies beinhaltet die Thematisierung um das Prozedere und Umgang des Embryos mit dem Geschlecht, welches verworfen und somit nicht in den Mutterleib eingepflanzt wird.
- d) Die Eltern müssen darüber informiert werden, dass es passieren könnte, dass sich unter den befruchteten Eizellen keines mit dem gewünschten Geschlecht befindet. In diesem Fall gibt es keine Berechtigung für einen weiteren IVF-Zyklus ehe nicht alle bereits befruchteten Eizellen verbraucht sind [462].

Ein Beispiel für die Durchführung der Geschlechtsauswahl in Israel ist das Hadassah medical center in Jerusalem. Auch hier sind die jeweiligen Anfragen an strenge Auflagen gebunden und müssen zunächst vom nationalen Gesundheitsministerium geprüft werden [463].

4. Es entspricht daher der halachischen Tradition stets das soziale Umfeld im Auge zu behalten. Und so richtet das jüdische Recht im Umkreis des derzeitigen Streites um die PID die Aufmerksamkeit auch auf den Umstand, dass die PID-Technologie extrem teuer ist und nur für Menschen mit erheblichen finanziellen Ressourcen zugänglich bleibt. Das wiederum muss zur Folge haben, dass in der nächsten Generation Kinder mit genetischen Defekten überproportional aus armen und gesellschaftlich nicht arrivierten Familien kommen werden. Gegen ein solches folgenschweres Missverständnis im sozialen Raum erhebt die Halacha im Zusammenhang des derzeitigen Streites um die PID vorsorglich Einspruch und warnt vor solchen Umständen [427].

Folglich hinterlässt der derzeit noch nicht abgeschlossene halachische Diskurs um die PID den Eindruck, dass sich das jüdische Recht auf eine begrenzte Zustimmung zur PID einpendeln wird.

Ein Ehepaar, das sich aufgrund soliden familiären Wissens der sicheren Erkenntnis gegenüber sieht, dass es Kinder mit genetischen Defekten zur Welt bringen werde, wird die Unterstützung des jüdischen Rechts für eine PID-Entscheidung finden. Zum einen, wenn eine hohe Sicherheit bei der Erwartung genetischer Ausfälle plausibel gemacht werden kann. Zum anderen, wenn die erwarteten genetischen Defekte so gravierend sind, dass der derzeitige Stand der Medizin ihre spätere Heilung nicht erwarten lässt. Das heißt: Das jüdische Recht bremst oder stoppt die PID nicht. Es hält ihre wissenschaftlichen Ziele für nützlich und förderungswürdig. Die Halacha bindet diese ihre grundsätzliche Zustimmung jedoch an die genannten Bedingungen [351, 441, 442].

VII. Diskussion und Vergleich der Halacha mit der rechtlichen Situation in Deutschland

In den Ethikräten und Beratungsgremien, die sich derzeit mit der modernen Reproduktionsmedizin befassen, sitzen Juden und Christen. Obwohl sich Juden und Christen seit über 2000 Jahren zu ein und demselben G'tt als dem Schöpfer der Welt und des Menschen bekennen und auch in gemeinsamen Sitzungen mit diesem gemeinsamen Bekenntnis argumentieren, ziehen beide daraus geradezu gegenteilige Konsequenzen, wenn sie zur Beurteilung der neuen Techniken in der aktuellen Fortpflanzungsmedizin aufgefordert werden – vor allem wenn es um In-Vitro-Fertilisation und um Präimplantationsdiagnostik geht [443].

Es ist im Grunde der Embryo, dessen Status Juden und Christen völlig unterschiedlich beurteilen. Die Halacha spricht von menschlichem Leben erst von der Geburt an und geht von mehreren unterscheidbaren Stadien in der Entwicklung des vorgeburtlichen Lebens im Mutterleib aus. Ganz anders die christliche Ethik. Sie erkennt bereits dem Embryo die Schutzwürdigkeit *menschlichen* Lebens zu. Die Folge davon ist, dass die Halacha eine viel detailliertere und liberalere Einstellung zu den einzelnen Praktiken der modernen Reproduktionsmedizin einnimmt, als es die christliche Ethik vermag [213, 444, 445].

	Judentum	Christentum
Beginn des menschlichen Lebens	<ul style="list-style-type: none"> • 40 Tage nach der Empfängnis • Bei der Geburt 	Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle

Genau an dieser Stelle scheint jedoch die Halacha einen viel engeren Bezug zur Forschung und zur wissenschaftlichen Logik zu haben als die christliche Ethik. Denn jedes im Eileiter befruchtete Ei muss einen gefährlichen Weg auf sich nehmen, um an die Stelle zu gelangen, wo es sich schließlich in die Gebärmutterschleimhaut einnistet. Diese Wanderung selbst und der Versuch der Nidation führen zu einem Verlust von weit mehr als der Hälfte aller befruchteten Eizellen. Wenn nun auch die auf jener Wanderung zugrunde gehenden Eizellen bereits „werdende Menschen“ sind, wird der Schoß der Frau zu einem „Sicherheitsrisiko“ für menschliches Leben. Hierbei tut sich offen ein deutliches, biologisches Dilemma auf [446-448].

Eine weitere wichtige Unterscheidung der jüdischen und christliche Religion – und damit eine zweite große Kernaussage dieser Dissertation – ist die, dass sich das jüdische Religionsgesetz (die Halacha), welches unter anderem von jüdischer Seite Anleitungen zum Umgang mit der modernen Reproduktionsmedizin liefert, stets darauf bedacht ist, neu ausgelegt zu werden. Die Halacha ist ein immerwährend andauernder Prozess von Erneuerung, welcher sich den aktuellen und örtlichen Gegebenheiten kritisch anpassen muss [449-451].

Im Gegensatz dazu finden wir in einem von der christlichen Religion geprägten Deutschland ein zum Teil starres Festhalten an konservativen Dogmen. Gerade, wenn hohe katholische Würdenträger, wie Papst Johannes Paul II., den Vollzug einer PID mit Kindstötung und Euthanasie gleichsetzen, stellt sich die Frage, ob die Methoden und Ziele der modernen Fortpflanzungsmedizin nicht völlig verkannt werden. Dass sich hierbei die Ansichten und Absichten von Reproduktionsmedizinern und katholischen Würdenträgern weitestgehend gegenüber stehen, scheint offenbar. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass das christliche Meinungsbild als eine grundlegende Lehrmeinung und deren Wahrheitsanspruch noch heute in vielen Köpfen als unumstößlich gilt [411, 452].

Hieraus resultiert auch ein komplett anderer Umgang mit den Techniken der modernen Fortpflanzungsmedizin – sowohl in Israel als auch in Deutschland, bedingt durch verschiedene Rechtsgrundlagen.

In Israel ist die Rechtsfigur der Vormundschaft für einen Embryo weltweit einzigartig geregelt. Dort ist es gängige Praxis, dass der behandelnde Arzt im Falle einer In-Vitro-Fertilisation mit den Eltern eine Vereinbarung trifft, die es ihm erlaubt, die nicht zum Einsatz gekommenen und befruchteten Eizellen (also die Embryonen) zurückzubehalten und diese zu Forschungszwecken zu nutzen. Die genetischen Eltern, also die gesetzlich verantwortlichen Vormünder ihrer Embryonen, haben somit ein gesetzlich geschütztes Bestimmungsrecht über den Embryo – er ist in Israel also nicht schutzlos [453, 454].

In Deutschland gibt es diese Ansicht überhaupt nicht, hier verfügt bereits der Embryo in all seinen erkennbaren Entwicklungsstadien über die völlige Menschenwürde.

Wenn man jedoch die deutsche mit der israelischen Rechtsgrundlage vergleicht, so wird in beiden die „Menschenwürde“ als höchstes und unantastbares Rechtsgut angesehen.

Hierzulande ist der Begriff der „Menschenwürde“ stets in Einklang mit den Forderungen und Thesen von Theologen und Ethikern zu bringen. Dieses ethische Dilemma einer Doppelmoral hat die Vorsitzende der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“, die der Deutsche Bundestag am 24. März 2000 ins Leben gerufen hatte, Margot von Renesse (SPD) klar erkannt und ausgesprochen: „Die Doppelmoral ist uns unausweichlich aufgegeben, solange wir in einem Lande leben, in dem wir umgeben sind von Rechts- und Werteordnung anderer Art. Die künstliche Befruchtung selbst ist nur entwickelt worden auf dem Hintergrund des Todes von Tausenden von Embryonen. Sie ist heute in Deutschland Krankenkassenleistung. Und die Tatsache, dass wir neuerdings auch das sogenannte ICSI-Verfahren, also die Injektion einer Spermazelle in die Eizelle zur Behandlung männlicher Impotenz, durch das Bundessozialgericht ebenfalls als Krankenleistung festgelegt haben, zeigt dies auch.“

Mein persönlicher Alptraum ist folgender: Wenn wir im Bundestag die Werteordnung, die wir haben – vor allem Art. 1 mit der Würde des menschlichen Lebens – an den Nichtimport von Derivaten wie den Stammzellen binden, was machen wir dann eines Tages, wenn in Louisiana oder auf den Philippinen aus einer embryonalen Stammzelllinie ein kausales Medikament gegen Aids gefunden wird (eine Krankheit, die gerade auch in den Entwicklungsländern wütet)? Würden wir dann, wenn ein Aidskranker in Deutschland vor dem Sozialgericht erster Instanz klagt, dass er diese kausale Therapie erhält, erwarten, dass der Sozialrichter ihm zur Antwort gibt: Um der Menschheit willen verendest du auf klägliche Weise?

Hier stehe Werteordnung gegen Werteordnung. Und ich fürchte, wer eine Mauer baut gegen den Sturm, der sieht sie sehr bald einbrechen. Deiche sind – ich komme von der Küste – in der Regel besser. Aber das ist eine persönliche Einstellungsfrage, die viele anders sehen, und das ist ihr gutes Recht“ [455].

Margot von Renesses Rede von den Deichen signalisiert Kompromiss- und Korrekturbereitschaft. Sie erweckt die Hoffnung auf künftige Lösungen, welche bislang Unvereinbares vereinbaren – das heißt die Erfolge der modernen Fortpflanzungsmedizin neben den Einschätzungen der Philosophen und Theologen bestehen zu lassen.

Dies wird nicht gehen, ohne dass sich die beiden Seiten aufeinander zubewegen.

Im Grunde kann man sagen, dass Anthony Dyson in seinem Buch „The ethics of IVF“ die Kernaussage um die Frage nach dem Status des Embryo ziemlich genau getroffen hat: „Jede der bisher ausgesprochenen Definitionen ist nur eine teilweise. Das liegt in der Natur von Argumenten als komplexen Verschmelzungen von sachlichen und moralischen Beurteilungen. Die Frage nach dem Status des Embryos ist keine nur sachliche. Die Antwort ist ein Urteil, das wir treffen“ [456].

Dabei könnte das bislang völlig außer Acht gelassene jüdische Religionsgesetz eine entscheidende Hilfe anbieten. Der Zugriff auf die jüdische Tradition bietet sich derzeit umso mehr an, dass in den letzten Monaten die jüdische Leitkultur zur Sprache gebracht wurde, ohne dass der jüdische Bestandteil konkretisiert wurde.

VIII. Zusammenfassung

Die Felder und Techniken der modernen Fortpflanzungsmedizin sind im Laufe der Jahre weit fortgeschritten. Um dem Wunsch eines kinderlosen Ehepaars nach Nachwuchs nachzugehen, haben sich Methoden entwickelt, um diesen zu erfüllen. Hierbei haben sich die In-Vitro-Fertilisation und die daraus entwickelte Modifikation, die Intracytoplasmatische Spermieninjektion etabliert.

Auch wenn die seit dem Jahre 2004 durchgeführten IVF-Geburten, aufgrund mangelnder Krankenkassenleistungen, entschieden gesunken sind und die kumulative Schwangerschaftsrate nach drei durchgeführten Embryotransfers maximal bei 50-70 % liegt, ist die In-Vitro-Fertilisation und mit ihr verwandten Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (im Falle mangelnder Spermienqualität) neben der homologen und heterologen Insemination das älteste und das neuste reproduktionsmedizinische Verfahren, das zur Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches eingesetzt wird.

Des Weiteren haben sich die Präimplantations- und Pränataldiagnostik einen weit verbreiten Ruf verschafft, um Erbkrankheiten und Fehlentwicklungen des Embryos noch in frühester Entwicklungszeit aufzudecken. Dass hierbei der Embryo und das noch ungeborene Leben in eine Zwickmühle ethischer und rechtlicher Beurteilungen rutschen, scheint offensichtlich. Denn das seit 1990 in Kraft getretene Embryonenschutzgesetz regelt zwar weite Bereiche rund um den Schutz des Embryos, hinterlässt aber auch Lücken. Somit werden Rufe laut nach der Schaffung eines eigenen Fortpflanzungsmedizingesetzes, um die unregulierten Aspekte der Fortpflanzungsmedizin zu klären [457].

Die rechtliche Lage der modernen Fortpflanzungsmedizin in Deutschland ist recht komplex. Für die vielen verschiedenen Methoden herrschen unterschiedlich rechtliche Regelungen. So wird zum Beispiel die In-Vitro-Fertilisation rechtlich anders geregelt als die Pränatal- und die Präimplantationsdiagnostik.

In Hinsicht auf die In-Vitro-Fertilisation dient als rechtliche Grundlage das Embryonenschutzgesetz, welches besagt, dass „bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an“ einem Embryo mit all seinen Rechten entspricht.

Die Pränataldiagnostik stützt sich zum großen Teil auf die von der Bundesärztekammer verabschiedeten „Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen“ sowie auf eine „Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik“. In diesen Richtlinien wird darauf hingewiesen, dass zum einen das Lebensrecht des Ungeborenen, zum anderen die Handlungsfreiheit der Eltern in die jeweiligen Entscheidungen einbezogen werden muss.

Die in Deutschland zwischen Zulassung und Nichtzulassung befindliche Präimplantationsdiagnostik beruft sich auf das Embryonenschutzgesetz, welches den Verbrauch von Embryonen verbietet, da nach dem Gesetz eine Blastomere einem ganzen Embryo gleichgestellt sei. Ebenso besagt das ESchG, dass eine Eizelle nur zum Zweck der Herbeiführung einer Schwangerschaft befruchtet werden darf, da aber die Präimplantationsdiagnostik die genetische Analyse beabsichtigt, steht dies in einem Widerspruch. Jedoch wird in und außerhalb von Europa der Umgang mit IVF, Präimplantations- und Pränataldiagnostik verschieden gehandhabt. Während sich Deutschland und Österreich für ein klares Verbot der Präimplantationsdiagnostik aussprechen, ist diese in Frankreich und Großbritannien grundsätzlich möglich.

Wenn man sich die halachischen Grundlagen im Umgang mit der modernen Fortpflanzungsmedizin vor Augen führt, ist es im Kern der Status des Embryos, der Juden und Christen in zwei völlig verschiedene Richtungen laufen lässt. Die Halacha spricht von menschlichem Leben erst von der Geburt an und geht von mehreren unterscheidbaren Stadien in der Entwicklung des vorgeburtlichen Lebens im Mutterleib aus. Ganz anders die christliche Ethik, sie erkennt bereits dem Embryo die Schutzwürdigkeit *menschlichen* Lebens zu.

Wenn das jüdische Recht die Schutzwürdigkeit eines Embryos nach der entscheidenden Frage differenziert, ob er jünger oder älter als vierzig Tage ist, wird deutlich, dass die IVF als grundsätzlich rechtmäßig gelten muss, da die Embryonen, die im Zuge jeder IVF zerstört oder weitergehend genutzt werden, keinen besonderen Schutz in Anspruch nehmen können. Ebenso fallen jene Vorgänge und Maßnahmen einer modernen PID in jenen Zeitraum von vierzig Tagen nach der Empfängnis, innerhalb dessen nach jahrtausendalter Einstellung des jüdischen Rechts noch kein menschliches Leben im Mutterleib existiert. Somit steht die Halacha einer begründeten PID nicht im Wege.

Eine zweite große Kernaussage dieser Dissertation ist die, dass sich das jüdische Religionsgesetz (die Halacha), welche unter anderem die Anleitungen zum Umgang mit der modernen Reproduktionsmedizin liefert, stets darauf bedacht ist, neu ausgelegt zu werden. Die Halacha ist ein immerwährend andauernder Prozess von Erneuerung, welche sich den aktuellen und örtlichen Gegebenheiten kritisch anpassen muss.

So auch der Umgang mit der modernen Fortpflanzungsmedizin, der einem immerwährenden Prozess von Erneuerungen unterlegen ist.

