

# **Deutscher Bundestag**

Enquete-Kommission  
Recht und Ethik der modernen Medizin

## **Wortprotokoll**

**der 11. Sitzung  
der Enquete-Kommission  
Recht und Ethik der modernen Medizin**

**am Montag, dem 13. November 2000,  
in der Zeit von 12.00 bis 19.00 Uhr  
im Auditorium A/B des Tagungszentrums der Katholischen Akademie,  
Hannoversche Straße 5b in 10115 Berlin**

**Vorsitz: Abg. Margot von Renesse  
Abg. Hubert Hüppe**

**Einzigster Punkt der Tagesordnung**

**Öffentliche Anhörung von Sachverständigen zum Thema**

**Präimplantationsdiagnostik**

## Liste der eingeladenen Sachverständigen

### 1. Themenblock 12.00 - 13.40 Uhr

#### Medizinisch-naturwissenschaftliche Aspekte

Prof. Dr. Klaus Diedrich	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Medizinische Universität zu Lübeck
Dr. Wolfram Henn	Institut für Humangenetik, Universität des Saarlandes, Homburg/Saar
Prof. Dr. Hans-Werner Denker	Institut für Anatomie, Universitätsklinikum Essen
Dr. Frank Ulrich Montgomery	Bundesvorsitzender des Marburger Bundes

### 2. Themenblock 14.00 - 16.00 Uhr

#### Ethische und gesellschaftliche Fragestellungen

Dr. Giselind Berg	Institut für Ökologie und Biologie, Technische Universität Berlin
Dr. Hille Haker	Katholische Theologie/Theologische Ethik, Universität Tübingen
Prof. Dr. Claudia Wiesemann	Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Göttingen
Karl Finke	Behindertenbeauftragter des Landes Niedersachsen
Dr. Hildburg Wegener	Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik

### 3. Themenblock 16.20 - 18.00 Uhr

#### Regulierungsvorschläge

Prof. Dr. Joachim Renzikowski	Juristische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Prof. Dr. Karl-Friedrich Sewing	Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, Hannover

Prof. Dr. Friedhelm Hufen

Institut für Öffentliches Recht, Staats-  
und Verwaltungsrecht, Johannes-Gutenberg-  
Universität Mainz

Prof. Dr. Dietmar Mieth

Zentrum für Ethik in den Wissenschaften, Universität  
Tübingen

Dr. Elke H. Mildemberger

Institut für Kriminalwissenschaften, Westfälische Wil-  
helms-Universität Münster

**Vorsitzende:** Lassen Sie mich zunächst - wie ich das gewohnt bin - mit ein paar Vorbemerkungen beginnen, was de facto meine einzige Wortmeldung ist, denn als Vorsitzende muss ich ja mehr um Ihre Diskussionsmeldungen bemüht sein, als dass ich mich selbst zu Wort melde.

Wer über Präimplantationsdiagnostik sprechen will, begibt sich auf vermintes Gelände. Ein gesellschaftlicher Konsens zu diesem Thema - und das wäre eine Voraussetzung für eine effektive Gesetzgebung - scheint derzeit fast unmöglich. Befürworter wie Gegner dieser Technik und ihrer Zielsetzung beschuldigen sich wechselseitig des menschenfeindlichen Zynismus.

Lassen Sie mich deswegen wenigstens eines klarstellen, was uns von Verfassungen wegen bindet und zwischen uns nicht nur deshalb unstrittig ist. Dem individuellen menschlichen Leben, auch in seinen frühesten Formen und auch bei voraussagbarer Belastung und Behinderung, sind Lebensrecht und Lebenswille eigen. Das gilt übrigens auch für den Schwangerschaftsabbruch. Streit kann es folglich nur darum geben, inwieweit man einer Frau, einem Paar mit genetischer Belastung abverlangen kann, entweder auf die vorhandene Technik der Präimplantationsdiagnostik oder auf die leibliche Elternschaft zu verzichten. Das ist die einzige Frage; nicht die Frage, ob ein Mensch mit Behinderungen oder ein menschliches Lebewesen mit Behinderungen das Recht und den Willen hat zu leben. Noch scheinen die gängigen Methoden der Präimplantationsdiagnostik gegen das in Deutschland geltende Embryonenschutzgesetz zu verstoßen, aber dies allein wird schon in Frage gestellt. Insbesondere die Entwicklung neuer Techniken macht es denkbar, dass eines nahen Tages Präimplantationsdiagnostik auch ohne das verbotene Klonen und den Verbrauch eines Embryos möglich ist.

Um so wichtiger ist es, die Frage danach zu stellen, welche Rechtsgüter eigentlich zu schützen sind und welches verfassungsrechtliche Gewicht sie haben; und dann muss genauso präzise geklärt werden, ob diese Rechtsgüter nur durch gesetzliche Einschränkungen der Präimplantationsdiagnostik oder gar durch ein vollständiges Verbot zu schützen sind.

An dieser Stelle will ich auf eine oft übersehene Regelung im Embryonenschutzgesetz aufmerksam machen, die meistens nicht zitiert wird. Wie selbstverständlich erlaubt dieses Gesetz die sonst grundsätzlich verbotene Geschlechtswahl für ein in vitro gezeugtes Kind dann, wenn diesem eine schwere geschlechtsgebundene Erbkrankheit droht.

Ebenso groß wie die individuelle Sehnsucht nach gesunder leiblicher Nachkommenschaft ist die Angst vor dem Verlust an gesellschaftlicher Achtung vor dem behinderten Leben. Nach meinem Eindruck stehen sich hier Menschen mit genetischen Belastungen, manifesten oder nicht, und Menschen mit sonstigen Behinderungen gegenüber. Dazu kommen - auf je unterschiedlicher Seite - ihre medizinischen, pflegerischen und sozialen Helfer. Ein Gespräch zwischen den Parteien kann nur zu Stande kommen, wenn jeder anerkennt, dass den Anderen existentielle Belastungen bedrohen und dass diese existentiellen Belastungen eben tatsächlich auch die Urteile prägen. Ein solches Gespräch brauchen wir und ein solches Gespräch wünsche ich uns in und nach der Anhörung.

Meine Damen und Herren Sachverständigen, herzlichen Dank, dass Sie gekommen sind. Lassen Sie mich Ihnen zunächst einige Bitten mitteilen. Ihre schriftlichen Stellungnahmen sind aufmerksam gelesen worden, davon können Sie ausgehen. Tragen Sie uns, wenn es irgendwie geht, Interpretationen zu diesen Stellungnahmen vor und ersparen Sie uns, sie uns vorzulesen. Es wäre wirklich wichtig, dass wir das, was Sie mit besonderer Deutlichkeit sagen wollen, dann auch besonders intensiv aufnehmen. Wenn Sie sich außerdem an die Beschränkung der Zeit von fünf bis sieben Minuten halten, dann wären wir Ihnen auch dafür dankbar.

Der Zuhörerschaft, der ich für ihr Kommen danke - das zeigt deutlich, welche Aufmerksamkeit unsere Arbeit genießt - möchte ich das sagen, was jedes Mal gesagt werden muss, damit es keine Missverständnisse gibt. Von Beifalls- oder Missfallensbekundungen bitten wir dringend Abstand zu nehmen. Die Geschäftsordnung erlaubt es aus einem ganz einfachen Grund nicht. Niemand, der hier redet, soll sich auf einer Bühne fühlen und sozusagen um Zustimmung der Zuhörer und Zuschauer werben müssen. Meine Kollegen bitte ich, dass auch die Fragen kurz gefasst werden, damit wir genug Zeit haben. Damit können wir anfangen, ich darf Ihnen, Herr Prof. Dr. Diedrich, zunächst einmal das Wort erteilen.

## Themenblock 1

### Medizinisch-naturwissenschaftliche Aspekte

**Sachverständiger Prof. Dr. Diedrich:** Vielen Dank, Frau von Renesse. Ich möchte mich zunächst bedanken für die Einladung, hier mit der Enquete-Kommission gemeinsam das Problem der Präimplantationsdiagnostik diskutieren zu können. Ich bin als Befürworter bekannt, fühle mich etwas gehandicapt dadurch, dass ich mein Statement ohne die geplanten Dias abgeben muss, aber ich versuche es trotzdem einigermaßen gut hinzukriegen.

Worum geht es bei der Präimplantationsdiagnostik? Die Präimplantationsdiagnostik ist eine Möglichkeit, einen Embryo von solchen genetisch belasteten Paaren zu untersuchen, die ein hohes Risiko haben, ein genetisch krankes Kind zu bekommen. Es gibt natürlich auch andere Möglichkeiten die Geburt eines genetisch kranken Kindes auszuschließen, ohne die Präimplantationsdiagnostik in Anspruch zu nehmen: Man kann vielleicht ein Kind adoptieren, man kann auf ein Kind verzichten oder man kann auch durch die Pränataldiagnostik - sprich die Untersuchung in der Schwangerschaft - zu einer Diagnose kommen. Dies ist der Konflikt, den ich hier auf dem einzigen Dia, das ich Ihnen zeigen werde, aufgezeigt habe. Man sollte unterscheiden zwischen Postimplantationsdiagnostik oder auch Pränataldiagnostik, das heißt, Diagnostik in der Schwangerschaft, und der Präimplantationsdiagnostik, über die wir heute diskutieren wollen. Sie wissen, dass der Embryo sich am sechsten Tag nach der Befruchtung einpflanzt, das ist dann etwa ein Achtzig- bis Hundertzellstadium. Wir können und dürfen die Implantation ohne Bestrafung verhindern, dies ist auch in den §§ 218 und 219 StGB so festgelegt, und wir dürfen auch eine Schwangerschaft abbrechen, letztlich - Sie kennen den § 218 StGB - bis zum Ende einer Schwangerschaft, wenn eine entsprechende Indikation, in diesem Fall dann eine medizinische Indikation, vorliegt. Wir dürfen aber auch aus sozialen Gründen eine Schwangerschaft bis zur zwölften Woche, ohne weitere Indikationsstellung, nur aus sozialen Gründen, nach entsprechender Beratung - Sie wissen das alle - abbrechen. Sie dürfen aber nicht den Embryo untersuchen in diesem Achtzellstadium, das ich hier gezeigt habe, sprich am dritten Tag nach der In-vitro-Fertilisation.

Dies wäre eine Möglichkeit, die im Ausland ja auch schon reichlich praktiziert wird. Es können von diesem Achtzell- oder Zehnzell-Embryo ein oder zwei Zellen entnommen werden. Voraussetzung für diese Diagnostik ist die In-vitro-Fertilisation, die natürlich an sich eine Belastung für die Paare bedeutet. Aber vor dem Hintergrund, einen Schwangerschaftsabbruch vielleicht zu verhindern, ist es sicherlich für diese Paare, wenn sie sich dazu entscheiden, auch eine sinnvolle Methode. Wir können von diesem Embryo zwei Zellen entnehmen und diese beiden Zellen nur auf die genetische Erkrankung hin, um die es bei dem Embryo oder bei dem Kind geht, untersuchen. Wir können also nicht irgendwelche Dinge untersuchen: Blaue Augen, blonde Haare, Intelligenz, Tennisspieler wie Boris Becker, sondern es geht einzig und allein um diese genetische Erkrankung. Es sind ja oft Eltern, die bereits ein Kind mit dieser Erkrankung geboren haben. Und es wird dann nur der Embryo zurückgesetzt, bei dem festgestellt wurde, dass die Erbkrankheit sich nicht entwickeln wird. Es ist also eine Möglichkeit,

einen Schwangerschaftsabbruch zu verhindern bei Paaren mit einem hohen Risiko für eine Erbkrankheit des Kindes; hoch heißt in diesem Fall 25 bis 50 Prozent, wobei es um Erbkrankheiten geht, die nicht therapierbar sind und die, wie z. B. die Mukoviszidose, heute eine nach wie vor eher ungünstige Prognose haben. Wie ist es mit den Indikationen für diese Präimplantationsdiagnostik? Darf und soll es keinen Katalog geben? Oder soll es nur eine Reihe von Erbkrankheiten geben, von denen wir wissen, wie ich eben sagte, dass die Prognose schlecht ist, dass sie nicht therapierbar sind, dass sie mit einem hohen Risiko eintreten können, wie Muskeldystrophie, wie Mukoviszidose, wie Hämophilie.

Nur für diese Krankheiten kann man mit dem Paar, das einen Kinderwunsch hat, diese Diagnostik diskutieren, genauso wie man die pränatale Diagnostik natürlich diskutieren kann. Wir sollen nicht direktiv aufklären, sondern wir wollen - und das ist unsere Aufgabe als Arzt - die Möglichkeiten darstellen, die diese belasteten Paare haben, um vielleicht doch zu einem gesunden Kind zu kommen. Die Entscheidung, die liegt dann bei dem Paar.

Ein häufig diskutiertes Phänomen ist die berechtigte Angst vor dem Dambruch. Die Frage ist nur, kann man diesen Dambruch nicht verhindern? Die bisherigen Erfahrungen im Ausland, es gibt ja die Präimplantationsdiagnostik seit zehn Jahren, zeigt, dass dieser Dambruch bisher - zumindest in Europa - verhindert wurde. Das heißt, die Präimplantationsdiagnostik wurde in diesen zehn Jahren in etwa 2000 Fällen in Europa durchgeführt. Es sind 500 Kinder nach einer Präimplantationsdiagnostik geboren worden und die Indikationen sind klar: Nur wenn eine Disposition zu einer genetischen Erkrankung des Kindes vorliegt, wurde diese Präimplantationsdiagnostik bisher in Europa eingesetzt. Das heißt, die Angst vor dem Dambruch, die immer wieder aufkommt, kann gemindert werden; einmal dadurch, dass die Ärzte ein gewisses Verantwortungsgefühl haben, aber auch zusätzlich - wenn damit die Gesellschaft oder auch die politische Seite noch nicht ausreichend beruhigt ist - durch eine entsprechende Gesetzgebung, die uns ja sozusagen entgegenkommen würde.

Wir haben ja einen ersten Versuch gemacht, einen Diskussionsentwurf erarbeitet, den Sie sicherlich kennen. Ich war mit in dieser Kommission, Herr Professor Sewing als Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates ist ja auch hier. Ich meine, wenn man diesen Entwurf durchliest, der ja nur ein Diskussionsentwurf ist, ganz vorsichtig formuliert, sieht man doch, wie diejenigen, die sich zwei Jahre mit diesem Entwurf beschäftigt haben, eigentlich die Präimplantationsdiagnostik unter strengster Indikationsstellung sehen: Prüfung durch eine Ethik-Kommission, die zentral bei der Bundesärztekammer einzurichten ist. Ich meine, das gibt genügend Sicherheit, den Dambruch, vor dem wir alle Angst haben, zu verhindern. Ich würde sagen, wenn Paare dieses in Anspruch nehmen wollen und einen Nutzen in dieser Präimplantationsdiagnostik sehen, sollen wir ihnen dieses nach Prüfung anbieten. Wir müssen auf der anderen Seite alles tun, um den Missbrauch per Gesetz zu verhindern. Ich meine, dass dieses uns dann genügend Sicherheit gibt, verantwortungsbewusst mit der Präimplantationsdiagnostik umzugehen. Ich wollte einiges mehr und sicherlich auch einiges anders sagen, aber ich hoffe, dass meine Botschaft trotzdem angekommen ist. Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. Diedrich, Sie können sicher sein, dass Sie noch schwer unter Fragen gestellt werden, so dass Sie noch eine Menge Möglichkeiten haben. Herr Dr. Henn.

**Sachverständiger Dr. Henn:** Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren. Dass die Präimplantationsdiagnostik auf der rein technischen Ebene ein schon recht ausgereiftes, aber noch weiter entwicklungsfähiges Verfahren darstellt, habe ich ja schon schriftlich niedergelegt. Ich möchte jetzt versuchen aus meinen eigenen Erfahrungen als genetischer Berater heraus ein realistisches Bild dessen zu entwerfen, was uns nützt und was uns ohne Zulassung der Präimplantationsdiagnostik bei uns erwartet.

Zu den Ratsuchenden, die ich im grenznahen Saarland betreue, zählen auch Paare aus Luxemburg bzw. amerikanische Militärangehörige, die schon heute Zugang zu Gesundheitssystemen in Belgien und den USA haben, in denen Präimplantationsdiagnostik angeboten wird. Bei diesen Paaren ist die Präimplantationsdiagnostik durchaus Gegenstand von Überlegungen und auch falschen Erwartungen. Das genetische Beratungsgespräch ist dann die unverzichtbare Plattform für eine Aufklärung, die in den meisten Fällen zum einvernehmlichen Verzicht auf dieses Vorgehen führt. Zum Beispiel, wenn es nur um ein erhöhtes mütterliches Alter geht.

Genau hier sehe ich persönlich den Kern einer praktikablen und ethisch tragbaren Lösung bei uns, die eine unkontrollierte Ausweitung der Präimplantationsdiagnostik - Stichwort Dambruch - verhindern kann: Im doppelten Filter von genetischer Pflichtberatung, wie sie von der Gesellschaft für Humangenetik schon vor fünf Jahren gefordert worden ist, und zusätzlich einer Indikationsüberprüfung durch eine unabhängige Kommission entsprechend dem Diskussionsentwurf der Bundesärztekammer. Übrig bleiben dann wenige Paare, die objektiv und subjektiv schwer belastet sind, typischerweise durch den vorausgegangenen Verlust eines oder mehrerer Kinder, und für die nach ihrer eigenen Überlegung ein gänzlicher Verzicht auf gemeinsame leibliche Kinder nicht erträglich erscheint. Die viel diskutierte Alternative Adoption ist übrigens in der Praxis für die meisten Paare wegen ihres fortgeschrittenen Alters wenig aussichtsreich.

Für diese Wenigen also gibt es tatsächlich nur die Alternative zwischen der sogenannten Schwangerschaft auf Probe, die bis zur Pränataldiagnostik mit furchtbaren Ängsten verbunden ist, und der Präimplantationsdiagnostik. Für diese Präimplantationsdiagnostik würden sie, das weiß ich aus vielen Gesprächen, auch hohe persönliche und finanzielle Belastungen in Kauf nehmen, im Klartext: Sie würden auch ins Ausland gehen. Davor dürfen wir die Augen nicht verschließen.

Mit einem weiteren pauschalen Verbot der Präimplantationsdiagnostik würden wir vermutlich das Gegenteil dessen erreichen, was wir eigentlich wollen. Es würde mit kommerziellen Präimplantationskliniken im Ausland nicht nur der Bedarf deutscher Paare mit vernünftiger Indikation gedeckt, sondern in Ermangelung der genannten Filter, also genetische Beratung und Antragsverfahren, würden - fürchte ich - unvertretbare Wege beschritten werden. Das ist keine Schwarzmalerei; schon jetzt gibt es - Sie können im Internet nachschauen - in Zypern, Russland und England solche Kliniken, die weltweit ihre

Dienste für jede beliebige Fragestellung kommerziell anbieten und diesen Einrichtungen kann gar nichts Besseres passieren als ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland.

Ich muss gestehen, ich habe mit mir selber lange gerungen und habe großen Respekt vor den grundsätzlichen Bedenken gegen die Präimplantationsdiagnostik. Ich bin absolut nicht technikgläubig, aber ein Pragmatiker und davon überzeugt, dass Präimplantationsdiagnostik bei enger Indikationsstellung, insbesondere eingebunden in ein genetisches Beratungskonzept, ärztlich und ethisch vertretbar ist. Wir müssen uns klar machen, dass es unter den Bedingungen der Globalisierung, die ja auch die Medizin erfasst, bald Präimplantationsdiagnostik an deutschen Embryonen geben wird. Ob es uns passt oder nicht, ob mit uns oder ohne uns. Deshalb, so meine Meinung, sollte sie besser bei uns, nach unseren eigenen Vorstellungen angeboten werden als anderswo ohne angemessene Beratung, nach den Gesetzen des freien Marktes.

Um keine falschen Vermutungen aufkommen zu lassen, ich persönlich vertrete hier keinerlei eigene Interessen. An unserer Universität soll keine Präimplantationsdiagnostik-Einrichtung angeboten werden. Aber ich möchte Paare verantwortungsvoll beraten und an ein kompetentes Zentrum überweisen können und dabei auf festem rechtlichen Boden stehen.

Wir brauchen nur in die Geschichte zurückzuschauen, was wohlgemeinte, aber weltfremde Verbote anrichten können, die ein paar Kilometer hinter unseren Grenzen nichts mehr wert sind. Das haben wir vor Jahren mit dem unwürdigen sogenannten Abtreibungstourismus in die Niederlande erleben müssen.

Wenn der Gesetzgeber sich aber letztlich zu einem Verbot entschließt, dann brauchen wir als Ärzte klare Handlungsanleitung für die dann anstehenden praktischen Fragen. Wenn die Präimplantationsdiagnostik verboten bleibt und dann ein Paar mit einer - aus unserer Sicht - medizinisch realen Indikation zur genetischen Beratung kommt, dürfen oder müssen wir diese Paare dann sogar auf die Möglichkeiten im Ausland verweisen. Wenn wir das nicht tun - sich das Paar sozusagen zu einer Schwangerschaft auf Probe entschließt -, kommt es vielleicht zur Pränataldiagnostik und dann zum Schwangerschaftsabbruch, eventuell zu einer Schädigung der Frau. Wo ist unser haftungsrechtlicher Stand und ich möchte hinzufügen, wo ist unser moralischer Stand? Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Jetzt kommt Prof. Dr. Denker an die Reihe!

**Sachverständiger Prof. Dr. Denker:** Meine Damen und Herren, ich habe ein paar Folien, die ich Ihnen gern zeigen möchte.

**Vorsitzende:** Diese Naturwissenschaftler sind überhaupt nichts ohne Folien und Dias.

**Sachverständiger Prof. Dr. Denker:** Nun habe ich vielleicht zu meiner Entschuldigung noch vorzubringen, ich bin auch Anatom und die Anatomen leben ja von dem, was man sehen kann. Sehen und

anfassen. Wir brauchen Konkretes. Ich möchte nur zu der einen Leitfrage, der vierten Leitfrage, Stellung beziehen, die hier noch einmal aufgelistet ist und mich um den Begriff der Totipotenz mit Ihnen etwas streiten. Ich will aber den Begriff zunächst einmal nicht per se erläutern und in die Diskussion werfen, sondern ein paar Fakten bringen.

Die Fakten, die für die Präimplantationsdiagnostik relevant sind, beziehen sich auf die Frage, ob alle Zellen in einem frühen Embryo gleich sind oder nicht. Denn die Präimplantationsdiagnostik soll ja, so wie die gegenwärtige Praxis ist, zunächst einmal an Furchungsstadien, wie wir das nennen, also einer Kugel von Zellen durchgeführt werden; oder aber sie könnte auch an einer sogenannten Blastozyste, die daraus wird, vorgenommen werden. Beide Stadien befinden sich entweder in der Tube, also dem Eileiter, oder im Uterus, bevor der Keim sich eingenistet hat.

Für die Präimplantationsdiagnostik relevant ist vor allen Dingen die Frage, ob denn diese Zellen alle zu einem bestimmten Zeitpunkt ihre Totipotenz verloren haben. Dabei möchte ich als Totipotenz zunächst eine Definition ins Auge fassen, die allgemein Konsens findet, denke ich, nämlich die Fähigkeit, ein ganzes, lebensfähiges Individuum zu bilden. Wir können in der Diskussion später vielleicht noch weitere Begriffe, die hier auch verwendet werden, diskutieren.

Wenn wir uns eine solche „Furchungskugel“ anschauen, dann haben schon klassische Untersuchungen vor vielen Jahren Hinweise darauf gegeben, dass die Zellen nicht gleich sind. Auf der Folie können Sie eine histo-chemische Reaktion sehen, die zeigt, dass einige dieser Zellen anders sind als die anderen. Diese klassischen Befunde haben Interesse gefunden, sind aber über eine längere Zeit weitgehend vergessen worden. In der letzten Zeit gewinnen derartige Befunde sehr viel Aufmerksamkeit, weil sie mit neuer, moderner Methodik an Embryonen vom Menschen und einigen Tierspezies, vor allen Dingen der Maus, wieder erhoben werden.

Auf der folgenden Folie sehen Sie in diesem Panel und jenem Panel sowohl Embryonen von der Maus als auch vom Menschen. Ich weiß selbst gar nicht, welches hier Mensch und welches Maus ist, sie sind sehr ähnlich und Sie sehen - rot/gelb dargestellt - bestimmte Zytokine. Das sind Wirkstoffe, die in der Signalübertragung in einer Zelle eine Rolle spielen können, auch in der Signaltransduktion später in der Zelle. In die Tiefe bis zu den Genen im Zellkern spielen andere Stoffe eine Rolle. Und diese sind jetzt auffälligerweise ungleich verteilt in einer Eizelle, ungleich verteilt in dem Furchungsstadium als Vierzeller, Achtzeller, selbst in einer Blastozyste, die Sie an der Höhle als Blastozyste erkennen können. Nur einige der Blastomeren haben diese Stoffe abbekommen, andere nicht oder sehr viel weniger davon.

Wenn wir davon ausgehen, dass das Ganze eine Aussagekraft hat, dann müssen wir davon ausgehen, dass die Blastomeren auch in so einem Achtzellstadium, auch noch in einem Sechzehnzellstadium, auch in einer Blastozyste nicht alle gleich sind. Über die Fähigkeit zur Bildung eines ganzen Individuums sagt das noch nichts. Dazu muss man diese Blastomeren voneinander trennen. Solche Isolationsexperimente, die man entweder machen kann, in dem man die Zellen völlig voneinander trennt

oder eine Zelle oder mehrere abtötet, werden auch gemacht, sind seit langem gemacht worden, sind im Prinzip seit Jahrzehnten bekannt.

Auf der nächsten Folie sehen Sie ein Äffchen, das zu Beginn dieses Jahres durch die Presse ging. Das ist ein Rhesusaffe, der produziert worden ist aus zwei Blastomeren, die aus einem Achtzeller entnommen worden sind. Das zeigt, dass in dem Achtzellstadium - zwei Blastomeren sind hier genommen worden - noch ein ganzes Individuum gebildet werden kann. Ob alle Blastomeren diese Fähigkeit haben oder nicht, ließ sich bisher bei Primaten und bei Menschen nicht klären.

Bei Menschen ist dieses Experiment sicherlich aus ethischen Gründen von vornherein abzulehnen. Es handelt sich hier um das Prinzip der Zwillingsbildung. Es ist ein Klonen, was gemacht worden ist, was versucht worden ist. Das Ergebnis ist aber ein sehr seltenes, denn hier sind aus über 100 Embryonen insgesamt über 360 Paare von Zellen entnommen worden und daraus hat sich ein einziges Äffchen entwickelt. Wir haben, so müssen wir daraus schließen, Informationsbedarf und eine außerordentliche Informationslücke.

Wir haben Veranlassung anzunehmen, dass die Furchungszellen ungleich sind - auch nach dem Achtzellstadium. Wir haben keine Sicherheit bezüglich ihrer Bildungspotenzen.

Wenn denn die Furchungszellen, wie ich argumentieren würde, unter dem Verdacht stehen müssen, totipotent zu sein, auch nach dem Achtzellstadium, dann könnte man daran denken, die Blastozyste zu nehmen und aus ihr den Embryoblasten, der den Körper des Embryos normalerweise bildet oder den Trophoblasten zu entnehmen.

Eine wichtige Aussage, die ich machen möchte, ist, dass der Trophoblast, nach allem, was die Entwicklungsbiologie gezeigt hat, nicht totipotent ist. Der Trophoblast ist nicht totipotent und ist nicht in der Lage, einen Embryo zu bilden, wenn man ihn isoliert. Er stünde also für die Präimplantationsdiagnostik zur Verfügung.

Anders mit dem Embryoblasten. Dazu würde ich gern die nächste Folie zeigen: Es gibt Befunde, die zeigen - und das ist sehr gut belegt in der Literatur -, dass aus diesem Embryoblasten der Blastozyste alle anderen Zelltypen hervorgehen können: Sowohl der Trophoblast, der gebraucht wird für die Plazentabildung und -einnistung als auch die anderen Zelltypen, auch der gesamte Körper des Embryos. So dass geschlossen wird, dass der Embryoblast eine Stammzellpopulation ist, aus der sich der ganze Embryokörper, aber auch der Trophoblast entwickeln kann. Man könnte dann also sagen, wir müssen unbedingt Informationen über diesen Embryoblasten bekommen.

**Vorsitzende:** Verzeihung, ich muss etwas auf die Zeit schielen und die Stammzellen werden uns sicherlich auch noch einmal ganz gewaltig interessieren, aber ich glaube, das Erste war das für uns heute Wichtigste. Können Sie das ganz kurz raffen.

**Sachverständiger Prof. Dr. Denker:** Ja, das möchte ich gern tun. Embryonale Stammzellen sind ein Modell für den Embryoblasten der Blastozyste. Sie zeigen erstens Totipotenz in einem Experiment, in dem man aus embryonalen Stammzellen eine ganze Maus machen kann - eine ganze Maus nur aus Embryoblastzellen - in dem sie in eine Wirtsblastozyste eingeführt wurden.