IX. Bibliographie und Anmerkungen

1. Deutscher Ethikrat, *Mitglieder*, www.ethikrat.org/ueber-uns/mitglieder/mitglieder-des-deutschen-ethikrates Stand: 31.03.2013.
2. Deutscher Ethikrat, *Auftrag*, www.ethikrat.org/ueber-uns/auftrag Stand: 28.03.2013.
3. *Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission zur Stammzellforschung, Die ethische Bewertung aus Sicht der Kirchen und Religionsgemeinschaften*, www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.23.41.42 Stand: 22.08.2007.
4. Lau, I.M., *Wie Juden leben*, Stuttgart 1990, S. 4.
5. Stemberger, G., *Einleitung in Talmud und Midrasch*, München 1982, S. 129-132.
6. Elon, M., *Jewish Law. History, Sources, Principles I-IV*, Philadelphia-Jerusalem 1994, S. 93-94.
7. Tschernowitz, C., *Die Entstehung des Schulchan Aruch. Ein Beitrag zur Festlegung der Halacha*, Würzburg 1914, S. 1-18.
8. *Ethikrat nimmt Beratungen zu Fragen der Reproduktionsmedizin auf*, Pressemitteilung 07/2010, Berlin 23.07.2010.
9. Spieß, C., *Diskurshandlungen - Theorie und Methode linguistischer Diskursanalyse am Beispiel der Bioethikdebatte*, Berlin/Boston 2011, S. 288
10. O. V., *Stichwort: Blastozyste*, www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/stichwort-blastozyste-a-286077.html Stand: 31.03.2013.
11. Kiechle, M., *Gynäkologie und Geburtshilfe*, München 2011, S. 166-169.
12. Lüllmann-Rauch, R., *Taschenlehrbuch Histologie*, Stuttgart 2006, S. 508-510.
13. Ulfing, N., *Kurzlehrbuch Embryologie*, Stuttgart 2009, S. 24.
14. Müller, S., Schmid-Tannwald, I., Hornstein, O., *Unerfüllter Kinderwunsch: Assistierte Fortpflanzung im Blickfeld von Medizin und Ethik*, Münster 2008, S. 14-16.
15. Steck, T., *Praxis der Fortpflanzungsmedizin*, Stuttgart 2001, S. 8-10.
16. Steck, T., *Praxis der Fortpflanzungsmedizin*, Stuttgart 2001, S. 108.
17. Baltzer, J., et al., *Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe*, Stuttgart 2004, S. 403-404.
18. Diedrich, K., *Gynäkologie und Geburtshilfe*, Heidelberg 2007, S. 308.
19. Steck, T., *Praxis der Fortpflanzungsmedizin*, Stuttgart 2001, S. 109.
20. Goerke, K., Steller, J., Valet, A., *Klinikleitfaden Gynäkologie und Geburtshilfe*, München 2008, S. 633-635.
21. Wallwiener, D., Schauf, B., *Gynäkologische und geburtshilfliche Eingriffe*, Stuttgart 2005, S. 141.
22. *Deutsches IVF-Register Jahrbuch 2007* <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2007.pdf> S. 6-11, Stand: 02.02.2011.
23. Bals-Pratsch, M., Bühler, K., *Assistierte Reproduktion: Aktuelle Daten zu andrologischen Indikationen und Therapieergebnissen aus dem Deutschen IVF-Register*, Gablitz 2009, S. 199-203.
24. Deutsches IVF-Register, *Jahrbuch 2009* - In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 06/2010, Nr. 6, S. 17.
25. Steck, T., *Praxis der Fortpflanzungsmedizin*, Stuttgart 2001, S. 122-124.
26. Nieschlag, E., Behre, H., Nieschlag, S., *Andrologie*, Berlin 2009, S. 487.
27. Böcher, U.P., *Präimplantationsdiagnostik und Embryonenschutzgesetz: Zu den Problemen der strafrechtlichen Regelung eines neuen medizinischen Verfahrens*, Göttingen 2004, S. 34.
28. Keck, C., Neulen, J., Behre, M., *Endokrinologie, Reproduktionsmedizin, Andrologie*, Stuttgart 1997, S. 143.

29. Deutsches IVF-Register, Jahrbuch 2009 - In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 06/2010, Nr. 6, S. 20.
30. Felberbaum, R., Bühler, K., Ven, H.v.d., *Das Deutsche IVF-Register 1996-2006, 10 Jahre Reproduktionsmedizin in Deutschland*, Heidelberg 2007, S. 205 (Abb. 21.9).
31. *Englisch: Preimplantation genetic diagnosis, Kurz: PGD.*
32. Kiechle, M., *Gynäkologie und Geburtshilfe*, München 2011, S. 160-161.
33. *Stellungnahme des nationalen Ethikrates, Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*,
http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 26-29 Stand: 25.11.2010.
34. Strech, D., *Analyse und Kritik der medizin-ethischen Diskussion zur Präimplantationsdiagnostik*, Norderstedt 2003, S. 22-24.
35. Ven, K.v.d., Montag, M., Ven, H.v.d., *Polkörperdiagnostik - ein Schritt in die richtige Richtung?* www.aerzteblatt.de/archiv/59397/Polkoerperdiagnostik-ein-Schritt-in-die-richtige-Richtung Stand: 02.04.2013.
36. Kaelin, L., *Biotechnik am Beginn menschlichen Lebens*, Wien 2010, S. 30-31.
37. Neubauer, M., *Medizin-naturwissenschaftliche, rechtliche und ethische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik*, München 2008, S. 11.
38. Kaelin, L., *Biotechnik am Beginn menschlichen Lebens*, Wien 2010, S. 31.
39. Böcher, U. P., *Präimplantationsdiagnostik und Embryonenschutzgesetz: Zu den Problemen der strafrechtlichen Regelung eines neuen medizinischen Verfahrens*, Göttingen 2004, S.40-41.
40. *Stellungnahme des nationalen Ethikrates, Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*,
http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 18 Stand: 25.11.2010.
41. Ziegler, U., *Präimplantationsdiagnostik in England und Deutschland: Ethische, rechtliche und praktische Probleme*, Frankfurt am Main 2004, S. 30-31.
42. Hofheinz, M., *Gezeugt, nicht gemacht*, Bern 2007, S. 130.
43. Pinkel, D., Albertson, D. G., *Comparative genomic hybridization*, San Francisco 2005, S. 331.
44. *Stellungnahme des nationalen Ethikrates, Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*;
http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 28 Stand: 25.11.2010.
45. Schmidt, A., *Präimplantationsdiagnostik (PID) - Die genetische Diagnose vor Eintritt der Schwangerschaft*, Norderstedt 2006, S. 14.
46. *Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, Ethische Aspekte zur PID*, www.drze.de/im-blickpunkt/pid/ethische-aspekte, Stand: 07.04.2013.
47. *Stellungnahmen der DGGG zur Präimplantationsdiagnostik*,
<http://www.kinderwunschpraxis.com/de/download/aerzte/Fortpflanzungsmedizin.pdf>, S. 4, Stand: 25.11.2010.
48. Bundesärztekammer, *Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen*, www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=0.7.45.3266, Stand: 28.02.2003.
49. Gen-ethisches Netzwerk, *Aktuelle Methoden der Pränataldiagnostik*, www.gen-ethisches-netzwerk.de/gid/188/oleimeulen/aktuelle-methoden-praenataldiagnostik, Stand: 10.04.2013.
50. Kiechle, M., *Gynäkologie und Geburtshilfe*, München 2011, S. 225-226.
51. Bundesärztekammer (1998), *Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen*, - In: *Deutsches Ärzteblatt*, Nr. 50, S. 67.

52. Diedrich, K., *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*, Berlin 2008, S. 112-114.
53. Präve, P., Faust, U., Sittig, W., *Handbuch der Biotechnologie*, Oldenbourg 1994, S. 953-954
54. Choi, M.S., *Der Umgang mit überzähligen Embryonen in Deutschland und Südkorea*, Göttingen 2009, S. 117-119.
55. O. V., Bonner Hintertür, <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13495202.html> Stand: 03.03.2011.
56. Steck, T., *Praxis der Fortpflanzungsmedizin*, Stuttgart 2001, S. 315.
57. Kinderwunsch Praxisklinik Hamburg, *Gesetz zum Schutz von Embryonen* http://www.kinderwunschzentrum-hamburg.de/admin/upload/pdf/gesetz_zum_schutz_von_embryonen.pdf Stand: 03.03.2011.
58. Taupitz, J., *Ist das Embryonenschutzgesetz noch zeitgemäß?* Heidelberg 2010, S. 3.
59. *Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zur Präimplantationsdiagnostik*, Berlin 2011, S. 31-32.
60. Diedrich, K., *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*, Berlin 2008, S. 11-12.
61. Spieß, C., *Diskurshandlungen - Theorie und Methoden linguistischer Diskursanalyse am Beispiel der Bioethikdebatte*, Berlin 2011, S. 235-236.
62. Diedrich, K., *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*, Berlin 2008, S. 12-13.
63. Tinneberg, H.-R., Ottmar, C., *Moderne Fortpflanzungsmedizin*, Stuttgart 1995, S. 22-28.
64. Klinkhammer, G., *Embryonenschutzgesetz: Weiterhin vorbildlich*, www.aerzteblatt.de/blog/37400/Embryonenschutzgesetz-Weiterhin-vorbildlich, Stand: 26.11.2010.
65. Oduncu, F., Platzer, K., Henn, W., *Der Zugriff auf den Embryo. Ethische, rechtliche und kulturvergleichende Aspekte der Reproduktionsmedizin*, Göttingen 2005, S. 35.
66. Diedrich, K., *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*, Berlin 2008, S. 13-14.
67. Diedrich, K., *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*, Berlin 2008, S. 16-17.
68. Klinkhammer, G., *Embryonenschutzgesetz: Weiterhin vorbildlich*, <http://www.aerzteblatt.de/v4/blogs/beitrag.asp?id=37400> Stand: 26.11.2010.
69. Diedrich, K., *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*, Berlin 2008, S. 15-16.
70. Ziegler, U., *Präimplantationsdiagnostik in England und Deutschland: Ethische, rechtliche und praktische Probleme*, Frankfurt am Main 2004, S. 95-96.
71. Rieger, L., Hönig, A., Griesinger, G., (2007) *IVF: Ein ethisches Dilemma*, - In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 104, Heft 17, S. 20.
72. Hofheinz, M., *Gezeugt, nicht gemacht*, Berlin 2008, S. 132.
73. Steck, T., *Praxis der Fortpflanzungsmedizin*, Stuttgart 2001, S. 317.
74. Revermann, C., Hüsing, B., *Fortpflanzungsmedizin - Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen*, Berlin 2011, S. 45-46.
75. Diedrich, K., *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*, Berlin 2008, S. 35-36.
76. Kreienberg, R., *125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe*, Heidelberg 2011, S. 13-14.
77. Diedrich, K., *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*, Berlin 2008, S. 88-91.

78. Diedrich, K., *DGGG - Pränataldiagnostik, Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch*, www.dggg.de/download/?elD=dam_frontend_push&docID=110, S. 27, Stand: 10.04.2013.
79. Franzkwoiak, P., *Lehrbuch Gesundheit*, Weinheim 2011, S.159-160.
80. Hick, C., *Klinische Ethik*, Heidelberg 2007, S. 149.
81. Hick, C., *Klinische Ethik*, Heidelberg 2007, S. 150-151.
82. *DGGG - Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik*, München 2005, S. 14-15.
83. *Stellungnahme des nationalen Ethikrates, Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*; http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 62-63 Stand: 28.11.2010.
84. Reidel, A., *Rechtsgrundlage Sozialwesen*, Regensburg 2012, S. 1145.
85. Baltzer, J., Friese, K., Graf, M., Wolff, F., *Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe*, Stuttgart 2004, S. 158.
86. Maksan, O. (2010), *Selektion lässt sich nicht einschränken*, - In: *Die Tagespost*, 15. Juli 2010, Nr. 83, Seite 3.
87. *Deutscher Ethikrat, Präimplantationsdiagnostik - Stellungnahme*, Berlin 2011, S. 7-8.
88. Enquete-Kommission, *Schlussbericht - "Recht und Ethik der modernen Medizin"*, *Deutscher Bundestag*, 14. Wahlperiode, Stand: 14.05.2002, S. 91.
89. Enquete-Kommission, *Schlussbericht - "Recht und Ethik der modernen Medizin"*, *Deutscher Bundestag*, 14. Wahlperiode, Stand: 14.05.2002, S. 97-99.
90. *Pressemittteilung des Deutschen Bundestages: Präimplantationsdiagnostik mit dem Embryonenschutzgesetz unvereinbar* http://webarchiv.bundestag.de/archive/2008/0506/aktuell/presse/2001/pz_010313.html Stand: 04.10.2010.
91. Hufen, F., *Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik: Das Dilemma der vorgeburtlichen Auslese*, Mainz 2002, S. 3.
92. Antretter, R., Breit-Keßler, S., *Minderheitenvotum der Mitglieder der bayrischen Bioethik-Kommission*, München 2002, S. 1-3.
93. Gethmann-Siefert, A., Huster, S., *Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik*, Ahrweiler 2005, S. 94-105.
94. *Stellungnahme der Ethikkommission der Stiftung Liebenau zur Präimplantationsdiagnostik*, Liebenau 2002, S. 3-5.
95. *Stellungnahme des nationalen Ethikrates, Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 32-34, Stand: 25.11.2010.
96. Böckenförde-Wunderlich, B., *Präimplantationsdiagnostik als Rechtsproblem*, Tübingen 2002, S. 217.
97. Böckenförde-Wunderlich, B., *Präimplantationsdiagnostik als Rechtsproblem*, Tübingen 2002, S. 218-219.
98. Wallner, S., *Moralische Dissens bei Präimplantationsdiagnostik und Stammzellforschung*, Berlin 2010, S. 91-92.
99. Böckenförde-Wunderlich, B., *Präimplantationsdiagnostik als Rechtsproblem*, Tübingen 2002, S. 210-212.
100. Gethmann-Siefert, A., Huster, S., *Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik*, Ahrweiler 2005, S. 91-92.
101. Kunze-Groß, N., *Verletzt die Präimplantationsdiagnostik die Menschenwürde*, München 2004, S. 13-15.

102. Kunze-Groß, N., *Verletzt die Präimplantationsdiagnostik die Menschenwürde*, München 2004, S. 15.
103. Schneider, F., Frister, H., Olzen, D., *Begutachtung psychischer Störungen*, Heidelberg 2010, S. 310.
104. *Deutscher Ethikrat, Präimplantationsdiagnostik - Stellungnahme*, Berlin 2011, S. 67-68.
105. *Deutscher Bundestag, Streit um Tempo der PID-Beratung*, www.aerzteblatt.de/nachrichten/4320/Streit-um-Tempo-der-PID-Beratung, Stand: 04.11.2010.
106. Volhard, T., *Präimplantationsdiagnostik*, <http://www.drze.de/themen/blickpunkt/pid> Stand: 04.10.2010.
107. *E-Mail von Dr. Matthias Bloechle vom 11. März 2011.*
108. EiBele, I. (2010), Die richtigen Gene zum Glück, - In: *Stern Nr. 47*, 18.11.2010, S. 40-46.
109. Wolf, N., *Der PID-Pionier und die Grenzen des Gesetzes*, www.faz.net/aktuell/politik/inland/praeimplantationsdiagnostik-der-pionier-und-die-grenzen-des-gesetzes-1581462.html, Stand: 23.01.2011.
110. Jüttner, J., *Präimplantationsdiagnostik: Die Gewissensfrage*, www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/praeimplantationsdiagnostik-die-gewissensfrage-a-772826.html, Stand: 23.10.2011
111. O. V., *BGH erlaubt pränatale Gentests an Embryonen*, <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2010-07/urteil-embryonen-gentests> Stand: 07.10.2010.
112. Krüger, O., *Arzt ließ Embryonen sterben*, www.bz-berlin.de/aktuell/berlin/arzt-lie-szlig-embryonen-sterben-article457315.html, Stand: 13.04.2013.
113. Berger, I., *Landgericht Berlin: Freispruch eines Arztes nach Anklage wegen Vergehens gegen Embryonenschutzgesetz*, <http://www.berlin.de/sen/justiz/gerichte/kg/presse/archiv/20090514.1745.127943.html> Stand: 07.10.2010.
114. Bloechle, M., *Vom Recht auf ein gesundes Kind*, München 2011, S. 11-12.
115. Kamann, M., *BGH-Urteil startet neue Debatte um Embryonenschutzgesetz*, <http://www.welt.de/politik/deutschland/article8340685/BGH-Urteil-startet-neue-Debatte-um-Embryonenschutz.html> Stand: 03.04.2011.
116. Oduncu, F., Platzer, K., Henn, W., *Der Zugriff auf den Embryo. Ethische, rechtliche und kulturvergleichende Aspekte der Reproduktionsmedizin*, Göttingen 2005, S. 35-37.
117. O. V., *Weiter Widerstand in Union gegen Embryotest-Verbot*, www.focus.de/wissen/natur/gesundheit-weiter-widerstand-in-union-gegen-embryotest-verbot_aid_570415.html, Stand: 12.03.2013.
118. Diedrich, K., *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*, Berlin 2008, S. 51-53.
119. Schmitz-Wenzel, H., *Frankreich: Nationales Ethikkomitee fordert Beseitigung von gesetzlichen Unstimmigkeiten bei der Embryonenforschung*, <http://www.kooperation-international.de/frankreich/themes/info/detail/data/53490/backpid/15/point/2/> Stand: 15.06.2010.
120. Volhard, T., *Präimplantationsdiagnostik*, <http://www.drze.de/themen/blickpunkt/pid> Stand: 04.10.2010
121. Diedrich, K., *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*, Berlin 2008, S. 50.
122. Spranger, T., *Recht und Bioethik*, Tübingen 2010, S. 303-305.
123. Klinkhammer, G., *Sachstandsbericht Präimplantationsdiagnostik – Praxis und rechtliche Regulierung in sieben ausgewählten Ländern*,

- <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1385>, S. 30 Stand: 16.06.2010.
124. Bühl, A., *Auf dem Weg zur biomächtigen Gesellschaft - Chancen und Risiken der Gentechnik*, Wiesbaden 2009, S. 159.
 125. Böckenförde-Wunderlich, B., *Präimplantationsdiagnostik als Rechtsproblem*, Tübingen 2002, S. 41-43.
 126. Revermann, C., Hüsing, B., *Fortpflanzungsmedizin - Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen*, Berlin 2011, S. 223-224.
 127. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, *Ausgewählte nationale und internationale Gesetze und Regelungen*, www.drze.de/im-blickpunkt/stammzellen/gesetze-und-regelungen, Stand: 23.03.2013.
 128. Nippert, I., *Präimplantationsdiagnostik - ein Ländervergleich*, Berlin 2006, S. 55-56.
 129. Taupitz, J., *Rechtliche Regelung der Embryonenforschung im internationalen Vergleich*, Heidelberg 2003, S. 67-68
 130. Departement of health, *Guiding principles of PGD-*
http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4118935.pdf Stand: 19.06.2010
 131. Nippert, I., *Präimplantationsdiagnostik - ein Ländervergleich*, Berlin 2006, S. 90-91.
 132. Jacorzynski, W., Kozlowski, M., *Auf dem Weg nach (n)irgendwo: Die polnische Stammzellforschung*. In: W. Bender: *Grenzüberschreitungen - kulturelle, religiöse und politische Differenzen im Kontext der Stammzellforschung weltweit*, Münster 2005, S. 471.
 133. Jäger-Dabek, B., *Polnische Kirche vergleicht In-vitro-Befruchtung mit Nazi-Rassenhygiene*, www.das-polen-magazin.de/polnische-kirche-vergleicht-in-vitro-befruchtung-nazi-rassenhygiene/, Stand: 03.06.2013
 134. Hofmann, H., *Polen: Zwischen Kirche und globalem Markt*, <http://www.gen-ethisches-netzwerk.de/gid/164/thema/hofmann/polen-zwischen-kirche-und-globalem-markt> Stand: 20.06.2010.
 135. Veen, H.-J., März, P., Schlichting, F.-J., *Kirche und Revolution*, Köln 2009, S. 56-57.
 136. Hinz, O., *Sturm im Reagenzglas*, www.domradio.de/nachrichten/2013-04-12/polens-kirchen-gegen-staatsgelder-fuer-kuenstliche-befruchtung, Stand: 20.03.2013.
 137. O. V., *Polen: Kein Verbot künstlicher Befruchtung*, - In: *Die Tagespost*, Nr. 109, 12. September 2009, S. 1.
 138. Ferti-Med Zentrum für Reproduktionsmedizin, *Polkörper (PKD), Blastomere (PID), Diagnostik*, www.ferti-med.com/de/pid.php, Stand: 15.02.2013.
 139. Revermann, C., Hüsing, B., *Fortpflanzungsmedizin - Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen*, Berlin 2011, S. 82-84.
 140. Lorenz, D., *Rechtliche und ethische Fragen in der Reproduktionsmedizin*, Baden-Baden 2003, S. 234-237.
 141. Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), *PID im internationalen Vergleich*, www.gen-ethisches-netzwerk.de/gid/160/buero-fuer-technikfolgenabschaetzung-beim-deutschen-bundestag-tab/pid-internationalen-vergle, Stand: 15.03.2013.
 142. Kinderwunsch Centrum München, <http://www.kinderwunsch-centrum-muenchen.de/> Stand: 05.11.2010.
 143. Felberbaum, R., Bühler, K., Ven, H.v.d., *Das Deutsche IVF-Register 1996-2006*, Heidelberg 2007, S. 1-3.
 144. Steck, T., *Praxis der Fortpflanzungsmedizin*, Stuttgart 2001, S. 9.
 145. Kleinschmidt, D., Thorn, P., Wischmann, T., *Kinderwunsch und professionelle Beratung*, Stuttgart 2008, S. 143-144.

146. Strauß, B., Brähler, E., Kentenich, H., *Fertilitätsstörungen - psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie*, Stuttgart 2004, S. 29.
147. Diedrich, K., *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*, Berlin 2008, S. 26-27.
148. Steck, T., *Praxis der Fortpflanzungsmedizin*, Stuttgart 2001, S. 229-230.
149. O. V., *Widerstand bei PID*, - In: *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*, Nr. 43, 31.10.2010, S. 1.
150. O. V., *Künstliche Befruchtung - Hoffnung für kinderlose Paare*, www.hilfreich.de/kuenstliche-befruchtung-hoffnung-fuer-kinderlose-paare_6687, Stand: 15.03.2013.
151. Oduncu, F., Schroth, U., Vossenkühl, W., *Stammzellforschung und therapeutisches Klonen*, Göttingen 2002, S. 163-165.
152. Baur, F., *Ausgewählte Reden des Lysias*, Stuttgart 1855, S. 44.
153. Rosenkranz, S., *Widerspruch Abtreibung pränatalen Lebens dem Hippokratischen Eid? München 2011*, S. 3-5.
154. Müller-Terpitz, R., *Der Schutz des pränatalen Lebens*, Tübingen 2007, S. 45.
155. Dolderer, A., *Menschenwürde und Spätabbruch*, Heidelberg 2012, S. 37.
156. Beer, G., Holtzmann, O., *Die Mischna - Texte, Übersetzungen und ausführliche Erklärungen*, Berlin 1991, S. 63.
157. Wöhrle, G., *Biologie - Geschichte der Naturwissenschaften in der Antike*, Stuttgart 1999, S. 260.
158. Schmoll, H. (2001), *Wann wird ein Mensch ein Mensch?* - In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, Nr. 125, 31.05.2001, S. 15.
159. *Deutscher Ethikrat legt Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik vor* <http://www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2011/pressemitteilung-03-2011> Stand: 22.05.2011.
160. Fischer, J., et al., *Grundkurs Ethik - Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik*, Stuttgart 2008, S. 209.
161. Voigt, F., *Religion in bioethischen Diskursen*, Berlin 2010, S. 237-238.
162. Damschen, G., Schönecker, D., *Der moralische Status menschlicher Embryonen; pro und contra Spezies-, Kontinuums-, Identitäts- und Potentialitätsargument*, Berlin 2002, S. 35-38.
163. Damschen, G., Schönecker, D., *Der moralische Status menschlicher Embryonen; pro und contra Spezies-, Kontinuums-, Identitäts- und Potentialitätsargument*, Berlin 2002, S. 62-65.
164. Wagner-Westerhausen, K., *Die Statusfrage in der Bioethik*, Düsseldorf 2008, S.67-68.
165. Singer, P., Kuhse, H. (1986) *The ethics of embryo research*, *The journal of law, medicine and health care*, Nr. 14, S. 133-138.
166. Ernst, S., *Machbarkeit des Menschen? Theologie angesichts der Macht der Biomedizin*. Münster 2002, S. 32.
167. Ernst, S., *Machbarkeit des Menschen? Theologie angesichts der Macht der Biomedizin*. Münster 2002, S. 30-31.
168. Müller-Terpitz, R., *Der Schutz des pränatalen Lebens*, Tübingen 2007, S. 188-190.
169. Bundesministerium der Justiz, § 8 *Begriffsbestimmung*, http://bundesrecht.juris.de/eschg/_8.html: §8 Stand: 09.10.2010.
170. Honecker, M., *Grundriss der Sozialethik*, Berlin 1995, S. 92-93.
171. Rager, G., *Die Person - Wege zu Ihrem Verständnis*, Freiburg 2006, S. 209-210.
172. Vossenkühl, W. (2001), *Der ethische Status von Embryonen, Einige notwendige Differenzierungen*, - In: *Neue Zürcher Zeitung*, Nr. 215, 17.09.2001.
173. Wagner-Westerhausen, K., *Die Statusfrage in der Bioethik*, Düsseldorf 2008, S.197-180.

174. Hepp, H., *Präimplantationsdiagnostik - medizinische, ethische und rechtliche Aspekte, Richtlinienentwurf der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt Heft 09/2000, S. 5.*
175. Ernst, S., *Machbarkeit des Menschen - Theologie angesichts der Macht der Biomedizin, Münster 2002, S. 68.*
176. Baudisch, K., *Schutz der Menschenwürde, München 2009, S. 23.*
177. Schlink, B., *Die Würde in vitro - zur Debatte des Bundestages um die Präimplantationsdiagnostik, Der Spiegel 25/2011.*
178. Strech, D., *Analyse und Kritik der medizin-ethischen Diskussion zur Präimplantationsdiagnostik, Norderstedt 2003, S.142.*
179. Groß, D., *Zwischen Theorie und Praxis 2: Ethik in der Medizin in Lehre, Klinik und Forschung, Würzburg 2002, S. 71-72.*
180. Eckart, W., *Geschichte der Medizin: Fakten, Konzepte, Haltungen, Heidelberg 2009, S. 309.*
181. Mitteilung der Bundesregierung, *Bundeskanzler begrüßt die Zurückhaltung der DFG, http://www.nationaler-ethikrat.de/presse_regierung_dfglob040701.html Stand: 05.05.2010.*
182. Enquetekommission, *Deutliche Mehrheit gegen Stammzellforschung, www.spiegel.de/politik/deutschland/enquetekommission-deutliche-mehrheit-gegen-stammzellen-forschung-a-167521.html, Stand: 23.06.2011.*
183. Becker, E., *Bundestag erlaubt Präimplantationsdiagnostik, <http://www.eltern.de/kinderwunsch/kinderwunsch-medizin/praeimplantationsdiagnostik.html> Stand:07.05.2010.*
184. Nationaler Ethikrat, *Zur Frage einer Änderung des Stammzellgesetzes, Berlin 2007, S. 5-7.*
185. Hauskeller, C., *Die Stammzellforschung - Sachstand und ethische Problemstellungen, www.bpb.de/system/files/pdf/Z8ZHND.pdf, Stand: 15.04.2013.*
186. Diedrich, K., *Die Notwendigkeit eines Fortpflanzungsmedizingesetzes, Abstract zur Diskussionsveranstaltung "Kinderwunsch in der Krise", Berlin 28.06.2005.*
187. Lohse, E. (2010), *Das Ringen um die PID fängt erst an, - In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Nr. 46, 21.11.2010, S.4.*
188. Steenblock, V., *Praktische Philosophie/ Ethik: Ein Studienbuch, Berlin 2006, S. 38.*
189. Boloz, W., Höver, G., *Utilitarismus in der Bioethik, Münster 2002, S. 33-35.*
190. Kaspar, J., *Der klassische Utilitarismus - Jeremy Bentham und John Stuart Mill, München 1999, S. 18.*
191. Schlegel, A., *Die Identität der Person - Eine Auseinandersetzung mit Peter Singer, Freiburg 2007, S. 74-76.*
192. *Gespräch mit Peter Singer: "Nicht alles Leben ist heilig", www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/gespraech-mit-peter-singer-nicht-alles-leben-ist-heilig-a-169604.html, Stand: 15.02.2013.*
193. Ernst, S., *Machbarkeit des Menschen? Theologie angesichts der Macht der Biomedizin. Münster 2002, S. 30.*
194. Wildfeuer, A., *Person, philosophisch, - In: W. Korff u a. (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Band 3, Gütersloh 1998, S. 5-9.*
195. Hochgrebe, P., *Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland, München 2005, S. 35.*
196. Ahmann, M., *Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar - Kritische Analyse der Rezeption des praktisch-ethischen Entwurfs von Peter Singer, Münster 2001, S. 73.*
197. Hoerster, N., *Muss Strafe sein? Positionen der Philosophie, München 2012, S. 2*
198. Wagner-Westerhausen, K., *Die Statusfrage in der Bioethik, Münster 2008, S. 113-115.*
199. Filip, S., *Ein Recht auf Leben - Norbert Hoerstes Position in Bezug auf die derzeitige Rechtslage des Schwangerschaftsabbruchs, München 2008, S. 11.*

200. Welti, F., *Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat*, Tübingen 2005, S. 388-390.
201. *Deutscher Ethikrat - Ethikrat nimmt Beratungen zu Fragen der Reproduktionsmedizin auf*, www.ethikrat.org/presse/pressemitteilung/2010/pressemitteilung-2010-07, Stand: 25.04.2011.
202. Bioethikkommission, *Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik - <http://www.bioethik-kommission.bayern.de/Stellungnahmen-.2173.10253719/index.htm>* Stand: 08.08.2010.
203. *Vgl. Hl. Offizium, Antwort des Hl. Offiziums vom 17. März 1897*, in DH (Hg.), *Kompendium der Glaubensbekenntnisse und kirchlichen Lehrentscheidungen*, Nr. 3323.
204. Kreiner, P., *Vatikan gegen künstliche Befruchtung*, www.ksta.de/politik/bioethik-instruktion-vatikan-gegen-kuenstliche-befruchtung,15187246,13039320.html, Stand: 25.11.2011.
205. Honecker, M., *Grundriss der Sozialethik*, Berlin 1995, S. 111.
206. *Joh. Paul II., Apost. Schreiben Familiaris consortio*, Nr. 11.
207. *Joh. Paul II., Apost. Schreiben Familiaris consortio*, Nr. 14.
208. Wehowsky, S., *Lebensbeginn und menschliche Würde*, Frankfurt/Main - München 1987, S. 32.
209. Sardaryan, D., *Bioethik in ökumenischer Perspektive, Offizielle Stellungnahmen der christlichen Kirchen in Deutschland zu bioethischen Fragen um den Anfang des menschlichen Lebens im Dialog mit der orthodoxen Theologie*, Berlin 2008, S. 44-46.
210. Müller, S., Schmid-Tannwald, I., Hornstein, O., *Unerfüllter Kinderwunsch: Assistierte Fortpflanzung im Blickfeld von Medizin und Ethik*, Münster 2008, S. 93-94.
211. Schüller, B., *Die Begründung sittlicher Urteile - Typen ethischer Argumentation in der katholischen Moraltheologie*, Ostfildern 1993, S. 282.
212. *"Donum vitae", Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, (Geschenk des Lebens), Teil I, Nr.1*. 2008.
213. Willam, M., *Mensch von Anfang an? Eine historische Studie zum Lebensbeginn im Judentum, Christentum und Islam*, Freiburg 2007, S. 215-217.
214. Müller, S., Schmid-Tannwald, I., Hornstein, O., *Unerfüllter Kinderwunsch: Assistierte Fortpflanzung im Blickfeld von Medizin und Ethik*, Münster 2008, S. 86-87.
215. *Pius XII., Ansprache an die Teilnehmer des II. Weltkongresses in Neapel über die menschliche Fruchtbarkeit und Sterilität vom 19. Mai 1956*, in: ders., *Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens*, Bd. 3, Nr. 4723.
216. *Kongregation für die Glaubenslehre, Instr. Donum vitae, Teil II B, Nr. 4*.
217. Honnefelder, L., Sturma, D., *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bonn 1996, S. 212.
218. Holderegger, A., et al., *Theologie und biomedizinische Ethik*, Freiburg 2002, S.100-102.
219. Müller, J., *Religion und Strafrecht - Christliche Einflüsse auf Normenbestand, Dogmatik und Argumentationsstrukturen des deutschen Strafrechts*, Würzburg 2008, S. 197-199.
220. Schicktanz, S., Tannert, C., Wiedemann, P., *Kulturelle Aspekte der Biomedizin*. Frankfurt am Main 2003. S. 43-44.
221. Sardaryan, D., *Bioethik in ökumenischer Perspektive, Offizielle Stellungnahmen der christlichen Kirchen in Deutschland zu bioethischen Fragen um den Anfang des menschlichen Lebens im Dialog mit der orthodoxen Theologie*, Berlin 2008, S. 207.
222. Paulus, J., *Enzyklika Evangelium vitae von Papst Johannes Paul II. an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens*, Rom 1995, S. 63-68