Zweitens - jetzt könnte man argumentieren, dass man eine Hilfsblastozyste benötigt - zweitens zeigen sie beim Primaten, bei Affen, dass sie ganz alleine in einer Gewebekultur die Anlage eines Embryos bilden können, in einer Keimscheibe mit einem Amnyon, einem Dottersack usw., sogar einem Primitivstreifen, der hier ausgebildet wird, so dass eine Individuation möglich wäre. Wir müssen danach, ich darf Ihnen dazu dann die zusammenfassende Folie zeigen, zu folgendem Schluss kommen; das wäre mein Statement:

Einer eventuellen Legalisierung der Verwendung von anderen als Trophoblastzellen bei der Präimplantationsdiagnostik, das heißt, Blastomeren von Furchungsstadien oder die Embryonalpolzellen von Blastozysten, muss die Beantwortung der folgenden Fragen meines Erachtens durch gezielte Forschung, insbesondere an Primatenembryonen, vorausgehen.

Erstens: Bleiben einzelne Blastomeren bei Primaten auch nach dem Achtzellstadium totipotent? Verläuft die Einschränkung der Entwicklungspotenzen bei Primaten nach einem anderen Raum-Zeit-Schema als bei der Maus?

Zweitens: Sind Zellen vom Embryonalpol von Blastozysten, also im wesentlichen Embryoblasten, bei Primaten als totipotent anzusehen und wo exakt liegt denn nun in der Blastozyste die Grenze zu den sicher nicht mehr totipotenten Zellen, den Trophoblastzellen? Inwieweit können die verfügbaren embryonalen Stammzellen von Primaten als Modellsystem für die Untersuchung dieses Potenzproblems dienen? Danke schön.

**Vorsitzende:** Vielen Dank, es war sehr spannend und ich habe Sie auch ein bisschen länger reden lassen, gebe ich ehrlich zu, so konnte man eben doch sehen, dass Folien ja nicht so unwichtig sind. Herr Dr. Montgomery, haben Sie auch Folien?

**Sachverständiger Herr Dr. Montgomery:** Frau Vorsitzende, Wissenschaftler haben noch eine andere schlechte Eigenschaft, nämlich sie pflegen ihre Zuhörer dadurch zu beeindrucken, dass sie ihnen erst die Gliederung dessen aufzählen, was sie ihnen erzählen wollen, anschließend alles erzählen, um am Ende noch einmal zusammenzufassen. Ich will versuchen, es in ähnlicher Weise zu tun, und auch ich bin nicht ohne eine Folie hierher gekommen. Die werde ich Ihnen aber erst etwas später zeigen.

Drei Punkte wollte ich mit Ihnen diskutieren. Erstens, warum ich glaube, dass es immer noch verboten ist, über was wir hier reden. Zweitens, warum ich glaube, dass wir das nicht werden eingrenzen können, auch wenn wir alle besten Willens sind, es einzugrenzen. Und drittens dann, warum ich nicht glaube, dass wir das ohne eine Gesetzesänderung machen können, was die Bundesärztekammer im

besten Interesse - und ich habe ja an dem Beschluss als Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer mitgewirkt - machen will. Das ist so etwa die Gliederung.

Das Embryonenschutzgesetz verbietet meines Erachtens heute aus zwei Gründen die Präimplantationsdiagnostik. Die eine Frage ist die der Totipotenz, wobei ich als Radiologe, also als nicht direkter Fachmann für dieses Gebiet, manchmal schon erschrocken bin über die Manipulation an dem Begriff „Totipotenz“, die wir hier erleben und Sie einfach mal frage: Wie soll ein einfacher Politiker, ein einfacher Mensch auf der Straße oder ein einfacher Doktor, der so etwas anwenden will, hier noch die Frage beantworten können? Und damit bin ich schon bei dem dritten Punkt. Ich glaube, wir brauchen hier eine gesellschaftliche, und das heißt, letztlich auch juristische exakte, Festlegung. Wir müssen definieren, was wir wollen, und dann ergibt sich die Frage, ob wir die Totipotenz als ein Kriterium heranziehen oder nicht automatisch.

Der zweite Grund, warum ich glaube, dass es nicht zulässig ist, ist die Frage des Ziels der ganzen Unternehmung. Das Embryonenschutzgesetz verlangt das Ziel der Schwangerschaft. Bei der Präimplantationsdiagnostik geht es explizit darum, dass eine Schwangerschaft nicht ausgelöst wird. Die größte Ironie wäre es eigentlich, wenn ein aus der Präimplantationsdiagnostik als „krankhaft“ erkannter Embryo auf der Grundlage des Embryonenschutzgesetzes doch übertragen werden müsste und man sozusagen den Sinn des Ganzen in das Gegenteil verkehren würde. Deswegen ist für mich heute völlig klar, dass die Präimplantationsdiagnostik in Deutschland verboten ist.

Würden wir sie erlauben, wird man gleichwohl aus meiner Sicht aus mindestens drei Gründen nicht vermeiden können, dass sich der Zahl derjenigen, die sich dieser Diagnostik unterziehen können, massiv erweitert. Das wird von mir als Norddeutscher nicht als ethischer Dammbbruch, sondern als ethischer Deichbruch bezeichnet. Über den Unterschied könnten wir hinterher Debatten haben. Warum?

Erstens, wir werden das in Zukunft überhaupt nicht nur auf die Paare, die bereits eine erbgebundene Leidensgeschichte hinter sich haben, begrenzen können. Mit welchem Recht der Welt wollen wir jedem anderen Paar, das sich einer IVF unterzieht, dieses verwehren? Was für eine Leidensgeschichte müssen diese Paare erst durchleben, bevor wir ihnen die Präimplantationsdiagnostik erlauben?

Zweitens, die Reproduktionsmediziner der Bundesrepublik stehen ja bereits heute auf der Matte und sagen, im Grunde genommen ist es ein Akt der Körperverletzung, die Präimplantationsdiagnostik den IVF-Paaren nicht anzubieten, denn warum ist die Angehrate bei der IVF so schlecht mit nur zwanzig Prozent? Warum gehen achtzig Prozent der Embryonen in der IVF überhaupt nicht an? Das hat einen einfachen Grund, weil diese achtzig Prozent in der Regel bereits Trisomien oder alle möglichen anderen Aberrationen des Erbgutes haben, so dass sie eben gerade nicht zu ausgetragenen Embryonen werden. Aus der Sicht dieser Reproduktionsmediziner kommt es schon fast einem caritativen Akt gleich, in Zukunft all diese Embryonen der Präimplantationsdiagnostik zu unterziehen, um dann nur die „von der Gesellschaft als gesund definierten“ übertragen zu können. Schon hier wird es in Zukunft IVF ohne Präimplantationsdiagnostik nicht mehr geben können.

Zweites Argument aus diesem Formkreis: Sie alle wissen, dass wir vor der Kartierung des menschlichen Genoms stehen. Diese Karte, die wir dort erzeugen, ist nicht etwas ein Schwarz/Weiß-Code, der sagt, was krank ist und was gesund. Sondern dort gibt es eine riesige Grauzone von genetischen Aberrationen, die wir zwar lesen können, aber deren Expression wir hinterher beim Menschen gar nicht kennen. Karsten Held, der zusammen mit Regine Kollek in Hamburg an dem Hamburger Gutachten beteiligt war, hat mal gesagt, jeder von uns, auch der Gesundeste, hat zwischen sechs und zehn derartige Aberrationen in seinem Erbgut und keiner von uns weiß, ob sich das und wie sich das exprimiert.

Nun komme ich zu dem dritten Argument: Der Bundesgerichtshofentscheidung „Kind als Schaden“. Für die, die nicht wissen, was sich dahinter verbirgt: Ein Arzt hat in der humangenetischen Beratung ein Paar fehlerhaft beraten und dieses hat ein krankes Kind bekommen. Dieser Arzt ist verurteilt worden, lebenslang Schadensersatz für dieses Kind zu leisten, also er ist im Grunde genommen der Gewährsträger. Er ist derjenige, für den dieses Kind zu einem Schaden geworden ist und er muss lebenslang dafür haften. Ich prophezeie Ihnen, unter dieser Problematik wird ein Arzt - und wer wird ihm das eigentlich übel nehmen können - in Zukunft bei jedem fragwürdigen Befund ganz intensiv darauf hinwirken müssen, dass es hier nicht zu einem Austragen dieser Schwangerschaft bzw. zu einer Implementierung dieser Schwangerschaft kommt.

Das sind für mich entscheidende Gründe, warum ich der festen Überzeugung bin, dass wir das nicht werden einfangen können. Auf dieser Folie sind die verschiedenen Eskalationsstufen der Präimplantationsdiagnostik dargestellt. Die erste Eskalationsstufe - also die der monogen bedingten nicht behandelbaren Erbkrankheiten - ist eine, so glaube ich, bei der jeder Mensch aus tiefstem Altruismus heraus sagt, das könnte ich nachvollziehen, dass man das dort macht. Wenn Sie aber wissen, dass wir heute bereits bei der siebten Eskalationsstufe angekommen sind, nämlich dass man ein Kind oder besser einen Embryo allein deswegen der Präimplantationsdiagnostik unterzieht, weil man bestimmte Merkmale für einen anderen später haben will. Und dass man das in anderen Staaten bis heute nicht hat verhindern können, anders als Prof. Dr. Diedrich das sagt, dann wissen Sie, warum ich den Deichbruch befürchte.

Das Kind Adam Nash in Amerika ist geboren worden, um als Nabelblut- und Knochenmarkspender für sein an Fanconi-Anämie erkranktes Schwesterchen zu dienen. Ich selber habe aus reinem Zufall in Schottland eine Debatte miterleben können über eine Familie mit fünf Kindern, eine Tochter, vier Söhne. Die Tochter kam bei einem Unfall um und die Familie verlangt jetzt, durch eine Präimplantationsdiagnostik zu gewährleisten, dass die nächste Schwangerschaft nur wieder ein Mädchen ist. So ersetzt man falsche Trauerarbeit durch Technik und ich glaube, das ist ein Weg, den wir nicht gehen dürfen.

Letzter Punkt: Warum glaube ich, dass wir den in der Richtlinie der Bundesärztekammer vorgeschlagenen Kommissionsweg nicht gehen können? Die Politik sagt klar, dass die Bundesärztekammer in der großen Politik eigentlich nur eine nachgeordnete Rolle bekommt, weil sie keine Körperschaft öf-

fentlichen Rechts ist wie die Landesärztekammern. Wir brauchen also zur Einrichtung dieser Kommissionen in sämtlichen sechzehn Ländern eine Änderung der Heilberufegesetze zur Konstellation dieser Kommissionen. Meine Erfahrungen mit dem schwierigen Geschäft, die Heilberufegesetze in sechzehn Ländern ähnlich zu ändern, und ich sehe hier einige der Beamten, die dafür zuständig sind, im Räume, ist so, dass ich Ihnen eher abraten würde von dieser nicht vergnügungssteuerpflichtigen Veranstaltung. Eine Kommission bei der Bundesärztekammer halte ich aufgrund der rechtlichen Struktur der Bundesärztekammer, sosehr ich es als Vorstandsmitglied begrüßen würde, für ausgeschlossen, weil die Bundesärztekammer ein nicht rechtsfähiger Verein ist. Ich glaube, dass Sie sich ethischer Probleme auf gesetzgeberischem Wege dadurch entledigen, dass Sie einen nicht rechtsfähigen Verein damit beauftragen, das für Sie zu lösen. Als Demokrat halte ich das für einen nicht guten Weg und deswegen will ich Ihnen jetzt aus Gründen der Zeit die Zusammenfassung meiner Argumente ersparen und schlicht und einfach sagen, dass ich selber persönlich für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik plädiere.

**Vorsitzende:** Vielen Dank, Herr Dr. Montgomery. Bitte keinen Beifall - auch nicht von Seiten der Kommissionsmitglieder selbst, Frau Knoche. Ich darf vielleicht etwas sagen. Ich glaube, vielen von uns haben Sie aus dem Herzen gesprochen, indem Sie sagten, es darf nicht der nicht rechtsfähige Verein anstelle eines Gesetzgebers dessen Aufgaben lösen.

**Sachverständiger Dr. Montgomery:** Frau von Renesse, man könnte das Problem auch dadurch lösen, dass man diesen Verein in den Stand einer Körperschaft erhebt, wofür ich auch heftig plädieren würde.

**Vorsitzende:** Was aber kein rechtsethisches Problem ist und damit unsere Kommission nichts angeht. Aber jetzt haben wir die Fragen zu stellen, die unsere Kommission angehen und ich bitte um Wortmeldungen. Ach ja, im Übrigen habe ich schon Wortmeldungen. Eine Frage zur Geschäftsordnung? Herr Lensing, bitte.

**Abgeordneter Lensing (CDU/CSU):** Ich habe zwei Fragen zur Geschäftsordnung. Die eine lautet: Kann jeder so viel fragen, wie er möchte und sich entsprechend an viele Herren hier auf dem Podium wenden? Zweite Frage: Kann man die eigene Frage auch gegebenenfalls an zwei Referenten richten?

**Vorsitzende:** Ich denke, das hatte ich am Anfang gesagt, je kürzer wir uns fassen, um so mehr Zeit haben wir dann auch zu fragen. Wir haben ja mal beschlossen, dass wir das Verfahren des Rechtsausschusses verwenden. Beim Rechtsausschuss gibt es praktisch nur eine Courtoisie-Beschränkung von Fragen und Gefragten. Also, bisher hat das ganz gut geklappt, Herr Lensing. Mein Vorschlag wäre, wir formalisieren es in dem Augenblick, wo wir den Bedarf sehen.

**Abgeordneter Lensing (CDU/CSU):** Gut.

**Vorsitzende:** Ich habe festgestellt, dass ich bereits eine Reihe von Wortmeldungen habe.

**Abgeordneter Dr. Wodarg (SPD):** Zur Geschäftsordnung eine Bemerkung: Ich finde den Vorschlag gut, dass wir uns maximal an zwei Sachverständige wenden können, dass wir nicht sagen, ich möchte das an alle machen.

**Vorsitzende:** Alles klar, ich möchte darüber jetzt nicht diskutieren und schon gar nicht abstimmen lassen. Ich denke, dass, wenn Sie den Wunsch haben, Sie ihn für Ihre Arbeitsgruppe gestellt haben. Sie für die Koalition, nehme ich an, und dann sind die F.D.P. und die PDS überstimmt. Noch einmal zur Geschäftsordnung. Dann können wir jetzt zur Sache gehen. Dann hat sich Frau Prof. Dr. Neuer-Miebach als Erste gemeldet.

**Sachverständige Prof. Dr. Neuer-Miebach:** Danke schön. Normalerweise gelingt mir das. Ich habe eine Frage zunächst an Herrn Prof. Dr. Diedrich und die kann ich auch an Herrn Dr. Henn stellen und noch eine zusätzliche an Herrn Dr. Henn. Zur Indikationsstellung: Sie beziehen sich ja in Ihrem Papier auf den Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer, wo das Risiko schwerwiegender genetischer Probleme für die Nachkommenschaft sowie erwartbarer und schwerwiegender gesundheitlicher Schädigung für die Frau benannt wird. Meine Frage ist natürlich die der Feststellbarkeit. Wie wollen Sie das feststellen, wie wollen Sie diese vagen, unbestimmten Rechtsbegriffe so rechtlich fassen, dass Missbrauch ausgeschlossen wird? Wie und wer soll das feststellen? Zweite Frage: Ich gehe davon aus, dass Sie die Stellungnahme des Mukoviszidose e.V. kennen, der sich gerade in der Frage schwerwiegender genetisch bedingter Erkrankungen dagegen wehrt, dass Mukoviszidose als eine Indikation für Präimplantationsdiagnostik gilt. Meine Frage: Wie sehen Sie das, wenn es darum geht, hier eine rechtliche Regelung zu finden? Die zweite Frage: Qualitätscheck. Sie haben in Ihrem Positionspapier geschrieben, die meisten Chromosomenveränderungen sind mit einem Überleben der Embryonen bis zur Geburt nicht vereinbar. Frage: Halten Sie es für zulässig, dass ein Qualitätscheck zur Erhöhung der Geburtenrate zu Lasten der Verwerfung von Embryonen möglich ist? Die weitere Frage noch an Herrn Dr. Henn: Sie haben von Multiparametertests gesprochen und von neuen genetischen Parametern aufgrund der Genomanalyse, die möglich seien. Wie wollen Sie verhindern, dass diese als nicht gesundheitsrelevant von Ihnen eingestuften Testergebnisse nicht mit in die Bewertung eingehen, ob ein Embryo eingepflanzt wird oder nicht?

**Vorsitzende:** Ich habe vergessen, zu Beginn zu sagen, fünf Fragesteller und dann gibt es eine Antwortrunde. Herr Hüppe!

**Abgeordneter Hüppe (CDU/CSU):** Ich hätte zwar an mehrere eine Frage, aber ich halte mich an die Regeln, deswegen frage ich Herrn Dr. Henn. Er hatte das Auslandsargument gebracht. Nun haben wir ja das Beispiel von Herrn Dr. Montgomery gehört, England. Wir haben das Beispiel Amerika. Ich selbst habe auch eine Klinik in den Vereinigten Staaten besucht, wo es diese Methode zur Geschlechtsfeststellung gab. Wie wollen Sie verhindern, dass Eltern, die finanzkräftig sind und diesen

Wunsch haben, dann trotzdem nicht ins Ausland fahren? Würden Sie es für richtig halten, dass die Präimplantationsdiagnostik und die Vorbereitung, die Beihilfe zur Präimplantationsdiagnostik, als Auslandsstrafrechtstatbestand ins Strafgesetzbuch aufgenommen würde? Damit könnte man dies ja verhindern, zumindest strafrechtlich. Die zweite Frage an Herrn Dr. Henn: Sie sagen: Schwangerschaft auf Probe - halten Sie das für rechtlich in Ordnung, wenn keine gesundheitlich nachweisliche Indikation vorhanden ist oder liegt das hier an der falschen Auslegung des Gesetzes oder müssten wir das Gesetz dementsprechend ändern? Die Frage an Herrn Dr. Montgomery: Die Bundesärztekammer sieht ja nach der Präimplantationsdiagnostik noch eine Pränataldiagnostik vor. Wenn also schon nach Untersuchung von erbkrankem Nachwuchs in der Petrischale Embryonen überleben würden, sollten die dann ja noch einmal einer Pränataldiagnostik zwecks Produkthaftung unterzogen werden? Liegt das daran, dass dort ICSI in der Regel angewandt wird oder liegt das an der möglichen Fehlerquote der Präimplantationsdiagnostik? Die letzte Frage.

**Vorsitzende:** Nein, bitte Herr Hüppe. Das wäre dann Frage Nummer vier.

**Abgeordneter Hüppe (CDU/CSU):** Ach so, wir haben nur drei.

**Vorsitzende:** Wir haben insgesamt zwei Fragen. Das ist schon ein Entgegenkommen. Es hat sich inzwischen die ganze Kommission gemeldet. Das ist ja auch bei diesem Thema zu erwarten. Als Nächster ist Herr Lensing dran.

**Abgeordneter Lensing (CDU/CSU):** Herr Prof. Dr. Diedrich. Ich hatte unter anderem ein Gespräch mit einem Patienten, der von der Mukoviszidose betroffen ist und der gesagt hat, er halte das für eine Anmaßung, dass Ärzte meinten, beurteilen zu können, wie es einem solchen Patienten geht. Er kann überhaupt nicht daran glauben, dass Gesunde ausreichend beurteilen können, wie es Behinderten geht. Auch was seine eigene Lebensqualität angeht und vor dem Hintergrund hat er das natürlich auch abgelehnt, dies als Voraussetzung zu akzeptieren. Mich würde da schon Ihre Meinung dazu interessieren.

Das Zweite ist auch noch einmal in dem Zusammenhang gestellt. Halten Sie die Zulassung einer Präimplantationsdiagnostik nur zur Erkennung von Chromosomenanomalien, die die Lebensfähigkeit eines Embryos vereiteln, für sinnvoll und vor allen Dingen für möglich? Auch in dieser Begrenzung?

Eine Frage an Herrn Dr. Henn: Ich halte ja die Definition der Bundesärztekammer im Richtlinienentwurf in diesem Zusammenhang nicht für ausreichend. Die Feststellung, dass - Zitat - „für deren Nachkommen ein hohes Risiko für eine bekannte und schwerwiegende genetisch bedingte Erkrankung besteht“, halte ich nicht für ausreichend. Diese schwammige Formulierung ist nicht geeignet, um eine genaue Grenzziehung, wie sie doch wohl notwendig ist, herbeizuführen. Haben Sie eine Vorstellung, wie hier eine konkrete Grenzziehung erfolgen könnte? Danke.

**Vorsitzende:** Frau Kühn-Mengel!

**Abgeordnete Kühn-Mengel (SPD):** Ich möchte meine Frage richten an Herrn Prof. Dr. Diedrich und an Herrn Dr. Henn und nach den Risiken fragen, die mit der Präimplantationsdiagnostik verbunden sind bzw. die mit den einhergehenden Fortpflanzungstechniken verbunden sind. Ich denke einmal an die Frau, Stichwort: hormonelle Stimulation zum Beispiel, aber auch psycho-physische Belastungen, dann auch die Frage nach möglichen Folgen für das zukünftige Kind. Gibt es da Studien? Und, verbunden mit diesen Fragen, auch die nach der Qualität der Beratung. Das habe ich bei der Anhörung zur genetischen Diagnostik auch gefragt: Wo kommen die Kompetenzen her, welchen Standard der Qualitätssicherung gibt es für diesen Bereich?

**Vorsitzende:** Frau Knoche!

**Abgeordnete Knoche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Ich möchte meine Fragen an die Mediziner, also Fortpflanzungsmediziner, und Herrn Dr. Montgomery, richten. Ich entschuldige mich für meinen kleinen bescheidenen Applaus, aber ich bin immer froh darüber, wenn über die rechtlichen Grundlagen auch Klarheit besteht, auf denen Ärzte ihr Tun entscheiden können und das soll auch meine Frage sein.

In den Argumentationen ist für mich immer erkennbar eine Interpretation der rechtlichen Handlungsvoraussetzung, die ich so nicht teilen kann. Deshalb möchte ich Ihnen das darstellen und Sie bitten, aus Ihrer Sicht Position zu beziehen: Wir haben zum einen, was die Legitimation von Ihnen, Herr Prof. Dr. Diedrich, für die Präimplantationsdiagnostik angeht, einen Argumentationsstrang zum § 218 StGB. Wir haben im § 218 weder eine eugenische Indikation noch eine Selbstbestimmung der Frau. Wir haben lediglich eine medizinische Indikation. Die Frage ist für mich, wie Sie überhaupt Ihren Behandlungsauftrag definieren wollen, einen in vitro erzeugten Embryo in der frühen Phase gegen sein weiteres Lebensrecht als Embryo in der Gebärmutter zu diagnostizieren und zu verwerfen? Woher nehmen Sie auf Grundlage des deutschen Rechts die Annahme, dass Sie als Arzt einen Behandlungsauftrag gegenüber dem In-vitro-Embryo zum Zwecke seiner Diagnostik und möglichen Verwerfung hätten?

**Vorsitzende:** So, jetzt sind Sie auch schon gleich dran. Sie sind der Erste.

**Sachverständiger Prof. Dr. Diedrich:** Die erste Frage bezog sich ja auf die Indikation: Wer stellt eigentlich die Indikation? Auch hier haben wir uns, und darauf möchte ich mich beziehen, im wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer sehr viel Gedanken gemacht. Auch wenn von Herrn Dr. Montgomery der Rechtsstatus dieser möglicherweise einzurichtenden Ethik-Kommission vielleicht kritisch gesehen wird. Ich meine, es muss eine zentrale Stelle geben, in der diese Fälle individuell diskutiert werden. Ein Gremium, das ich mir vorstelle, besteht aus einem Pädiater, in dessen Fachgebiet diese Erkrankung fällt, einem Humangenetiker, der auch für die Untersuchung mit verantwortlich ist, einem Reproduktionsmediziner, durchaus auch einen Juristen. So könnte ich mir diese zentral einzurichtende Ethik-Kommission vorstellen. Und es müssen dann diese Fälle vorgestellt werden und die Ethik-Kommission entscheidet, ob hier eine Indikation nachvollziehbar ist, das heißt, ob eine Er-

krankung im Sinne der Richtlinien der Bundesärztekammer oder des Entwurfes der Bundesärztekammer vorliegt. Ich meine schon, dass diese Kommission genügend Sicherheit gibt vor dem von uns allen befürchteten - ich bin auch Norddeutscher - Deichbruch und halte dieses dann durchaus für sicher genug.

Dann zum Verein der Mukoviszidose-Kranken. Ich habe durchaus die Toleranz, dass dieser Verein ein Statement herausgibt und sagt, wir wollen das nicht. Wenn Sie sich aber mal die praktische Seite ansehen - wir sind ja nun bekannt als Befürworter, weil wir es machen wollen -, so sind es gerade die Mukoviszidose-Kranken, die sich bei uns melden und danach fragen. Ich meine nicht, dass der Verein über seine Mitglieder entscheiden kann, sondern dass er auch seinen Mitgliedern die Freiheit lassen muss, wir wollen das und möchten uns dieser Untersuchung unterziehen, weil wir unter Abwägung aller Vor- und Nachteile und auch der Belastung dieses im Vergleich zur vielleicht sonst durchzuführenden Pränataldiagnostik für uns für einen vertretbaren Schritt halten. Das heißt, das Votum des Vereins ist hier für mich nicht unbedingt entscheidend.

Für mich ist die Meinung und Entscheidung des Paares entscheidend. Wenn dieses Paar entsprechend - und das ist eine wichtige Voraussetzung - informiert worden ist. Und es ist nicht so, wie auch gesagt worden ist, dass wir nur den Patienten hinterherlaufen, ihnen sozusagen etwas aufzwingen mit unserer Präimplantationsdiagnostik, sondern es kann doch nur so sein, dass dieses ein Punkt in der Beratung von belasteten Paaren ist, die ja zu uns kommen. Wir müssen ihnen ja helfen. Das ist ja unsere Aufgabe als Arzt. Wir werden gefragt, was können Sie mir denn raten oder was können wir tun, um eine erneute Katastrophe - sprich die Geburt eines erbkranken Kindes - zu verhindern. Ich glaube schon, dass man das so sagen darf. Überlassen Sie es doch den Paaren, und wenn Sie sich mal die Praxis in Deutschland ansehen: In jeder Schwangerschaft - wir haben 800.000 Geburten - werden im Schnitt drei Ultraschalluntersuchungen gemacht. Auch dies ist eine Art von pränataler Diagnostik und es wird sogar unterstützt. In den Mutterschaftsrichtlinien ist es sogar eine Vorschrift. Es wird von den Kassen übernommen, dreimal in der Schwangerschaft eine Ultraschalluntersuchung zu machen. Auch hier kann ein negatives Ergebnis herauskommen und dann steht das Paar vor der Frage: Wie gehen wir jetzt damit um, dass dieses Kind vielleicht eine Fehlbildung hat, die mit dem Leben nicht vereinbar ist?

Zur Frage des Screenings auf Chromosomenstörung: Das heißt, dass jetzt plötzlich der Deichbruch kommt und wir eben nicht mehr gezielt auf Erbkrankheiten, wie es vorgeschlagen ist, untersuchen, sondern auf irgendwelche anderen Dinge. Zum Beispiel würde bei der 35jährigen Patientin, die zur In-vitro-Befruchtung kommt, dann der Embryo untersucht, um auszuschließen, dass eine Trisomie 21 vorliegt. Auch hier, und ich stehe auf dem Boden des Diskussionsentwurfes der Bundesärztekammer, ist klar gesagt worden, dass ein Screening wofür auch immer abgelehnt wird. Den sollte man durchlesen. Ich meine, dass dieser Diskussionsentwurf sehr strikt ist und auch klare Indikationen und Durchführungsbestimmungen gibt und insofern bin ich auch, weil ich auf dem Boden dieses Entwurfes stehe, gegen ein Screening.

Ich möchte es als ein Angebot für belastete Paare verstanden wissen, die dann selbst darüber zu entscheiden haben. Und da komme ich zum nächsten Punkt: Belastung der In-vitro-Befruchtung. Wollen wir eigentlich diesen Weg gehen als Paar, uns, die Frau, belasten mit der hormonellen Stimulation, mit der Hoffnung, die in diesen Zyklus gesetzt wird, vielleicht schwanger zu werden. Sie wissen, dass 70 Prozent nicht schwanger aus diesem Behandlungszyklus heraus gehen. Sie können das natürlich wiederholen mit derselben geringen Chance, wenn Sie wollen. Aber das Paar muss es doch entscheiden.

Und dies ist auch ein Punkt, den ich sehr bedaure hier in der Zusammensetzung dieser Enquete-Kommission. Die Betroffenen selbst kommen viel zu wenig zu Wort. Ich sehe hier keine Patientin.

**Vorsitzende:** Ich muss an dieser Stelle kurz unterbrechen, und zwar aus zwei Gründen, meine Damen und Herren. Es kam hier die Bezeichnung „Katastrophe“, die Unmut hervorgerufen hat. Ich greife grundsätzlich nicht ein bei dem, was die Sachverständigen sagen, es sei denn, Straftatbestände werden verwirklicht. Das war keiner. Zweiter Punkt: Die Frage, wie die Kommission zusammengesetzt wird, ist nicht Gegenstand des Sachverständigen, Gott sei Dank. Ich denke, dass wir darüber selber entscheiden mussten. Im Übrigen kann ich jeden verstehen, genauso wie Ihren Applausausbruch, der aus emotionaler Berührung mit dem Thema auch manchmal eine Grenze überschreitet. So, dann wäre Herr Dr. Henn dran.