223. Ahmann, M., *Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar - Kritische Analyse der Rezeption des praktisch-ethischen Entwurfs von Peter Singer*, Münster 2001, S. 197.
224. Kundgebung der Synode der EKD, *Zur Achtung vor dem Leben - Maßstäbe für Gentechnik und Fortpflanzungsmedizin*, www.ekd.de/EKD-Texte/achtungvordemleben_1987.html, Stand: 25.02.2013.
225. Sardaryan, D., *Bioethik in ökumenischer Perspektive, Offizielle Stellungnahmen der christlichen Kirchen in Deutschland zu bioethischen Fragen um den Anfang des menschlichen Lebens im Dialog mit der orthodoxen Theologie*, Berlin 2008, S. 66.
226. EKD, *Stellungnahme des Bevollmächtigten des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland*, www.ekd.de/EKD-Texte/biomedizin_bevollmaechtigter_1988.html, Stand: 17.04.2013.
227. Kreß, H., *Reproduktionsmedizin und Präimplantationsdiagnostik in protestantischer Sicht, Referat auf dem Ferring Forum für alle reproduktionsmedizinische Zentren in Zusammenarbeit mit dem Kinderwunschzentrum Dortmund*, Hamburg 05.03.2011, S. 3-4.
228. Müller, J., *Religion und Strafrecht - Christliche Einflüsse auf Normenbestand, Dogmatik und Argumentationsstrukturen des deutschen Strafrechts*, Würzburg 2008, S. 197-199.
229. Merz, B., *Die medizinische, ethische und juristische Problematik artifizierter menschlicher Fortpflanzung*, Frankfurt/Main 1991, S. 114.
230. EKD, *Von der Würde werdenden Lebens*, Nr. 1.2; 2.7; 3.2f. 1985.
231. EKD, *Von der Würde werdenden Lebens*, Nr. 1.1; 1.5; dies., *Zur Achtung vor dem Leben (1987)*, Nr. 2.4f.
232. Eibach, U., *Theologisch-ethische Beurteilungen der extrakorporalen Befruchtung und des Embryotransfers beim Menschen-Gedanken eines evangelischen Theologen*. 1993, Stuttgart. S. 223-247, S. 245.
233. EKD, *Von der Würde werdenden Lebens*, Nr. 2.2; 2.9.
234. EKD, *Von der Würde werdenden Lebens*, Nr. 2.7.
235. EKD, *Stellungnahme des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Präimplantationsdiagnostik (PID)*, www.ekd.de/download/pm40_2011_stellungnahme.pdf, Stand: 25.03.2013.
236. Pressestelle der EKD, *Rat der EKD weiterhin für Verbot der PID*, http://www.ekd.de/presse/pm40_2011_verbot_pid.html, Stand: 15.02.2011.
237. Lüttger, H., *Vorträge und Abhandlungen: Ausgewählte Beiträge zum Strafrecht, zur Strafrechtsreform und zum Strafverfahrensrecht*, Berlin 1986, S. 92.
238. Eibach, U., *Gentechnik und Embryonenforschung, Leben als Schöpfung aus Menschenhand? Wuppertal 2005*, S. 9-10.
239. Kreß, H., *Morphologische Beobachtung und Transfer eines Embryos aus Sicht der Ethik*, Berlin 2005, S. 1-2.
240. Kreß, H., *Ethischer Kommentar zu den Gesetzentwürfen zur PID, Statement auf der Tagung achse/ Allianz chronisch seltener Erkrankungen*, Bonn 12.03.2011, www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/vortraege/kress_pid_eth_sicht_12.3.2011.pdf, Stand: 27.03.2012.
241. Kreß, H., *Vor allem Gewissensfreiheit. Warum ein Verbot der PID nicht haltbar ist*. *Zeitzeichen* 12 / 2011, H. 2, 16-17.
242. Kreß, H., *Menschenwürde, Medizin und Bioethik: Heutige Fragen medizinischer und ökologischer Ethik*, Münster 2000, S. 28-29.
243. Vönkey, S., *Recht, Moral und Ethik: Grundlagen und Grenzen demokratischer Legitimation*, Tübingen 2010, S. 234-235.

244. Ahlswede, A., *Der Nationale und der Deutsche Ethikrat: Verfassungsrechtliche Anforderungen an die Einflüsse unabhängiger Politikberatung auf die staatliche Entscheidungsbildung*, Bielefeld 2008, S. 197.
245. Deutscher Ethikrat, *Organisation*, http://www.kooperation-international.de/countries/gesundheitsforschung/info/detail/data/22966/backpid/13/?P_HPSESSID=c332 Stand: 08.08.2010.
246. Rüter, G., Da-Cruz, P., Schwegel, P., *Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik*, Stuttgart 2011, S. 442.
247. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf Stand: 09.08.2010.
248. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 78 Stand: 03.04.2013.
249. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 78-79 Stand: 03.04.2013.
250. Deutscher Ethikrat, *Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik*, Berlin 2011, www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf, S. 136, Stand: 02.05.2013.
251. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 82-83 Stand: 03.04.2013.
252. http://www.gesetze-im-internet.de/eschg/_2.html Stand: 10.08.2010.
253. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 86-87 Stand: 03.04.2013.
254. Deutscher Ethikrat, *Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik*, Berlin 2011, www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf, S. 117-118, Stand: 13.04.2013.
255. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 105 Stand: 25.02.2013.
256. Deutscher Ethikrat, *Ethikrat mahnt Verbesserung der PID-Verordnung an*, www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2012/pressemitteilungen-13-2012, Stand: 03.05.2013.
257. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 106 Stand: 15.03.2013.
258. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 119-120 Stand: 15.03.2013.
259. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 124 Stand: 15.03.2013.
260. Deutscher Ethikrat, *Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik*, Berlin 2011, www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf, S. 62-65, Stand: 13.03.2013.
261. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 132-133 Stand: 25.11.2010.

262. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 139-140 Stand: 15.12.2010.
263. Deutscher Ethikrat, *Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft*, http://www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf, S. 136-137 Stand: 25.11.2010.
264. EKD, Ratsvorsitzender der EKD bekräftigt Ablehnung der PID, www.ekd.de/gesellschaft/pm15_2003_ablehnung_pid.html, Stand: 25.06.2011.
265. Florian, U., *Ethikrat legt Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik vor*, www.idw-online.de/pages/de/news58439, Stand: 03.03.2013.
266. Covington, S., Burns, L., *Infertility Counseling - A comprehensive handbook for clinicians*, Cambridge 2006, S. 525.
267. Keller, M., *Alles was geht?* <http://www.zeit.de/2007/37/Biomedizin> Stand: 15.05.2011.
268. Preuk, M., *Zehn Fragen zur künstlichen Befruchtung*, http://www.focus.de/gesundheit/baby/schwangerschaft/tid-7043/reproduktionsmedizin_aid_68979.html Stand: 20.05.2010.
269. Blech, J., (2001) *Vorsprung durch Glauben*, *Der Spiegel*, Nr. 24, S. 217
270. Portugese, J., *Fertility Policy in Israel - The Politics of Religion, Gender and Nation*, *Westport* 1998, S. 153-156.
271. Blech, J., *Vorsprung durch Glauben*, *Der Spiegel* 04/2001, www.spiegel.de/spiegel/print/d-19383826.html, Stand: 26.07.2011.
272. Ernst, S., *Machbarkeit des Menschen - Theologie angesichts der Macht der Biomedizin*, *Münster* 2002, S. 65.
273. May, U., *Rechtliche Grenzen der Fortpflanzungsmedizin - Die Zulässigkeit bestimmter Methoden der assistierten Reproduktion und der Gewinnung von Stammzellen vom Embryo in vitro im deutsch-israelischen Vergleich*, *Heidelberg* 2003, S. 32-33.
274. Schnabel, U., *Ohne Mutter keine Menschenwürde*, www.zeit.de/2001/24/200124_israel_xml, Stand: 26.06.2011.
275. Zir Chemed, *About us*, www.zirchemed.org/about_e.php, Stand: 03.05.2013.
276. Dor Clinic, *Introduction to CV of Professor Jehoshua Dor M.D.*, www.dorclinic.com/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=46&lang=en, Stand: 04.03.2013.
277. Ernst, S., *Machbarkeit des Menschen - Theologie angesichts der Macht der Biomedizin*, *Münster* 2002, S. 65.
278. Rottzoll, D., *Rabbinischer Kommentar zum Buch Genesis*, *Berlin* 1993, S. 1-3.
279. Homolka, W., *Das jüdische Eherecht*, *Berlin* 2009, S. 14.
280. Levinson, P., *Einführung in die rabbinische Theologie*, *Darmstadt* 1993, S. 60.
281. Levinger, I.M., *Halacha und Gesellschaft - Aspekte religiösen Lebens*, *Potsdam* 2007, S. 62.
282. Hirsch, S.R., *Chumasch Schma Kolenu*, *Basel* 2007, S. 384.
283. Stemberger, G., *Einleitung in Talmud und Midrascha*, *München* 2011, S. 43-46.
284. Apel, A., *Aktuell wie eh und je? Worauf die Halacha beruht und was uns die Vorschriften heute noch sagen*, www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/10471, Stand: 13.08.2011.
285. Stemberger, G., *Einleitung in Talmud und Midrascha*, *München* 2011, S. 51.
286. O. V., *Die schriftliche und die mündliche Tora*, <http://www.alefbet.de/j%C3%BCdische-religion/mensch-g'tt/israel-tora/schriftliche-m%C3%BCndliche-tora> Stand: 27.08.2011.
287. Goldberg, A., *Mystik und Theologie des rabbinischen Judentums*, *Tübingen* 1997, S. 348-350.
288. Kook, A., *Die Lichter der Thora*, *Berlin* 1995, S. 35-38.

289. Goldberg, A., *Rabbinische Texte als Gegenstand der Auslegung*, Tübingen 1999, S. 3.
290. Strack, H. L., Stemberger, G., *Einleitung in Talmud und Midrascha*, München 1982, S. 129-132.
291. Bringmann, K., *Geschichte der Juden im Altertum - Vom babylonischen Exil bis zur arabischen Eroberung*, Stuttgart 2005, S.291-292.
292. Stemberger, G., *Judaica Minora II: Geschichte und Literatur des rabbinischen Judentums*, Tübingen 2010, S. 246.
293. Scholem, G., *Über einige Grundbegriffe des Judentums*, Berlin 1970, S. 96.
294. Kook, A., *Die Lichter der Thora*, Berlin 1995, S. 35.
295. Museum Shalom Europa, *Grundlagen des Judentums*, www.museumshalomeuropa.de/grundlagen-des-judentums, Stand: 03.04.2013.
296. Zentralrat der Juden in Deutschland, *Mit anderen Worten: Jüdische Thora-Übersetzungen sind keine theol. Schriften aber dennoch seit über zwei Jahrtausenden wichtig*, www.zentralratjuden.de/de/article/3829.html, Stand: 25.02.2013.
297. Goldberg, A., *Rabbinische Texte als Gegenstand der Auslegung*, Tübingen 1999, S. 3-5.
298. Beer, G., Holtzmann, O., *Die Mischna - Texte, Übersetzungen und ausführliche Erklärungen*, Berlin 1991, S. 92.
299. Stemberger, G., *Einleitung in Talmud und Midrascha*, München 2011, S.151-152.
300. *Talmud (= Studium) ist nach dem Tanach – der heiligen Schrift – das bedeutendste Schriftwerk des Judentums. Er besteht aus zwei Teilen, der älteren Mischna und der jüngeren Gemara und liegt in zwei Ausgaben vor, dem Babylonischen und dem Jerusalemer Talmud.*
301. Steinsaltz, A., *Talmud für Jedermann*, Basel 1998, S. 356-358.
302. Maimonides, M., *Mishneh Torah*, www.chabad.org/library/article_cdo/aid/5634/jewish/Mishneh-Thorah-Hebrew.htm, Stand: 11.05.2013.
303. Maimonides, M., *Mishneh Torah: Maimonides' code of law and ethics*, New York 1974, S. 112-114.
304. Kühntopf, M., *Rabbiner und Rabbinerinnen - von den ältesten Zeiten bis in die Gegenwart*, Norderstedt 2009, S. 33-34.
305. Ernst, S., *Machbarkeit des Menschen - Theologie angesichts der Macht der Biomedizin*, Münster 2002, S. 63.
306. Cochran, R., *Faith & Law - How religious traditions from calvinism to islam view american law*, New York 2008, S. 212.
307. Rey-Stocker, I., *Anfang und Ende des menschlichen Lebens*, Basel 2006, S. 100.
308. Erler, H., Ehrlich, E. L., *Judentum verstehen - Die Aktualität jüdischen Denkens von Maimonides*, Frankfurt/Main 2002, S. 36-38.
309. Voigt, F., *Religion in bioethischen Diskursen - Interdisziplinäre, internationale und interreligiöse Perspektiven*, Berlin 2010, S. 274.
310. *Makkabäer= Die Makkabäer waren jüdische Freiheitskämpfer gegen die Dynastie der Seleukiden. Sie begründeten das königliche und hohepriesterliche Geschlecht der Hasmonäer und erkämpften für einhundert Jahre (165 v. Chr. bis 63 v. Chr.) eine Erbherrschaft über die Juden.*
311. vgl. 2. Buch Moses, Kapitel 20, S. 8-11.
312. vgl. 1 Makk, Kapitel 2, S. 39-41.
313. Hengel, M., *Die Zeloten. Untersuchungen zur jüdischen Freiheitsbewegung in der Zeit von Herodes I. bis 70 n. Chr.*, Leiden 1976, S. 293-296.
314. Urbach, E., *The Halakhah - Its Sources and Development*, Tel Aviv 1996, S. 8-9.
315. Schwier, E., *Der Sabbat: Das Judentum I*, Berlin 1989, S. 36-37.
316. *Schulchan Aruch, Joreh Deah 336,1.*

317. Wolff, H.W., *Anthropologie des Alten Testaments*, München 1973, S. 215-220.
318. Blech, J. (2001), *Vorsprung durch Glaube*, - In: *Der Spiegel*, Nr. 24, 11.06.2001, S. 217.
319. vgl. *Bava Mezia 59b*.
320. Neusner, J., *The Theology of the Oral Torah - Revealing the Justice of God: McGill/Queen's Studies in the History of Religion*, Montreal 1999, Series 2.
321. Cotaru, J., *Ein goldenes Zeitalter? Zur Bewertung der Lage der Juden des Osmanischen Reiches im 16.-18. Jahrhundert*, Norderstedt 2010, S. 8.
322. Günzel, A., *Religionsgemeinschaften in Israel*, Tübingen 2006, S. 138-140.
323. Homolka, W., *Das Jüdische Recht - Eigenart und Entwicklung in der Geschichte*, www.humboldt-forum-recht.de/druchansicht.php?artikelid=210, Stand: 15.03.2010.
324. Dippel, C., *Erlaubt ist, was dem Leben dient*, www.juedische-allgemeine.de/article/print/id/4692, Stand: 27.06.2010.
325. Brämer, A., *Judentum - die 101 wichtigsten Fragen*, München 2010, S. 54-55.
326. Sinclair, D., *Jewish biomedical law - legal and extra-legal dimensions*, New York 2008, S. 1-3.
327. Struminski, W., *Auf Leben und Tod*, www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/4837, Stand: 27.06.2010.
328. Keck, C., et al., *Endokrinologie, Reproduktionsmedizin, Andrologie*, Stuttgart 2002, S. 227.
329. Baltzer, J., et al., *Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe*, Stuttgart 2004, S. 112.
330. vgl. *1. Buch Moses, Kapitel 1*, S. 28
331. Gordon, J.A., et al., *Infertility practice and Orthodox Jewish law*, New York 1975, S. 480-484.
332. vgl. *1. Buch Moses, Kapitel 22*, S. 17
333. Bleich, D., *Bioethical dilemmas - a jewish perspective*, New York 1998, S. 206-207.
334. Homolka, W., *Das jüdische Eherecht*, Berlin 2009, S.103-104.
335. vgl. *1. Buch Moses, Kapitel 1, Absatz 27*
336. Avemarie, F., *Tora und Leben*, Tübingen 1996, S. 108.
337. Hurwitz, P., *Jüdische Ethik und Sterbehilfe - Eine Sammlung rabbinischer, medizinethischer, philosophischer und juristischer Beiträge*, Muttenz 2006, S. 62.
338. Rosner, F., *Biomedical ethics and jewish law*, New York 2001, S. 8-9.
339. Eisenberg, R., *Jewish Traditions: A JPS Guide*, Philadelphia 2004, S. 548.
340. Sinclair, D., *Jewish biomedical law - legal and extra-legal dimensions*, New York 2008, S. 12-13.
341. Rey-Stocker, I., *Anfang und Ende des menschlichen Lebens*, Basel 2006, S. 140.
342. vgl. *2. Buch Moses, Kapitel 21, Absatz 22-23*.
343. vgl. *2. Buch Moses, Kapitel 21, S. 22-23*.
344. Krieg, M., Schmid, K., *Erklärt - Der Kommentar zur Zürcher Bibel, Band 1*, Zürich 2010, S. 204-205.
345. Levinson, N., Büchner, F., *Siebenundsiebzig Fragen zwischen Juden und Christen*, Göttingen 2001, S. 97.
346. Kreß, H., *Medizinische Ethik - Gesundheitszustand, Selbstbestimmungsrechte, heutige Wertkonflikte*, Stuttgart 2009, S. 154.
347. Oduncu, F., Platzer, K., Henn, W., *Der Zugriff auf den Embryo. Ethische, rechtliche und kulturvergleichende Aspekte der Reproduktionsmedizin*, Göttingen 2005, S. 124.
348. Bleich, D., *Bioethical dilemmas - a jewish perspective*, New York 1998, S. 268-271.
349. Haker, H., et al., *Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge*, Berlin 2009, S. 94.
350. Marx-Stölting, L., *Seid fruchtbar und mehret euch - In: Jüdische Zeitung 05/2013*, www.j-zeit.de/archiv/artikel.1455.html, Stand: 13.05.2013.