**Sachverständiger Dr. Henn:** Ich darf mit der Frage von Frau Prof. Dr. Neuer-Miebach beginnen. Sie haben nach dem Multiparametertest gefragt - vielleicht eine technische Bemerkung dazu: Es gibt DNA-Chips, die prinzipiell in der Lage sind, verschiedene genetische Eigenschaften gleichzeitig zu erfassen. Aus einer Einzelzelle ist das aus diversen technischen Gründen jetzt und auf absehbarer Zeit nicht möglich. Aber eine Präimplantationsdiagnostik als Endstrecke eines genetischen Bevölkerungsscreenings ist technisch denkbar. Aber da gibt es bei uns, Gott sei Dank, einen klaren Konsens dagegen - und zwar auf allen Seiten.

..... Zwischenruf .....

Gut, ich nehme das entgegen, aber ich glaube, wir sind uns an dem Punkt eigentlich einig. Zu den nicht gesundheitsrelevanten Parametern werden leider in Verwässerung der Diskussion immer solche Dinge wie „blaue Augen“ angeführt. Es gibt aber tatsächlich ernstzunehmende Dinge. Es ist zum Beispiel vor kurzem eine Genvariante entdeckt worden, die für körperliche sportliche Leistungsfähigkeit bestimmend ist. Also, das will ich keineswegs von der Hand weisen, dass es da testbare gesundheitsrelevante Parameter geben wird. Was können wir dagegen tun? Ich habe es eben schon angesprochen. Wir setzen nach zum Beispiel dem Modell der Bundesärztekammer den doppelten Filter von genetischer Beratung und der Indikationsüberprüfung.

Natürlich haben wir immer das Problem, und das geht auch auf die Frage von Herrn Lensing zu, dürfen wir katalogisieren zu einer Klarstellung - das dürfen wir nicht - und das haben wir wohlweislich im

Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik auch nicht gemacht, denn wenn wir Kataloge aufstellen, diese, diese, diese Krankheit wäre PID-fähig und die andere nicht, würden wir ungewollt, aber klar, einen Scheinkatalog gesellschaftlich unerwünschter Krankheiten aufstellen, und dass ist natürlich gänzlich unmöglich. Auf der anderen Seite ist natürlich die Gefahr, eine gewisse Beliebigkeit zu erzeugen. Aber ich möchte da noch den dritten Filter erwähnen: Es gibt auch noch ein ärztliches Gewissen, und aus meiner persönlichen Erfahrung, das kann Ihnen jeder Humangenetiker sagen, kommen immer wieder Fragen, können Sie nicht einen pränatalen Vaterschaftstest machen, können Sie nicht eine pränatale Geschlechtsbestimmung machen? Dazu brauchen wir keine Gesetze, um da „nein“ zu sagen.

..... Zwischenruf .....

Eben, noch dazu. Aber beim Geschlecht des Kindes ist es schon schwierig mit der Gesetzeslage. Zu der Frage von Herrn Hüppe: Finanzkräftige Eltern können natürlich ins Ausland gehen. Gott sei Dank, haben wir ja keine Mauern mehr um unser Land. Das können wir de facto nicht verhindern, da haben Sie vollkommen Recht. Ich glaube aber, wenn wir hier ein Angebot vorlegen mit einer Pflichtberatung, wo wir klare Richtlinien, auch klare ethisch fundierte Richtlinien, geben, haben wir zumindest einen Orientierungsrahmen. Ansonsten, ich habe es eben erwähnt, treiben wir die Leute ins Ausland.

Ich habe eine Folie da, die brauchen wir jetzt nicht zu zeigen. Es gibt eine Annonce einer PID-Firma im Ausland, die die „mütterliche Altersindikation“, die wir für die Pränataldiagnostik anwenden, in ihren Angebotskatalog für die Präimplantationsdiagnostik aufnimmt und dafür wirbt! Um die Leute eben nicht unberaten in diese Hände fallen zu lassen, sollten wir hierzulande Beratungsangebote haben. Und da sind wir beim Thema: Qualität der genetischen Beratung.

Ich kann vielleicht mit einem zynischen Wort beginnen: Genetische Beratung hat eine gewisse interne Qualitätssicherung, weil sie sich in der ärztlichen Abrechnung nicht lohnt. Es macht also niemand Inkompetentes aus Lust und Laune genetische Beratung, aber das reicht natürlich nicht aus. Was wir fordern, was wir fordern müssen, ist ein Facharztvorbehalt für die genetische Beratung. Was wir nebenbei fordern müssen, was uns leider im Zusammenhang mit der Reform des § 218 StGB verloren gegangen ist, ist die genetische Pflichtberatung auch im Zusammenhang mit der Pränataldiagnostik und was wir noch brauchen - wir sind jetzt in der Gesellschaft für Humangenetik dabei, das zu etablieren -, ist eine Qualitätssicherung auch für die genetische Beratung. Genetische Beratung ist eine diffizile Sache, genauso diffizil, wie diverse technische Leistungen in der Medizin - und da legen Sie den Finger in die Wunde - es sollte nicht jeder dürfen, was nicht jeder kann. Das müssen wir intern kontrollieren und wenn wir das nicht intern kontrollieren könnten, dann müsste es extern kontrolliert werden. Aber ich bin da optimistisch.

**Vorsitzende:** ... also, wenn es um Geschäftsordnung geht, dann ja, sonst..

**Abgeordnete Knoche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Ich möchte auf einen Punkt in der Geschäftsordnung hinweisen, dass die Abgeordneten die Sachverständigen fragen und die Sachverständigen dann auch antworten sollen. Es ist mir also daran gelegen, auch Sie, Herr Prof. Dr. Diedrich, noch einmal an meine Frage zu erinnern. Wenn Sie sie nicht beantworten wollen, mögen Sie dies bitte sagen.

**Vorsitzende:** Also, es bleibt natürlich den Sachverständigen selber überlassen, auf eine Frage zu antworten oder nicht; dies ist kein Examen. Aber mit dieser Frage gemeint war: Wie verantworten Sie Ihr Tun als Arzt vor Ethos und Recht?

**Sachverständiger Prof. Dr. Diedrich:** Ich wollte Ihrer Frage nicht ausweichen, es ist mir nur das Wort genommen worden.

**Vorsitzende:** Nein, das habe ich nicht gesagt, das habe ich nicht so gemeint. Entschuldigung.

**Sachverständiger Prof. Dr. Diedrich:** Ich habe auch die andere Frage nicht vergessen über die Risiken, wenn ich die vielleicht erst beantworten darf.

Ich sagte es in der Beantwortung der anderen Frage schon, dass diese Behandlung mit der In-vitro-Fertilisation verbunden ist mit allen Belastungen, die ich durchaus sehe. Belastung psychischerseits, dass sich alles konzentriert auf den Zyklus, das erwähnte ich schon, und in einem hohen Prozentsatz dieses Paar mit Enttäuschung aus diesem Zyklus geht, sprich mit 70 Prozent Wahrscheinlichkeit Nicht-Schwangerschaft. Es ist eben zusätzlich auch noch verbunden mit einer hormonellen Behandlung, die in seltenen Fällen, wir sehen es immer seltener, zu einer sogenannten Überstimulation führen kann. Das heißt, nach der Gewinnung der Eizellen können sich die Eierstöcke vergrößern, es können sich Zysten bilden. Dies ist eine durchaus gefährliche Situation für die Patientin, die eine dringende ärztliche Behandlung - teilweise auch Krankenhausbehandlung - erforderlich macht. Dies muss und kann auch verhindert werden, indem man diese Patienten mäßig stimuliert. Aber man muss es auf alle Fälle im Auge behalten, und es gehört auch mit zur Aufklärung über diese Behandlung - die Risiken der Überstimulation - und zusätzlich das Risiko bei der Follikelpunktion, das heißt der Eizellengewinnung. Dies ist ein operativer Eingriff. Wir gehen mit der Nadel unter Ultraschallsicht in die Bauchhöhle rein, um die Eibläschen im Eierstock abzusaugen und die Eizellen zu gewinnen. Hier gibt es Risiken, wie bei jedem anderen operativen Eingriff auch - sprich Verletzung von Gefäßen, von Nachbarorganen - Darm oder Blase. Auch hierüber muss die Patientin aufgeklärt werden.

Ich kann für mich nur sagen, ich habe sicherlich weit über 5.000 Follikelpunktionen gemacht - es ist noch keine Patientin krank aus dem Krankenhaus gegangen und musste auch noch nie operiert werden deshalb. Das heißt, die Follikelpunktion ist ein eher risikoarmer Eingriff. Aber wir müssen trotzdem darüber informieren.

Jetzt zu Ihrer Frage: Was gibt mir die Berechtigung, auch rechtlich überhaupt über diesen Eingriff nachzudenken? Ich glaube, in diese Richtung ging es, habe ich das richtig verstanden? Das heißt, darf ich eigentlich entscheiden als Arzt über das Leben des Embryos? Habe ich Sie richtig verstanden, sonst formulieren Sie noch einmal kurz?

**Abgeordnete Knoche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Also, ich denke, es müsste jedem Arzt, der über die Frage diskutiert, geläufig sein, dass der § 218 StGB ihn nicht legitimiert und dass die Präimplantationsdiagnostik eine rechtliche Legitimation bräuchte, auch im Sinne eines Behandlungsauftrages. Der Behandlungsauftrag müsste heißen: Der Arzt ist durch seine Behandlungspflicht aufgefordert, den Embryo zu diagnostizieren, um ihn im Zweifelsfall zu verwerfen. Und das, denke ich, ist im deutschen Recht an keiner Stelle legitimiert für einen Arzt. Das ist aber eine wesentliche Grundlage und ich denke, so offensiv, wie Sie die Diskussion führen, müssten Sie auch argumentieren können, woher Sie den Behandlungsauftrag nehmen wollen?

**Sachverständiger Prof. Dr. Diedrich:** Nun sind wir in Deutschland natürlich nicht die Einzigen, die sich Gedanken - auch ethische und rechtliche Gedanke - über die Präimplantationsdiagnostik machen. Ich möchte hier nur Frankreich anführen. Die haben auch genau über dasselbe Problem nachgedacht. Was gibt dem Arzt oder auch dem Paar das Recht, über das Leben und die Existenz des Embryos zu entscheiden? Die Franzosen sind zu einem Ergebnis gekommen: Sie haben gesagt, wenn die Mutter in der Schwangerschaft das Recht hat - auch wenn es eine andere Situation ist in der Schwangerschaft - über das Leben des Kindes zu entscheiden und unter Abwägung der Gesundheit der Mutter und des Lebensrechts des Kindes, auch die Mutter selbst für sich entscheiden kann gegen das Lebensrecht des Kindes in der Schwangerschaft. Warum soll sie dann nicht auch...

..... Zwischenruf .....

Lassen Sie mich doch ausreden, Sie kommen ja gleich dran. Warum soll sie dann nicht auch darüber entscheiden, ob dieser Embryo im Reagenzglas, der mit einer Erbkrankheit belastet ist, statt ihn abzutreiben, dann am Weiterleben gehindert wird. Warum soll das nicht möglich sein? Herr Dr. Montgomery hat vorhin die

..... Zwischenruf .....

**Vorsitzende:** (Antwort auf den Zwischenruf.) Die bestehende Rechtslage ist im Augenblick ziemlich eindeutig: Es geht nicht!

**Sachverständiger Prof. Dr. Diedrich:** Es gibt auch soziale Gründe, das wissen Sie auch und es gibt die medizinische Indikation - das sind ja die drei Pfeiler des § 218 StGB. Wir können natürlich auch die paradoxe Situation, Herr Montgomery nannte das Ironie, durchdenken und sagen, gut, wir dürfen die Präimplantationsdiagnostik machen, wenn wir den kranken Embryo zurücksetzen in die Gebä-

mutter, um dann anschließend die Pränataldiagnostik durchzuführen und aus medizinischen Gründen, nicht aus eugenischen Gründen, aus medizinischen Gründen dann die Schwangerschaft abbrechen. Dies dürften wir sogar. Wir tun es nicht.

..... Zwischenruf .....

**Vorsitzende:** Liebe Frau Knoche, wenn wir jetzt so weiter machen, dann hat kein anderer Mensch mehr die Gelegenheit, eine Frage zu stellen. Und das finde ich, ehrlich gesagt, nicht dem Sinn der Sache dienlich. Es gab noch eine Frage zu beantworten von Ihnen, Herr Dr. Henn.

**Sachverständiger Dr. Henn:** Wir sind Frau Kühn-Mengel noch eine Antwort schuldig, zu ihrer Frage, inwieweit sich durch die Präimplantationsdiagnostik schädliche Folgen für den Embryo ergeben könnten? Dazu können wir nur Zahlen aus dem Ausland herholen. Inzwischen sind wir bei etwa 500 nach PID geborenen Kindern. An diesen, gerade in den letzten Monaten sind mehrere Studien mit nochmals 100 Kindern herausgekommen, sind keine signifikanten Häufungen von Fehlbildungen berichtet worden. Ein Problem sind natürlich die Mehrlingsschwangerschaften. Natürlich, da kommen wir auch wieder auf die Beratung zurück. Wir müssen den Leuten sagen, auch wenn bei der Präimplantationsdiagnostik alles richtig funktioniert, hat niemand einen Garantiestempel für ein gesundes Kind. Drei bis vier Prozent aller neugeborenen Kinder sind in irgendeiner Weise krank oder behindert. Wir müssen immer wieder versuchen, überzogene Erwartungen zu dämpfen. Aber harte, naturwissenschaftliche Daten, dass die Diagnostik selbst eine Gefahr darstellen würde, haben wir nicht.

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. Denker ist nicht gefragt als Anatom - keiner hat sich unmittelbar an Sie gewandt. Deswegen würde ich gern aus Zeitersparnis - es kommt vielleicht noch einiges - jetzt Herrn Dr. Montgomery das Wort geben.

**Sachverständiger Dr. Montgomery:** Frau Vorsitzende, ich möchte die beiden Fragen ganz kurz beantworten, um dann vielleicht noch einmal kurz auf das einzugehen, was Herr Prof. Dr. Diedrich gesagt hat, wenn Sie mir das gestatten.

Die Frage von Herrn Hüppe: Warum noch einmal die Pränataldiagnostik zwecks Produkthaftung? Lieber Herr Hüppe - wie immer man selber zur Präimplantationsdiagnostik steht - wenn sie denn kommen sollte, glaube ich, dass sie trotzdem aller normalen Qualitätssicherungsverfahren des normalen medizinischen Ablaufs bedarf. Da würde ich keinen Glaubenskrieg daraus machen. Wenn sie wirklich kommt, dann muss es auch im Verlauf der Schwangerschaft die ganz normale Schwangerschaftspflege und -vorsorge geben.

Zweitens: Frau Knoche fragte einmal nach dem Handlungsauftrag des Arztes, überhaupt tätig zu werden. Dann fragten Sie nach dem Verwerfungsrecht. Für mich ist das ganz klar aus dem Embryonenschutzgesetz abgeleitet, dass es dieses Verwerfungsrecht nicht gibt und dennoch wäre es ja wohl

geradezu grotesk, wenn wir, nachdem wir einen Embryo der PID unterzogen hätten, ihn gegebenenfalls nicht verwürfen.

Übrigens, das wäre die erste Bemerkung zu Prof. Dr. Diedrich, ich wehre mich etwas gegen den Begriff des Zurücksetzens in die Gebärmutter, denn er war vorher nicht drin. Sie können nur etwas zurücksetzen, was Sie vorher herausgeholt haben. Ich glaube, wir müssen eine andere Terminologie wählen.

Zweiter Punkt: Herr Prof. Dr. Diedrich hat hier eine Kommission konzipiert, die das prüfen könnte bei der Bundesärztekammer, aus einem Pädiater, einem Reproduktionsmediziner, einem Humangenetiker und einem Juristen. Das kann ich mir für die Bundesärztekammer nicht vorstellen, das ist etwa so, als ob Sie eine gemeinsame Kommission der Werbeindustrie und der Tabakindustrie bitten, das Tabakwerbeverbot zu instrumentalisieren. Das halte ich deswegen nicht für angemessen. Ich rate Ihnen, in das Transplantationsgesetz zu schauen, wo wir in der Lebensspendekommission eine sehr vernünftige Lösung haben. Dass nämlich dort ein nicht an Transplantationsverfahren beteiligter Arzt, ein nicht an Transplantationsverfahren beteiligter psychologisch erfahrener Arzt oder Psychologe und ein nicht an Transplantationsverfahren beteiligter Jurist tätig wird. Also, wir müssen das dann, wenn wir schon so etwas machen, unabhängige Fachleute und unter Beteiligung der Öffentlichkeit machen lassen. Und schließlich - ich weiß nicht, ob wir hier manchmal das Selbstbestimmungsrecht des Paares und der Frau unter sehr vielen Facetten diskutieren - es ist für mich ein Widerspruch, wenn man auf der einen Seite das Selbstbestimmungsrecht des Paares ganz hoch hält, was ich begrüße, was ich für richtig halte, und auf der anderen Seite sagt, wir werden es aber auf bestimmte Indikationen einschränken. Das geht nicht, meine Damen und Herren! Entweder Sie haben ein Selbstbestimmungsrecht, dann wird als erstes dieses selbstbestimmte Paar den Indikationskatalog hinterfragen, und zwar zu Recht. Also, hier ist die Argumentation unglaublich und deswegen glaube ich, wir sollten bei der von mir vertretenen Meinung bleiben.

**Vorsitzende:** Herr Dr. Montgomery, Juristen können zu dieser Behauptung, dass das Selbstbestimmungsrecht nur ganz oder gar nicht geht, einiges sagen, aber es steht Ihnen frei, auch dazu zu sagen, was Sie meinen. Wir werden uns sehr beschränken müssen. Ich habe fünfzehn Wortmeldungen. Also, vielleicht sind Sie einverstanden damit, dass jeder nicht mehr als eine Minute für sich in Anspruch nimmt, wie viele Fragen er auch immer - mehr als zwei gehen eigentlich nicht - darin unterbringt. Frau Dr. Graumann!

**Sachverständige Dr. Graumann:** Ich habe zwei Fragen, die erste Frage an Herrn Prof. Dr. Denker, die zweite an Prof. Dr. Diedrich.

Zur ersten Frage: Wir haben eben gehört, dass bei den ungefähr 500 - meines Wissens sind es ungefähr 400 - nach PID geborenen Kindern bisher keine Schädigungen aufgetreten sind. Was ich wissen möchte, ist, ob es Untersuchungen zur Schädigung des Embryos selbst gibt. Und der Hintergrund für diese Frage ist der, dass es bisher ja in Deutschland die Regel ist, dass nur drei Embryonen her-

gestellt und übertragen werden dürfen, und wenn jetzt die Präimplantationsdiagnostik dazu kommt, ob es durch die Biopsie selbst einen Verlust an Embryonen gibt? Zusätzlich gibt es durch die Selektion ja einen Verlust an Embryonen und das heißt, dass die Zahl der befruchteten Eizellen erhöht werden muss. Ich denke, so etwas kann man am ehesten aus einem Tierexperiment sagen. Das war die erste Frage.

Meine zweite Frage an Prof. Dr. Diedrich ist: Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme von ungefähr zwei Prozent Fehldiagnosen gesprochen. Ich denke, Sie können mich gern korrigieren, dass diese Zahl auf die Gesamtzahl aller über die Pränataldiagnostik dann später überprüften Schwangerschaften bezogen und deshalb irreführend ist. Wenn das tatsächlich so ist und wenn dann mit einbezogen wird, dass beispielsweise beim autosomal-rezessiven Erbgang eine 25-prozentige Chance besteht, dass der Embryo betroffen ist, dann müsste die Zahl bereinigt werden, dann kommen wir rechnerisch auf eine Fehldiagnosezahl von mindestens acht Prozent und ich meine, dass andere Autoren sogar von höheren Prozentzahlen ausgehen. Ich möchte von Ihnen wissen, ob Sie vor dem Hintergrund diese Diagnosetechnik dann noch für gerechtfertigt halten?

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. Geisler!

**Sachverständiger Prof. Dr. Geisler:** Ich habe an Herrn Prof. Dr. Diedrich noch einmal eine Frage zur Qualitätskontrolle der Methode. Jeder biologische Test müsste eigentlich Angaben über Sensitivität und Spezifität haben, das haben wir hier nicht. Gibt es nicht ein grundsätzliches Problem, dass sozusagen die nachgeschaltete Pränataldiagnostik, die der Qualitätskontrolle dient, sich nur auf die implantierten oder transferierten Embryonen erstreckt und dass die, die vorher selektiert und getötet wurden, dass die natürlich in diese Rechnung gar nicht eingehen können.

Darin sehe ich einen grundsätzlichen Schwachpunkt.

Ich habe eine zusätzliche Frage zu Ihrem Begriff der Zurücksetzung. Meinen Sie damit das Töten dieser genetisch belasteten Embryonen oder meinen Sie - das wurde hier kontrovers verstanden - die Einpflanzung in den Uterus. Und ist nicht, wenn es diese Unsicherheiten in der Diagnostik gibt, die Präimplantationsdiagnostik grundsätzlich eigentlich noch als experimentelle Methode anzusehen und stellt sich dann überhaupt zu diesem Zeitpunkt schon die Frage einer Legalisierung?

**Vorsitzende:** Präzise die Minute eingehalten, Herr Prof. Dr. Geisler, toll! Herr Dr. Seifert!

**Abgeordneter Dr. Seifert (PDS):** Die Minute fängt erst an, wenn ich anfangen zu reden, stimmt's? Also, ich will auch versuchen, mich kurz zu fassen. Herr Dr. Montgomery, welche Vorschläge haben Sie denn für uns, dass wir wenigstens aus dieser Falle der Produkthaftung heraus kommen? Ich halte es ja für unmöglich, dass es so ist. Eigentlich müsste man die Frage auch an Herrn Prof. Dr. Diedrich stellen, aber ich tue das nicht, weil Sie interessengeleitet sind, Sie wollen das unbedingt machen, die-

se Beratung und diese Behandlung. Entschuldigung, er hat uns auch beschimpft, dann kann ich das auch tun.

**Vorsitzende:** Das können wir schon gar nicht tun. Wir sind nämlich die Gastgeber.

**Abgeordneter Dr. Seifert (PDS):** Gut, dann nehme ich das zurück. Ich bitte um Entschuldigung. Welchen Vorschlag haben Sie, was können wir gesetzgeberisch tun, damit wir aus dieser Falle der Produkthaftung heraus kommen? Die nächste Frage, die ich habe, möchte ich am liebsten an Herrn Prof. Dr. Denker stellen. Vielleicht ist er am wenigsten, sage ich mal, vorbelastet. Sie haben ja einen sehr eindrucksvollen Vortrag gehalten. Wie kommen wir denn aus der Falle heraus, ich halte das für eine Falle, dass die Anerkennung des Fortpflanzungswunsches dann sozusagen quasi zu einer Pflicht führt, alles zu tun, was theoretisch denkbar ist? Hier wurde von Damm- und Deichbruch geredet - wie kommen wir da raus, dass wir nicht eines Tages, wie bei der Pränataldiagnostik, zu einer massenhaften Anwendung dieser Methoden kommen und in keiner Weise uns beschränken können auf wenige vorher festzulegende Diagnosen?

**Vorsitzende:** Also, ich finde das Wort „Produkthaftung“ inzwischen genau so katastrophal wie das Wort „Katastrophe“ und bitte es zu unterlassen, auch wenn es ironisch gemeint ist, was ich verstehe. Als Nächste Frau Prof. Dr. Schuchardt!

**Abgeordnete Prof. Dr. Schuchardt (CDU/CSU):** Zwei Fragen: Herr Dr. Montgomery, Sie haben - nicht, ohne auf eine Wertung zu verzichten -, die Kompetenz der Bundesärztekammer in Frage gestellt. Meines Wissens haben die Länder-Ärzttekammern eine rechtliche Anerkennung und ich meine, dass die Bundesärztekammer ja im Grunde genommen das Organ ist, was das bündelt, so dass man das nicht dezentralisiert machen muss und möchte doch hinterfragen, was Sie damit eigentlich beabsichtigt haben?

Die zweite Frage: Es wurde sehr deutlich die Spannweite dargestellt, auf der einen Seite - Herr Prof. Dr. Diedrich hat es ja deutlich getan - der Abtreibungstourismus, auf der anderen Seite hat Herr Dr. Henn die Kliniken dargestellt, die es gibt, und Sie haben das grundsätzliche Verbot sehr klar dargelegt. Wie wollen Sie mit dem Axiom der Selbstbestimmung des Menschen verfahren? Das geht im Grunde an alle drei Sachverständige. Da, wo es Gebote gibt, wird der Mensch aus der eigenen Verantwortung weitgehend entlassen. Wir sind auf dem Weg zu einem Europa, das Beispiel der Stammzellen, die bereits importiert werden können laut DFG, zeigt dies. Aber bei uns ist ihre Gewinnung eben nicht erlaubt. Wir importieren, wir nutzen auch die Medikamente; das ist schizophran: Wie soll diese Frage gelöst werden?

**Vorsitzende:** Frau Dr. Schneider!

**Sachverständige Dr. Schneider:** Meine erste Frage an Herrn Prof. Dr. Diedrich: Was kostet eine Präimplantationsdiagnostik, wie viele erwarten Sie im Jahr in der Bundesrepublik und bei einem gedeckelten Budget, wo sollen die Ressourcen weggenommen werden dafür, dass sie für die Pränataldiagnostik bereit gestellt werden angesichts der Tatsache, dass schon IVF zehn Prozent des Gynäkologen-Budgets ausmacht?

Eine zweite Frage an Herrn Dr. Henn: Wie wird im Ausland verfahren, wenn bei einem Embryo eine Anlageträgerschaft festgestellt wird für eine bestimmte genetische Krankheit, die ja für den Embryo selbst keinen Krankheitswert hat? Wird dieser Embryo übertragen, wird es den prospektiven Eltern mitgeteilt? Wer entscheidet: Der Arzt oder die Patienten bzw. prospektiven Eltern?

Und an Herrn Dr. Henn auch die Frage nach den unbalancierten Chromosomen-Aberrationen: Spielen die bei frühen Embryonen überhaupt schon eine Rolle? Wie viel Prozent der Schwangerschaften gehen dadurch verloren? Kann man Angaben zur Quantifizierung machen, ob es Risiko-Paare gibt und wie viele davon betroffen werden? Um die Frage der Indikationsstellung vielleicht auf IVF-Paare zu beziehen: Wie viele werden in der Bundesrepublik dann mögliche Indikationsträger dafür?

Und eine letzte Frage möchte ich noch einmal sowohl an Herrn Dr. Montgomery als auch an Herrn Prof. Dr. Diedrich stellen, und zwar noch einmal auf das bezogen, was Frau Knoche auch schon gesagt hat, die Vereinbarkeit mit dem ärztlichen Handlungsauftrag und Handlungsethos. Bei Herrn Prof. Dr. Diedrich kommt eigentlich...

**Vorsitzende:** Frau Dr. Schneider, bitte keinen Kommentar, die Frage bitte!

**Sachverständige Dr. Schneider:** Die Frage: Ist der Arzt Dienstleister am Patienten? Wenn ja, wenn antizipiertes Leid zum Maßstab gemacht wird für die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik, sehe ich nicht, dass es dort eine Grenzsetzung gäbe in der Indikation.

**Vorsitzende:** Herr Beckmann!

**Sachverständiger Beckmann:** Als ein Ziel der Einführung der Präimplantationsdiagnostik ist mehrfach das Problem des PID-Tourismus, die Vermeidung desselben, angesprochen worden. Ich sehe gerade durch die oft betonte enge Indikationsstellung, die in Deutschland erfolgen soll - plus Beratungspflicht -, keine Chance, den PID-Tourismus tatsächlich zu verhindern. Wenn wir das wesentlich restriktiver und anders handhaben sollten als andere Länder, dann werden natürlich alle die, die durch diesen Indikationskatalog durchfallen oder eben hier nicht zum Zuge kommen, selbstverständlich nach wie vor ins Ausland reisen.

Das zeigt meines Erachtens die Logik des Tourismus-Arguments, denn wer in welcher Form und auf welchem Gebiet auch immer einen Tourismus ins Ausland verhindern will, der muss sich letztlich

weltweit dem niedrigsten ethischen Standard anpassen und das kann meines Erachtens nicht die Lösung sein. Die Frage geht im Prinzip an Herrn Dr. Henn.

Und die zweite Frage an Herrn Prof. Dr. Diedrich: Sie hatten in einem von Ihnen mitverfassten Aufsatz die Folgen einer Fehldiagnose klassifiziert oder jedenfalls eine Klassifizierung zitiert, in der es heißt, der Transfer eines erkrankten Kindes - das nicht erkannt wird - sei inakzeptabel, wohingegen die Verwerfung eines tatsächlich gesunden Embryos, der fälschlich als krank identifiziert wird, tolerabel sei. Stehen Sie hinter dieser Klassifizierung? Ist das wirklich eine vernachlässigbare Nebenfolge, dass man aufgrund der Unsicherheiten der Technik zu falschen Ergebnissen kommen kann und dann gesunde Embryos verwirft?

**Vorsitzende:** Als Letzter in dieser Reihe Herr Dr. Wunder!

**Sachverständiger Dr. Wunder:** Herr Prof. Dr. Diedrich, ich wollte Sie fragen, was Sie machen würden, wenn wir uns vorstellen, das käme jetzt so durch, wie die Bundesärztekammer das vorgeschlagen hat: Sie hätten eine Präimplantationsdiagnostik durchgeführt im Falle von Mukoviszidose und es stellt sich später heraus, dass der Embryo Down-Syndromträger ist. Die Eltern klagen, es kommt zu diesem Haftpflichtrückgriff oder der Androhung desselben auf Sie. Was machen Sie im nächsten Indikationsfall Mukoviszidose? Werden Sie dann gleichzeitig in der Präimplantationsdiagnostik auch auf Down-Syndrom untersuchen?

Und das Zweite, das ich Sie fragen wollte, ist, dass ich gerne hätte, dass Sie uns erklären, was das Verwerfen eigentlich wirklich ist im Falle der Feststellung von beispielsweise Mukoviszidose? Wie geht dies bitte? Zu welchem Zeitpunkt findet es statt? Im gleichen Zellteilungsstadium, in dem auch die Präimplantationsdiagnostik durchgeführt wird oder später? Also, zu welchem Zeitpunkt und wie bitte? Oder wird erst kryokonserviert und dann später verworfen? Was passiert dort eigentlich wirklich? Wie stellen Sie sich das vor?

**Vorsitzende:** Danke sehr. Und jetzt kommen die Antworten. Gehen wir mal in umgekehrter Reihenfolge vor! Zuerst Herr Dr. Montgomery und dann in dieser Richtung.

**Sachverständiger Dr. Montgomery:** Ich danke Ihnen für die Prüfung meiner Vigilanz. Das hat funktioniert. Herr Dr. Seifert hat die Frage nach dem Wort, was ich jetzt nicht benutzen darf, nach dem Haftungsrecht gestellt. Da kommen Sie nur raus durch eine generelle Freistellung des Arztes von allen Haftungsrisiken. Das ist eine derartige Beeinträchtigung der Position des Patienten, dass ich das von keiner Bundesregierung erwarte, dass sie das tun wird. Ansonsten gilt das ganz normale Haftungsrecht, wie wir es in allen Arztfehlerproblemen haben und deswegen glaube ich, Sie kommen da nicht raus. Die Falle ist da. Frau Prof. Dr. Schuchardt hat mich natürlich gereizt, in dem sie gesagt hat, ich hätte die Kompetenz der Bundesärztekammer hinterfragt.

Frau Prof. Dr. Schuchardt, ich kämpfe sehr dafür, dass die Bundesärztekammer endlich die Kompetenz bekommt, als Körperschaft öffentlichen Rechts auf dem gleichen Niveau zu stehen wie zum Beispiel die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder die Landesärztekammern. Faktisch ist sie rechtlich aber einfach ein Verein, den die Landesärztekammern, die auf einer gesetzlichen Basis stehen, nämlich den Heilberufegesetzen, gegründet haben, um Lobbyarbeit und derartig übergreifende Arbeit zu betreiben. Aber die Rechtskonstruktion ist sehr schwach und ich würde es sehr begrüßen, um das völlig klarzustellen, wenn man die verstärken würde.

**Vorsitzende:** Ich glaube, bevor wir darüber lange reden - es war nicht gemeint, die rechtliche Kompetenz, sondern die fachliche - und ich glaube, die Frage ist damit...

**Sachverständiger Dr. Montgomery:** Also die fachliche Kompetenz - wenn ich das beantworten darf: Alle Landesärztekammern, ich bin selber Präsident einer solchen, sind sehr dankbar dafür, dass die inhaltliche Arbeit in den Kommissionen der Bundesärztekammer geleistet wird. Ich würde in dem Kontext gern zu dem, was Herr Dr. Wunder gesagt hat, Stellung nehmen. Er hat nämlich formuliert: „Wie die Bundesärztekammer das vorgeschlagen hat.“ Ich würde darauf gerne antworten, die Bundesärztekammer hat eigentlich gar nichts vorgeschlagen, sondern sie hat versucht aufzunehmen, was als Debatte bei den Fachleuten und in der Gesellschaft vorhanden ist und hat das in einen offenen Diskussionsentwurf hinein getan, damit es fruchtbar diskutiert wird.

Argument des Auslandstourismus beziehungsweise Selbstbestimmung: Ich glaube, Herr Beckmann hat eigentlich die Antwort für mich fast schon gegeben. Unter dem Selbstbestimmungsaspekt wird der Auslandstourismus bei der Eingrenzung der Indikationen einen gewaltigen Druck erzeugen. Warum bekommt eine Gruppe von Paaren es in der Bundesrepublik angeboten, während die andere unter den schlechteren ethischen Standards des Auslandes es sich angedeihen lassen muss? Ich glaube, der Druck ist noch höher, als wenn es das in Deutschland überhaupt nicht gäbe und ich kann Frau Dr. Schneider mit ihrer rhetorischen Frage, Sie haben ja letztlich gefragt, ob antizipiertes Leid graduierbar wäre, nur voll zustimmen, wenn ich sie rhetorisch erfasse: Es ist nicht graduierbar. Antizipiertes Leid ist antizipiertes Leid und damit werden Sie die totale Ausweitung des Indikationenkatalogs automatisch bekommen.

**Vorsitzende:** Sie haben eine Frage von Herrn Dr. Seifert bekommen, Herr Prof. Dr. Denker!

**Sachverständiger Prof. Dr. Denker:** Ja, Herr Dr. Seifert hat angesprochen, wohin das Ganze führen soll, ob man alles tun soll und kann, was denn möglich ist sowie die Gefahr der massenhaften Ausweitung. Das habe ich Ihren Worten entnommen und dazu kann ich natürlich relativ wenig mehr sagen als nur dieses: Natürlich muss man damit rechnen, dass ausgeweitet werden soll, das haben wir auch schon von vielen Seiten gehört. Es soll also in der Breite eine Anwendung geben, die ich für problematisch halte aus den Gründen, die ich vorhin angetippt habe. Viel mehr kann ich dazu eigentlich

nicht sagen, aber ich würde dann, wenn Ihnen das recht ist, zu der Frage von Frau Dr. Graumann noch Stellung beziehen, die mich auch gefragt hat oder soll das noch nicht sein?

**Vorsitzende:** Da Sie gefragt worden sind, bitte antworten Sie dann gleich?

**Sachverständiger Prof. Dr. Denker:** Sie hatten mich gefragt nach den Schädigungen des Embryos, aus dem die Biopsie entnommen wird. Nun muss ich Sie da etwas enttäuschen. Ich habe mich hier bezüglich der Zahlen, die verfügbar sind in der Literatur, nicht belesen und ich habe, das möchte ich Ihnen auch als Begründung dazu geben, mich bewusst nicht belesen, denn was wir hier machen, ist ja, dass wir eine totipotente Zelle, so wie es jetzt gemacht wird, entnehmen. Wir betreiben eine Zwillingsbildung und wir verurteilen den Zwilling zum Tod und das ist für mein Empfinden eine solche Ungeheuerlichkeit, dass wir darüber weiter nicht nachdenken sollten und das Recht des verbliebenen Embryos hier nicht so intensiv diskutieren sollten.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Jetzt ist Herr Dr. Henn an der Reihe.

**Sachverständiger Dr. Henn:** Zu den Fragen von Frau Dr. Schneider: Die erste Frage war, inwieweit im Ausland heterozygote, also mischerbige, gesunde, anlagentragende - zumindest nach ihrer genetischen Konstitution - Embryonen eingepflanzt werden. Ich kann da natürlich nur auf die Literatur Rückgriff nehmen und die ist etwas uneinheitlich. Es gibt Zentren, die sozusagen den Mut haben, auch mischerbige Embryonen einzupflanzen, natürlich, davon gehe ich grundsätzlich auch im Ausland aus, in Rücksprache mit dem planenden Elternpaar. Natürlich ist dort die technische Gefahr einer Fehldiagnose etwas höher und einige Zentren scheinen am liebsten - oder im Zweifelsfall dann auch die Heterozygoten verwerfend - nur die homozygot gesunden Embryonen einpflanzen zu wollen. Das ist also sehr uneinheitlich, aber die Tendenz geht wohl dahin, je zuverlässiger die Verfahren werden - darauf sind wir jetzt gar nicht zu sprechen gekommen -, desto höher mag auch die Bereitschaft werden, heterozygote Embryonen, wenn sie sicher als solche klassifiziert sind, einzupflanzen. Zu der zweiten Frage nach den unbalancierten Translokationen, so haben Sie es gesagt - ich nehme an, Sie haben gemeint, die Trisomien -, die numerischen, also spontan auftretenden numerischen Aberrationen. Da haben wir nur Schätzwerte. Vermutlich, eine Zahl, die in der Literatur kursiert, haben etwa vierzig Prozent der frühen Embryonen eine numerische Chromosomenanomalie. Da müssen wir verschiedene Formen unterscheiden: Die Trisomie 1 beispielsweise hat, wenn sie bei einem Embryo vorliegt, keine Chance, auch nur die Implantation zu überstehen. Eine Trisomie 16 hat, wenn sie im Embryo vorliegt, keine Chance, etwa die ersten zwölf Schwangerschaftswochen zu überstehen und die Trisomie 21 - entgegen dem, was vielfach geglaubt wird - hat nur eine recht geringe Chance, aber sie hat eine Chance, zu einem lebenden Kind mit einem - ich darf das hinzufügen - durchaus möglicherweise lebenswerten Leben heranzureifen. Man kann das also nicht in eine Klasse hineintun.

..... Zwischenruf .....

... subjektiv lebenswert, bitte, Entschuldigung, nicht, dass ich da missverstanden werde, selbstverständlich.

**Vorsitzende:** Also, keine Unterstellungen, ich glaube, der Sachverständige hat es ziemlich klar gemacht.

**Sachverständiger Dr. Henn:** Ich arbeite seit meiner eigenen Kindheit mit Kindern mit Down-Syndrom zusammen und weiß, dass Kinder mit Down-Syndrom, Erwachsene mit Down-Syndrom ein sehr erfülltes Leben führen können - nur einige sterben im frühen Kindesalter an ihrem Herzfehler. Das war das, was ich meinte. Ich bitte um Entschuldigung für eventuelle Missverständnisse.

Bezüglich der Testindikation auf letale Chromosomenanomalien gibt es einen Dissens auch zwischen den Humangenetikern, den ich fairerweise darstellen will. Die einen sagen, solche Tests auf letale, das heißt, nicht lebensfähige Chromosomenanomalien im Rahmen der In-vitro-Fertilisierung bei der Sterilitätsbehandlung sind keine Benachteiligung der natürlichen Zeugung, weil dort ja dieselbe Selektion in vivo stattfindet, also bereits vor der bemerkten Schwangerschaft. Die anderen, zu denen ich mich zähle, sagen, man solle lieber eine scharfe Trennung zwischen der Indikation bei krankheitsbelasteten Familien und der In-vitro-Fertilisierung in der Sterilitätstherapie machen und hier im Zweifel auch eine als solche empfundene Ungerechtigkeit in Kauf nehmen.

Zu der Frage von Herrn Beckmann mit dem Tourismus: Wir hatten es ja schon. Natürlich kann man Tourismus nicht vermeiden, nicht verhindern. Ich habe den Eindruck, wenn sowieso alles verboten ist, dann kommen die Leute erst gar nicht zur Beratung. Wenn wir hier ein noch so restriktives Angebot haben, haben wir zumindest die Chance, die Leute primär zu einer genetischen Beratung zu holen und ich kann die Wertigkeit der Beratung in der Entscheidungsfindung gar nicht hoch genug einschätzen aus meiner persönlichen Arbeit. Ich arbeite seit zehn Jahren mit Huntington-Familien, natürlich in der Fragestellung Pränataldiagnostik. In meiner Beratung, das gilt für viele andere, hat es noch keine einzige Pränataldiagnostik bei Huntington gegeben. Aus den Gesprächen heraus kommt der Verzicht. Ähnliches gilt - nicht in dieser Schärfe - aber vielfach auch für die Mukoviszidose. Wenn man mit den Leuten redet, wenn man sie beispielsweise an Selbsthilfegruppen am Ort verweist, um dort Menschen mit Mukoviszidose oder mit Down-Syndrom kennen lernen zu können, haben wir Chancen, auch im Bewusstsein, im Gewissen der Leute, etwas in Bewegung zu setzen. Wenn bei uns alles vorab kriminalisiert wird oder verboten ist, um nicht emotional zu werden, dann fürchte ich, gehen die Leute sofort dort hin, wo Angebote, aber keine Beratung gemacht werden.

**Vorsitzende:** Mich erinnert manches an die Diskussion um den § 218 StGB. Herr Prof. Dr. Diedrich hat das Wort.

**Sachverständiger Prof. Dr. Diedrich:** Vielen Dank. Ich möchte auf die Fragen, die mir gestellt wurden, eingehen.

Frage der Fehldiagnosen: Ich kann mich hier nur auf das verlassen, was die Literatur zeigt. Es gibt ein Register in Brüssel bei der Europäischen Gesellschaft für Reproduktion, die in Europa die Fälle der Präimplantationsdiagnostik registriert. Hier sind bisher über 2000 Zyklen registriert worden und insgesamt wurden vier Fehldiagnosen berichtet, die durch pränatale Diagnostik erkannt wurden. Ein Fall ist dokumentiert, wo die Eltern auf Pränataldiagnostik verzichtet haben, wo es dann auch zur Geburt eines mit dieser Erkrankung geborenen Kindes kam.

Frage der Qualitätskontrolle: Auch wenn die Präimplantationsdiagnostik bereits seit zehn Jahren durchgeführt wird und auch im Ausland Fortschritte auf diesem Gebiet erzielt wurden, muss man trotzdem sagen, dass es schwierig ist, und das wird mir Herr Dr. Henn als Humangenetiker bestätigen, allein aus einer oder auch aus zwei Zellen eine genetische Diagnose zu machen. Hier sind leicht Irrtumsmöglichkeiten vorhanden. Bei der Amniozentese zum Beispiel, bei der Fruchtwasseruntersuchung, werden ja teilweise einhundert Zellenmetaphasen untersucht, um zu einer Diagnose zu kommen. Also erhöht sich hier allein schon durch die Zahl das Risiko einer Fehldiagnose. Deshalb wird es nach wie vor empfohlen, zur Diagnosesicherung - die Entscheidung liegt bei dem Paar, ob sie das in Anspruch nehmen - eine pränatale Diagnostik durch Chorionzottenbiopsie oder auch durch Fruchtwasseruntersuchung durchführen zu lassen. Viele machen das dann doch nicht, wie mir berichtet wurde.

Wie sind die Kosten? Die Kosten im Ausland - ich kann es von Brüssel nennen, mit denen wir sehr eng zusammenarbeiten - liegen zwischen acht- und zehntausend Mark für einen Behandlungszyklus. Die ICSI-Behandlung (= intrazytoplasmatische Spermieninjektion) - nur um es Ihnen vergleichsweise zu nennen - ich hoffe, dass jeder weiß, was das ist, liegt etwa auch bei sechs- bis siebentausend Mark.

..... Zwischenruf .....

Nein, alles zusammen, als Paket. Eine weitere Frage war die Fehldiagnose. Herr Beckmann nannte dieses Zitat. Ich glaube schon, dass es etwas aus dem Zusammenhang gerissen ist, aber man muss sich natürlich schon einmal gegenüber stellen: Wie ist es, wenn ein Kind nach Fehldiagnose mit dieser genetischen Erkrankung geboren wird und wie ist es, wenn wir einen Embryo fälschlicherweise als genetisch krank diagnostizieren, obwohl er nicht, das war glaube ich, Ihre Frage, obwohl er nicht behindert ist? Für das Paar - und aus der Sicht stelle ich es einmal gegenüber - für das Paar ist es sicherlich die größere, ich will nicht schon wieder das Wort „Katastrophe“ benutzen, aber das größere Unglück oder Leid, wir sind ja Ärzte, wir müssen Leid lindern, das größere Leid, mit einem fälschlicherweise kranken Kind, sage ich mal, umgehen zu müssen als mit dem Gedanken, dass ein Embryo, der möglicherweise gesund war, dann doch zum Absterben gebracht wurde. So muss man diese Gegenüberstellung sicherlich verstehen.

Die Frage der Dienstleistung: Bin ich sozusagen Dienstleister, wenn ich die Präimplantationsdiagnostik durchführe? Ich sehe mich hier nicht als Dienstleister, sondern ich sehe mich als Arzt, der die Aufgabe hat zu heilen und Leid zu reduzieren, wenn es möglich ist, wenn es in seinen Möglichkeiten

steht. Für mich ist die Präimplantationsdiagnostik ein Weg, Leid zu lindern, in dem ich Paaren, die bereits die Geburt eines erbkranken Kindes hinter sich haben und mit dieser Situation zurecht kommen mussten, indem ich diese erneute Situation durch das Angebot meiner Untersuchung - sei es Pränataldiagnostik, sei es Präimplantationsdiagnostik - dieses Leid verhindere. Dies ist meine Intention, die Präimplantationsdiagnostik anzubieten.

Eine weitere Frage an mich war, wie viele Fälle erwarten wir in Deutschland: Hier hat Herr Prof. Dr. Engel, Humangenetiker aus Göttingen, versucht, dies einmal hochzurechnen.

Um Ihnen das klarzumachen: Es werden in Deutschland pro Jahr etwa 75.000 pränataldiagnostische Untersuchungen durchgeführt zum Ausschluss eines Down-Syndroms, das in den meisten Fällen mit einer Wahrscheinlichkeit von etwa ein bis zwei Prozent bei einer 38jährigen Patientin auftritt. Wir müssen, auch dies sei gesagt, wir als Frauenärzte müssen die Patientin über diese Untersuchungsmöglichkeiten informieren, wenn wir es nicht machen, machen wir uns strafbar. Da gibt es entsprechende Gerichtsurteile. Dies noch einmal zum Vergleich.

**Vorsitzende:** Sie machen sich nicht strafbar, sind aber haftpflichtig!

**Sachverständiger Prof. Dr. Diedrich:** ... oder haftpflichtig. Ich bin ja nur Arzt, kein Jurist. Auf der anderen Seite: Wie viele Fälle erwarten wir bei der Präimplantationsdiagnostik? Wenn sie so eingesetzt wird, wie es von der Ärzteschaft - in diesem Fall dem wissenschaftlichen Beirat - im Diskussionsentwurf gesehen wird, so sind es etwa einhundert Fälle pro Jahr, mehr erwarten wir nicht. Und ich bin nach wie vor dafür, es strengstens indiziert durchzuführen. Ich möchte mich persönlich als durchaus bekannter Befürworter der Präimplantationsdiagnostik auch dafür aussprechen, den Deich- und Dammbrech zu verhindern. Dies müssen wir machen und dies sollte auch gelingen.

Dann zu Ihrer Frage, Herr Dr. Wunder: Können wir bei einem Paar mit einem Risiko für eine Mukoviszidose gleichzeitig auch ein Down-Syndrom - das war, glaube ich die Frage - untersuchen? Dies ist, allein durch den unterschiedlichen Untersuchungsgang, nicht möglich. Bei einer Mukoviszidose müssten Sie eine PCR-Untersuchung machen, während Sie beim Ausschluss eines Down-Syndroms Trisomie 21 eine FISH-Diagnostik machen müssten. Sie können beides in einem nicht machen. Darüber hinaus ist auch das Risiko eines Down-Syndroms für mich keine Indikation, es ist ein Risiko von ein bis zwei Prozent für eine 35jährige Schwangere.

Das Risiko eines Down-Syndroms ist keine Indikation für eine Präimplantationsdiagnostik, um das deutlich zu sagen.

**Vorsitzende:** Ich will Ihnen die Situation, vor der wir stehen, klar machen, und dann vielleicht um Entscheidung bitten. Ich habe noch folgende Wortmeldungen: Herr Dr. Winter, Herr Dr. Wodarg, Frau Dr. Wetzel, Frau Höfken, Herr Prof. Dr. Tanner, Herr Röspel, Frau Prof. Dr. Neuer-Miebach - noch einmal, ich glaube, das lassen wir mal? Herr Parr hat sich auch gemeldet, schon etwas eher, also nach Herrn

Dr. Wodarg. Frage, gibt jemand auf? Frau Höfken. Jetzt muss ich aber, selbst auf die Gefahr hin, dass Sie mich köpfen, die eine Minute sehr halten, denn wir sind schon fast zehn Minuten über der Zeit. Ich muss sagen, ich finde persönlich diesen ersten Teil so aufregend und spannend, und ich gehe davon aus, bei Ihnen ist es auch so, dass wir ihn dringend brauchen und zwar ausgeschöpft brauchen für die weiteren Teile. Oder sehen Sie das anders? Dann darf ich Herrn Dr. Winter das Wort geben.

**Sachverständiger Dr. Winter:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich bin Ihnen dankbar für Ihren Hinweis in Bezug auf § 218 StGB. Man hätte eine Zeitlang der Diskussion folgen und der Meinung sein können, wir befänden uns in einem anderen Land als in Deutschland, wo jährlich Hunderttausende von Abtreibungen stattfinden. Ich meine, das ist der Anlass gewesen für die Bundesärztekammer, wie auch von Herrn Dr. Montgomery gesagt, den Entwurf überhaupt vorzulegen. Die Frage, die ich an Herrn Prof. Dr. Diedrich und an Herrn Dr. Montgomery stellen möchte, lautet, wie Sie mit dem Wertewiderspruch - ganz konkret - Pränataldiagnostik versus Präimplantationsdiagnostik umgehen. Da meine Minute noch nicht um ist, der Hinweis, wir sind als Bundesärztekammer gesetzlich benannte Stelle im Organtransplantationsgesetz und im Transfusionsgesetz. Wir haben seit 1995 eine Zentrale Kommission „Somatische Gentherapie“, die sehr wohl funktioniert durch den wissenschaftlichen Beirat nach eben diesem Modell und würden das bei der Präimplantationsdiagnostik, wenn die Gesellschaft es denn will, so vorschlagen. Das ist aber noch keine abschließende Haltung der Bundesärztekammer als Vorstand. Danke schön.

**Vorsitzende:** Herr Dr. Wodarg!

**Abgeordneter Dr. Wodarg (SPD):** Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Montgomery und an Herrn Dr. Henn. Da geht es mehr um die Bemerkung, die gefallen ist, dass ja bei der Adoption ältere Ehepaare kaum eine Chance hätten. Da muss es ja Gründe geben, weshalb man ihnen die Kinder nicht gibt, und Sie sprechen jetzt von Methoden, wie man älteren Ehepaaren mit all diesen Komplikationen jetzt doch noch Kinder verschafft. Sollte man das nicht zusammen schauen, sollte man da nicht diese Problematik parallel sehen? Wie sehen Sie das denn bei rezessiven Erberkrankungen? Halten Sie das für vertretbar, dass man einen Sog ins Labor hinein entstehen lässt? Denn die Zeugung von Kindern mit rezessiven Erbanlagen mit den dazugehörigen Risiken auf herkömmliche Weise, die wird es ja weiterhin geben. Weshalb sollen nur die Eltern, die In-vitro-Fertilisation in Anspruch nehmen, hier eine zusätzliche Sicherheit bekommen? Ich kenne sehr wohl aus Skandinavien die Meinung, dass man sagt, schon deshalb nicht im Labor, schon deshalb keine Präimplantationsdiagnostik, weil das Risiko für beide gleich sein soll.

**Vorsitzende:** Danke sehr. Herr Parr!

**Abgeordneter Parr (F.D.P.):** Eine Frage an Herrn Dr. Montgomery betreffend die Maßnahmen gegen Missbrauch. Herr Dr. Henn und Herr Prof. Dr. Diedrich haben auf die genetische Pflichtberatung hingewiesen, Indikationsüberprüfung durch die Kommission. Warum halten Sie diese Maßnahmen zum

Ausschluss für Missbrauch nicht für ausreichend? Dann noch eine Frage an Prof. Dr. Diedrich, was die Zahlen, die Sie genannt haben, angeht. Sie haben von ca. 100 Fällen pro Jahr in Deutschland gesprochen, zweitausend Zyklen hatten wir in Europa, 500 Kinder sind zur Welt gekommen. Bedeutet das auch, dass Sie dann erwarten können, 25 Kinder etwa werden das Licht der Welt erblicken?

**Vorsitzende:** Danke. Frau Dr. Wetzel!

**Abgeordnete Dr. Wetzel (SPD):** Beim § 218 StGB wird der Arzt mit der Notlage einer Patientin konfrontiert, der er aus einer Konfliktsituation helfen oder die er darin beraten soll. Gibt es bei den PID-Paaren, die in Frage kämen, eine ethische Begründung dafür, dass man ihren Kinderwunsch so absolut setzt, dass man sie diesem Konflikt, dieser wirklich schwierig zu lösenden Situation nicht mehr aussetzen will, sondern stattdessen eine andere Ebene wählt, nämlich wirklich das Kalkül: Welche Embryonen in der Petrischale sind geeignet für eine Zurückführung in den Uterus? Steckt da nicht eigentlich ein wirkliches wirtschaftliches Interesse dahinter, das dann auch begründen würde, dass es so viele private Zentren dafür schon gibt? Meine zweite Frage geht an Herrn Dr. Henn.

..... Zwischenruf .....

Die erste Frage war für Herrn Prof. Dr. Diedrich und Herrn Dr. Montgomery und eine ganz kurze Frage an Herrn Dr. Henn: Ist Totipotenz ein Interaktionsgeschehen oder die Eigenschaft einer Zelle?

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. Tanner!

**Sachverständiger Prof. Dr. Tanner:** Drei kurze Fragen. Die eine ist ausgelöst durch das, was Sie, Herr Prof. Dr. Denker, gesagt haben. Noch einmal zur Frage - Sie haben es beschrieben - de facto Zwillingsbildung und ein Zwilling wird verworfen. Die Frage, die sich für mich daran knüpft, ist, für wie sinnvoll halten Sie es eigentlich selbst zu versuchen, die ethische Frage nach der Schutzwürdigkeit über solche zellbiologischen Differenzierungen zu lösen? Ich meine also den ganzen Streit um Achtzeller oder Sechzehnzeller. Halten Sie das für einen sinnvollen Weg, das so zu machen?

Das ist die eine Frage, die zweite Frage geht noch einmal an Herrn Dr. Henn und an Herrn Prof. Dr. Diedrich. Es ist des öfteren von ärztlichem Gewissen und anderem geredet worden und zugleich geht es immer massiv um das Nebenstrafrecht. Meine Frage: Wie beurteilen Sie als Mediziner die Versuche, die Probleme, die wir hier haben, mittels Nebenstrafrecht sozusagen immer wieder neu zu lösen?

Die dritte Frage ist an Herrn Dr. Montgomery gerichtet: Wie beurteilen Sie eigentlich die amerikanische und die englische Entwicklung? Sind die alle sehr viel unethischer als wir?

**Vorsitzende:** Herr Röspel!

**Abgeordneter Röspel (SPD):** Frage an Herrn Dr. Henn: Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass die PID sehr hilfreich sein könne mit dem Ziel, bessere Erfolgchancen für eine sich entwickelnde

Schwangerschaft in Bezug auf ererbte Anomalien darzustellen. Lässt diese Argumentation nicht unmittelbar den Schluss zu, dass das eine grundsätzliche Untersuchung sein wird, um nämlich die Erfolgchancen einer Schwangerschaft zu erhöhen? Dass also grundsätzlich eine Präimplantationsdiagnostik voran geschaltet wird?

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. Diedrich fängt diesmal an!

**Sachverständiger Prof. Dr. Diedrich:** Zur Frage von Herrn Dr. Winter: Gibt es einen Wertewiderspruch zwischen der Pränataldiagnostik und der Präimplantationsdiagnostik? Ich würde schon meinen, dass es einen Wertewiderspruch gibt. Wie kann es sein, dass bei einer genetischen Erkrankung des Embryos dieser in der Schwangerschaft untersucht wird, die Diagnose gestellt wird und diese Schwangerschaft dann abgebrochen wird. Nicht aus eugenischen Gründen, sondern aus medizinischen Gründen, weil es zu einer Gesundheitsstörung der Mutter durch diese Belastung kommen kann? Wie kann es sein, dass dieses erlaubt ist und auf der anderen Seite wir die Möglichkeit haben, die erhebliche Belastung eines Schwangerschaftsabbruchs bei einer Patientin, die eigentlich einen Kinderwunsch hat, zu verhindern, wenn wir den Embryo, der ein Risiko hat von etwa 25 oder auch 50 Prozent - je nach Erbgang - diese Erkrankung der Eltern zu bekommen? Warum können wir dann diesen Embryo nicht statt nach Pränataldiagnostik abzutreiben im Reagenzglas absterben lassen? Das war vorhin auch eine Frage, die mir gestellt wurde, die ich noch nicht beantwortet habe.

„Absterben“ heißt doch, dass wir dem Embryo die Kulturbedingung, die er braucht im Reagenzglas, um sich weiterentwickeln zu können, diese Kulturbedingung stoppen, das heißt, ihm sozusagen seinen Nährboden entziehen, so dass er dann in dem Achtzellstadium oder Zehnzellstadium, in dem wir ihn untersucht haben, sich nicht mehr weiterentwickeln kann.

..... Zwischenruf .....