351. Kreß, H., *Medizinische Ethik - Gesundheitszustand, Selbstbestimmungsrechte, heutige Wertkonflikte*, Stuttgart 2009, S.154-155.
352. vgl. *Ohalot 7,6*.
353. Nordmann, Y., Birnbaum, M., *Die aktuelle Biomedizin aus der Sicht des Judentums*, Frankfurt/Main 2003, S. 84-105.
354. O. V., *Schwangerschaftsabbruch - Talmudische Belege für das Anliegen der Rabbinen, tiefere Kenntnisse über die Vorgänge im Mutterleib zu erlangen*, www.uni-saarland.de/fileadmin/user_upload/Fachrichtungen/fr33_KathTheologie/Jochum/Schwangerschaftsabbruch.pdf, Stand: 12.05.2013.
355. Daniels, J., *Religiöses Recht als Referenz*, Tübingen 2009, S. 56.
356. Nordmann, Y., *Eine Leihgabe G'ttes - über Leben, Sterbehilfe und Embryonen*, www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/10703, Stand: 23.03.2012.
357. Willam, M., *Mensch von Anfang an? Eine historische Studie zum Lebensbeginn im Judentum, Christentum und Islam*, Freiburg 2007, S. 225-229.
358. vgl. *Schulchan Aruch, Choschem ham-Mischpat 425,2*.
359. vgl. *Mischna, Arachin 1,4*.
360. Schiff, D., *Abortion in Judaism*, Cambridge 2002, S. 87-77.
361. Bleich, D., *Judaism and Healing: Halakhic Perspectives*, Jersey City 2003, S. 116.
362. Brämer, A., *Die 101 wichtigsten Fragen zum Judentum*, München 2010, S. 54.
363. Cap, F., *Glaube und Religion aus der Sicht eines Naturwissenschaftlers*, Berlin 2006, S. 83-84.
364. Wallner, S., *Moralische Dissens bei Präimplantationsdiagnostik und Stammzellforschung - Eine ethische Lösungsmöglichkeit*, Berlin 2010, S. 21.
365. vgl. *Sanhedrin (131), 91b*.
366. vgl. *Yevamot 69b*
367. Feldman, P., *Sexuality, birth control and childbirth in orthodox Jewish tradition*, Montreal 1992, S. 29-33.
368. Daniels, J., *Religiöses Recht als Referenz*, Tübingen 2009, S. 64.
369. Baskin, J., *The Cambridge Dictionary of Judaism and Jewish Culture*, Cambridge 2011, S. 162.
370. Dorff, E., Crane, J., *The Oxford Handbook of Jewish Ethics and Morality*, Oxford 2013, S. 321.
371. Sinclair, D., *Jewish biomedical law - legal and extra-legal dimensions*, New York 2008, S. 15-17.
372. Monroe, K., Miller, R., Tobis, J., *Fundamentals of the stem cell debate*, Los Angeles 2008, S. 85-86.
373. Rosner, F., *Biomedical ethics and jewish law*, New York 2001, S. 201-202.
374. Walter, J., Zemer, M., *Fetus and Fertility in Jewish Law*, Pittsburg 1995, S. 15-17.
375. Jacob, W., *Questions and Reform Jewish Answers: New American Reform Respona - Central Conference of American Rabbies*, New York 1992, S. 252.
376. Avraham, A. S., *Nischmat Avraham*, Jerusalem 1992, S. 217.
377. Rosner, F., *Modern Medicine and Jewish Ethics*, New York 1986, Kapitel 9-11.
378. Breitowitz, Y., *The preembryo in halacha*, www.jlaw.com/Articles/preemb.html, Stand: 10.05.2013.
379. Pfleiderer, G., Brahier, G., Lindpaintner, K., *GenEthics and Religion*, Basel 2010, S. 121.
380. vgl. 2. Buch Moses, Kapitel 20, Absatz 14 - 17b
381. vgl. 5. Buch Moses, Kapitel 5, Absatz 18-21.
382. vgl. 3. Buch Moses, Kapitel 18, Absatz 6-30.
383. Spitzer, J., *Caring for jewish patients*, Cornwall 2003, S. 139.

384. Sinclair, D., *Jewish biomedical law - legal and extra-legal dimensions*, New York 2008, S. 88-89.
385. Wahrmann, M., *Assisted Reproduction and Judaism*, www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/Judaism/ivf.html, Stand: 10.05.2013.
386. Portugese, J., *Fertility Policy in Israel - The Politics of Religion, Gender and Nation*, Westport 1998, S. 156-157.
387. Schenker, J., *Ethical dilemmas in assisted reproductive technologies*, Jerusalem 2011, S. 351.
388. vgl. 1. Buch Moses Kapitel 1, Absatz 28.
389. Sinclair, D., *Jewish biomedical law - legal and extra-legal dimensions*, New York 2008, S. 76-80.
390. Seibel, M., Crockin, S., *Family Building through Egg and Sperm - Medical, Legal and Ethical Issues*, London 1996, S. 241.
391. Schenker, J. G., et al., *In vitro fertilization and embryo transfer--legal and religious aspects in Israel, patient selection, and a modified technique for oocyte collection*, Jerusalem 1983, S. 218-224. *Isr J Med Sci*.
392. vgl. *Yevamot*, 45b.
393. Homolka, W., *Das jüdische Eherecht*, Berlin 2009, S. 53.
394. Büchner, F., *Siebenundsiebzig Fragen zwischen Juden und Christen*, Göttingen 2001, S. 98.
395. Sinclair, D., *Jewish biomedical law - legal and extra-legal dimensions*, New York 2008, S. 96-97.
396. Steinberg, A., *Encyclopedia of jewish medical ethics*, Jerusalem 2003, S. 574-576.
397. Cook, R., *Surrogate Motherhood - International Perspectives*, Portland 2003, S. 257.
398. Dorff, E., *Matters of life and death - A jewish approach to modern medical ethics*, Philadelphia 1998, S. 56-60.
399. Wahrmann, M., *Brave new judaism - When science and scripture collide*, Brandeis 2002, S. 29-30.
400. Levinson, N., Büchner, F., *Siebenundsiebzig Fragen zwischen Juden und Christen*, Göttingen 2001, S. 100.
401. Daniels, J., *Religiöses Recht als Referenz*, Tübingen 2009, S. 75-76.
402. Kadden, B., *Teaching jewish life cycle - traditions and activities*, Denver 1997, S. 9.
403. Gold, M., *Does G'd belong in the bedroom*, New York 1992, S. 115.
404. vgl. §1 GG Absatz 1, Nummer 1.6.7.
405. Felberbaum, R., Bühler, K., Ven, H.v.d., *Das Deutsche IVF-Register 1996-2006, 10 Jahre Reproduktionsmedizin in Deutschland*, Heidelberg 2007, S. 30.
406. Keene, M., *Religion in life & society*, Dublin 2002, S. 156.
407. Dorff, E., *Matters of life and death - A jewish approach to modern medical ethics*, Philadelphia 1998, S. 53-55.
408. Oduncu, F., Platzer, K., Henn, W., *Der Zugriff auf den Embryo - Ethische, rechtliche und kulturvergleichende Aspekte der Reproduktionsmedizin*, Göttingen 2005, S. 123.
409. Voigt, F., *Religion in bioethischen Diskursen - interdisziplinäre, internationale und interreligiöse Perspektiven*, Berlin 2010, S. 280.
410. Neubauer, M., *Medizin-naturwissenschaftliche, rechtliche und ethische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik*, München 2008, S. 53.
411. Rey-Stocker, I., *Anfang und Ende des menschlichen Lebens*, Basel 2006, S. 166.
412. Tworuschka, M., *Die Welt der Religionen - Gesichte, Glaubenssätze, Gegenwart*, München 2006, S. 131.
413. Shapira, A., *Reproductive technology: in Israel, law, religious orthodoxy, and reproductive technologies*, New York 1987, S. 12-14.

414. Süßmann, R., *Ein streng koscheres Retortenbaby*, <http://www.shalom-magazine.com/Article.php?id=220215> Stand: 05.09.2011.
415. Rosner, F., Schulmann, R., *Medicine and Jewish law*, New York 2005, S. 31-35.
416. Grazi, R., Wolowelsky, J., *The use of cryopreserved sperm and pre-embryos in contemporary jewish law and ethics*, www.jlaw.com/Articles/semen.html, Stand: 10.05.2013.
417. Portugese, J., *Fertility policy in israel - The politics of religion, gender and nation*, Westport 1998, S. 156-159.
418. Blyth, E., Landau, R., *Faith and fertility - Attitudes towards reproductive practices in different religions from ancient to modern times*, Philadelphia 2009, S. 210-212.
419. Bühl, A., *Auf dem Weg zur biomächtigen Gesellschaft? Chancen und Risiken der Gentechnik*, Wiesbaden 2009, S. 224.
420. Ethik-Arbeitsgruppe des Deutschen Ärztinnenbundes - *Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik*, www.aerztinnenbund.de/Pr-implantationsdiagnostik.0.235.1.html, Stand: 10.05.2013.
421. Wiggins, J., Middleton, A., *Getting the message across - Communication with diverse populations in clinical genetics*, Oxford 2013, S. 72-73.
422. Carmeli, Y., *Kin, Gene, Community - Reproductive technologies among jewish israelis*, New York 2010, S. 73-75.
423. Keller, M., *Alles, was geht?* www.zeit.de/2007/37/Biomedizin, Stand: 27.04.2012.
424. Davis, D., *Genetic dilemmas: Reproductive technology, parental choices*, New York 2001, S. 83.
425. Voigt, F., *Religion in bioethischen Diskursen - interdisziplinäre, internationale und interreligiöse Perspektiven*, Berlin 2010, S. 42.
426. Cole-Turner, R., *Design and destiny - jewish and christian perspectives on human germline modification*, Massachusetts 2008, S. 202-203.
427. Popovsky, M., *Jewish perspectives on the use of preimplantation genetic diagnosis*, New York 2007, S. 700-705.
428. Dorff, E., Crane, J., *The oxford handbook of jewish ethics and morality*, Oxford 2013, S. 323-325.
429. Pfleiderer, G., Brahier, G., Lindpaintner, K., *GenEthics and Religion*, Basel 2010, S. 126-127.
430. Wahrmann, M., *Brave new judaism - when science and scripture collide*, Brandeis 2002, S. 114-117.
431. Finkelstein, B., *The third key: The jewish couple's guide to fertility*, Jerusalem 2001, S. 76-78.
432. Sinclair, D., *Jewish biomedical law - legal and extra-legal dimensions*, New York 2008, S. 125-127.
433. Sinclair, D., *Jewish biomedical law - legal and extra-legal dimensions*, New York 2008, S. 133-135.
434. Machon Puah, *Designer babies*, www.ouisrael.org/tidbits/detail/designer-babies-part-2-the-child#.UaDqh8saySM, Stand: 16.07.2010.
435. Cole-Turner, R., *Design and destiny - jewish and christian perspectives on human germline modification*, Massachusetts 2008, S. 29-32.
436. Steinberg, A., *Encyclopedia of jewish medical ethics*, Jerusalem 2003, S. 446.
437. Tworuschka, M., *Die Welt der Religionen - Gesichte, Glaubenssätze, Gegenwart*, München 2006, S. 134.
438. Rosner, F., *Contemporary biomedical ethical issues and jewish law*, New York 2007, S. 5-9.
439. vgl. *Pesachim 25b*.
440. Rosner, F., *Biomedical ethics and jewish law*, New York 2001, S. 165-167.

441. Schuster, J., - *Ein striktes PID-Verbot ist falsch*, www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/9330, Stand: 23.07.2011.
442. Edwards, R., *Preconception and preimplantation diagnosis of human genetic disease*, Cambridge 1993, S. 118-120.
443. Ernst, S., *Machbarkeit des Menschen - Theologie angesichts der Macht der Biomedizin*, Münster 2002, S. 67-68.
444. Daniels, J., *Religiöses Recht als Referenz*, Tübingen 2009, S. 57-58.
445. J. Fischer, et al., *Grundkurs Ethik - Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik*, Stuttgart 2008, S. 405.
446. Gründel, J., *Theologisch-ethische Implikationen einer Güterabwägung*, München 2001, S. 28-29.
447. Müller-Terpitz, R., *Der Schutz des pränatalen Lebens*, Tübingen 2007, S. 200-201.
448. Lüttger, H., *Vorträge und Abhandlungen: ausgewählte Beiträge zum Strafrecht, zur Strafrechtsreform und zum Strafverfahrensrecht*, Berlin 1986, S. 3.
449. Erler, H., Ehrlich, E. L., *Judentum verstehen - Die Aktualität jüdischen Denkens von Maimonides*, Frankfurt/Main 2002, S. 34-35.
450. Willam, M., *Mensch von Anfang an? Eine historische Studie zum Lebensbeginn im Judentum, Christentum und Islam*, Freiburg 2007, S. 178-180.
451. haGalil, *Was bedeutet Halacha?* www.hagalil.com/archiv/2010/12/17/halacha/, Stand: 04.05.2011.
452. Schmidt, H. T., *Präimplantationsdiagnostik: Jenseits des Rubikons? Individual- und sozialetische Aspekte der PID/PGD*, Münster-Hamburg-London 2003, S. 109-110.
453. Bin-Nun, A., *Einführung in das Recht des Staates Israels: Einführungen in das fremdländische Recht*, Darmstadt 1983, S. 44-45.
454. Taupitz, J., *Rechtliche Regelung der Embryonenforschung im internationalen Vergleich*, Heidelberg 2003, S. 90.
455. Ernst, S., *Machbarkeit des Menschen - Theologie angesichts der Macht der Biomedizin*, Münster 2002, S. 127.
456. Maier, B., *Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe*, Heidelberg 2000, S. 84.
457. DGGG, *Die Notwendigkeit eines Fortpflanzungsmedizingesetzes* <http://www.dggg.de/downloads/fortpflanzungsmedizingesetz/> Stand: 06.10.2011.
458. The Jewish Week, *Rabbis at fertility conference ok gender selection* (www.thejewishweek.com/news/breaking-news/rabbis-fertility-conferende-ok-gender-selection) Stand: 14.06.2013
459. PUAH Insitute, *Preimplantations Genetic Diagnosis (PGD) in jewish law* www.jewishfertility.org/pgd.php Stand: 14.06.2013
460. Landau, R., *Sex selection for social purposes in Israel*, - in: *Journal of Medical Ethics*, September 2008, Volume 34, Number 9
461. Israels Wissenschaftsminister Daniel Herschkowitz im Gespräch, *Wir helfen dem, der sich vergeblich Kinder wünscht* www.faz.net/aktuell/feuilleton/israels-wissenschaftsminister-im-gespraech-wir-helfen-dem-der-sich-vergeblich-kinder-wuenscht-11208.html Stand: 15.06.2013
462. Darnovsky, M., *Center für genetics and society, Countries with laws or policies on sex selection* www.geneticsandsociety.org/downloads/200904_sex_selection_memo.pdf Stand: 16.06.2013
463. Hadassah medical center, *Embryo gender selection* www.hadassah-med.com/medical-care/departements/obstretics-and-gynecology-ein-karem/in-vitro-fertilization/pre-implantation-diagnosis/embryo-gender-selection.aspx Stand: 16.06.2013

X. Literaturverzeichnis

- Ahlswede, A.
Der Nationale und der Deutsche Ethikrat: Verfassungsrechtliche Anforderungen an die Einflüsse unabhängiger Politikberatung auf die staatliche Entscheidungsbildung.
Verlag Peter Lang, Bielefeld, 2008
- Ahmann, M.
Was bleibt vom menschlichen Leben unantastbar - Kritische Analyse der Rezeption des praktisch-ethischen Entwurfs von Peter Singer.
LIT Verlag, Münster 2001
- Antretter, R., Breit-Keßler, S.
Minderheitenvotum der Mitglieder der bayrischen Bioethik-Kommission.
LIT Verlag, Münster 2002
- Apel, A.
Aktuell wie eh und je? Worauf die Halacha beruht und was uns die Vorschriften heute noch sagen.
(www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/10471) Stand: 13.08.2011
- Avemarie, F.
Tora und Leben.
Mohr, Tübingen 1996
- Abraham, A.S.
Nischmat Avraham.
Mesorah Publications, New York 2000
- Bals-Pratsch, M., Bühler, K.
Assistierte Reproduktion: Aktuelle Daten zu andrologischen Indikationen und Therapieergebnissen aus dem Deutschen IVF-Register.
J. Reproduktionsmed. Endokrinol. 6 (2009) 199-203
- Baltzer, J., Friese, J., Graf, M., Wolff, F.
Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme, Stuttgart 2004
- Baskin, J.
The Cambridge Dictionary of Judaism and Jewish Culture.
Cambridge University Press, Cambridge 2011
- Baudisch, K.
Schutz der Menschenwürde.
GRIN Verlag, München 2009
- Baur, F.
Ausgewählte Reden des Lysias.
Metzler, Stuttgart 1855
- Becker, E.
Bundestag erlaubt Präimplantationsdiagnostik,
(www.eltern.de/kinderwunsch/kinderwunsch-medizin/praeimplantationsdiagnostik.html) Stand: 07.05.2010
- Beer, G., Holtzmann, O.
Die Mischna-Texte, Übersetzungen und ausführliche Erklärungen.
Walter de Gruyter, Berlin 1991
- Berger, I.
Landgericht Berlin: Freispruch eines Arztes nach Anklage wegen Vergehens gegen Embryonenschutzgesetz.

(www.berlin.de/sen/justiz/gerichte/kg/presse/archiv/20090514.1745.127943.html)
Stand: 07.10.2010

- Bin-Nun, A.
Einführung in das Recht des Staates Israels: Einführungen in das fremdländische Recht.
Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt 1983
- Bioethikkommission
Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik.
(www.bioethik-kommission.bayern.de/Stellungnahmen-.2173.10253719/index.htm)
Stand: 08.08.2010
- Birenbaum-Carmeli, D., Carmeli, Y.S.
Kin, Gene, Community - Reproductive technologies among jewish Israelis.
Berghahn, New York 2010
- Blech, J.
Vorsprung durch Glaube.
Der Spiegel, Nr. 24, 11.06.2001, S. 217
(www.spiegel.de/spiegel/print/d-19383826.html) Stand: 26.07.2011
- Bleich, D.
Bioethical dilemmas - a jewish perspective.
Ktav Publishing House, New York 1998
- Bleich, D.
Judaism and Healing: Halakhic Perspectives.
Ktav Publishing House, Jersey City 2003
- Bloechle, M.
Vom Recht auf ein gesundes Kind.
Irisiana Verlag, München 2011
- Blyth, E., Landau, R.
Faith and fertility - Attitudes towards reproductive practices in different religions form ancient to modern times.
Jessica Kingsley Publishers, Philadelphia 2009
- Böcher, U.P.
Präimplantationsdiagnostik und Embryonenschutzgesetz: Zu den Problemen der strafrechtlichen Regelung eines neuen medizinischen Verfahrens.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2004
- Böckenförde-Wunderlich, B.
Präimplantationsdiagnostik als Rechtsproblem.
Mohr Siebeck, Tübingen 2002
- Boeckler, A.M.
Mit anderen Worten: Jüdische Thora-Übersetzungen sind keine theol. Schriften aber dennoch seit über zwei Jahrtausenden wichtig.
Zentralrat der Juden in Deutschland. Zukunft 12. Jahrgang Nr. 9 / 28. September 2012.
(www.zentralratjuden.de/de/article/3829.html) Stand: 25.02.2013
- Boloz, W., Höver, G.
Utilitarismus in der Bioethik.
LIT Verlag, Münster 2002
- Brämer, A.
Die 101 wichtigsten Fragen zum Judentum.
Beck, München 2010
- Breitowitz, Y.
The preembryo in halacha.
(www.jlaw.com/Articles/preemb.html) Stand: 10.05.2013

- Bringmann, K.
Geschichte der Juden im Altertum: Vom babylonischen Exil bis zur arabischen Eroberung.
Klett Cotta Verlag, Stuttgart 2005
- Bühl, A.
Auf dem Weg zur biomächtigen Gesellschaft - Chancen und Risiken der Gentechnik.
VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009
- Bundesärztekammer
Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen.
Dtsch. Ärztebl. 95 (1998) 3236-3242
(www.bundesaerztekammer.de/downloads/PraenatalDiagnostik.pdf) Stand: 28.02.2003
- Bundesministerium der Justiz.
§ 8 Begriffsbestimmung.
(http://bundesrecht.juris.de/eschg/___8.html: §8) Stand: 09.10.2010
- Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB).
PID im internationalen Vergleich.
(www.gen-ethisches-netzwerk.de/gid/160/buero-fuer-technikfolgenabschaetzung-beim-deutschen-bundestag-tab/pid-internationalen-vergle) Stand: 15.03.2013
- Cap, F.
Glaube und Religion aus der Sicht eines Naturwissenschaftlers.
LIT Verlag, Münster 2006
- Chabad.org
Maimonides' Mishneh Torah.
(www.chabad.org/library/article_cdo/aid/5634/jewish/Mishneh-Thorah-Hebrew.htm)
Stand: 11.05.2013
- Choi, M.S.
Der Umgang mit überzähligen Embryonen in Deutschland und Südkorea.
Peter Lang, Göttingen 2009
- Cochran, R.
Faith & Law: How religious traditions from calvinism to islam view american law.
University Press, New York 2008
- Cole-Turner, R.
Design and destiny: jewish and christian perspectives on human germline modification.
MIT Press, Massachusetts 2008
- Cook, R.
Surrogate Motherhood: International Perspectives.
Hart Publishing, Portland 2003
- Cotaru, J.
Ein goldenes Zeitalter? Zur Bewertung der Lage der Juden des Osmanischen Reiches im 16.-18. Jahrhundert.
GRIN Verlag, Norderstedt 2010
- Covington, S., Burns, L.
Infertility Counseling - A comprehensive handbook for clinicians.
Cambridge University Press, Cambridge 2006
- Damschen, G., Schönecker, D.
Der moralische Status menschlicher Embryonen; pro und contra Spezies-, Kontinuums-, Identitäts- und Potentialitätsargument.
Walter de Gruyter, Berlin 2003

- Daniels, J.
Religiöses Recht als Referenz.
Mohr Siebeck, Tübingen 2009
- Darnovsky, M.
Countries with laws or policies on sex selection.
(www.geneticsandsociety.org/downloads/200904_sex_selection_memo.pdf) Stand:
16.06.2013
- Davis, D.
Genetic dilemmas: Reproductive technology, parental choices.
Routledge, New York 2001
- Departement of health
Guidung principles of PGD.
(www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digital_asset/dh_4118935.pdf) Stand: 19.06.2010
- Deutscher Bundestag
Pressemitteilung: Präimplantationsdiagnostik mit dem Embryonenschutzgesetz
unvereinbar.
([http://webarchiv.bundestag.de/archive/2008/0506/aktuell/presse/2001/pz_010313.htm](http://webarchiv.bundestag.de/archive/2008/0506/aktuell/presse/2001/pz_010313.html)
l) Stand: 04.10.2010
- Deutscher Bundestag
Streit um Tempo der PID-Beratung.
(www.aerzteblatt.de/nachrichten/4320/Streit-um-Tempo-der-PID-Beratung) Stand:
04.11.2010
- Deutscher Ethikrat
Ethikrat nimmt Beratungen zu Fragen der Reproduktionsmedizin auf.
(www.ethikrat.org/presse/pressemitteilung/2010/pressemitteilung-2010-07) Stand:
25.04.2011
- Deutscher Ethikrat
Deutscher Ethikrat legt Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik vor.
(www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2011/pressemitteilung-03-2011) Stand:
22.05.2011
- Deutscher Ethikrat
Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik, Berlin 2011.
(www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf) Stand:
13.04.2013
- Deutscher Ethikrat
Auftrag.
(www.ethikrat.org/ueber-uns/auftrag) Stand: 28.03.2013
- Deutscher Ethikrat
Ethikrat mahnt Verbesserung der PID-Verordnung an.
(www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2012/pressemitteilungen-13-2012)
Stand: 03.05.2013
- Deutscher Ethikrat
Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft.
(www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf)
Stand: 09.08.2010
- Deutscher Ethikrat
Mitglieder.
(www.ethikrat.org/ueber-uns/mitglieder/mitglieder-des-deutschen-ethikrates) Stand:
31.03.2013

- Deutscher Ethikrat
Organisation.
(www.kooperation-international.de/countries/gesundheitsforschung/info/detail/data/22966/backpid/13/?P_HPSESSID=c332) Stand: 08.08.2010
- Deutsches IVF-Register
Jahrbuch 2007.
(www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2007.pdf) Stand: 02.02.2011, S. 6-11
- Deutsches IVF-Register
Jahrbuch 2009.
Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 06/2010, Nr. 6, S. 17.
(www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2009-d.pdf) Stand: 31.03.2013
- Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften.
Ausgewählte nationale und internationale Gesetze und Regelungen.
(www.drze.de/im-blickpunkt/stammzellen/gesetze-und-regelungen) Stand: 23.03.2013
- Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften.
Ethische Aspekte zur PID.
(www.drze.de/im-blickpunkt/pid/ethische-aspekte) Stand: 07.04.2013
- DGGG
Stellungnahmen der DGGG zur Präimplantationsdiagnostik.
(www.kinderwunschpraxis.com/de/download/aerzte/Fortpflanzungsmedizin.pdf)
Stand: 25.11.2010
- DGGG
Die Notwendigkeit eines Fortpflanzungsmedizingesetzes.
(www.dggg.de/downloads/fortpflanzungsmedizingesetz/?eID=dam_frontend_push&docID=205) Stand: 06.10.2011
- Diedrich, K.
DGGG - Pränataldiagnostik, Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch.
(www.dggg.de/download/?eID=dam_frontend_push&docID=110) Stand: 10.04.2013, S. 27
- Diedrich, K.
Die Notwendigkeit eines Fortpflanzungsmedizingesetzes.
Abstract zur Diskussionsveranstaltung "Kinderwunsch in der Krise", Berlin
28.06.2005.
(www.dggg.de/downloads/?eID=dam_frontend_push&docID=205) Stand: 02.05.2013
- Diedrich, K.
Gynäkologie und Geburtshilfe.
Springer, Heidelberg 2007
- Diedrich, K.
Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich.
Berlin 2008
- Dippel, C.
Erlaubt ist, was dem Leben dient.
(www.juedische-allgemeine.de/article/print/id/4692) Stand: 27.06.2010
- Dolderer, A.
Menschenwürde und Spätabbruch.
Springer, Heidelberg 2012

- „Donum vitae“
Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, (Geschenk des Lebens), Teil I, Nr.1. 2008
- Dor Clinic
Introduction to CV of Professor Jehoshua Dor M.D.
(www.dorclinic.com/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=46&lang=en) Stand: 04.03.2013
- Dorff, E., Crane, J.
The Oxford Handbook of Jewish Ethics and Morality.
Oxford University Press, Oxford 2013
- Dorff, E.
Matters of life and death: A jewish approach to modern medical ethics.
Jewish Publication Society, Philadelphia 1998
- Eckart, W.
Geschichte der Medizin: Fakten, Konzepte, Haltungen.
Springer, Heidelberg 2009
- Edwards, R.
Preconception and preimplantation diagnosis of human genetic disease.
Cambridge 1993
- Eibach, U.
Gentechnik und Embryonenforschung, Leben als Schöpfung aus Menschenhand?
Brockhaus, Wuppertal 2005
- Eibach, U.
Theologisch-ethische Beurteilungen der extrakorporalen Befruchtung und des Embryotransfers beim Menschen - Gedanken eines evangelischen Theologen.
Stuttgart, 1993
- Eisenberg, R.
Jewish Traditions: A JPS Guide.
Jewish Publication Society, Philadelphia 2004
- Eißebe, I.
Die richtigen Gene zum Glück.
Stern Nr. 47, 18.11.2010
- EKD
Rat der EKD weiterhin für Verbot der PID, Erklärung zur Präimplantationsdiagnostik (PID) veröffentlicht.
(www.ekd.de/presse/pm40_2011_verbot_pid.html) Stand: 15.02.2011
- EKD
Ratsvorsitzender der EKD bekräftigt Ablehnung der PID, 23. Januar 2003.
(www.ekd.de/gesellschaft/pm15_2003_ablehnung_pid.html) Stand: 25.06.2011
- EKD
Stellungnahme des Bevollmächtigten des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland.
(www.ekd.de/EKD-Texte/biomedizin_bevollmaechtigter_1988.html) Stand: 17.04.2013
- EKD
Stellungnahme des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Präimplantationsdiagnostik (PID).
(www.ekd.de/download/pm40_2011_stellungnahme.pdf) Stand: 25.03.2013
- EKD
Zur Achtung vor dem Leben - Maßstäbe für Gentechnik und Fortpflanzungsmedizin.

Kundgebung der Synode der EKD.

(www.ekd.de/EKD-Texte/achtungvordemleben_1987.html) Stand: 25.02.2013

- Elon, M.
Jewish Law. History, Sources, Principles.
Jewish Publication Society, Bd. I-IV, Philadelphia-Jerusalem 1994, S. 93-94
- Harper, J., Delhanty, J., Handyside, A.
Preimplantation genetic diagnosis.
Wiley-Blackwell, New York 2009
- Enquetekommission
Deutsche Mehrheit gegen Stammzellforschung.
(www.spiegel.de/politik/deutschland/enquetekommission-deutsche-mehrheit-gegen-stammzellen-forschung-a-167521.html) Stand: 23.06.2011
- Enquete-Kommission
Schlussbericht "Recht und Ethik der modernen Medizin", Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode.
(dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/090/1409020.pdf) Stand: 14.05.2002, S. 91
- Erler, H., Ehrlich, E.L.
Judentum verstehen: Die Aktualität jüdischen Denkens von Maimonides.
Campus Verlag, Frankfurt/Main 2002
- Ernst, S.
Machbarkeit des Menschen? Theologie angesichts der Macht der Biomedizin.
LIT Verlag, Münster 2002
- Ethik-Arbeitsgruppe des Deutschen Ärztinnenbundes.
Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik.
(www.aerztinnenbund.de/Pr-implantationsdiagnostik.0.235.1.html) Stand: 10.05.2013
- Ethikkommission der Stiftung Liebenau
Stellungnahme der Ethikkommission der Stiftung Liebenau zur
Präimplantationsdiagnostik. Liebenau 17.07.2002
(www.stiftung-liebenau.de/fileadmin/stiftung/pdf/ethik/Stellungnahme_Ethikkommission_PID.pdf)
Stand: 02.05.2013, S. 3-5
- Felberbaum, R., Bühler, K., Ven, H.v.d.
Das Deutsche IVF-Register 1996-2006, 10 Jahre Reproduktionsmedizin in
Deutschland.
Springer, Heidelberg 2007
- Feldman, P.
Sexuality, birth control and childbirth in orthodox Jewish tradition.
Can. Med. Assoc. 146 (1992) 29-33
- Ferti-Med Zentrum für Reproduktionsmedizin
Polkörper (PKD), Blastomere (PID), Diagnostik.
(www.ferti-med.com/de/pid.php) Stand: 15.02.2013
- Filip, S.
Ein Recht auf Leben: Norbert Hoersters Position in Bezug auf die derzeitige
Rechtslage des Schwangerschaftsabbruchs.
GRIN Verlag, München 2008
- Finkelstein, B.
The third key: The jewish couple's guide to fertility.
Feldheim Publishers, Jerusalem 2001
- Fischer, J., Gruden, S., Imhof, E., Strub, J.-D.
Grundkurs Ethik: Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik.
Kohlhammer, Stuttgart 2008