... Stunden später. Die zweite Frage war, ob wir mit 25 Kindern pro Jahr zu rechnen haben. Ich würde das so sehen, Herr Parr, wenn wir einhundert Präimplantationsdiagnostikfälle hochrechnen in Deutschland, so würden wir auf etwa fünfundzwanzig Kinder pro Jahr kommen. Hierüber unterhalten wir uns. Noch einmal zu dem anderen Punkt: § 218 StGB. Man muss sich fragen: Was ist denn das kleinere Übel? Ich gehe immer aus von dem Paar, das zu uns zur Beratung kommt. Was ist für die Patientin oder das Paar das kleinere Übel, die Zeugung auf Probe mit Untersuchung des Embryos im Reagenzglas oder die Schwangerschaft auf Probe mit der Möglichkeit der Pränataldiagnostik und der Belastung des Schwangerschaftsabbruchs?

Lassen Sie uns doch die Paare entscheiden! Warum kommen denn so viele zu uns, wo sie wissen, dass wir versuchen, uns dafür stark zu machen, und es irgendwann, wenn wir dann dürfen, auch zu machen? Warum kommen sie zu uns? Weil ein Bedürfnis besteht. Ich meine, dass wir dieses Bedürfnis unserer Patienten auch anerkennen sollten.

Vielleicht noch eine Bemerkung zu dem finanziellen Aspekt: Ich sagte, wir rechnen mit einhundert Fällen pro Jahr. Wenn Sie mit etwa achttausend Mark rechnen, sehen Sie, dass das kein großes Geschäft sein kann für die Reproduktionsmediziner. Zum anderen haben wir uns auch in der Bundesärztekammer bereits im wissenschaftlichen Beirat Gedanken darüber gemacht, wie lassen wir das denn zu? Wir sind uns einig darüber, dass es nur zwei bis drei Zentren an Universitätskliniken in Deutschland geben sollte, die auch die Infrastruktur - sprich Humangenetik, Pädiatrie usw. - hätten, um diese schwierige Diagnostik suffizient durchführen zu können.

Ich möchte zum Schluss noch etwas zum Konflikt mit dem Embryonenschutzgesetz sagen. Es ist ausführlich behandelt worden, man muss das Rad nicht zweimal erfinden. In dieser wichtigen Broschüre der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, im letzten Jahr unter Federführung des Justizministers Caesar, der leider viel zu früh verstorben ist, geschrieben, ist ein klares Votum dokumentiert. Die Präimplantationsdiagnostik ist mit dem Embryonenschutzgesetz vereinbar, weil auch hier ja durchaus der Wunsch des Paares die Schwangerschaft ist, insofern kein Widerspruch zum § 1 des Embryonenschutzgesetzes, wenn es unter strengster Indikationsstellung an nicht totipotenten Zellen gemacht wird. Diese Kommission, die heterogen mit Gegnern und Befürwortern besetzt war und lange diskutiert hat, kommt durchaus zu einem positiven Votum für die Präimplantationsdiagnostik. Das sollten diejenigen, die sich mit dieser Problematik beschäftigen, sich einmal zu Gemüte führen! Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Herr Dr. Henn!

**Sachverständiger Dr. Henn:** Zu der Frage von Herrn Dr. Wodarg zur Adoption. Das ist eine Frage der Konkurrenz der möglichen Eltern um ein Adoptivkind. Ich kann nur eine Anekdote berichten: Ich hatte ein Paar, das ein Kind mit spinaler Muskelatrophie verloren hatte - das einzige Kind. Dieses Paar hat einen Adoptionsantrag an das Jugendamt gestellt; das wird ja auf lokaler Ebene entschieden. Der Antrag wurde abgelehnt mit der Begründung: Erstens, die Mutter sei schon 35 oder 38 Jahre alt, und zweitens würden Kinder am liebsten in Familien vergeben werden, die bereits ein lebendes Kind haben. Das ist der Zynismus der Realität.

**Vorsitzende:** Das ist kein Zynismus, entschuldigen Sie, dass ich da unterbreche. Adoptionsrecht ist nicht Recht für Menschen, die Kinder wollen, sondern für Kinder, die Eltern wollen. Darum kann man auch nicht sagen, sollen sie doch adoptieren - es geht nicht.

**Sachverständiger Dr. Henn:** Jedenfalls sollte man den Leuten keine leeren Versprechungen machen. Zur Frage betreffend Rezessivität, von Herrn Dr. Wodarg gestellt: Ich bin mir nicht ganz sicher, ob ich Sie da richtig verstanden habe. Ein Test nach einem rezessiven Erbleiden - wir kennen ja mehrere tausend rezessive Erbleiden - ist rein praktisch nur dann möglich, wenn wir wissen, nach welchem rezessiven Erbleiden wir suchen sollen, und von daher können wir nicht im Rahmen einer IVF nach irgendeinem rezessiven Leiden suchen, selbst wenn wir das wollten. Die Alternative oder der technische Zugang wäre das vorab geschaltete genetische Bevölkerungsscreening.

**Abgeordneter Dr. Wodarg (SPD):** Das ist nicht gemeint, sondern gemeint ist das Risiko, welches bei den Eltern, die eine In-vitro-Fertilisation vornehmen, ja dann minimiert werden soll und auch erst beim zweiten Kind minimiert werden soll. Mit welchem Recht? Und da geht wieder die Frage ein, ist es das Recht des Kindes auf ein gesundes Leben, dass es überhaupt geboren werden kann, oder haben hier die Eltern ein Recht?

**Sachverständiger Dr. Henn:** Es ist wohl ein Unterschied, ob man mit einem Risiko von 1:4 oder 1:1600 beispielsweise für die Mukoviszidose oder für spinale Muskelatrophie auf eine Schwangerschaft zugeht.

Zu der Frage von Herrn Röspel: Da ging es ja darum, ob die Präimplantationsdiagnostik, zumindest in Überlegung, grundsätzlich jeder IVF vorgeschaltet werden sollte? Das ist, glaube ich, schon eine Frage, die quantitativ - selbst, wenn wir das wollten - gar nicht zu machen möglich wäre. Zu der Diskussion, inwieweit wir diese spontanen Anomalien in die IVF einbezogen haben sollten, habe ich ja schon dargestellt, dass wir da einen Dissens haben. Ich bin da eher auf der zurückhaltenden Seite.

Zu der Frage von Herrn Prof. Dr. Tanner. Ich bin mir nicht ganz im klaren als Nichtjurist, was Sie unter Nebenstrafrecht verstehen, aber...

**Vorsitzende:** ... was nicht im StGB steht.

**Sachverständiger Dr. Henn:** Was nicht im StGB steht. Was ich als Mediziner, und ich glaube auch, was sich die Ratsuchenden erwarten können, ist eine juristische Klarheit, eine Transparenz, mit der man von weitem erkennen kann, worauf man zuläuft. Ich fürchte einfach, das habe ich im letzten Satz meines Eingangsstatements gesagt, wenn wir keine klaren Regelungen bei uns haben bzw. ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik, und wir nicht wissen, wie wir uns zum Ausland stellen sollen, kommen wir als Ärzte in Situationen hinein, wo wir in der Beratung ahnen, dass wir mit einem Bein vor dem Kadi stehen. Wir wissen nur noch nicht, mit welchem. Das halte ich für sehr problematisch. Ich glaube, wir sollten Klarheit für alle durch transparente Regelungen bekommen; daran mangelt es sicherlich.

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. Denker!

**Sachverständiger Prof. Dr. Denker:** Die Frage von Frau Dr. Wetzel war die Frage nach der Totipotenz in Bezug auf eine oder auf mehrere Zellen. Ich denke, was dahintersteht ist ein Vorschlag, die Totipotenz einer Zelle von der Totipotenz eines Verbandes von Zellen oder einer Gruppe von Zellen zu unterscheiden. Ich denke, dass dieser Versuch einer Unterscheidung nichts bringt, uns nicht weiter bringt, denn die ultimative totipotente Zelle, im Singular, ist natürlich die fertilisierte Eizelle. Sie teilt sich und bringt dann mehrere Zellen hervor, die tatsächlich Zell-Zell-Interaktionen machen, und im Rahmen dieser Interaktionen realisiert sie ihre Totipotenz. Genau dasselbe finden wir offensichtlich, wenn wir uns Zellen der inneren Zellmasse, des Embryoblasten oder des Epiblasten einer Blastozyste

und eines Postimplantationsstadiums anschauen. Da ist es auch eine Interaktion zwischen Zellen, die letzten Endes die Totipotenz, die ja anscheinend auch noch vorliegt, realisiert. Ich sage das mit Fragezeichen, aber es sieht so aus.

Ich denke, darauf wird es ankommen: Zu testen, zu untersuchen - gezielt zu untersuchen -, wann eine Bildung eines ganzen harmonischen Individuums aus einer Gruppe von Zellen noch möglich ist. Dann sollte man diese Zellen als totipotent bezeichnen. So würde ich es definieren. Zu der anderen Frage von Herrn Prof. Dr. Tanner, welchen Sinn es denn macht, ein Stadium zu definieren - wenn ich die Frage richtig verstanden habe, sonst korrigieren Sie mich bitte...

**Sachverständiger Prof. Dr. Tanner:** Es ging um die ethische Bewertung. Das haben Sie mit ihrem letzten Gedanken schon angesprochen. Dass es sozusagen biologisch Sinn macht, solche Dinge zu unterscheiden, ist das eine. Aber die Frage, ob die Grenzen zwischen dem Achtzell- und dem Sechszehnzellstadium gesetzt wird, wo die Ethik dann ansetzt und von wo an es Würde hat oder nicht - das ist die Frage, ob Sie das für sinnvoll halten.

**Sachverständiger Prof. Dr. Denker:** Da sprechen Sie natürlich ein sehr schwieriges Thema an: Wann beginnt die Personalität, wann beginnt Würde, dieses Wesen zu beseelen? Und ich denke, da kann leider die Naturwissenschaft, kann die Medizin im Grunde genommen nichts beitragen zu diesem Punkt. Ich denke, das sollte man intensiv im Kreise der Medizinethiker diskutieren - wir werden wahrscheinlich am Nachmittag hierzu Beiträge haben -, aber ich fühle mich persönlich nicht aufgerufen, in diesem Punkt etwas beizutragen. Ich habe meine Stellungnahme, meine Einstellung hierzu.

Ja, ich würde persönlich die Grenze, wie es auch im Embryonenschutzgesetz ist, früh setzen bei der einzigen ganz klaren Zäsur, die wir haben, nämlich bei der Fertilisation, also bei der Bildung der Zygote.

**Vorsitzende:** Ich glaube, das war ein Beitrag. Herr Dr. Montgomery hat das Schlusswort.

**Sachverständiger Dr. Montgomery:** Das ist gefährlich, Frau Vorsitzende. Sie werden schon eingreifen, wenn es zu gefährlich wird, Frau Vorsitzende.

Herr Dr. Winter hat mich nach dem Wertewiderspruch zwischen Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik gefragt und damit hat er einen Volltreffer gelandet, denn er hat völlig Recht. Natürlich gibt es einen Wertewiderspruch. Wenn man in einer absolut reinen, sauberen, klaren Ethik im Jahre Null der Bundesrepublik argumentieren würde und die Chance hätte, ein neues Ethik-Gebäude zu entwickeln, könnte man das vielleicht widerspruchsfrei tun. Aber das können wir nicht.

Die Frage ist also: Bedeutet die Tatsache, dass man in einem schwierigen gesellschaftlichen Prozess unter Beteiligung des Bundesverfassungsgerichtes einen Kompromiss in der Frage des Schwangerschaftsabbruchs gefunden hat, nun automatisch, dass man auch in Zukunft alle anderen ethischen

Probleme in diesem Bereich permissiv behandelt und sagt, weil das eine erlaubt ist, muss das andere auch erlaubt sein.

Ich halte das für eine nicht vertretbare utilitaristische Ethik und ich meine, hier muss man Grenzen setzen und sagen: Auch wenn es so ist, auch wenn ich in meiner ethischen Debatte hier nicht sauber bin, das ist mir klar, bin ich dafür, hier die Grenze zu setzen.

Und es gibt ein weiteres wichtiges Argument: Es ist ein Unterschied, ob der Schutz des ungeborenen Lebens im Uterus der Frau geschieht oder in der Petrischale durch die Laborantin. Und deswegen sage ich, die Pränataldiagnostik, an deren Ende auch das Risiko steht, sich der Abtreibung unterziehen zu müssen, ist ein Unterschied gegenüber dem Risiko, den Embryo in den Ausguss zu spülen. Deswegen sehe ich zwar den Widerspruch, meine aber, wir müssen ihn lösen, wir müssen ihn entscheiden. Damit nehme ich übrigens die Bemerkung der Vorsitzenden auf, die gesagt hat, das Adoptionsrecht ist ein auf das Kind bezogenes Recht und nicht ein auf die Erwachsenen bezogenes Recht. Das gilt doch im Prinzip genau so hier. Und deswegen kann ich es nun als einfacher Arzt überhaupt nicht verstehen, warum man beim Adoptionsrecht aus dieser Tatsache heraus - ich sage mal - etwas betagteren Eltern dann auch das Glück eines Kindes verwehrt, während wir überhaupt keine Probleme haben, denselben Eltern ohne Fahrschule, ohne alles, das Glück einer Präimplantationsdiagnostik und damit einer Schwangerschaft über IVF zuzuführen.

Ich glaube, wir sollten vielleicht mal einen Moment innehalten und dieses ganze Problem auch mit zu einer Hinterfragung des Wertes und Standes der Reproduktionsmedizin insgesamt nutzen. Ich glaube, wir tun hier - und gerade an dem Wertewiderspruch bezüglich der Adoptionsfrage wird das deutlich - des Guten wesentlich zu viel.

Herr Parr hatte mich gefragt, warum ich die genetische Pflichtberatung für nicht ausreichend halte. Sie haben zwei Dinge gefragt: Pflichtberatung und Kommission.

Genetische Pflichtberatung hielte ich, wenn es denn käme, für unabdingbar erforderlich. Da bin ich mit Herrn Dr. Henn vollkommen einer Meinung, aber ich sehe einen Konflikt. Wir reden immer vom Selbstbestimmungsrecht des Paares und wir reden von einer Beratung. Und was macht der Arzt, der zwar beraten hat, dem das Paar aber sagt: Es ist aber nett, dass du uns beraten hast, aber wir wollen trotzdem? Das ist übrigens ein Konflikt, den wir in der Medizin fast täglich erleben. Das ist die Dissoziation des Individuellen und der kollektiven Wahrheit. Kollektiv begreifen wir alle, was wir machen sollten, dürften, könnten. Aber vor dem individuellen Patienten-Arzt-Verhältnis gehen wir in die Knie und machen es trotzdem. Und das prophezeie ich Ihnen für dieses Problem auch.

Ich halte die Kommission in der heutigen Konstellation nicht für ausreichend gesetzlich verankert. Das ist der Grund, warum ich es nicht will. Ich könnte mir aber vorstellen, dass das gelingt. Ich habe Ihnen schon Wege gewiesen, aber ich werde dann immer wieder darauf verwiesen, dass das den Auftrag dieser Kommission überschreitet.

Und schließlich hat Prof. Dr. Tanner mich gefragt, ob denn die Vereinigten Staaten von Amerika und Großbritannien weniger ethisch wären? Was Großbritannien angeht, bitte ich Sie, mich einer Antwort zu entbinden, da ich selber mit einem englischen Pass geboren bin. Was die Vereinigten Staaten von Amerika angeht, ist der unterschiedliche Aspekt der Sozialethik und ihrer Verankerung in der Geschichte eines Landes - ich beziehe mich in diesem Punkt nicht andauernd auf unsere eigene Geschichte - ein klares Beispiel, warum Menschen in anderen Staaten solche Probleme auch anders lösen und deswegen in der Gesamtschau ihres Staates nicht weniger ethisch sind als andere. Sonst müssten wir ja die Vereinigten Staaten von Amerika allein wegen ihres Bekenntnisses zur Todesstrafe als unethisches Land in vielen Bereichen ablehnen. Das tun wir auch nicht. Insofern sehe ich das Problem nicht.

**Vorsitzende:** Die Europäische Menschenrechtskonvention würde dies glashart tun, da gibt es überhaupt kein Vertun. Nur sind die USA dort nicht Mitglied. So, meine Damen und Herren, jetzt müssen wir leiden. Zwar halte ich es für dringend erforderlich, dass wir ein Püschchen machen, aber keine Pause - fünf Minuten.

## Themenblock 2

### Ethische und gesellschaftliche Fragestellungen

**Vorsitzende:** Wir kommen zum nächsten Themenblock. Alle Sachverständigen sind da. Nochmals vielen Dank für Ihr Kommen. Ich denke, da Sie die Leitfragen haben und die schriftlichen Stellungnahmen eingegangen sind, können wir gleich beginnen. Frau Dr. Berg, die mir zur Rechten sitzt, ist die Erste. Frau Dr. Berg, Sie können beginnen.

**Sachverständige Dr. Berg:** Vielen Dank für die Einladung. Um vorweg mein Statement gleich auf den Punkt zu bringen: Ich glaube, dass bei einer Zulassung der Präimplantationsdiagnostik eine Beschränkung auf die genannten Risiken wenig realistisch und auch nicht haltbar ist und auch der Regulierungsprozess mit Arzt- und Ethikkommissionen auf die Dauer nicht angemessen. Das Angebot, ein gesundes Kind nach einer Präimplantationsdiagnostik zu bekommen, heißt nach meiner Auffassung, dass eine Hoffnung vermittelt wird ähnlich wie bereits bei der IVF. Nach den bisherigen Erfahrungen und Erfolgen besagt es keineswegs, dass diejenigen Paare, die eine Präimplantationsdiagnostik durchführen lassen, tatsächlich auch mit einem gesunden Kind nach Hause gehen. Daher möchte ich noch einmal kurz auf den Prozess bzw. einige Stufen des Prozesses eingehen.

Wenn neue Techniken entwickelt und eingeführt werden, entsteht häufig der Eindruck, dass der davor liegende Prozess gut geregelt ist und keiner weiteren Aufmerksamkeit mehr bedarf. Dieser Eindruck kann auch bei der Präimplantationsdiagnostik entstehen, die, wie Sie wissen, die IVF zur Voraussetzung hat und dementsprechend auch deren Ergebnisse beeinflusst. Das sind zunächst die Ergebnisse der Behandlungen nach dem deutschen IVF-Register aus 1998 mit einer klinischen Rate nach IVF von 21 Prozent. Die Geburten sind etwas schwer zu ermitteln. Ich weiche daher auf die viel besser entwickelte englische Statistik aus. Dort sagt die Regulierungsbehörde für 1999, dass eine Schwangerschaftsrate von 21 Prozent und eine Geburtenrate von 18 Prozent beobachtet worden ist. Darüber hinaus möchte ich das Augenmerk noch einmal auf die medizinischen Risiken lenken, was auch Herr Prof. Dr. Diedrich schon kurz getan hat, sowie auf die psychischen und sozialen Belastungen, denen die Frauen und gegebenenfalls auch die Kinder ausgesetzt sind. Medikamentöse Stimulation, Punktion und auch der psychische Stress wurden bereits genannt. Darüber hinaus gibt es aber auch noch einige andere Fakten, die ich für erwähnenswert halte: Es gibt laut Zahlen von 1998 ein Abortrisiko und ein extrauterines Schwangerschaftsrisiko von 25 Prozent und eine Rate von Mehrlingsschwangerschaften von 27 Prozent sowie, damit in Verbindung, ein hohes Risiko einer Frühgeburt bzw. einer Kaiserschnittentbindung. Immer wieder gerne in die Diskussion kommen potenzielle Risiken für Frauen nach der Behandlung mit Hormonen. Darüber wissen wir nichts Endgültiges; aber das Thema kommt immer wieder hoch. Kommt es zur Geburt von höhergradigen Mehrlingen, insbesondere von Drillingen, ist das nicht selten mit enormen psychischen, emotionalen und auch finanziellen Anforderungen für die Eltern und zum Teil auch die Gesellschaft verbunden. Eine amerikanische Literaturübersicht kommt zu der Feststellung, dass bei Eltern von Drillingen häufiger Erschöpfung, Depressio-

nen und Isolation beobachtet wurde. Langzeitstudien zu diesem Thema fehlen weitgehend. Bei Kindern ist besonders bei Mehrlingsschwangerschaften das Risiko der Frühgeburt zu nennen, häufig einhergehend mit Untergewicht und damit erheblich erhöhter Mortalität und Morbidität. Wiederum aus Großbritannien wissen wir, dass nach IVF das Totgeburtrisiko und die neonatale Morbidität bei Drilllingen um ein siebenfaches erhöht sind. Längerfristige Entwicklungsprobleme sind auch noch zu berücksichtigen. Ich möchte dabei aber gleich einwenden, dass die spektakulären Fälle von höhergradigen Mehrlingsgeburten von Fünf- bis Achtlingen nicht in den Kontext - zumindest hier nicht - von IVF oder auch ICSI gehören.

Die Präimplantationsdiagnostik war in ihrer Zielsetzung von je her integraler Bestandteil der extrakorporalen Befruchtung. Das kann man bereits früheren Publikationen von Edwards entnehmen; damals arbeitete er noch an Kaninchenmodellen. Wie ist es nun mit den Risiken der Methode? Zwei namhafte englische Autoren mit praktischen Erfahrungen, der Kritik absolut unverdächtig, Harper und Delhanty, drücken in einer aktuellen Publikation aus, dass die medizinischen Probleme, wie Allel-Dropout und Mosaikbildung, die für Fehldiagnostik verantwortlich gemacht werden - ich zitiere - „hoffentlich in Zukunft überwunden werden“. Aus dem Bericht des europäischen Konsortiums für Präimplantationsdiagnostik, Prof. Dr. Diedrich hat es bereits erwähnt, geht hervor, dass von 4.800 Eizellen lediglich 919 für einen Embryotransfer tauglich waren. Die Brüsseler Arbeitsgruppe berichtet, dass für einen erfolgreichen PID-Versuch mindestens neun Embryonen vorhanden sein sollten. Aus den beiden zusammenfassenden Studien dieser europäischen Arbeitsgruppe und einer anderen großen - in dem Falle US-amerikanischen - Zusammenstellung zufolge gehen Schwangerschaftsraten von 22 bzw. 25 Prozent hervor. Allerdings beziehen sich diese Erfolgsraten auf die in den USA häufigste, in Europa steigende Form der Altersindikation. Die altersbedingte Zunahme chromosomaler Veränderungen wird für die höheren Abort- und die geringeren Einnistungsraten verantwortlich gemacht. Neben diesen Ansätzen, die Erfolge einer IVF-Behandlung zu verbessern, gibt es bereits weitere Versuche, das Angebot auszuweiten, wie zum Beispiel die Polkörperdiagnostik für Paare, die das Verwerfen von Embryonen aus moralischen Gründen ablehnen, oder auch die Präimplantationsdiagnostik für nichtmedizinische Zwecke wie die Geschlechtswahl aus sozialen Gründen. Diskutiert wird ebenfalls der Einsatz prädiktiver Tests, zum Beispiel um eine mögliche Disposition für Krebs zu erkennen. Wenn diese Tests im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik eingesetzt werden, erhöht sich auf der einen Seite der Umfang potenzieller gesundheitsrelevanter Informationen, auf der anderen Seite steigt mit den Optionen auch der Entscheidungsdruck, insbesondere für Frauen, um eine neue Dimension. Mit welchen Gründen soll dann zum Beispiel den potenziellen Eltern eine langfristige Planung für ein gesundes Kind vorenthalten werden? Das nur als Ausblick. Mittlerweile kann man auch hier in der Bundesrepublik - mehr oder weniger deutlich artikuliert - den Ruf nach dem Transfer erfolgversprechender, das heißt vorselektionierter Embryonen, vernehmen. Ein Umstand, der, wenn die Präimplantationsdiagnostik einmal zugelassen ist, uns möglicherweise bald als Nachfrage entgegnetritt. Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Danke sehr, Frau Dr. Berg, auch für die enorme Kürze, in der Sie Ihre Stellungnahme zusammengefasst haben. Ich denke manchmal, Frauen sind - wenn sie das wollen - in der Lage, besonders scharf und besonders präzise zu reden. Frau Dr. Haker ist die Nächste.

**Sachverständige Dr. Haker:** Ich nehme Stellung aus einer ethischen Perspektive, nenne Ihnen zunächst meine Position, um sodann für diese Position zu argumentieren. Die Präimplantationsdiagnostik wäre erlaubt, wenn: erstens, die Frage nach dem moralischen Status von Embryonen negativ geklärt werden könnte; zweitens, ein Recht auf ein gesundes Kind gegeben wäre und drittens die sozialen Folgen gesellschaftlich erwünscht wären. Wenn diese drei Punkte negativ beantwortet werden, dann ist viertens auch eine eingeschränkte Zulassung ethisch nicht zu rechtfertigen. Ich bin der Meinung, dass die Präimplantationsdiagnostik ethisch nicht zu rechtfertigen ist. Ich werde dazu jetzt kurz argumentieren. Sie werden verstehen, dass das nicht ganz einfach ist.

Zur ersten Leitfrage und zum ersten Punkt nach dem moralischen Status von Embryonen: Der Begriff der Würde zielt in der ethischen Diskussion auf einen prinzipiellen Schutz von Handlungssubjekten ab, die als Handlungssubjekte zugleich Verantwortungssubjekte sind. Das stellt den Kernbereich des Würdebegriffs in der ethischen Diskussion dar. Gleichzeitig wird jedoch ein umfassender Schutz des menschlichen Lebens indirekt aufgrund der Potenzialität und der Kontinuität menschlichen Lebens begründet, so dass zum Beispiel auch Kinder unter den strengen Würdebegriff fallen. Aber in diesen Fällen, in denen man nur über ein indirekt begründetes moralisches Prinzip die Würde etablieren kann, gibt es Grenz- und Konfliktproblematiken, die eine Güterabwägung erzwingen. Menschliche Embryonen fallen nun unter den umfassenden Schutz des menschlichen Lebens. Das heißt gleichzeitig also auch, nur im Grenz- und Konfliktfall ist dieser Schutz gegenüber anderen Rechten abzuwägen. Das heißt, es gibt eine Angemessenheit der Terminologie moralischer Rechte in Bezug auf unsere Fragen. Diese Terminologie moralischer Rechte reicht zumindest aus, um die Klärung der praktisch-ethischen Probleme vorzunehmen, wenngleich die Zweiteilung des strikt und direkt begründeten moralischen Prinzips der Würde und des indirekt begründeten moralischen Prinzips - das ich in meinem Paper mit dem Begriff der Faustregel belegt habe - bestehen bleibt.

Zum zweiten Punkt: Es gibt kein Anspruchsrecht auf eine assistierte Fortpflanzung. Das heißt, es gibt weder ein Anspruchsrecht auf ein Kind noch auf ein eigenes Kind, denn beides ist kein elementares Gut der Verwirklichung des menschlichen Lebens. Genau so wenig gibt es ein positives Recht - also ein Anspruchsrecht - auf ein gesundes Kind. Genauso wenig gibt es ein Anspruchsrecht auf die Präimplantationsdiagnostik, denn Präimplantationsdiagnostik bedeutet die Selektion von Embryonen, was dem Embryonenschutz widerspricht, und die Präimplantationsdiagnostik fördert eine eugenische Haltung gegenüber dem Nachwuchs, die der Staat nicht nur nicht fördern darf, sondern die er sogar verhindern oder hemmen muss.

Zur dritten Leitfrage: Es gibt keinen Wertungswiderspruch zwischen der Pränataldiagnostik und der Präimplantationsdiagnostik, weil bei der Pränataldiagnostik die Voraussetzung für die Abwägung ausschließlich der Konflikt der Frau ist. Das heißt, nicht das Schutzprinzip des menschlichen Lebens wird

außer Kraft gesetzt, sondern die praktische Umsetzung desselben, was ein ganz großer Unterschied ist. Ein vergleichbarer Konflikt wie der Schwangerschaftskonflikt liegt bei der Präimplantationsdiagnostik nicht vor, weil - das wurde schon gesagt -, die Abwägungssituation vermieden werden kann. Das heißt, die reduktionistische Wahrnehmung des Schwangerschaftskonflikts ist unzulässig. Das abgeleitete Prinzip der Menschenwürde wird ebenfalls verletzt, weil die Güterabwägung hier aus dem Grenz- und Konfliktbereich ausgelöst würde. Das heißt aber auch gleichzeitig: Es gibt einen normativen Unterschied zwischen der Pränataldiagnostik und der Präimplantationsdiagnostik. Dieser besteht darin, dass die Pränataldiagnostik eine indirekte Selektion bedeutet, also eine nichtintendierte Nebenwirkung besitzt, während die Präimplantationsdiagnostik direkt und intendiert Selektion vornimmt.

Zur vierten Leitfrage: Als soziale Folgen sind vor allem die Förderung einer eugenischen Haltung und die strukturelle Diskriminierung von behinderten Menschen gefährlich. Eine eingeschränkte Zulassung unter engen Indikationen oder wie auch immer eingeschränkt, würde eine Objektivierung des Krankheitsbegriffs voraussetzen, die so aber nicht gegeben ist und nicht gegeben sein kann. Wenn es aber keinen objektiven Krankheitsbegriff gibt und keine objektive Festlegung genetisch bedingter Krankheiten in ihrer Wertung, müsste es den Experten überlassen werden, eine solche Liste - ob sie nun veröffentlicht wird oder nicht - von Indikationen zu erstellen. Oder aber, es müsste, was noch viel schlimmer wäre, der öffentlichen Diskussion überlassen werden, welche Krankheiten nun wünschenswert sind und welche nicht, welche erträglich sind und welche nicht. Beides, also eine Expertenentscheidung darüber, welche Krankheiten selektiert werden dürfen und welche nicht, wie auch die öffentliche Diskussion, ist sozialetisch vollkommen indiskutabel. Daher ist in aller Schärfe für den umfassenden Schutz des menschlichen Lebens entsprechend des indirekt begründeten moralischen Prinzips zu plädieren. Dieser umfassende Schutz gilt nicht nur gesunden, sondern auch kranken und behinderten Kindern. Ich danke Ihnen.