- Florian, U.
Ethikrat legt Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik vor.
(www.idw-online.de/pages/de/news58439) Stand: 03.03.2013
- Franzkwoiak, P., Homfeldt, G.
Lehrbuch Gesundheit.
Juventa Verlag, Weinheim 2011
- Gen-ethisches Netzwerk.
Aktuelle Methoden der Pränataldiagnostik.
(www.gen-ethisches-netzwerk.de/gid/188/oleimeulen/aktuelle-methoden-praenataldiagnostik) Stand: 10.04.2013
- Gethmann-Siefert, A., Huster, S.
Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik.
Europäische Akademie, Ahrweiler 2005
(www.ea-aw.de/.../GR_38_Praeimplantationsdiagnostik_072005.pdf) Stand: 11.05.2013
- Goerke, K., Steller, J., Valet, A.
Klinikleitfaden Gynäkologie und Geburtshilfe.
Urban & Fischer, München 2008
- Gold, M.
Does G`d belong in the bedroom.
Jewish Publication Society, New York 1992
- Goldberg, A.
Mystik und Theologie des rabbinischen Judentums.
Mohr, Tübingen 1997
- Goldberg, A.
Rabbinische Texte als Gegenstand der Auslegung.
Mohr Siebeck, Tübingen 1999
- Gordon, J.A., Amelar, R.D. Dubin, L., Tendler, M.D.
Infertility practice and Orthodox Jewish law.
Fertil. Steril. 28 (1975) 480-484
- Grazi, R., Wolowelsky, J.
The use of cryopreserved sperm and pre-embryos in contemporary jewish law and ethics.
(www.jlaw.com/Articles/semen.html) Stand: 10.05.2013
- Groß, D.
Zwischen Theorie und Praxis 2: Ethik in der Medizin in Lehre, Klinik und Forschung.
Königshausen & Neumann, Würzburg 2002
- Gründel, J.
Theologisch-ethische Implikationen einer Güterabwägung.
Themen der Katholischen Akademie in Bayern. München 2001
- Günzel, A.
Religionsgemeinschaften in Israel.
Mohr Siebeck, Tübingen 2006
- Hadassah medical center.
Embryo gender selection.
(www.hadassah-med.com/medical-care/departements/obstretics-and-gynecology-ein-karem/in-vitro-fertilization/pre-implantation-diagnosis/embryo-gender-selection.aspx)
Stand: 16.06.2013
- haGalil
Was bedeutet Halacha?
(www.hagalil.com/archiv/2010/12/17/halacha) Stand: 04.05.2011

- Haker, H., Bentele, K., Moczynski, W., Wanderer, G.
Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge.
LIT Verlag, Münster 2009
- Hauskeller, C.
Die Stammzellforschung – Sachstand und ethische Problemstellungen.
(www.bpb.de/system/files/pdf/Z8ZHND.pdf) Stand: 15.04.2013
- Hengel, M.
Die Zeloten. Untersuchungen zur jüdischen Freiheitsbewegung in der Zeit von Herodes I. bis 70 n. Chr.
Leiden, Köln 1976
- Hepp, H.
Präimplantationsdiagnostik – medizinische, ethische und rechtliche Aspekte, Richtlinienentwurf der Bundesärztekammer.
Dtsch. Ärztebl. 97 (2000) 1213-1221
- Herschkowitz, D.
Wir helfen dem, der sich vergeblich Kinder wünscht.
(www.faz.net/aktuell/feuilleton/israels-wissenschaftsminister-im-gespraech-wir-helfen-dem-der-sich-vergeblich-kinder-wuenscht-11208.html) Stand: 15.06.2013
- Hick, C.
Klinische Ethik.
Springer, Heidelberg 2007
- Hinz, O.
Sturm im Reagenzglas.
(www.domradio.de/nachrichten/2013-04-12/polens-kirchen-gegen-staatsgelder-fuer-kuenstliche-befruchtung) Stand: 20.03.2013
- Hirsch, S.R.
Chumasch Schma Kolenu.
Verlag Morascha, Basel 2007
- Hochgrebe, P.
Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland.
Verlag Buch & Media, München 2005
- Hoerster, N.
Muss Strafe sein? Positionen der Philosophie.
Beck, München 2012
- Hofheinz, M.
Gezeugt, nicht gemacht.
LIT Verlag, Münster 2008
- Hofmann, H.
Polen: Zwischen Kirche und globalem Markt.
(www.gen-ethisches-netzwerk.de/gid/164/thema/hofmann/polen-zwischen-kirche-und-globalem-markt) Stand: 20.06.2010
- Holderegger, A., Müller, D., Sitter-Liver, B., Zimmermann-Acklin, M.
Theologie und biomedizinische Ethik: Grundlagen und Konkretionen.
Universitätsverlag Freiburg – Verlag Herder, Freiburg 2002
- Homolka, W.
Das jüdische Eherecht.
Walter de Gruyter, Berlin 2009
- Homolka, W.
Das Jüdische Recht: Eigenart und Entwicklung in der Geschichte:
(www.humboldt-forum-recht.de/deutsch/17-2009/index.html) Stand: 15.03.2010

- Honecker, M.
Grundriss der Sozialethik.
Gruyter Verlag, Berlin 1995
- Honnefelder, L., Sturma, D.
Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik.
Walter de Gruyter, Bonn 1996
- Bundesministerium der Justiz
§ 2 Mißbräuchliche Verwendung menschlicher Embryonen.
(www.gesetze-im-internet.de/eschg/__2.html) Stand: 10.08.2010
- Hufen, F.
Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik: Das Dilemma der vorgeburtlichen Auslese,
Mainz 2002.
(www.studgen.uni-mainz.de/manuskripte/hufen.pdf) Stand: 20.03.2013
- Hurwitz, P.
Jüdische Ethik und Sterbehilfe: Eine Sammlung rabbinischer, medizinethischer,
philosophischer und juristischer Beiträge.
Schwabe, Basel/Muttenz 2006
- Fischer, J., Gruden, S., Imhof, E., Strub, J.-D.
Grundkurs Ethik: Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik.
Kohlhammer, Stuttgart 2008
- Jacob, W.
Questions and Reform Jewish Answers: New American Reform Responsa.
Central Conference of American Rabbies, New York 1992
- Jacorzynski, W., Kozlowski, M.
Auf dem Weg nach (n)irgendwo: Die polnische Stammzellforschung.
In: W. Bender: Grenzüberschreitungen - kulturelle, religiöse und politische
Differenzen im Kontext der Stammzellforschung weltweit.
Agenda Verlag, Münster 2005, S. 471
- Jäger-Dabek, B.
Polnische Kirche vergleicht In-vitro-Befruchtung mit Nazi-Rassenhygiene.
(www.das-polen-magazin.de/polnische-kirche-vergleicht-in-vitro-befruchtung-nazi-rassenhygiene) Stand: 03.06.2013
- Joh. Paul II.
Apost. Schreiben Familiaris consortio.
(www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/apost_exhortations/documents/hf_jp-ii_exh_19811122_familiaris-consortio_ge.html) Stand: 03.06.2013, Nr. 11-14
- Jüttner, J.
Präimplantationsdiagnostik: Die Gewissensfrage.
(www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/praeimplantationsdiagnostik-die-gewissensfrage-a-772826.html) Stand: 23.10.2011
- Kadden, B.
Teaching jewish life cycle: traditions and activities.
COLORODO: A.R.E. Publishing, Denver 1997
- Kaelin, L.
Biotechnik am Beginn menschlichen Lebens.
Springer-Verlag, Wien 2010
- Kamann, M.
BGH-Urteil startet neue Debatte um Embryonenschutzgesetz.
(www.welt.de/politik/deutschland/article8340685/BGH-Urteil-startet-neue-Debatte-um-Embryonenschutz.html) Stand: 03.04.2011

- Kaspar, J.
Der klassische Utilitarismus - Jeremy Bentham und John Stuart Mill.
GRIN Verlag GmbH, München 1999
- Keck, C., Neulen, J., Behre, M.
Endokrinologie, Reproduktionsmedizin, Andrologie.
Thieme, Stuttgart 1997
- Keck, C., Breckwoldt, M., Neulen, J., Behre, M.
Endokrinologie, Reproduktionsmedizin, Andrologie.
Thieme, Stuttgart 2002
- Keene, M.
Religion in life & society – GCSE Religious studies for edexcel ‘A’.
Folens Publishers, Dublin 2002
- Keller, M.
Alles was geht?
(www.zeit.de/2007/37/Biomedizin) Stand: 15.05.2011
- Kiechle, M.
Gynäkologie und Geburtshilfe.
Elsevier, München 2011
- Kinderwunsch Centrum München.
(www.kinderwunsch-centrum-muenchen.de) Stand: 05.11.2010
- Kinderwunsch Praxisklinik Hamburg
Gesetz zum Schutz von Embryonen.
(www.kinderwunschzentrum-hamburg.de/admin/upload/pdf/gesetz_zum_schutz_von_embryonen.pdf) Stand: 03.03.2011
- Kleinschmidt, D., Thorn, P., Wischmann, T.
Kinderwunsch und professionelle Beratung.
Kohlhammer, Stuttgart 2008
- Klinkhammer, G.
Embryonenschutzgesetz: Weiterhin vorbildlich,
(www.aerzteblatt.de/blog/37400/Embryonenschutzgesetz-Weiterhin-vorbildlich)
Stand: 26.11.2010
- Klinkhammer, G.
Sachstandsbericht Präimplantationsdiagnostik – Praxis und rechtliche Regulierung in sieben ausgewählten Ländern.
(www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1385) Stand: 16.06.2010, S. 30
- Kongregation für die Glaubenslehre, Instr. Donum vitae
(www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_ge.html) Stand: 03.06.2013, Teil II B, Nr. 4
- Kook, A., Ha Cohen, I.
Die Lichter der Thora.
Akademie Verlag, Berlin 1995
- Kreienberg, R., Ludwig, H.
125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.
Springer Verlag, Heidelberg 2011
- Kölner Stadt Anzeiger
Vatikan gegen künstliche Befruchtung.
(www.ksta.de/politik/bioethik-instruktion-vatikan-gegen-kuenstliche-befruchtung,15187246,13039320.html) Stand: 25.11.2011
- Kreß, H.
Ethischer Kommentar zu den Gesetzentwürfen zur PID, Statement auf der Tagung der

achse/ Allianz chronisch seltener Erkrankungen, Bonn 12.03.2011.
 (www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/vortraege/kress_pid_eth._sicht_12.3.2011.pdf)
 Stand: 27.03.2012

- Kreß, H.
 Medizinische Ethik. Gesundheitszustand, Selbstbestimmungsrechte, heutige Wertkonflikte.
 Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2009
- Kreß, H.
 Menschenwürde, Medizin und Bioethik: Heutige Fragen medizinischer und ökologischer Ethik.
 LIT Verlag, Berlin 2000
- Kreß, H.
 DGGG. Morphologische Beobachtung und Transfer eines Embryos aus Sicht der Ethik.
 (www.dggg.de/downloads/?eID=dam_frontend_push&docID=309) Stand: 20.03.2013
- Kreß, H.
 Reproduktionsmedizin und Präimplantationsdiagnostik in protestantischer Sicht, Referat auf dem Ferring Forum für alle reproduktionsmedizinische Zentren in Zusammenarbeit mit dem Kinderwunschzentrum Dortmund. Hamburg 05.03.2011.
 (www.sozialethik.uni-bonn.de/kress/kress-grundrecht-gesundheit-medizin-und-bioethik/kress_reprod.med_pid_5.3.2011.pdf) Stand: 20.03.2013
- Kreß, H.
 Vor allem Gewissensfreiheit. Warum ein Verbot der PID nicht haltbar ist.
 Zeitzeichen 12-2 (2011) 16-17
 (www.epd.de/fachdienst/fachdienst-dokumentation/schwerpunktartikel/vor-allem-gewissensfreiheit) Stand: 20.03.2013
- Krieg, M., Schmid, K.
 Erklärt: Der Kommentar zur Zürcher Bibel, Band 1.
 Theologischer Verlag, Zürich 2010
- Krüger, O.
 Arzt ließ Embryonen sterben.
 (www.bz-berlin.de/aktuell/berlin/arzt-lie-szlig-embryonen-sterben-article457315.html)
 Stand: 13.04.2013
- Kühntopf, M.
 Rabbiner und Rabbinerinnen: von den ältesten Zeiten bis in die Gegenwart.
 Books on Demand, Norderstedt 2009
- Kunze-Groß, N.
 Verletzt die Präimplantationsdiagnostik die Menschenwürde.
 GRIN Verlag, München 2004
- Landau, R.
 Sex selection for social purposes in Israel.
 Journal of Medical Ethics, September 2008, Volume 34, Number 9
- Lau, I.M.
 Wie Juden leben.
 Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1990
- Levinger, I.M.
 Halacha und Gesellschaft - Aspekte religiösen Lebens.
 Universitätsverlag, Potsdam 2007
- Levinson, N., Büchner, F.
 Siebenundsiebzig Fragen zwischen Juden und Christen.
 Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2001

- Levinson, P.
Einführung in die rabbinische Theologie.
Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1993
- Lohse, E.
Das Ringen um die PID fängt erst an.
Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Nr. 46, 21.11.2010
- Lorenz, D.
Rechtliche und ethische Fragen in der Reproduktionsmedizin.
Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2003
- Lüllmann-Rauch, R.
Taschenlehrbuch Histologie.
Thieme, Stuttgart 2006
- Lüttger, H.
Vorträge und Abhandlungen: Ausgewählte Beiträge zum Strafrecht, zur
Strafrechtsreform und zum Strafverfahrensrecht.
Walter de Gruyter, Berlin 1986
- Maier, B.
Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe.
Springer, Heidelberg 2000
- Maimonides, M., Birnbaum, P.
Mishneh Torah: Maimonides' code of law and ethics.
Hebrew Publishing CoNew York 1974
- Maksan, O.
Selektion lässt sich nicht einschränken.
Die Tagespost, 15. Juli 2010, Nr. 83, Seite 3
- Marx-Stölting, L.
Seid fruchtbar und mehret euch.
Jüdische Zeitung 05/2013
(www.j-zeit.de/archiv/artikel.1455.html) Stand: 13.05.2013
- May, U.
Rechtliche Grenzen der Fortpflanzungsmedizin - Die Zulässigkeit bestimmter
Methoden der assistierten Reproduktion und der Gewinnung von Stammzellen vom
Embryo in vitro im deutsch-israelischen Vergleich.
Springer, Berlin 2003
- Merz, B.
Die medizinische, ethische und juristische Problematik artifizieller menschlicher
Fortpflanzung.
Peter Lang, Frankfurt/Main 1991
- Nationaler-Ethikrat
Mitteilung der Bundesregierung, Bundeskanzler begrüßt die Zurückhaltung der DFG.
(www.nationaler-ethikrat.de/presse_regierung_dfglob040701.html) Stand: 05.05.2010
- Nationaler-Ethikrat
Stellungnahme: Genetische Diagnose vor und während der Schwangerschaft.
(www.nationalerethikrat.de/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf) Stand: 25.11.2010, S. 18
- Monroe, K., Miller, R., Tobis, J.
Fundamentals of the stem cell debate.
University of California Press, Los Angeles 2008
- Müller, J.H.
Religion und Strafrecht - Christliche Einflüsse auf Normenbestand, Dogmatik und

Argumentationsstrukturen des deutschen Strafrechts.

Dissertation, Universität Würzburg 2008

- Müller, S., Schmid-Tannwald, I., Hornstein, O.
Unerfüllter Kinderwunsch: Assistierte Fortpflanzung im Blickfeld von Medizin und Ethik.
LIT Verlag, Münster 2008
- Müller-Terpitz, R.
Der Schutz des pränatalen Lebens.
Mohr Siebeck, Tübingen 2007
- Museum Shalom Europa.
Grundlagen des Judentums.
(www.museumshalomeuropa.de/grundlagen-des-judentums) Stand: 03.04.2013
- Nationaler Ethikrat.
Zur Frage einer Änderung des Stammzellgesetzes, Berlin 2007.
(www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stn_Stammzellgesetz.pdf) Stand: 03.04.2013, S. 5-7
- Neubauer, M
Medizin-naturwissenschaftliche, rechtliche und ethische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik.
GRIN Verlag, München 2008
- Neusner, J.
The Theology of the Oral Torah - Revealing the Justice of God: McGill/Queen's Studies in the History of Religion.
Mcgill Queens University Presss, Montreal 1999, Series 2
- Nieschlag, E., Behre, H., Nieschlag, S.
Andrologie.
Springer, Berlin 2009
- Nippert, I.
Präimplantationsdiagnostik - ein Ländervergleich.
Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin 2006
(<http://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/04250.pdf>) Stand: 03.04.2013, S. 55-56
- Nordmann, Y., Birnbaum, M.
Die aktuelle Biomedizin aus der Sicht des Judentums.
In: Schick Tanz, S., Tannert, C., Wiedemann, P. (Hrsg.) Kulturelle Aspekte der Biomedizin. Bioethik, Religionen und Alltagsperspektiven.
Campus, Frankfurt/Main 2003
- Nordmann, Y.
Eine Leihgabe Gottes. Über Leben, Sterbehilfe und Embryonen.
(www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/10703) Stand: 23.03.2012
- Oduncu, F., Platzer, K., Henn, W.
Der Zugriff auf den Embryo - Ethische, rechtliche und kulturvergleichende Aspekte der Reproduktionsmedizin.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2005
- Ohne Verfasser
BGH erlaubt pränatale Gentests an Embryonen,
(www.zeit.de/wissen/gesundheit/2010-07/urteil-embryonen-gentests) Stand: 07.10.2010
- Ohne Verfasser
Bonner Hintertür.
(www.spiegel.de/spiegel/print/d-13495202.html) Stand: 03.03.2011
- Ohne Verfasser
Die schriftliche und die mündliche Tora.

(www.alefbet.de/j%20C3%BCdische-religion/mensch-g%20tt/israel-tora/schriftliche-m%20C3%BCndliche-tora) Stand: 27.08.2011

- Ohne Verfasser
Künstliche Befruchtung - Hoffnung für kinderlose Paare.
(www.hilfreich.de/kuenstliche-befruchtung-hoffnung-fuer-kinderlose-paare_6687)
Stand: 15.03.2013
- Ohne Verfasser
Polen: Kein Verbot künstlicher Befruchtung, - In: Die Tagespost, Nr. 109, 12. September 2009, S. 1
- Ohne Verfasser
Schwangerschaftsabbruch - Talmudische Belege für das Anliegen der Rabbinen, tiefere Kenntnisse über die Vorgänge im Mutterleib zu erlangen.
(www.uni-saarland.de/fileadmin/user_upload/Fachrichtungen/fr33_KathTheologie/Jochum/Schwangerschaftsabbruch.pdf) Stand: 12.05.2013
- Ohne Verfasser
Stichwort: Blastozyste.
(www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/stichwort-blastozyste-a-286077.html) Stand: 31.03.2013
- Ohne Verfasser
Weiter Widerstand in Union gegen Embryotest-Verbot.
(www.focus.de/wissen/natur/gesundheit-weiter-widerstand-in-union-gegen-embryotest-verbot_aid_570415.html) Stand: 12.03.2013
- Ohne Verfasser
Widerstand bei PID.
Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Nr. 43, 31.10.2010, S. 1
- Paulus, J.
Enzyklika Evangelium vitae von Papst Johannes Paul II. an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, Rom 1995.
([www.aktion-leben.de/fileadmin/dokumente/PDF-Archiv/Enzyklika Evangelium vitae - Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 120.pdf](http://www.aktion-leben.de/fileadmin/dokumente/PDF-Archiv/Enzyklika_Evangelium_vitae_-_Verlautbarungen_des_Apostolischen_Stuhls_120.pdf)) Stand: 12.03.2013, S. 63-68
- Pfleiderer, G., Brahier, G., Lindpaintner, K.
GenEthics and Religion.
Karger, Basel 2010
- Pinkel, D., Albertson, D.G.
Comparative genomic hybridization
Annu. Rev. Genomics Hum. Genet. 6 (2005) 331-354
- Pius XII.
Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Ansprache an die Teilnehmer des II. Weltkongresses in Neapel über die menschliche Fruchtbarkeit und Sterilität vom 19. Mai 1956
Schriftenreihe der Aktion Leben e.V.
(www.aktion-leben.de/BAK/Downloads/Medienliste/H-023.pdf) Stand: 12.03.2013
- Popovsky, M.
Jewish perspectives on the use of preimplantation genetic diagnosis.
J. Law Med. Ethics. 35 (2007) 699-711
- Portugese, J.
Fertility Policy in Israel - The Politics of Religion, Gender and Nation.
Praeger Publications, Westport 1998

- Präve, P., Faust, U., Sittig, W.
Handbuch der Biotechnologie.
Oldenbourg Industrieverlag, Oldenbourg 1994
- PUAH Insitute.
Preimplantations Genetic Diagnosis (PGD) in jewish law.
(www.jewishfertility.org/pgd.php) Stand: 14.06.2013
- Puah, M.
Designer babies - Part 2 - the Child:
(www.ouisrael.org/tidbits/detail/designer-babies-part-2-the-child#.UaDqh8saySM)
Stand: 16.07.2010
- Preuk, M.
Zehn Fragen zur künstlichen Befruchtung.
(www.focus.de/gesundheit/baby/schwangerschaft/tid-7043/reproduktionsmedizin_aid_68979.html) Stand: 20.05.2010
- Rager, G.
Die Person: Wege zu Ihrem Verständnis.
Academic Press Fribourg, Freiburg 2006
- Reidel, A.
Rechtsgrundlage Sozialwesen.
Walhalla, Regensburg 2012
- Revermann, C., Hüsing, B.
Fortpflanzungsmedizin - Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen.
Verlag edition sigma, Berlin 2011
- Rey-Stocker, I.
Anfang und Ende des menschlichen Lebens.
Karger, Basel 2006
- Rieger, L., Hönig, A., Griesinger, G.
In-Vitro-Fertilisation: Ein ethisches Dilemma.
Dtsch. Arztebl. 104 (2007) 1146-1150
- Rosenkranz, S.
Widerspruch Abtreibung pränatalen Lebens dem Hippokratischen Eid?
GRIN Verlag, München 2011
- Rosner, F.
Biomedical ethics and jewish law.
KTAV Publishing House, New York 2001
- Rosner, F.
Modern Medicine and Jewish Ethics.
Yeshiva University Press, New York 1986, Kapitel 9-11
- Rosner, F., Schulmann, R.
Medicine and Jewish law:
Yashar Books, New York 2005
- Rosner, F.
Contemporary biomedical ethical issues and jewish law.
Ktav Publishing House, New York 2007
- Rottzoll, D.
Rabbinischer Kommentar zum Buch Genesis.
Walter de Gruyter, Berlin 1993
- Rüter, G., Da-Cruz, P., Schwegel, P.
Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik.
Lucius, Stuttgart 2011

- Sardaryan, D.
Bioethik in ökumenischer Perspektive, Offizielle Stellungnahmen der christlichen Kirchen in Deutschland zu bioethischen Fragen um den Anfang des menschlichen Lebens im Dialog mit der orthodoxen Theologie.
Logos Verlag, Berlin 2008
- Schenker, J.G., Laufer, N., Navot, D., Margalioth, E.J., Yarkoni, S., Rabinowitz, R., Voss, R.
In vitro fertilization and embryo transfer – legal and religious aspects in Israel, patient selection, and a modified technique for oocyte collection.
Isr. J. Med. Sci. 19 (1983) 218-224
- Schenker, J.G.
Ethical dilemmas in assisted reproductive technologies.
Walter de Gruyter, Berlin 2011
- Schick Tanz, S., Tannert, C., Wiedemann, P.
Kulturelle Aspekte der Biomedizin.
Campus Verlag, Frankfurt am Main 2003
- Schiff, D.
Abortion in Judaism.
Cambridge University Press, Cambridge 2002
- Schlegel, A.
Die Identität der Person - Eine Auseinandersetzung mit Peter Singer.
Academic Press Fribourg, Freiburg 2007
- Schlink, B.
Die Würde in vitro: zur Debatte des Bundestages um die Präimplantationsdiagnostik,
Der Spiegel 25/2011.
(www.spiegel.de/spiegel/print/d-79051505.html) Stand: 02.05.2013
- Schmidt, A.
Präimplantationsdiagnostik (PID): Die genetische Diagnose vor Eintritt der Schwangerschaft.
GRIN Verlag, Norderstedt 2006
- Schmidt, H.T.
Präimplantationsdiagnostik: Jenseits des Rubikons? Individual- und sozialetische Aspekte der PID/PGD.
LIT Verlag, Münster 2003
- Schmitz-Wenzel, H.
Frankreich: Nationales Ethikkomitee fordert Beseitigung von gesetzlichen Unstimmigkeiten bei der Embryonenforschung.
(www.kooperation-international.de/frankreich/themes/info/detail/data/53490/backpid/15/point/2/) Stand: 15.06.2010
- Schmoll, H.
Wann wird ein Mensch ein Mensch?
Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 125, 31.05.2001, S. 15
- Schnabel, U.
Ohne Mutter keine Menschenwürde.
(www.zeit.de/2001/24/200124_israel_xml) Stand: 26.06.2011
- Schneider, F., Frister, H., Olzen, D.
Begutachtung psychischer Störungen.
Springer, Heidelberg 2010

- Scholem, G.
Über einige Grundbegriffe des Judentums.
Suhrkamp, Frankfurt 1970
- Schulchan Aruch
Joreh Deah 336,1.
(www.on1foot.org/text/shulchan-aruch-yoreh-deah-3361) Stand: 02.05.2013
- Schüller, B.
Die Begründung sittlicher Urteile: Typen ethischer Argumentation in der katholischen Moraltheologie.
Patmos Verlag, Düsseldorf 1973
- Schuster, J.
Ein striktes PID-Verbot ist falsch.
(www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/9330) Stand: 23.07.2011
- Schwier, E.
Der Sabbat: Das Judentum, Band 1.
Institut Kirche und Judentum, Berlin 1989
- Seibel, M., Crockin, S.
Family Building through Egg and Sperm: Medical, Legal and Ethical Issues.
Jones und Bartlett Publishers, London 1996
- Shapira, A.
Reproductive technology: in Israel, law, religious orthodoxy, and reproductive technologies.
Hastings Cent. Rep. 17 (1987) 12-14
- Sinclair, D.
Jewish biomedical law: legal and extra-legal dimensions.
Oxford University Press, Oxford 2008
- Singer, P.
Gespräch mit Peter Singer: "Nicht alles Leben ist heilig".
(www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/gespraech-mit-peter-singer-nicht-alles-leben-ist-heilig-a-169604.html) Stand: 15.02.2013
- Singer, P., Kuhse, H.
The ethics of embryo research.
Law Med. Health Care. 14 (1986) 133-138
- Spieß, C.
Diskurshandlungen. Theorie und Methode linguistischer Diskursanalyse am Beispiel der Bioethikdebatte.
Walter de Gruyter, Berlin 2011
- Spitzer, J.
Caring for jewish patients.
Radcliffe Publishing, Cornwall 2003
- Spranger, T.
Recht und Bioethik.
Mohr Siebeck, Tübingen 2010
- Steck, T.
Praxis der Fortpflanzungsmedizin.
Schattauer, Stuttgart 2001
- Steenblock, V.
Praktische Philosophie/ Ethik: Ein Studienbuch:
LIT Verlag, Münster 2001

- Steinsaltz, A.
Talmud für Jedermann.
Verlag Morascha, Basel 1998
- Steinberg, A.
Encyclopedia of jewish medical ethics.
Feldheim Publishers, Jerusalem 2003
- Stemberger, G.
Judaica Minora II: Geschichte und Literatur des rabbinischen Judentums.
Mohr Siebeck, Tübingen 2010
- Stemberger, G.
Einleitung in Talmud und Midrascha. 9. Aufl.
Beck, München 2011
- Strack, H. L., Stemberger, G.
Einleitung in Talmud und Midrascha.
Beck, München 1982
- Strauß, B., Brähler, E., Kentenich, H.
Fertilitätsstörungen - psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie.
Schattauer, Stuttgart 2004
- Strech, D.
Analyse und Kritik der medizin-ethischen Diskussion zur Präimplantationsdiagnostik.
GRIN Verlag, Norderstedt 2003
- Struminski, W.
Auf Leben und Tod. Serie Halacha und Technik, Folge 2: Das jüdische Religionsrecht
und die moderne Medizin.
(www.juedische-allgemeine.de/article/view/id/4837) Stand: 27.06.2010
- Süßmann, R.
Ein streng koscheres Retortenbaby.
(www.shalom-magazine.com/Article.php?id=220215) Stand: 05.09.2011
- Taupitz, J.
Ist das Embryonenschutzgesetz noch zeitgemäß?
IMGB Institut für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht,
Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim
(www.ethikrat.org/dateien/pdf/presentation-2010-07-22-taupitz-embryonenschutzgesetz.pdf) Stand: 02.05.2013
- Taupitz, J.
Rechtliche Regelung der Embryonenforschung im internationalen Vergleich.
Springer, Heidelberg 2003
- The Jewish Week.
Rabbis at fertility conference ok gender selection.
(www.thejewishweek.com/news/breaking-news/rabbis-fertility-conferende-ok-gender-selection) Stand: 14.06.2013
- Tinneberg, H.-R., Ottmar, C., Moderne Fortpflanzungsmedizin. Grundlagen, IVF,
ethische und juristische Aspekte.
Thieme, Stuttgart 1995
- Tschernowitz, C.
Die Entstehung des Schulchan Aruch. Ein Beitrag zur Festlegung der Halacha.
Julius Maximilians-Universität, Würzburg 1914
- Tworuschka, M.
Die Welt der Religionen: Gesichte, Glaubenssätze, Gegenwart.
wissenmedia Verlag, Gütersloh 2006

- Ulfig, N.
Kurzlehrbuch Embryologie.
Thieme, Stuttgart 2009
- Urbach, E.E.
The Halakhah: Its Sources and Development.
Modan, Tel Aviv 1996
- Veen, H.-J., März, P., Schlichting, F.-J.
Kirche und Revolution. Das Christentum in Ostmitteleuropa vor und nach 1989.
Böhlau Verlag, Köln 2009
- Ven, K.v.d., Montag, M., Ven, H.v.d.
Polkörperdiagnostik - ein Schritt in die richtige Richtung?
(www.aerzteblatt.de/archiv/59397/Polkoerperdiagnostik-ein-Schritt-in-die-richtige-Richtung) Stand: 02.04.2013
- Voigt, F.
Religion in bioethischen Diskursen - Interdisziplinäre, internationale und interreligiöse Perspektiven.
Walter de Gruyter, Berlin 2010
- Volhard, T.
Präimplantationsdiagnostik.
(www.drze.de/themen/blickpunkt/pid) Stand: 04.10.2010
- Vönkey, S.
Recht, Moral und Ethik: Grundlagen und Grenzen demokratischer Legitimation.
Mohr Siebeck, Tübingen 2010
- Vossenkuhl, W.
Der ethische Status von Embryonen, Einige notwendige Differenzierungen.
Neue Zürcher Zeitung, Nr. 215, 17.09.2001
- Wagner-Westerhausen, K.
Die Statusfrage in der Bioethik.
LIT Verlag, Münster 2008
- Wahrmann, M.
Assisted Reproduction and Judaism.
(www.jewishvirtuallibrary.org/jsourc/Judaism/ivf.html) Stand: 10.05.2013
- Wahrmann, M., Brave new Judaism: when science and scripture collide.
Brandeis University Press, New England 2002
- Wallner, S.
Moralische Dissens bei Präimplantationsdiagnostik und Stammzellforschung.
LIT Verlag, Münster 2010
- Schauf, B., Wallwiener, D.
Gynäkologische und geburtshilfliche Eingriffe.
Schattauer, Stuttgart 2005
- Walter, J., Zemer, M.
The Fetus and Fertility in Jewish Law.
Rodef Shalom Press, Pittsburg 1995
- Wehowsky, S.
Lebensbeginn und menschliche Würde: Stellungnahme zur Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre vom 22.2.1987.
J. Schweitzer, Frankfurt 1987
- Welti, F.
Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat.
Mohr Siebeck, Tübingen 2005

- Wiggins, J., Middleton, A.
Getting the message across: Communication with diverse populations in clinical genetics.
Oxford University Press, Oxford 2013
- Wildfeuer, A.
Person, philosophisch.
In: W. Korff u a. (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, Band 3,
Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998
- Willam, M.
Mensch von Anfang an? Eine historische Studie zum Lebensbeginn im Judentum,
Christentum und Islam.
Herder, Freiburg 2007
- Wöhrle, G.
Geschichte der Naturwissenschaften in der Antike. Band 1 Biologie.
Franz Steiner Verlag, Stuttgart 1999
- Wolf, N.
Der PID-Pionier und die Grenzen des Gesetzes.
(www.faz.net/aktuell/politik/inland/praeimplantationsdiagnostik-der-pionier-und-die-grenzen-des-gesetzes-1581462.html) Stand: 23.01.2011
- Wolff, H.W.
Anthropologie des Alten Testaments.
Chr. Kaiser, München 1973
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission zur Stammzellforschung. Die ethische
Bewertung aus Sicht der Kirchen und Religionsgemeinschaften.
(www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.23.41.42) Stand: 22.08.2007
- Ziegler, U.
Präimplantationsdiagnostik in England und Deutschland: Ethische, rechtliche und
praktische Probleme.
Campus Verlag, Frankfurt am Main 2004
- Zir Chemed.
About us.
(www.zirchemed.org/about_e.php) Stand: 03.05.2013

Danksagung

Herrn Priv-Doz. Dr. med. L. Rieger danke ich herzlich für die wohlwollende Betreuung, die stetig freundliche Beratung bei der Durchführung der Dissertation und die Übernahme des Referates.

Des Weiteren gilt mein großer Dank Herrn Prof. Dr. Dr. theol. K.-H. Müller, der mir in unerschöpflicher Weise und zu jeder Zeit mit Rat und Tat zur Seite stand.

Ganz besonders möchte ich meinen Eltern für die liebevolle Unterstützung und den hilfreichen Zuspruch während der Arbeit sowie des gesamten Studiums danken.