**Vorsitzende:** Frau Prof. Dr. Wiesemann!

**Sachverständige Prof. Dr. Wiesemann:** Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren. Ich möchte in meinem Statement auf einen besonderen Aspekt eingehen, weil ich glaube, dass er hier jetzt schon den ganzen Tag über letztendlich im Mittelpunkt unserer Diskussion gestanden hat. Es ist das Thema des moralischen Status des Embryos. Ich gehe in meinem Statement, welches Sie vorliegen haben, auch auf gesellschaftliche Folgen hinsichtlich der Diskriminierung von Behinderten durch die Präimplantationsdiagnostik ein und auch auf die Last, die Eltern aufgebürdet wird, wenn sie plötzlich eine neue Verantwortung bei der Fortpflanzung übernehmen müssen. Das bitte ich Sie, wenn Sie es noch nicht getan haben, entsprechend nachzulesen. Ich glaube, was den moralischen Status des Embryos angeht, gibt es noch einige sehr interessante Überlegungen, die diese Diskussion hier erweitern können. Wir kennen das bekannte Dilemma um den moralischen Status des Embryos. Es gibt die zwei bekannten Positionen: Die eine Position sagt, der Embryo ist Mensch von der Konzeption an und hat von da ab ein Recht auf Leben. Die zweite Position lautet, der Embryo ist dann schützenswert, wenn er eine Person ist, und was Personsein ausmacht, das wird an verschie-

denen Kriterien festgemacht und dann auch entsprechend an verschiedenen Lebensstadien. Das Dilemma, in das uns diese beiden Positionen führen, ist allgemein und gut bekannt. Beide Positionen sind letztendlich entweder sehr schlecht mit unserer Alltagswirklichkeit vereinbar oder intuitiv außerordentlich unplausibel. Ich möchte Ihnen eine dritte Position vorstellen, mit der ich glaube, dass wir diesem Dilemma - jedenfalls zu einem wichtigen Teil - entkommen können.

Was ist das Problem dieser beiden Denkweisen? Das Problem dieser Denkweisen ist, dass sie stillschweigende Voraussetzungen haben über das, was sie moralisch bewerten. Das ist die sogenannte konventionelle Philosophie der Rechte von Individuen. Diese Rechtsphilosophie setzt voraus, dass wir hier von distinkten und für sich alleinstehenden Individuen reden, auf die ich dann solche Rechte anwenden kann. Das ist eine außerordentlich wichtige und grundsätzliche Position im Bereich der politischen Philosophie, die sehr weitreichend gewesen ist. Es ist tatsächlich oft wichtig, von den sozialen Beziehungen zu abstrahieren, in denen ein Individuum steht; das Individuum nur als solches, als Träger von Rechten zu sehen. Dieses Denken muss meines Erachtens nach jedoch immer dann ganz große Lücken aufweisen, wenn nicht sogar versagen, wenn wir Situationen moralisch bewerten wollen, in denen es um enge menschliche Beziehungen, um Verantwortung und Fürsorge, ja sogar um die leibliche Identität als Basis des Denkens, um die Voraussetzung der Personen, der Individuen - wenn es um solche grundsätzlichen Verhältnisse geht. Ich sage Ihnen sicher nichts Überraschendes: Wenn es um Fortpflanzung geht, ist natürlich genau diese Situation gegeben. Wir haben nicht zwei voneinander distinkte Individuen, den Embryo und die Frau, die Mutter dieses Kindes werden will, sondern wir haben essenziell für das Menschsein des Embryos eine leibliche Koexistenz, die nur in einer leiblichen Fürsorgebeziehung zu beschreiben ist.

Darüber hinaus brauchen wir so etwas wie den Begriff Elternschaft, um diesen Begriff des Embryos auch zu verstehen, auch um das Menschsein des Embryos zu verstehen. Auch Elternschaft beinhaltet so zentrale Begriffe wie Fürsorge und Verantwortung in einem sehr weit gehenden Sinn. Ich bin der Meinung, dass die konventionelle Rechtsphilosophie uns auf dieses Problem nicht genügend aufmerksam macht, ja sogar in meinen Augen an manchen Stellen Probleme erzeugt. Wenn meine Vorrednerin sagte, es gebe kein Recht auf ein gesundes Kind, dann mag das vielleicht in dieser Form zutreffen. Ich glaube aber, dass das eine Beschreibung ist, die dem Sachverhalt in keiner Weise angemessen ist. Es geht nämlich darum, dass hier Paare ihrer Verantwortung für Familie, Elternschaft und auch für das Aufwachsen eines Kindes gerecht werden wollen. Das ist natürlich ganz unzureichend mit dem Rechtsbegriff beschrieben. Hier müssen wir andere Begriffe verwenden.

Ich möchte dafür plädieren, dass wir in dieser Diskussion statt einer Ethik der Rechte und Pflichten von einer Ethik der Verantwortung und der Fürsorge sprechen, und dass das Ziel der Betrachtung, in diesem Fall der ethischen Betrachtung, die Beziehung ist; und zwar insbesondere die leibliche, die zwischen dem Embryo und einer Frau entstehen muss, damit dieser Embryo sein Menschsein verwirklichen kann. Ich glaube, dass unsere Rechtsordnung schon an vielen Stellen diese moralischen Überlegungen berücksichtigt hat, ohne dass das vielleicht in ausreichendem Maße thematisiert worden ist. Ich meine nämlich, dass, gerade wenn es um den Umgang mit Verhütungsmitteln geht - ich

nenne hier nur die Spirale als Beispiel einer Verhütungsform, bei der sich eine befruchtete Eizelle nicht in die Gebärmutter einer Frau einnisten kann -, aber auch beim Schwangerschaftsabbruch und bei der In-vitro-Fertilisation, Überlegungen hinsichtlich der Fürsorge und der Verantwortung der Beteiligten eine wichtige, wenn nicht sogar die wichtigste Rolle, gespielt haben, und dass wir auf der Basis solcher Überlegungen zu Abwägungsentscheidungen gekommen sind. Ich glaube, dass diese Abwägungsentscheidungen von Nöten sind. Wir brauchen eine Ethik des „Sowohl als Auch“. Wir brauchen eine Ethik, die sowohl die Interessen des Embryos als auch die Interessen der Mutter bzw. des Paares verwirklicht, denn es geht nur, dass beide gemeinsam verwirklicht werden können. Ich möchte meine persönlichen Schlussfolgerungen aus diesen Vorüberlegungen ziehen und diese dann gerne mit Ihnen diskutieren. Ich plädiere für diese moralische Doppelstrategie des „Sowohl als Auch“, und ich möchte als eine Konsequenz vorschlagen, dass ein Absterbenlassen einer befruchteten Eizelle im Reagenzglas nicht automatisch gleichzusetzen ist mit dem Verstoß gegen das Lebensrecht eines Menschen, eines Mitbürgers unserer Gesellschaft. Ganz einfach, weil die Voraussetzungen, die unmittelbare Beziehung, die hier zum Thema steht, und nicht das einzelne für sich stehende Individuum, eine andere Betrachtungsweise erforderlich machen. Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Herr Finke, jetzt sind Sie dran und können beweisen, dass Männer genau so gut sind wie Frauen, was Schnelligkeit angeht.

**Sachverständiger Finke:** Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren. Ich freue mich, dass ich als Behindertenbeauftragter und damit als einer der wenigen Betroffenen hier auch aus der Sicht betroffener Menschen Stellung nehmen kann. Behindertenverbände und Behinderteninitiativen melden sich in letzter Zeit verstärkt zu Wort, und zwar aus Angst vor einer Legitimation der Präimplantationsdiagnostik. Behinderte Menschen verfolgen die Diskussion um Bioethik, um Lebensrecht, das Recht behinderter Menschen, die damit eventuell befürchtete Abstufung des Lebensrechts und auch die Folgen, die dies für vorgeburtliches Leben und deren Anbindung an bestimmte Kriterien haben kann, mit Sorge. Dies voraus geschickt, möchte ich auf die folgenden Fragen kürzer eingehen. Sie haben meine Tischvorlage erhalten und hoffentlich auch gelesen. Ich werde Sie mit irgendwelchen Lichtbildern verschonen, weil ich sie selbst nicht sehen kann, und von daher haben wir ein Prinzip der Gleichheit.

Zum Status des Embryos: Hier möchte ich zunächst vorausschicken, dass, unabhängig davon, ob Embryo in vitro oder in vivo, beide gleich schützenswert sind und geschützt werden müssen, von Anfang an Leben sind und von daher auch dem Schutz des Grundgesetzes wie auch der Menschenwürde unterliegen. Als Behindertenbeauftragter ist für mich aber von besonderer Bedeutung: Welche Folgen hat das für behinderte Menschen? Welche Folgen hat es für behinderte Menschen, wenn man die Präimplantationsdiagnostik ausfächert und versucht, auszurastern, welche Probleme und welche Chancen damit verbunden sind? Ein gutes Beispiel dafür, was es heißt, einen Katalog nicht aufzustellen doch gleichzeitig aufzulisten, hat Prof. Dr. Diedrich heute Morgen geliefert, indem er wörtlich sagte „wir wollen ja keinen Katalog“ und im Anschluss daran auflistete, was dann doch gleich zu therapieren sei. Deutlicher konnte das für mich als Vertreter behinderter Menschen nicht sein und deutli-

cher konnte man auch nicht herüber bringen, dass es darum geht, bestimmte Menschen an bestimmte Kriterien zu binden; und nicht nur darum, einen kleinen eingeschränkten Personenkreis, der klar eingegrenzt wird - wie es mehrere gesagt haben -, dann auch entsprechend zu therapieren. Selbst dies wäre aus Sicht behinderter Menschen nicht akzeptabel, weil wir davon betroffen wären. Es wären auch die Grenzen nicht ziehbar, denn man müsste Kataloge aufstellen. Und Kataloge, gleich welcher Art, wären nach meinem Befinden und auch nach dem Befinden behinderter Menschen Kataloge, die unterscheiden nach lebenswert und lebensunwert.

Zum zweiten Bereich - Verhältnis Eltern und dem Embryo: Hier muss ich vorausschicken, dass ich als behinderter Mensch sehr wohl verstehen kann, dass Eltern, die eine erbliche Veranlagung für eine bestimmte Erkrankung oder Behinderung haben, bestrebt sein können, diese erbliche Erkrankung nicht weiterzutragen und nach Wegen suchen, um das zu vermeiden. Unabhängig davon muss ich jedoch deutlich machen, dass dies aus grundsätzlicher Erwägung und auch aus der Perspektive behinderter Menschen nicht hinzunehmen ist und gesellschaftlich nicht hingenommen werden kann. Die Frage der Elternschaft ist in der Tat eine Frage, wie sie sich in der Beziehung zu Kindern entscheiden, wie sie Kinder bekommen wollen und mit welcher Perspektive sie das machen wollen. Die Frage Präimplantationsdiagnostik und Pränataldiagnostik ist eine Frage von Ja und Nein, das können Sie dem Bericht entnehmen. Entscheidend ist in diesem Bereich die Frage einer „verantwortlichen Elternschaft“, wie Sie sie angesprochen haben. Wenn man Punkt 1 nimmt und sagt: Instrumentalisierungsverbot für PID ist gegeben, dann darf es keine Weiterentwicklung für Forschung in diesem Bereich geben. Es darf keine Ausgrenzung behinderter Menschen geben. Die Frage im Bereich Präimplantationsdiagnostik und Pränataldiagnostik ist ganz eindeutig. In welche Richtung entwickelt sich das weiter? Hier sind wir bei den gesellschaftlichen Folgen, die deutlich machen, dass die Frage einer „verantwortlichen Elternschaft“ auch implizit die Frage einer positiven Eugenik zur Folge haben kann, die heute Morgen mehrfach angesprochen wurde. Das heißt, dass im Rahmen einer „verantwortlichen Elternschaft“ der Druck auf die Eltern deutlich größer wird, wenn eine Behinderung diagnostiziert wird, sich auch entsprechend zu verhalten. Welchen „Erfolg“ Präimplantationsdiagnostik gibt macht deutlich, dass 90 Prozent aller vorgeburtlichen Behinderungen nicht genetisch bedingt sind und in über 90 Prozent - ich glaube 96 oder 98 Prozent - bei erkanntem Down-Syndrom abgetrieben wird. Dies ist eine Abwertung behinderten Lebens und macht unsere Gesellschaft, so wie wir leben, ärmer. Die Frage der gesellschaftlichen Folgen ist in der Tat auch abzuleiten aus der Dimension, die in den letzten Monaten verstärkt diskutiert wurde. Ihnen wird auch nicht entgangen sein, dass zum Beispiel Biomediziner, Biologen und Mediziner darauf hinweisen, dass Behinderung eher eine „Entgleisung“ der Natur sei und von daher zu korrigieren sei. Der Erfinder der Doppelhelix, Watson, Sie haben es wahrscheinlich auch gelesen, spricht von einem Recht auf ein nichtbehindertes Kind. Hieraus ergibt sich ein Umkehrschluss und eine deutliche Linie.

Es sind Vergleiche mit Weißrussland gekommen, wir müssen uns an osteuropäischen Staaten orientieren - dort wird im Bereich von Behinderung auch nicht von Sonderpädagogik gesprochen, sondern früher von Defektologie. Das wird vielen noch geläufig sein und macht auch deutlich, welches Menschenbild dahinter steht. Nach meiner Überzeugung sollten wir in diesem Bereich Behinderung nicht

als einen defektbehafteten Menschen sehen, sondern - wofür sich die Behindertenbewegung seit Jahren eingesetzt hat - die Botschaft, dass es normal ist, verschieden zu sein, als Grundkonsens unseres Handelns und unserer Tätigkeit betrachten und die Vielfältigkeit des Lebens für uns prägend machen. Nicht umsonst haben sich behinderte Menschen hierfür eingesetzt und gegen eine Ausdifferenzierung behinderten Lebens gewandt und ihren Anspruch bekräftigt, Teil der Gesellschaft zu sein. Damit nicht die Vorstellung eines normierten Menschen - das kennen Sie vielleicht -, tragend wird, die sich orientiert an Leistungsfähigkeit, Alter, Schönheit und vielleicht auch an bestimmten intellektuellen Fähigkeiten; sondern dass Menschen mit unterschiedlicher Behinderungsart wie Nichtbehinderte zur Gesellschaft gehören, gefördert werden und in die Gesellschaft einbezogen werden. Instrumentalisierungsverbot für Behinderte ist hierbei ein wichtiges Argument. Ihnen werden alle die Diskussionen bekannt sein, die behindertes Leben in Frage stellen. Sei es die Frage der fremdnützigen Forschung an nichteinwilligungsfähigen Personen, sei es die Frage der Wachkomapatienten bzw. die Frage, bis wann sie behandelt werden können. Gerade in jetzigen Zeiten, wo es darum geht, soziale Standards zu erhalten, dürfen ethische Standards nicht in Frage gestellt werden. Es stellt sich für uns alle, insbesondere für behinderte Menschen und auch die Enquete-Kommission die Frage: In welche Richtung gibt die Gesellschaft die Orientierungen? In Richtung eines ethischen Menschenbildes, das sich an der Trennung von Menschen und Personen und an der Bindung des Personenstatuts an bestimmte Kriterien orientiert oder daran, dass sich, der Würdeethik entsprechend, allen Menschen Entwicklungsmöglichkeiten, das Recht auf Leben, Bildungsmöglichkeiten und ein gleicher Status eröffnen? Ich, als Behindertenbeauftragter, wende mich zusammen mit vielen aktiven behinderten Menschen gegen die Legalisierung der Idee, gegen Öffnungsvarianten und gegen eine Ausdifferenzierung des menschlichen Lebens auch im Behindertenbereich nach den Kriterien integrationsfähig, eingliederungsfähig, pflegefähig und vielleicht Gegenstand medizinischer Versuche - was hier sicher nicht die Frage ist, was aber die Folge sein kann. Die Vielfalt menschlichen Lebens sollte erhalten bleiben und der ethische Konsens, der das fundiert, das ist mein Plädoyer. Ich würde Sie bitten, meine Ausführungen nachzulesen.

**Vorsitzende:** Das werden wir gewiss tun und ich denke, es geht ja. Wir werden auch, das sage ich der Zuhörerschaft, das Protokoll dieser Anhörung Wort für Wort im Internet haben, so dass Sie auch alle Gelegenheit haben, nicht nur noch einmal in das Protokoll zu schauen, sondern auch darauf zu reagieren. Wir sind sehr offen für Mitteilungen und Diskussionsbeiträge aller Art. Frau Dr. Wegner, Sie sind die Letzte in dieser Runde.

**Sachverständige Dr. Wegner:** Ich spreche für das Netzwerk gegen Selektionen durch Pränataldiagnostik. Das ist ein Zusammenschluss von Menschen und Einrichtungen aus verschiedenen Praxisbereichen, vor allem Schwangerenkonfliktberaterinnen, Schwangerenberaterinnen, Hebammen, Vertreterinnen und Vertretern von Behindertengruppen und Behindertenverbänden. Wir haben eine eindeutige Stellungnahme gegen die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik abgegeben und wir tun das vor allem aus sozialetischen Überlegungen. Uns geht es weniger um die Fragen von Substanz und Status von Embryonen in der Petri-Schale. Uns geht es um die hinter der Präimplantationsdiagnostik

stehenden Voraussetzungen und Interessen und um die impliziten Verschiebungen von Werten und die gesellschaftlichen Folgen. Deshalb lehnen wir auch eine Präimplantationsdiagnostik ab, die das Embryonenschutzgesetz nicht tangieren würde, wie es mit der Polkörperdiagnostik anvisiert ist. Es geht uns nicht um den Embryo als solchen, es geht uns um die Selektion. Wir vertreten diese Position in Respekt vor den individuellen Frauen und Paaren, die sich den zusätzlichen Belastungen, die die Pflege und Förderung eines Kindes mit einer Behinderung bedeuten würde, nicht gewachsen fühlen. Wir muten ihnen zu, auf ein eigenes Kind zu verzichten oder im Vertrauen auf eine solidarische Gesellschaft eine Schwangerschaft ohne Wenn und Aber einzugehen.

Zum Thema Werte: Schon die Pränataldiagnostik, erst recht aber die Präimplantationsdiagnostik, unterzieht Embryonen einer Bewertung, mit dem Zweck, zu entscheiden, was für Kinder zur Welt kommen sollen und welche nicht. Wir nennen das Selektion, und wir lehnen Selektion ab, weil Menschen nicht über andere Menschen - auch nicht über potenzielle Menschen - Entscheidungen fällen können, und weil wir die Maßstäbe ablehnen, die diesen Entscheidungen zugrunde liegen. Diese Maßstäbe sind nur scheinbar evident und objektiv. Sie sind wandelbar und kulturell bedingt. Die impliziten Folgen für das gesellschaftliche Klima und die Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen liegen auf der Hand und lassen sich als Folge von Pränataldiagnostik auch schon nachweisen. Es geht uns aber nicht nur um die Menschen mit Behinderungen. Das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik erinnert daran, dass wir alle darauf angewiesen sind, dass in unserer Gesellschaft Kranke, Alte, Demente, Arbeitslose, Arme und andere weniger leistungs- und konsumfähige Menschen auf den Schutz und die Fürsorge einer solidarischen Gesellschaft angewiesen sind. Es könnte uns alle treffen. Das Netzwerk weist zweitens darauf hin, dass die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik ein weiterer Schritt wäre in Richtung auf eine Fortpflanzungsmedizin, die Schwangerschaft zu einem kontrollierbaren und steuerbaren Vorgang macht, mit dem Zweck der Herstellung qualitativ hochwertiger Babys. Das widerspricht nicht nur den Interessen der Menschen mit Behinderungen, sondern letztlich auch den Interessen der Frauen, die für die Qualität ihrer Kinder zunehmend gesellschaftlich verantwortlich gemacht werden. Auch wenn die Frauen selber diese Maßstäbe längst verinnerlicht haben: Jeder Moment ist gut, wo wir anfangen, dagegen zu steuern und jedes weitere Drehen an dieser Schraube lehnen wir ab. Angesichts dieser - wie ich finde - guten Gegengründe liegt die Beweislast bei denen, die die Zulassung von Präimplantationsdiagnostik fordern.

Es sind heute schon drei Typen von Argumenten genannt worden, die ich ganz kurz durchgehen will: Das Erste ist Vermeidung oder Verhinderung von Leid; das Zweite ist der Vergleich mit dem Schwangerschaftsabbruch oder mit der Pränataldiagnostik und das Dritte ist der Vergleich mit unseren Nachbarländern.

Zum Thema Leiden: Genau besehen verhindert die Präimplantationsdiagnostik allenfalls das Leiden an der Kinderlosigkeit von Menschen, die von einer genetischen Veranlagung wissen, die sie auf keinen Fall vererben möchten. Dass diese Paare oder die Gesellschaft durch Präimplantationsdiagnostik Leiden verhindern, weil sie verhindern, dass Kinder zur Welt kommen, die eine Behinderung haben, trifft so einfach nicht zu. Wie mein Vorredner schon gesagt hat: Menschen mit einer Behinderung sa-

gen uns, dass sie in der Regel nicht an ihrer Behinderung leiden, sondern an den Vorurteilen, dem unreflektierten Mitleid und der Lieblosigkeit ihrer Mitmenschen und an den Barrieren, die die Gesellschaft ihnen und einem selbstbestimmten Leben und der gesellschaftlichen Beteiligung gegenüber aufrichten.

Zweitens wird argumentiert, Präimplantationsdiagnostik vor dem Eingehen einer Schwangerschaft sei besser als ein Schwangerschaftsabbruch, und Präimplantationsdiagnostik sei nichts anderes als eine vorgezogene Pränataldiagnostik. Beide Vergleiche nehmen eine Handlungsweise zum Maßstab, die selber ethisch problematisch ist und die die Gesellschaft sozusagen nur mit einem schlechten Gewissen zulässt und regelt. Von dort auf eine andere Technik zu schließen und sie zu legitimieren, ist ethisch nicht sehr sinnvoll. Außerdem sind, wie heute schon häufiger gesagt worden ist, beide Vergleiche auch gar nicht schlüssig. Bei einem Schwangerschaftsabbruch reagieren die Beteiligten auf eine schicksalhaft vorgegebene Situation. Bei der Präimplantationsdiagnostik liegt keine Schwangerschaft vor. Die Beteiligten reagieren auf eine Situation, die sie selbst im Wissen um die sich dabei ergebenden möglichen Entscheidungen erst herbeigeführt haben. Bei einem Vergleich von Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik gilt ebenso wie bei dem Vergleich mit dem Schwangerschaftsabbruch: Bei der Pränataldiagnostik findet die Diagnose und die Bewertung im Laufe einer Schwangerschaft und im Gespräch mit einer schwangeren Frau statt, die die Konsequenzen der getroffenen Entscheidung an ihrem eigenen Leib und in ihrem künftigen Leben zu tragen hat. Bei der Präimplantationsdiagnostik gibt es keinen Schwangerschaftskonflikt, und deshalb ist die Schwelle zur Selektion und Tötung sich entwickelnden menschlichen Lebens entsprechend niedriger und die Schutzbedürftigkeit des Embryos entsprechend höher. Außerdem unterscheiden sich Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik noch in einem wesentlichen, nur scheinbar kleinen Punkt. Bei der Pränataldiagnostik kann man nicht nur ein Embryo sozusagen abwählen, sondern man kann zwischen verschiedenen Embryonen auswählen, die zwar nicht die gefürchtete Eigenschaft haben, aber sich in anderen Eigenschaften unterscheiden. Dieser, auf den ersten Blick kleine Unterschied ist der Übergang zu einer neuen Qualität von Selektion, der Schritt von einer negativen Abwahl zu einer positiven Auswahl. Ich bin mir darüber klar, dass ich damit an eine Begrifflichkeit erinnere, der negativen und positiven Eugenik, die Sie alle ablehnen, aber in diesem Zusammenhang sich doch noch einmal in Erinnerung rufen lassen müssen.

Schließlich, unsere Nachbarländer: Wenn wir auf die rechtlichen Regelungen in europäischen Nachbarländern verweisen - das Stichwort des Fortpflanzungstourismus ist ja verschiedentlich gefallen -, dann handelt es sich meiner Meinung nach nicht um ein ethisch relevantes Argument. Wenn unsere grundgesetzlich definierten Werte eine Technik nicht erlauben, dann kann eine abweichende Praxis anderswo kein Argument dafür sein. In anderen Bereichen, zum Beispiel in der Lebensmitteltechnologie, hat Deutschland in Europa erfolgreich eine striktere Position eingenommen und auch zu Meinungsänderungen bei unseren Nachbarn beigetragen. Ethisch ebenso wenig stichhaltig ist das Argument, dass ohne eine Öffnung des Embryonenschutzgesetzes Deutschland im Vergleich zu seinen Nachbarländern wissenschaftlich weniger erfolgreich und wirtschaftlich weniger konkurrenzfähig würde. Ich möchte das besonders betonen, denn hier liegt sicher eine der entscheidenden Motivationen

hinter der Forderung nach der Zulassung von Präimplantationsdiagnostik. Diese Zusammenhänge sich vor Augen zu halten und nicht ehrlich oder unehrlich mit dem Leid von Individuen zu argumentieren, halte ich für entscheidend. Ich danke Ihnen.

**Vorsitzende:** Nachdem ich allen fünf Sachverständigen gedankt habe, sind wir in einem guten Zeitrhythmus und haben inzwischen 15 Wortmeldungen. Mit unseren Wortmeldungen schlage ich vor wie folgt zu verfahren: Wir fangen an mit einer Gruppe von sieben Rednern, denn es werden sich bestimmt noch weitere Redner anschließen. Ich würde von vornherein um eine extreme Beschränkung - wir haben das schon trainiert - auf kurze Zeit und kurze Fragen bitten, dann kommen wir gut durch. Der Erste ist Herr Lensing.

**Abgeordneter Lensing (CDU/CSU):** Frau Dr. Haker. Zunächst einmal, der Mensch ist von Anfang an Mensch und Geschöpf Gottes und alles, was wir erforschen, ist angelegt in der Grundsubstanz der Forschung. Insofern erfülle ich vielleicht - ich sage das alles etwas provokativ, wie Sie merken -, den Willen Gottes, wenn ich entsprechend forsche, um die Forschung und Schöpfung zu nutzen. Daraus ergibt sich unter anderem die provokative Frage: Ist für Sie eigentlich Kinderlosigkeit gottgewollt, so dass ich auch im Hinblick auf Reproduktionsmedizin in diesem Bereich wenig zu tun habe und muss man dann den Erwachsenen den Verzicht auf ein eigenes Kind empfehlen? Eine andere Frage an Herrn Finke: Die Diskussion mit den einwilligungsfähigen oder -unfähigen Personen, die Frage nach der Fremdnützigkeit und Eigennützigkeit ist in der Tat ein uns immer wieder begleitendes Thema und ich nehme das auch sehr ernst. Ich möchte nur ebenfalls provokativ fragen dürfen: Würden Sie bereit sein, zuzugeben, dass in dem Augenblick, wo wir wirklich auf Forschung an nichteinwilligungsfähigen Personen verzichten, man auch zugeben muss, dass das Leid oder die Erkrankung oder die Behinderung - wir sagen es einmal wertfrei - immer so bleiben muss, wie sie jetzt ist, weil es zukunftsbezogen auch keine Hilfe geben kann?

**Vorsitzende:** Herr Lensing, ich finde, dass diese letzte Frage in einen anderen Fragenkomplex gehören würde. Ich fürchte, Sie machen damit ein riesiges Fass auf, wo dieses Fass schon riesig genug ist. Sie würden mir einen großen Gefallen tun, wenn Sie das vielleicht hinterher mit Herrn Finke erörtern, weil er es in der Tat als Beispiel gebracht hat. Vielleicht beschränken wir uns bei dieser Runde auf die in Rede stehende besondere Form der Fortpflanzungsmedizin.

**Abgeordneter Lensing (CDU/CSU):** Wie Sie wissen, erfülle ich Ihnen im Rahmen meiner Möglichkeiten jeden Wunsch, und Sie werden mir freundlicherweise, nachdem ich mich darauf einlasse, konzidieren, dass der Begriff von Herrn Finke eingebracht wurde und dass ich mich deswegen noch einmal darauf fokussiert habe. Dann erlauben Sie mir bitte noch eine Frage an Frau Dr. Wegener: Wie kann man eigentlich - ich meine das rein argumentativ, vor dem Hintergrund dessen, was Sie vorgetragen haben -, den Eltern helfen bzw. was kann man ihnen sagen - wie es die Bundesärztekammer bei der Diskussion um die Zulassung Präimplantationsdiagnostik im Auge hat -, wenn man sich gegen die Zulassung der pränatalen Diagnostik und eben auch der

Präimplantationsdiagnostik entscheidet? Ich brauche ja auch eine Argumentation gegenüber diesen Mitmenschen, die sich auf den Weg begeben und Eltern werden wollen und denen ich das ja verweigere.

**Abgeordneter Hüppe (CDU/CSU):** Meine Fragen gehen an Frau Dr. Wegener und Frau Dr. Haker. Frau Dr. Wegener, da Sie sich mit Pränataldiagnostik so intensiv beschäftigt haben: Glauben Sie angesichts der Tatsache, dass die ärztlichen Richtlinien zur Pränataldiagnostik auch sehr eng angelegt waren - mit dem Gebot der Beratung und allem drum und dran, was aber nicht ganz der Realität entspricht -, dass dies bei der Präimplantationsdiagnostik jetzt wesentlich anders sein wird? Ich sage dies auch vor dem Hintergrund, dass Prof. Dr. Diedrich - er ist noch anwesend, das war meine vierte Frage, die nicht zugelassen worden ist -, in einem Interview der "Welt" gesagt hat, dass Eltern dann nicht nur entscheiden könnten, jemanden zu implantieren, wenn er bei der Präimplantationsdiagnostik nicht Träger einer Krankheit ist, wie bei Mukoviszidose, sondern sie auch dann Nein sagen können, wenn er nur Überträger ist; also die Eugenik auf noch eine weitere Generation erweitert. Meine Frage an Frau Dr. Haker: Wenn man davon ausgeht, dass der Embryo menschliches Leben ist und damit auch schützenswert, wären Alternativen wie die Polkörperdiagnostik, die ja jetzt schon nach Embryonenschutzgesetz erlaubt wäre, aber auch die Fremdsamenspende, die Fremdeispende oder die Embryonenadoption bei überzähligen Embryonen, die ansonsten vernichtet werden, nicht ethische Alternativen, die zumindestens anders bewertet werden müssten, als die Selektion mit dem Ergebnis der Abtötung von Embryonen?

**Vorsitzende:** Ich habe mich jetzt selbst auf die Rednerliste gesetzt und versuche es genauso kurz zu machen, wie meine Kollegen es auch probiert haben. Ich möchte von Frau Prof. Dr. Wiesemann, angesichts der Tatsache, dass Ihre Darstellung von Ethik etwas für mich sehr Sympathisches, nämlich etwas nicht Juristisches hat, gerne wissen: Wie wird bei Ihnen im konkreten Fall diese Form der ethischen Reflexion umgesetzt, wenn ein Paar mit einem schwerstbehinderten Kind, das sie sehr in Anspruch nimmt, zu Ihnen kommt? Wo die Ehefrau vielleicht schon drei Abtreibungen hinter sich hat, wo eine Adoption wegen der Existenz schon eines behinderten Kindes in der Familie verweigert wird - wie sieht Ihre Ethik da im konkreten Fall aus?

Und eine Frage an Frau Dr. Haker, die an das anschließt, was Herr Hüppe sagte: Wenn eine Technik da ist, die keinen Embryonenverbrauch nach sich zieht, wenn die gesellschaftlich unerwünschten Folgen, insbesondere die Benachteiligung Behinderter und die Gefährdung ihrer Stellung, mit milderem Mitteln als Strafrecht und Verbot beeinflusst werden können - ich denke dabei daran, dass die Stellung der Behinderten trotz Zunahme der Pränataldiagnostik sich in den letzten 10 Jahren nicht gerade verschlechtert hat -, bleibt dann Ihr Verdikt angesichts der Tatsache bestehen, dass das Recht auf ein Kind von keinem Elternpaar in Anspruch genommen wird, sondern nur das Recht, diese Technik dann ohne Verbot anwenden zu dürfen?

**Sachverständige Dr. Graumann:** Ich habe zwei Fragen; die erste Frage an Frau Dr. Berg. Bezüglich der Präimplantationsdiagnostik kann man ja noch nicht sagen, welches die psycho-sozialen Auswirkungen konkret sein werden. Meine Frage ist, ob sich aus medizinsoziologischen Erkenntnissen, die man aus der Pränataldiagnostik und aus der IVF-Praxis kennt, Schlussfolgerungen ableiten lassen und ob es Untersuchungen zur Diskriminierung oder zu diskriminierenden Tendenzen durch die Etablierung der Pränataldiagnostik für Familien mit behinderten Kindern gibt? Meine Fragen an Frau Prof. Wiesemann und Frau Dr. Haker: Sie haben in beiden Beiträgen sehr stark die Situation der Frau in den Mittelpunkt gerückt. Was mich interessieren würde: Es existiert bei der Präimplantationsdiagnostik ja noch keine leibliche Beziehung zwischen Frau und Embryo und dadurch entsteht meiner Ansicht nach eine andere Verantwortungssituation für den Arzt. Geht mit einer Ausweitung des Handlungs- oder des Entscheidungsbereichs des Arztes nicht auch eine Ausweitung des Verantwortungsbereiches einher? Dabei möchte ich Sie auch bitten, auf die Gefahren der paternalistischen Bevormundung einzugehen.

**Sachverständige Dr. Schneider:** Meine erste Frage an Frau Dr. Berg. Haben Sie konkrete Zahlen zum Patiententourismus bezüglich Präimplantationsdiagnostik? Wie relevant ist das überhaupt? Meine zweite Frage an Frau Dr. Wegner und Frau Dr. Berg: Welche Wirkungszusammenhänge gibt es aus der Sozialforschung betreffend Individuum und Soziales? Kann aus dem Wunsch nach einem gesunden Kind eine Pflicht zur Inanspruchnahme von Präimplantationsdiagnostik abgeleitet werden? Welche Rolle wird Frauen in der Gesellschaft zugesprochen und zugewiesen? Sollen Frauen Garantien für gesunde Kinder sein und gibt es eine bestimmte normative Verpflichtung darauf, dass sie alles tun, um auszuschließen, dass ihr Kind mit bestimmten Behinderungen zur Welt kommt? Welche Zusammenhänge gibt es in der Auswirkung auf die Mutter-Kind-Beziehung, wenn die Annahme eines Kindes von bestimmten genetischen Kriterien abhängig gemacht wird? Gibt es dazu Erkenntnisse aus der Forschung, auch aus der technischen Forschung? Frau Dr. Berg vor allem hat zum Schluss gesagt, es gäbe eine Wirkung von Medizintechnik, derzufolge das Angebot eine Nachfrage erzeugt. Gibt es dafür Beispiele und welche Faktoren spielen hier eine Rolle? Meine letzte Frage an Frau Prof. Dr. Wiesemann:

**Vorsitzende:** Frau Dr. Schneider, wir hatten uns eigentlich darauf geeinigt, zwei, höchstens drei, maximal vier Fragen zu stellen.

**Sachverständige Dr. Schneider:** Es ist nur ein Satz. Umfasst Fürsorgeethik auch eliminierende Fürsorge?

**Vorsitzende:** Ich bitte die Sachverständigen, diese Fragen sozusagen als Unterfragen für zwei Fragen zu verstehen. Jetzt hat Herr Dr. Wunder das Wort und dann gehen die Sachverständigen zur Sache.

**Sachverständiger Dr. Wunder:** Die erste Frage an Frau Prof. Dr. Wiesemann: Sie haben statt einer Rechts- und Pflichtethik für eine Verantwortungsethik plädiert. Das ist ein interessantes Gebiet. Bitte konkretisieren Sie einmal: Was heißt hier Verantwortung in der konkreten Entscheidungssituation? Verantwortung für sich selber, also der Eltern oder der Frau, im Sinne der eugenischen oder nichteugenischen, der medizinischen Indikation des § 218, also gesundheitliche und psychische Risiken, die anders nicht abzuwenden sind, oder Verantwortung dem Kind gegenüber? Was für eine Verantwortung soll dem Kind angeblich hypostasiertes Leid ersparen? Oder Verantwortung der Gesellschaft gegenüber? Ich bitte Sie, zu konkretisieren, was das heißt. Bei aller Sympathie für Verantwortungsethik kommt mir das im Moment sehr schwammig vor. Die zweite Frage an Sie, Frau Dr. Haker, bezieht sich auf die Rechte. Also, „Recht auf Kind“ ist klar, „Recht auf gesundes Kind“ erst recht und „Recht auf Präimplantationsdiagnostik“ natürlich auch. Aber, sehen Sie nicht die Gefahr, dass, wenn wir so argumentieren, es durchaus ein Recht auf Präimplantationsdiagnostik geben könnte? Nämlich so, dass, wenn sie erst einmal restriktiv eingeführt ist, es über die Verteilungsgerechtigkeit, über die Zugangsgerechtigkeit dann auch ein Recht auf Ingebrauchnahme gibt. Wie stehen Sie dazu? Wie sieht dann der Rechtsbegriff aus, wenn es um diese rechtliche Zugänglichkeit geht? Am besten klarzumachen ist dies am Beispiel frühmanifestierender und spätmanifestierender Krankheiten. Wenn die einen zugelassen werden, muss es die Gleichbehandlung mit den Spätmanifestierenden geben.

**Vorsitzende:** Nun die Sachverständigen in umgekehrter Reihenfolge. Frau Dr. Wegener fängt an!

**Sachverständige Dr. Wegener:** Herr Lensing, Sie haben mich gefragt, was wir Eltern sagen, wenn wir uns kritisch gegen diese Techniken aussprechen. Zunächst, wir lehnen Pränataldiagnostik nicht in Bausch und Bogen ab, weil das auch völlig unrealistisch wäre. Wir möchten vor allem dazu beitragen, dass wir aus der Schwangerenroutine herauskommen und dass die Schwellen erhöht werden. Dass deutlich gemacht wird, dass es nicht selbstverständlich ist, eine selektive Technik in Anspruch zu nehmen, und dass danach Entscheidungen gefällt werden müssen, die vorher bedacht werden müssen. Aber was sagen wir einer Frau? Wir sagen ihr ganz einfach: „Suche Dir eine gute Hebamme, gehe nicht in die Gynäkologie, dann bist Du in der Mühle drin“. „Sei schwanger und guter Hoffnung, stabilisiere Dich, suche Dir Ansprechpartnerinnen und dann wirst Du die Probleme lösen, wenn sie kommen“. Dann sagen wir ihr: „Wenn Du nicht glaubst, dass eine Hebamme das alleine kann und Du gehst in eine Praxis, informiere Dich vorher, was Dir angeboten wird, verweigere gegebenenfalls, leiste eine Unterschrift, dass Du nicht Schadensersatzklagen erheben wirst, versuche einen differenzierten Behandlungsvertrag zu bekommen, dass Du nur solche Dinge gesagt bekommst, die auch therapie relevant sind - das ist ganz schwer -, weil diese Schwangerenvorsorge nämlich ein Paketangebot ist, aus dem Du gar nicht heraus kannst, aber versuche es einmal. Vor allem, wenn Du eine Mittelschichtfrau bist und von diesen Begriffen auch einiges gehört hast.“ Habe ich damit Ihre Frage beantwortet?

Herr Hüppe, Sie haben mir eine schöne Vorlage gegeben mit der Frage, ob die Erfahrungen mit Pränataldiagnostik mit ihrer zunächst restriktiven Handhabung nicht auch einige Aussagen darüber erlau-

ben, was das für die Präimplantationsdiagnostik heißen würde, wenn sie denn erlaubt wird. Frau Beck-Gernsheim hat in einem interessanten Buch über „Technik, Markt und Moral“ nachgewiesen, dass die Pränataldiagnostik, die Fruchtwasseruntersuchung, zunächst nur für einige wenige Problemfälle entwickelt wurde. Was wir jetzt erleben, ist, dass sie zur Routine wird, aus der man kaum raus kann; dass zu befürchten ist, dass es eben zur Pflicht wird. Genau das Gleiche ist bei Präimplantationsdiagnostik zu befürchten, die jetzt für einige wenige sogenannte Problemfälle angeboten wird. Was heute Morgen über Deich- und Dammbürche gesagt wurde, war so gut, dass ich es gar nicht zu wiederholen brauche. Damit habe ich auch Ihre Frage beantwortet, Frau Dr. Schneider: Der Wunsch nach einem gesunden Kind kann auch zur Inanspruchnahme von Präimplantationsdiagnostik führen, aber doch in abgeschwächtem Maße. Die Technik ist so teuer und so anfällig und man muss vorher IVF machen, dass ich nicht glaube, dass es ein Massenproblem wird. Ich glaube, das Problem liegt eher in den Dammbürchen, die durch die Freigabe der Embryonenforschung zu befürchten sind. Ich hätte Herrn Prof. Dr. Diedrich - wenn er noch hier wäre - gerne gefragt, ob die 8.000 bis 10.000 DM, die eine Behandlung mit Präimplantationsdiagnostik kosten würde, die IVF-Behandlung ein- oder ausschließen. Er hat das so gesagt. Ich habe andere Zahlen, die bei weitem höher sind, so dass ich insofern ganz zuversichtlich bin, dass die Präimplantationsdiagnostik nicht zu einer Massenverpflichtung werden wird.

**Sachverständiger Finke:** An mich ist die Frage zur fremdnützigen Forschung gestellt worden. Hier möchte ich nur antworten, dass aus meiner Sicht und wie ich mich eingearbeitet habe, die fremdnützige Forschung an Behinderten für den wissenschaftlichen Fortschritt nicht erforderlich ist. Zweitens - was bei Ihnen auch mitschwang - die Frage des Leids. Die behinderten Menschen werden nicht gefragt, ob sie leiden oder nicht leiden. In meinem Fall möchte ich einmal deutlich sagen, wenn meine Eltern gefragt worden wären, Ihr Sohn wird mit 20 Jahren erblinden, soll er leben Ja oder Nein und wollen Sie ihm nicht das Leid ersparen? Ich würde das für mich verneinen und das gilt für viele andere auch. Für mich schwingt da auch so eine ethische Fragestellung mit, die ich für viele behinderte Menschen nicht teilen kann. Erstaunlicherweise wird die Frage der Präimplantationsdiagnostik - nach meinem Kenntnisstand - in der Regel nicht von den Eltern an die Gesellschaft herangetragen, sondern häufig von Wissenschaftlern, Medizinern oder ähnlichen, die häufig nicht ausschließlich die Interessen der Eltern vertreten, sondern wo vielleicht auch andere Interessen mitschwingen. Jedenfalls kann ich bezüglich der Frage „Eltern und Präimplantationsdiagnostik“ wenig Elterninitiativen feststellen, die aus dem Behindertenbereich und anderen Bereichen sagen, dass sie das fordern; sicherlich wird man Einzelfälle belegen können.

**Vorsitzende:** Ich kann das nicht so gut sehen, aber ich gehe davon aus, dass das Ihre Antwort war auf das, was Sie gefragt worden sind. Dann ist jetzt Frau Prof. Dr. Wiesemann an der Reihe.

**Sachverständige Prof. Dr. Wiesemann:** Vielen Dank für die Fragen, an Hand derer ich noch etwas mehr klären kann, was ich in der kurzen Zeit habe sagen wollen. Ich möchte zunächst auf die Fragen von Frau von Renesse, Herrn Dr. Wunder und Frau Dr. Schneider eingehen, weil sie alle gemeinsam

etwas sehr Ähnliches gefragt haben, nämlich, was es konkret bedeutet, wenn man eine Verantwortungs- und Fürsorgeethik in praktische politische Entscheidungen umsetzt. Das ist ja auch letztendlich die Aufgabe dieses hohen Hauses. Was heißt Verantwortung konkret? Herr Wunder hat gefragt, ob dies auch Verantwortung für die Gesellschaft bedeutet? Nein, natürlich zunächst einmal nicht eine Verantwortung für Gesellschaft und für gesellschaftliche Interessen, sondern zunächst einmal die Realisierung der individuellen Verantwortung und Fürsorge, die eine Frau oder ein Paar für ein Kind empfindet, das es zeugt und auch aufwachsen lassen will. Dass diese individuelle Beziehung von zwei oder drei Menschen natürlich in einem gesellschaftlichen Kontext steht, das kann ich nicht abstreiten. Ich bin mir auch sicher, dass hier schon jetzt Wechselbeziehungen existieren. Aber ich glaube, es ist wichtig für unsere ethischen Überlegungen, diese Familie, dieses Paar, vor allen Dingen aber die Mutter und das Kind, in das Zentrum unserer Aufmerksamkeit zu rücken. Meine Argumentation ging dahin, Sie zu bitten, immer, wenn Sie hier das Wort „Recht“ oder das Wort „Pflichten“ hören, zu überlegen, wer dabei aus der ethischen Überlegung verschwunden ist? Welche Personen tauchen dann plötzlich nicht mehr auf, die ebenso relevant sind in den Konflikten, um die es hier geht? Wir sollen unsere ethischen und auch politischen Probleme nicht dadurch lösen, dass wir einfach einen Beteiligten durch die Art und Weise, wie wir über das Problem sprechen, ausklammern. Ich glaube, dass man als Mensch nur wirklich ernsthaft Fürsorge für jemand anders übernehmen kann, wenn es tatsächlich auch die alternative Entscheidung gibt. Wenn ich zu etwas gezwungen werde, ist es nicht meine Entscheidung und ich übernehme nicht wirklich Verantwortung. Ich muss auch die Alternative haben können. Es ist für mich sehr wichtig, in einer Gesellschaft zu leben, die es vielen Menschen, vielen Paaren möglich macht, Kinder zu bekommen. Aber ich sehe, dass in unserer Gesellschaft Frauen und Paare verantwortungsvoll unter bestimmten Umständen die Entscheidung gegen ein Kind fällen können. Ich finde, Frau von Renesse, dass Sie gerade so ein Beispiel genannt haben. Ich habe sehr viel Mitgefühl für Paare in einer solchen Extremsituation, die ein behindertes Kind aufziehen, was sehr schwierig ist in unserer Gesellschaft, und zwar nicht nur für das behinderte Kind, sondern auch für die Eltern dieses Kindes und denen eine Adoption - aus verständlichen Gründen - auch wiederum nicht zugestanden wird und die Schwangerschaftsabbrüche hinter sich haben. Dass ein Paar in dieser Situation unter Umständen eine verantwortungsvolle Entscheidung gegen eine Eizelle in einer Petrischale fällt, kann ich persönlich nachvollziehen und ich halte sie auch für richtig. Ich glaube, dass wir mit dieser Überlegung den Problemen besser gerecht werden als wenn wir von Rechten von scheinbaren Individuen sprechen, die eben nicht so ungeteilt sind.

Ich habe noch eine Frage von Frau Dr. Graumann, die ich beantworten möchte. Sie haben recht, mir geht es tatsächlich darum, hier auch die Frauen in den Mittelpunkt der Überlegungen zu rücken. Ich finde, dass sie zu oft aus dieser Auseinandersetzung verschwinden. Die Leistungen, die Frauen in unserer Gesellschaft erbringen, wenn es darum geht, Kinder aufzuziehen, werden nach wie vor zu wenig in den Mittelpunkt gerückt. Wir haben mit den neuen technischen Möglichkeiten die für uns ungewohnte Situation, dass plötzlich auch noch eine dritte Person in der sehr engen leiblichen Beziehung von Embryo und Mutter eine Rolle spielt. Das ist in dem Falle der Arzt, der mit dem Embryo und der Petrischale hantiert. Um so wichtiger scheint es mir, zu betonen, dass dieser Embryo und die

Mutter nicht ohne einander zu denken sind. Wir haben heute noch nicht die technischen Möglichkeiten, einen Embryo nur in der Petrischale zum Menschen aufwachsen zu lassen. Das heißt, das ist eine Perspektive, die nicht so ganz unwahrscheinlich ist; ich hoffe, dass sie nicht so bald wahrscheinlich wird und es ist auch nicht so, dass wir das anstreben sollten. Ich glaube, dass sich unsere ethischen Überlegungen sehr grundlegend ändern werden, wenn das der Fall sein wird. Aber jetzt und hier ist es noch so, dass es einer leiblichen Mutter bedarf, um einem Embryo zum Menschwerden zu verhelfen. Deswegen ist es auch wichtig, eine Sprache zu finden, die diesem Tatbestand gerecht wird - auch eine ethische Sprache. Ich meine, dass das, was ich hier vorgestellt habe, dazu beiträgt.

**Vorsitzende:** Frau Dr. Haker, Sie haben jetzt das Wort.

**Sachverständige Dr. Haker:** Vielen Dank für die komplexen Fragen, ich tue mein Bestes. Zuerst einmal eine leichte Frage: Ist Kinderlosigkeit gottgewollt? Das weiß ich nicht, weil ich nicht Gottes Willen interpretieren kann. Ich weiß aber, dass zum Beispiel im Alten Testament oder Ersten Testament die schöne Geschichte von Abraham und Sarah steht, dass Sarah lachte, als sie dann nach sehr langer Zeit doch noch ein Kind bekam. Es gibt also durchaus Geschichten in der Bibel, in denen Betroffene sich freuen, wenn sie Kinder bekommen. Aber das nur am Rande. Ich meine, dass die Frage - in ernsthafter Hinsicht - auf den Begriff der verantwortlichen Elternschaft zurückverweist, und ich möchte Sie bitten, dass Sie nachher bei der Beantwortung meiner Frage von Herrn Hüppe zuhören. Ich verschiebe die Beantwortung sozusagen nach hinten. Ich kläre noch einmal meine Position. Ich habe gesagt, dass ich eine dreigliedrige Argumentation verfolge. Die drei Glieder dieser Argumentation bestehen erstens in der Klärung der Statusfrage oder - wenn man so will -, in der Klärung der betroffenen Rechte, zweitens in dem Begriff der verantwortlichen Elternschaft - das ist eher ein individualisierender Begriff, entspricht aber ungefähr dem, was Frau Prof. Dr. Wiesemann meint, zumindest formal. Und das dritte Glied dieser Argumentation ist die sozialetische Frage, also vor allem die Frage nach den Folgen bestimmter Praktiken. Für mich ist es sehr wichtig, diese drei Aspekte oder drei Glieder der Argumentation zusammen zu sehen. Ich bin der Auffassung, dass es direkte und indirekte Argumente gibt, die für oder gegen die Präimplantationsdiagnostik sprechen könnten. Wäre jetzt sozusagen eine verbrauchende Embryonenforschung, Herr Hüppe, nicht betroffen, könnten wir diese Probleme außen vor lassen. Auf Ihre Beispiele gebe ich unterschiedliche Antworten. Zum Beispiel sage ich - mit einem Vorbehalt, dass ich mich durch Forschungsergebnisse eines Besseren belehren lassen muss - im Moment „Nein“ zur Polkörperdiagnostik, und zwar nicht aus einem direkten Argument heraus, das mit dem Status zusammenhängen würde, sondern aus einem indirekten Argument heraus, nämlich weil die Selektionsfolgen trotzdem nicht beseitigt werden. In Bezug auf die Fremdsamenspende würde ich - unter Vorbehalt - sagen: Ja, das finde ich akzeptabel, weil hier weder Statusfragen betroffen sind noch die Selektionsfrage gestellt werden muss und ich die sozialetischen Folgen für akzeptabel halte. Bei der Eizellspende sage ich „Nein“, weil nämlich die Risiken für die Frau bei der Entnahme von Eizellen für mich so schwer wiegen, dass ich meine, dass eine Spende nicht zu verantworten ist, und zwar im Hinblick auf die Frauen. Bei der Embryonenadoption, wenn wir uns richtig verstehen, sage ich Ja, wenn es denn überhaupt überzählige Embryonen gibt. Das wäre in der

ethischen Diskussion bezogen auf die internationalen Bedingungen zu sagen. Ich möchte daran nur deutlich machen, wozu diese mehrgliedrige, gemischte oder dreigliedrige Argumentation führen kann: dass man nämlich auch zu differenzierten Standpunkten kommen kann, und dass man sehr ernst die Frage stellen kann, wie welcher Gesichtspunkt in welchem Problemkontext anzusetzen ist.

Frau von Renesse, Ihre Frage verstehe ich nicht, weil ich die Situation für nicht denkbar halte. Entschuldigen Sie, aber ich glaube nicht, dass es eine Präimplantationsdiagnostik im weitesten Sinn geben kann, die ohne Embryonenverbrauch und ohne - vielleicht im weiteren Sinn verstanden -, einen selektiven oder eugenischen Effekt sein kann. Vielleicht habe ich Sie aber auch nicht richtig verstanden. Die nächste Frage von Frau Dr. Graumann zur Situation der Frau bei Präimplantationsdiagnostik. In der Tat, ich bin der Meinung, dass es eine - für meine Begriffe sogar unzulässige - Ausweitung des Handlungs- und Verantwortungskontextes ist, wenn wir in die Präimplantationsdiagnostik eintreten. Ich sehe keinen ethischen Grund mehr, warum die Paare diejenigen sein sollen oder vielleicht sogar die Frau diejenige sein soll, die über Einpflanzung oder Nichteinpflanzung entscheidet, über Diagnostik oder Nichtdiagnostik. Das, was sie sozusagen zum Entscheidungssubjekt macht, ist während der Schwangerschaft die unausweichliche leibliche Beziehung zu dem Kind. Ich finde aber, dieses unklare Verantwortungsverhältnis - also wer darf denn und muss jetzt entscheiden: die Ärzte, die ganze professionelle Gruppe? Sind es dann Molekulargenetiker, vielleicht viel eher als Ärzte? Oder sind es vielleicht doch die Paare oder alle zusammen? - ich finde, das ist eine sehr unklare Situation, die für mich dadurch auch ethisch sehr problematisch ist. Ethisch problematisch nämlich deswegen, weil sie immer mehr dazu führt, dass die Embryonen aus dieser ursprünglichen Beziehung zur Frau herausgelöst werden, dass also eine Distanzierung aus diesem Verhältnis die Konsequenz ist.

Herr Dr. Wunder, das Recht auf access, auf den gleichberechtigten Zugang bei bestehenden Techniken, sehe ich nicht, denn grundsätzlich gilt: Wenn wir von der Voraussetzung ausgehen, dass es kein Anspruchsrecht auf eigene Kinder und auch nicht auf gesunde Kinder gibt, können wir gleichwohl sagen, dass es ein starkes Interesse gibt, und dieses starke Interesse können wir auch allen ohne ethischen Schwierigkeiten zugestehen. Oder den berechtigten Wunsch nach einem Kind. Selbst wenn es den Wunsch oder das Interesse gibt - das aber kein Recht ist -, bedeutet das ja, dass es Gegenstand von Abwägungen sein muss; von Abwägungen im Vergleich zu höherstufigen Gesichtspunkten. Hier würde ich dann einfach mit dem Grundsatz *two wrongs don't make right* argumentieren. Wenn nämlich Selektionspraktiken schon an sich unzulässig sind, zum Beispiel bei den früh ausbrechenden Krankheiten, dann gibt es dieses Recht auf access nicht per se. Noch einen kleinen Satz: Ich glaube, dass es nicht ausreicht, von einer Verantwortungs- und Fürsorgeethik auszugehen. Ich halte das übrigens nicht für eine Konkurrenzethik zur sogenannten deontologischen Ethik, die von moralischen Rechten und Pflichten ausgeht, sondern kann diese beiden Ethiktypen nur und ausschließlich komplementär verstehen. Insofern würde ich mich dagegen wehren, eine ethische Theorie zu unterschreiben, die vor allem die individuelle Verantwortung und individuelle Fürsorge in den Vordergrund rückt. Ich meine, wenn der Verantwortungsbegriff nicht als übergreifender Begriff der Ethik zu fassen ist, dann schwimmt er sozusagen in seinen Konturen.

**Vorsitzende:** Danke sehr, und jetzt als Letzte Frau Dr. Berg.

**Sachverständige Dr. Berg:** Wenn wir die Entwicklung - 20 Jahre ist ja nicht so sehr viel - der IVF betrachten, können wir sehen, dass das, was seinerzeit als ganz strenge Indikationsstellung angesetzt war - ich sage es einmal etwas salopp - heute weitgehend vergessen ist. Bei der Pränataldiagnostik ist eine ähnliche Entwicklung zu beobachten gewesen, und ich denke, bei der Präimplantationsdiagnostik wird es ähnlich sein. Zu den Fragen zum Thema Diskriminierung bzw. was im Hinblick auf die Frauen die Verantwortungsübernahme angeht: Natürlich, niemand will diskriminieren, niemand will selektieren und eugenisch denkt auch niemand. Nur, die Vorstellungen darüber, was gesund, was Behinderung, was krank ist, hängen, wie wir wissen, sehr stark vom sozialen und gesellschaftlichen Kontext ab und natürlich auch von der wissenschaftlichen Entwicklung und vermitteln sich nicht über solche einzelnen einfachen Bilder. Da es ja keine Kriterien dafür gibt, das haben wir schon mehrfach gehört, wird es im Zweifelsfall immer ein Aushandlungsprozess sein und das heißt, dass es die beiden direkten Akteure, die Frau und den Berater oder die Beraterin gibt, und weitere im Hintergrund. Darüber, was das dann bedeutet, wissen wir eigentlich gar nicht so sehr viel. Wenn wir uns jetzt ansehen, dass im Laufe der Zeit die Vorstellungen oder die Entwicklung von Werten sich eigentlich nicht mehr in einer konkreten Form Kontrolle von außen vollzogen haben, sondern das, was früher einmal über Kirche, Gesellschaft, Staat usw. abgelaufen ist, sich mittlerweile die Individuen, in diesem Fall zum großen Teil die Frauen, zu Eigen gemacht haben, und das möglicherweise mit anderen Einflüssen dann auch in ihre Handlungen umsetzen, dann, denke ich, ändert das sich Bild erheblich. Und zwar nicht nur im Hinblick auf die Verantwortungsübernahme bezüglich der Nutzung der Präimplantationsdiagnostik, das ist schon mehrfach gesagt worden, sondern auch bezüglich der Verantwortungszuschreibung. Das muss man auch ernst nehmen. Zur Präimplantationsdiagnostik gibt es ein paar - methodisch fragwürdige - Studien. Dazu kann ich vielleicht gleich noch ein paar Sätze sagen. Aber was die Zuschreibung der Verantwortung angeht: Zum Beispiel hat man schwangere Frauen befragt, die vor der Entscheidung standen, ob, wenn eine Frau ein behindertes Kind bekommt, sie das als ein Versagen ansehen bzw. ob sie das der Frau zuschreiben. Die Antworten waren relativ eindeutig: Wenn Frauen davon gewusst haben, dass es Präimplantationsdiagnostik gibt, und dennoch ein behindertes Kind bekommen haben, dann wird dies mit einer Schuldzuweisung verbunden. Das heißt, wenn wir so viel von Selbstbestimmung reden oder wenn Selbstbestimmung das höchste Prinzip aller Entscheidungen sein soll, dann muss dies auch bedeuten, sich für ein von der genetischen Norm abweichendes Kind entscheiden zu können. Nur dann ist die Selbstbestimmung eigentlich wirklich ausgefüllt; jenseits aller dieser juristischen Bedenken, die wir bereits gehört haben.

Die Frage nach dem Tourismus ist immer eine schwierige Frage. Ich denke, sie wird gern als Argument für den großen Bedarf angeführt. Wir wissen nicht sehr viel darüber, es gibt wenige Publikationen. Die Brüsseler Arbeitsgruppe, die, bezogen auf Europa vergleichsweise große Erfahrungen hat, hat in einem Bericht für die letzten fünf Jahre festgestellt, dass von den 92 Paaren, die behandelt wurden, ein Viertel aus Deutschland kam, und zwar bezieht sich das überwiegend auf die letzten zwei Jahre. Auch aus England gibt es nicht wahnsinnig viele Berichte; wie groß die Nachfrage genau ist,

wissen wir nicht. Aber ich wollte noch einmal zu bedenken geben, ob wir es da nicht vielleicht auch mit einer Fama zu tun haben.

Jetzt zu der Frage nach der Mutter-Kind-Beziehung: Was kann man sich vorstellen oder was ist denkbar, wenn durch die Anwendung von Präimplantationsdiagnostik ein Kind zur Welt kommt, das relativ oder sehr konkret den Vorstellungen der Eltern entspricht, was seine genetische Ausstattung angeht, also ein Kind zu einem gezielten Zweck. Über diese Fälle weiß man naturgemäß nichts. Studien gibt es dazu schon gar nicht, auch da kann man nur extrapolieren. Wenn ich es einmal etwas verkürzt sagen soll, dann ist es für die Entwicklung, für die psychische Entwicklung oder die Identitätsentwicklung eines Kindes eigentlich immer eine wesentliche Größe, dass es um seiner selbst Willen akzeptiert wird, so wie es ist. Was das für die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung bedeutet oder gar für das Kind selbst, wenn es weiß, dass es erzeugt worden ist, weil es Organspender ist oder eine andere Aufgabe für die Familie erfüllen soll, das können wir gar nicht absehen. Aber ich denke, es kann eigentlich nicht viel Gutes dabei herauskommen. Das zum Thema Präimplantationsdiagnostik.

Und weil das hier in der Runde auch angesprochen war: Wessen Thema ist das eigentlich? Ich glaube, es spricht einiges dafür, dass die Wechselwirkung von Information über ein bestimmtes Thema und der Nachfrage eine sehr enge ist. Wir führen ja eine Studie durch, und da gab es unter anderem auch die Frage, inwieweit überhaupt Kenntnis oder großes Interesse an der Präimplantationsdiagnostik artikuliert wird. Mit allem Vorbehalt, den ich hier zum Ausdruck bringen muss, kann man nicht sagen, dass es von Seiten der Paare ein rasend großes Interesse daran gäbe. Bei den Ärzten sieht es begrifflicherweise etwas anders aus.

**Vorsitzende:** Danke, jetzt kommt die nächste Runde. Herr Prof. Dr. Geisler, Frau Wetzler, Frau Neuer-Miebach, Herr Prof. Dr. Reiter, Frau Kühn-Mengel und Herr Dr. Winter.

**Sachverständiger Prof. Dr. Geisler:** Frau Vorsitzende, ich will mich um extreme Kürze bemühen, wenn sie vielleicht auch auf Kosten der Verständlichkeit geht. Ich möchte noch einmal auf den Komplex ärztliche Verantwortung zurückkommen und wollte die Frage an Frau Dr. Berg richten. Sie haben bei der Präimplantationsdiagnostik die einmalige und quasi schizophrene Situation, dass eine Diagnostik zur Lösung eines Konfliktfalles eingesetzt wird, der noch nicht besteht, sondern durch die Diagnostik selbst erst erzeugt wird. Nehmen wir einmal an, dass wirklich die Diagnostik und die Selektion der betroffenen Embryonen in einer ärztlichen Hand liegen. Wie ist der Duktus der Handlungen zu bewerten, dass eine Diagnostik eingeleitet wird, bei der man bei schweren genetischen Defekten mit einem Prozentsatz von 25 bis 50 Prozent davon ausgehen kann, behinderte Embryonen zu erzeugen, und auf der anderen Seite die klare Absicht besteht, diese zu eliminieren oder zu töten?

**Vorsitzende:** Danke, das war so klar wie kurz.

**Abgeordnete Dr. Wetzler (SPD):** Ich habe eine Frage an Frau Dr. Haker. Bei der Präimplantationsdiagnostik, hatten Sie gesagt, gibt es nicht das Abwägungsproblem wie beim § 218. Wir hätten bei der

Präimplantationsdiagnostik das Embryonenschutzgesetz und den moralischen Status des Embryos dem Wunsch auf ein gesundes Kind entgegenzusetzen; wobei wir uns einig darüber sind, dass es kein Recht auf ein Kind gibt und auch kein Recht auf ein gesundes Kind. Das heißt, wir müssten an der Stelle auch nach dem moralischen Status dieses Wunsches auf ein gesundes Kind fragen. Wenn dann in der vorigen Frage- oder Antwortrunde mehrfach vorgeschlagen wurde, dass man keinen Indikationenkatalog aufstellen soll, sondern statt dessen diese Probleme auf eine Ethikkommission verlagern soll, meinerwegen auch eine zentrale in der Bundesrepublik, dann schiene mir das, als wollte man einen Scheinkonflikt in diese Ethikkommission verlagern. Nämlich die Frage, zu klären, welchem Paar wir den Wunsch nach einem gesunden Kind als moralisch berechtigt zugestehen und welchem Paar wir diesen Wunsch verweigern. Das wäre meines Erachtens gerade im Hinblick auf Alternativen, die es gibt, ein Scheinkonflikt. Deshalb steht für mich die Frage im Raum, ob wir als Gesetzgeber nicht die Verpflichtung haben - diesen Scheinkonflikt vorgeschaltet -, eine ganz klare Aussage dazu zu treffen haben, ob wir diesen durch die Präimplantationsdiagnostik dann absolut gesetzten Kinderwunsch - in welcher begrenzter Zahl auch immer - nicht abwägen müssen gegen das eugenische Denken, gegen die Diskriminierung von Behinderten, auch gegen den Wert, den wir dem Embryo über das Embryonenschutzgesetz zugesprochen haben, und das heißt insgesamt natürlich auch das Recht der Menschheit in der Person auf Entwicklung? Das heißt also, dass wir unter Menschheit, auch bezogen auf den potenziellen Embryo, nicht die Entwicklung von Vollkommenheit verstehen, sondern von Andersheit, Vielfältigkeit, Buntheit und allem anderen, was gesagt wurde.

**Sachverständige Prof. Dr. Neuer-Miebach:** Ich habe zwei Fragen. Die erste Frage, an Frau Prof. Dr. Wiesemann, nochmals zum Begriff der Verantwortungs- und Fürsorgeethik. Ich habe sehr viel dafür übrig, sich nicht auf eine individualistische Rechteethik zu konzentrieren. Ich denke aber, dass man aus meiner Sicht präzisieren müsste, was diese Fürsorge im Sinne einer Sorge vor allen Dingen für diejenigen heißt, die in unserer Gesellschaft am schutzlosesten sind. Dazu zähle ich zum Beispiel auch Embryonen im frühen Stadium. Sie haben gesagt, dass man nur dann wirklich Verantwortung praktizieren kann, wenn auch Alternativen da sind. Ich denke, es gibt durchaus Alternativen zur Verwerfung aus Verantwortlichkeit. Es gibt zum Beispiel auch die Möglichkeit, auf Kinder zu verzichten. Die Frage ist: Wie sehen Sie diese Alternativen an dem Punkt, wo die eine Alternative wäre, den Embryo zu verwerfen - bestünde hier das höhere Gut nicht darin, auf Kinder zu verzichten? Meine zweite Frage an Frau Dr. Berg: Sie haben in Ihrem schriftlichen Papier von hochattraktiveren Perspektiven der Präimplantationsdiagnostik im Unterschied zur In-vitro-Fertilisation gesprochen. Meine Frage ist, wissen Sie etwas darüber, welche möglichen attraktiven Perspektiven der Verwendung des Einsatzes von Präimplantationsdiagnostik sowohl im europäischen Ausland als auch bei uns angedacht bzw. mehr oder weniger experimentell schon versucht werden?

**Sachverständiger Prof. Dr. Reiter:** Ich glaube, dass die ethische Bewertung der Präimplantationsdiagnostik im Wesentlichen mit dem Status des menschlichen Embryos zusammenhängt. Dazu hätte ich an Frau Prof. Dr. Wiesemann die Frage: Zunächst haben Sie auf zwei Unterschiede hingewiesen, das heißt, wir kennen zwei Positionen. Es gibt Menschen, die Personen sind und es gibt Menschen,

die keine Personen sind, wobei der Personenstatus dann an den Entwicklungsstadien festgemacht wird. Ich glaube, Sie neigen eher zu dieser Position. Mit Singer könnte man dann noch eine dritte Position nennen - es gibt Personen, die keine Menschen sind. Ist es für Sie, Frau Prof. Dr. Wiesemann, auch denkbar, dass Menschen von Anfang an, also ab Vereinigung von Ei und Samenzelle, ebenfalls Personen und vielleicht doch Individuen sind? Eben haben Sie gesagt, sie seien vielleicht eher keine. Ganz konkret: Welchen Statuts sprechen Sie dem Embryo in der Retorte - sagen wir einmal im Achtzellstadium, wenn die Präimplantationsdiagnostik durchgeführt werden soll -, zu? Dann eine Frage an Frau Dr. Haker. Ich teile voll Ihr Ergebnis; ich hätte nur noch eine Nachfrage. Bei der ersten Leitfrage haben Sie gesagt, dass Sie für einen vollen Schutzanspruch für den Embryo als Faustregel plädieren. Die prima facie auch in allen Fällen gilt. Jetzt kommt meine Frage: Sie haben gesagt, dass, weil dieser Schutzanspruch nicht streng normativ begründet werden kann, eine Güterabwägung im Konfliktfall möglich sei. Was wägen Sie hier ab? Leben gegen was? Das ist mir noch nicht ganz klar. Eine Frage an alle Sachverständigen: Sie sind ja alle gegen die Präimplantationsdiagnostik - bei Frau Prof. Dr. Wiesemann weiß ich das nicht so genau, vielleicht ist sie eher dafür. Könnten die Sachverständigen abschließend in einem Satz sagen „ich bin gegen die Präimplantationsdiagnostik, weil.....“. Dann hätte man das schön im Protokoll zum nachlesen.

**Vorsitzende:** Ich würde bitten, dass wir das vielleicht einem Schlusswort vorbehalten. Vielleicht wollen wir von den Sachverständigen noch ein bisschen mehr dazu hören.

**Sachverständiger Prof. Dr. Luther:** Meine Frage geht an Herrn Finke. Sie stellen die Belastung, die immer bei den Paaren als Argument angeführt wird, dar. Ich würde das auch teilen als eine gesellschaftliche Situation, als einen eugenischen Druck auf die Menschen, so dass Sie offensichtlich für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik sind. Was würden Sie den Gesetzgebern nun empfehlen, um mit der Belastung umzugehen? Meine Frage an Frau Prof. Dr. Wiesemann: Wenn die Menschen nun aber nicht so frei entscheiden können, weil sie diesem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt sind, befinden sie sich dann - das befürchte ich - in einer Situation der Kunden, die dem Anbieter gegenüberstehen, also im Sinne einer Marktwirtschaft, wie das in dem Internetbeispiel gezeigt wurde? Und wie würden Sie aus Ihrer Sicht mit einer Ethik der Verantwortung und Fürsorge gegen solche marktwirtschaftliche Ideologie angehen wollen? Eine letzte kurze Frage an Frau Dr. Haker. Würden Sie es für den Gesetzgeber für sinnvoll halten, die Pränataldiagnostik neu zu durchdenken?

**Vorsitzende:** Als gewöhnliche Gesetzgeberin warne ich davor, überschwemmtes Land einzudeichen. Es regelt sich in der Regel nicht gut.

**Abgeordnete Kühn-Mengel (SPD):** Frau Prof. Dr. Wiesemann, Sie haben Ihr geschlossenes Konzept der Ethik der Verantwortung und Fürsorge, dem ich viel Positives abgewinnen kann, losgelöst dargestellt. Ich greife noch einmal einen Punkt auf, den eine Kollegin angesprochen hat: Mögliche gesellschaftliche Veränderungen, die sich durch „Qualitätsstandards“ entwickeln, und die in Folge zu Ausgrenzungstendenzen führen. Ich bitte Sie, diesen Punkt noch einmal zu akzentuieren.

**Vorsitzende:** Als Letzter in dieser Runde, Herr Dr. Winter.

**Sachverständiger PD Dr. Winter:** Danke, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an die Wissenschaftlerin, Frau Prof. Dr. Wiesemann. Wissenschaft ist ja gewohnt, ihren Bezug im europäischen und internationalen Kontext zu nehmen. Sie muss dies tun und ist immer dazu verpflichtet darzustellen und zu argumentieren, warum sie zu einer bestimmten Argumentationsweise kommt, und tut dies selten im selbstreferenziellen Kontext. Nun ist meine Frage, ob Ihr Begriff von Verantwortungsethik auch mit einschließt, dass man nicht nur selbstreferenziell arbeiten darf, sondern beispielsweise Dinge wie in England, wo ein Embryo bis zur zweiten Woche noch nicht als Embryo gilt, sondern es den Begriff des Präembryos gibt, oder in Israel, wo es beispielsweise bis zur sechsten Woche so ist, mit bedenken muss, so dass das Embryonenschutzkonzept an sich noch einmal wissenschaftlich hinterfragt wird. Sie sprachen von einem abgestuften Schutzmodell. Sehen Sie dafür Ansätze in der Diskussion in Deutschland, um aus dem ethischen Dilemma, unter dem die gesamte Diskussion steht - und die Diskussion heute zeigt das auch -, herauszukommen?

**Vorsitzende:** Frau Dr. Berg, Sie dürfen anfangen.

**Sachverständige Dr. Berg:** Zur Frage der Entscheidung über nicht vorhandene Konflikte im Fall der Präimplantationsdiagnostik. Die Frage ist, wer entscheidet? Ich würde sagen, es entsteht eine mögliche Kette weiterer Konflikte, denn dieser Fall ist ja eigentlich bisher nicht vorgesehen. Im günstigsten Falle kann dann eine Entscheidung kommen - die Frage ist auch schon hier im Raum gewesen -, wenn es um Embryonen geht, die tatsächlich gar nicht Träger, sondern Überträger einer möglichen Erkrankung sind. Wir referieren hier gerne auf die Paare. Aber wer entscheidet denn dann eigentlich tatsächlich? Sind es - sozusagen in Verbindung - das Labor, der Reproduktionsmediziner, das Paar? Und wonach werden die Kriterien entwickelt? Aus der Pränataldiagnostik wissen wir, dass es zum Beispiel für die Entscheidung von Paaren durchaus wichtig, um nicht zu sagen: maßgeblich ist, ob überhaupt Anhaltspunkte über mögliche Risiken zu bekommen sind. Das heißt, da ist ein ganz großer Teil, der mit dem Thema Information bzw. auch Einblick in die Materie zu tun hat. Das gibt in gewisser Weise ungleiche Verhältnisse. Wie ist es bei nicht eindeutigen Fällen, wenn meinetwegen das Paar eine Entscheidung treffen würde, diesen Embryo eventuell zu transferieren, der oder die Ärzte das aber aus verschiedenen Überlegungen - zum Beispiel das Haftungsrecht im Hinterkopf - nicht tun wollen? Was passiert in einer solchen Situation? Das heißt, es gibt noch eine Fülle von möglichen Folgekonflikten.

Zur Frage von Frau Neuer-Miebach nach den attraktiven Perspektiven. Ich dachte, um das an einem Beispiel deutlich zu machen, in Europa ist mir dabei so etwas nicht unbedingt deutlich, in Deutschland selbstverständlich nicht - vor allem an die Keimbahntherapie. Nachdem die somatische Therapie so erfolglos war, gibt es durchaus vehemente Bestrebungen, die Keimbahntherapie voranzutreiben. Diese wird - mittlerweile ist das auch als Publikation erschienen - von überwiegend amerikanischen Wissenschaftlern durchaus als eine sinnvolle Strategie, die auch durch staatliche Maßnahmen nicht be-

hindert werden soll, vertreten. Ich erinnere an die Konferenz in Los Angeles „Engineering the Human Germline“. Hier gibt es eine gewisse Perspektive, was an Krankheitsbehandlung oder Prävention ins Auge gefasst ist. Da stehen Leute wie Watson und andere im Hintergrund und nicht etwa obskure Figuren wie Richard Seede, die Versprechungen machen, und wo man weiß, dass möglicherweise ganz andere Interessen bedient werden. Bisher war es so, dass es, als zum Beispiel Watson mit dem Humangenomprojekt anfang, in der Szene durchaus auch verschiedene Zweifel gab. Auch da hat sich gezeigt, dass, wenn man es mit dem entsprechenden Engagement vertritt, durchaus bestimmte Bewegungen in die Gänge kommen können; wenn auch viele Leute heute durchaus noch Skepsis haben.

**Sachverständige Dr. Haker:** Frau Wenzel, mit Ihrer Frage nach Embryonenschutz und dem Wunsch nach dem gesunden Kind beantworten Sie die Frage eigentlich genauso wie ich das tun würde. Ich habe ja gerade gesagt, dass es ein Recht auf ein gesundes Kind nicht geben kann. Ich wüsste nicht, wie man dafür überhaupt argumentieren sollte. Daraus ergibt sich, dass, wenn überhaupt, es nur ein Interesse oder einen Wunsch geben kann. Das ist natürlich sehr viel schwächer. Ein Interesse oder ein Wunsch steht, vom Begriff her, immer schon in einem Abwägungsprozess. Ich bin Ihrer Meinung, dass der Wunsch nach einem gesunden Kind bei der Präimplantationsdiagnostik durch den Verzicht auf ein Kind nicht gelöst werden kann. Es müssen aber - Sie haben das auch so gesagt -, sozialetische Gesichtspunkte herangezogen werden. Gesichtspunkte, die in der Abwehr einer eugenischen Haltung einerseits, einer freiwilligen individuellen eugenischen Haltung andererseits, aber auch einer freiwilligen sozialen eugenischen Haltung sowie einer Selektionshaltung und -handlung bestehen, gesellschaftlich entgegengewirkt werden muss. Insofern entsprechen sich unsere beiden Positionen da offensichtlich.

Jetzt noch einmal ganz kurz ein Wort zum Begriff der verantwortlichen Elternschaft. Ich glaube, ich habe vorhin etwas vergessen und kann es jetzt noch einflechten. Dass es kein Recht auf ein gesundes Kind geben kann, kann unter anderem auch damit begründet werden, dass kranke Kinder von Nichts und von Niemandem ausgeschlossen werden können. Kranke Kinder werden wir immer haben. Einerseits kranke Kinder, die sozusagen durch die Maschen einer wie auch immer streng und eng gefassten Diagnostik fallen. Dann aber auch Kinder, die ihre Krankheit oder Behinderung erst nach der Geburt erwerben, was ja den überwältigenden Teil aller Behinderungen und Krankheiten betrifft, mit denen wir zu kämpfen haben. Kranke Kinder sind nicht ausschließen. Ich sage bewusst kranke Kinder, weil dieser Aspekt den Begriff der verantwortlichen Elternschaft betrifft. Elternschaft bedeutet Fürsorge gegenüber Kindern. Wenn nun aber zukünftige Eltern der Auffassung sind oder von sich sagen, dass sie nur für ein gesundes Kind die Fürsorge übernehmen können oder bereit sind, die Fürsorge zu übernehmen, dann würde ich aus ethischen Gründen zu diesen prospektiven Eltern sagen, sie sollen doch bitte diese Fürsorgebeziehung nicht eingehen, denn Nichts und Niemand in der Welt kann es verhindern, dass sie es unter Umständen mit der Krankheit eines Kindes zu tun bekommen. Ich kann also nicht sehen, dass der Begriff der verantwortlichen Elternschaft die Gesundheit der Kinder irgendwie implizit meinen könnte. Ganz im Gegenteil: Die Fürsorge und Verantwortung der

Eltern und des Begriffs der Elternschaft impliziert die Fürsorge gegenüber einem Kind, egal unter welchen Bedingungen. Insofern ist auch klar, dass zu dem Begriff der Elternschaft oder der fürsorglichen oder verantwortlichen Elternschaft natürlich als Gegenbegriff der Begriff des Rechtes gehört, nämlich des Rechtes des Kindes. Insofern - noch einmal gesagt - kann es für mich nur eine komplementäre Ethik geben; eine komplementäre Ethik aus Fürsorge und Verantwortung in der Version von Frau Prof. Dr. Wiesemann und einer deontologischen Ethik, die auf moralische Rechte rekurriert. Das Recht worauf? Natürlich das Recht der Kinder auf eine ordentliche Versorgung und Fürsorge, auf angemessenen Schutz.

Herr Prof. Dr. Reiter, Sie haben gefragt, welche Abwägungen denn eigentlich gefragt seien. In der Ethiktheorie gibt es zwei Arten von Güterabwägungen. Die eine Art ist eine Güterabwägung in Notwehrsituationen, wo sozusagen zwei gleiche Rechte in einer Notsituation abgewogen werden müssen. Die zweite Art ist die Abwägung unterschiedlicher Rechte. In unserer Situation ist aber eine Güterabwägung gemeint, in der dieser Zwischenzustand - wir haben das schon öfter gehabt, ich beziehe mich auf die Schwangerschaft - gegeben ist, wo niemand die schwangere Frau dazu zwingen kann, ihrer Fürsorgepflicht nachzukommen. Es gibt auch keine Stellvertretung wie zum Beispiel bei der Adoption. Insofern ist diese Situation der Güterabwägung tatsächlich einzigartig. Es ist insofern keine Abwägung gleicher Rechte in einer Notsituation. Es wird nicht das Leben der Frau gegen das Leben des Fötus oder des Embryos abgewogen. Trotzdem ist es nicht ausschließlich nur eine Abwägung von zwei Rechten, die auf einer ganz unterschiedlichen Ebene stehen, sondern es wäre sozusagen eine dritte Kategorie aufzumachen, die dazwischen steht. Ich nenne zwei Fälle: Einerseits die einzigartige Situation während der Schwangerschaft, die einen Schwangerschaftskonflikt provozieren kann - ich rede von der sozialen Indikation: Das wäre für mich ein solcher Fall für eine Güterabwägung. Und ich verweise innerhalb der Schwangerschaft auf den Zustand einer Unzumutbarkeit der Fortsetzung der Schwangerschaft dann - ich sage das jetzt so deutlich -, wenn der Fötus nicht lebensfähig ist. Ich glaube nicht, dass man aus ethischer Perspektive von einer Frau verlangen kann, eine Schwangerschaft fortzusetzen, wenn sie weiß, dass das Kind, mit dem sie schwanger ist, nicht lebensfähig ist. Die große Frage ist jetzt - Herr Dr. Henn hat heute Morgen schon angesprochen, dass es hier einen Dissens gibt: Wie ist es denn eigentlich, wenn vor der Implantierung nicht lebensfähige Embryonen diagnostiziert werden können? Es geht um die sogenannten letalen Defekte, wenn man das so sagen will. Ich bin da sehr vorsichtig und denke aber, dass meine indirekten Argumente, also die Argumente der sozialen Folgen usw., dazu führen, dass wir auch hier die Diagnostik nicht machen sollten. Das wären die Güterabwägungen, die Fälle, wo ich sagen würde, dass wir tatsächlich in eine Grenzsituation kommen. Redlicherweise muss ich als Ethikerin diese Konflikt- und Grenzsituationen auch in der Theorie zur Kenntnis nehmen. Es gibt nicht nur eine Ethik, es gibt mehrere Ethiken.

Sollten die Pränataldiagnostik oder die Gesetzgebung dazu neu durchdacht werden? Nein, auf keinen Fall. Aber die Durchführungsbestimmungen auf einer unteren Ebene müssen neu durchdacht werden. Das gilt mindestens für zwei Bereiche, nämlich für die sogenannte genetische Beratung, die ich gerne in eine genetische Beratung überführt wissen möchte. Das ist eine ethische Beratung und psychosoziale Beratung und genetische Beratung in einem, als Teamlösung. Es gibt dazu den Modellversuch

der EkFUL und wir werden darüber in den nächsten ein bis zwei Jahren Ergebnisse bekommen. Der zweite Punkt, wo die Durchführungsbestimmungen ganz eindeutig verändert werden müssen, ist die Aus- und Fortbildung aller betroffenen Professionellen bei der Pränataldiagnostik. Ich meine, dass auch in dieser Aus- und Fortbildung eine enge Interpretation des § 218 in der jetzigen Fassung Gegenstand sein sollte.

**Vorsitzender:** Frau Prof. Dr. Wiesemann, bitte.

**Sachverständige Prof. Dr. Wiesemann:** Frau Neuer-Miebach, zunächst zu Ihrer Frage. Was heißt Fürsorge für diejenigen, die am schutzlosesten sind, hatten sie gefragt und ob es Alternativen zum Verwerfen gibt, zum Beispiel der Verzicht auf Kinder? Fürsorge für diejenigen, die am schutzlosesten sind, bedeutet, schauen, durch wen und mit wem diese Fürsorge denn überhaupt zu realisieren ist. Da komme ich wieder beim Paar und vor allen Dingen bei der Frau an, durch deren leibliches Zutun dieser Embryo erst zum Leben kommen kann. Also kann ich die Frage der Fürsorge für etwas wiederum immer nur in diesem Sowohl-als-Auch-Denken, innerhalb der Zweierbeziehung, die relevant ist, beantworten. Ich komme also auch, so wie Sie die Frage gestellt haben, nicht aus dem Dilemma heraus. Das ist undankbar und ich weiß auch, dass uns das vor ganz schlimme Konflikte stellt. Aber ich würde dafür plädieren, trotzdem eine angemessene Sprache zu finden. Gibt es Alternativen zum Verwerfen? Natürlich gibt es den Verzicht auf Kinder. Unsere Diskussion hier geht meines Erachtens darum, was in diesem Konflikt der Verantwortungsübernahme zumutbar ist und was nicht? Da stimme ich Ihnen zu; ich empfinde es als einen Gewinn, wenn wir die Diskussion auf dieser Ebene führen.

Herr Prof. Dr. Reiter hatte mich gefragt, wie meine Einstellung zu dem Individuum in der Retorte ist. Sie hatten gesagt, dass Sie mich so verstanden haben, dass ich der Theorie vom Personsein, Menschsein gleich Personsein, anhängte und damit sozusagen ein abgestuftes Moralkonzept habe. Ich möchte aber noch einmal ganz ausdrücklich sagen, dass ich das nicht tue. Das ist nicht meine Meinung. Ich halte beide Positionen, und zwar die des Lebensschutzes von der Konzeption an wie auch die des abgestuften Personenseins in dieser Situation für nicht angemessen. Ich würde mir wünschen, dass es mehr Anstrengungen auch seitens der Philosophie, vor allem der Moralphilosophie, gäbe, diese besondere Situation zu reflektieren und uns dafür ein befriedigenderes Modell zur Verfügung zu stellen. Ich kann das hier nur skizzieren, weil einfach noch zu wenig in diesem Bereich getan ist. Ich möchte nur darauf aufmerksam machen, dass unsere Sprache, mit der wir über dieses Thema reden, bislang von einzelnen distinkten Individuen ausgeht, wie sie die Rechtsphilosophie voraussetzt. Ich meine, dass es nicht angemessen ist, so über das Problem zu sprechen. Mehr kann ich leider nicht tun, ich finde das selber unbefriedigend. Ich stehe aber zum Glück selber noch am Beginn meiner wissenschaftlichen Karriere und hoffe, das vielleicht noch nachliefern zu können. Sie wollten wissen, welchen moralischen Status meiner Meinung nach das Individuum in der Retorte hat? Ich halte das Wort Individuum in dieser Situation für nicht angemessen. Es ist irgend etwas, wofür wir kein besonders gutes Wort haben. Es ist nicht Eins, es sind nicht Zwei, es ist etwas, das nur durch die Ko-

operation von Zwei realisiert werden kann. Tut mir leid, ich kann leider nicht besser werden in meiner Sprache.

...Zwischenrufe...

Dann bin ich sicher, dass wir ganz neue moralische Reflexionen benötigen. Das kommt sicher einer Revolution in unserer Gesellschaft gleich.

*....oder wir können das verbieten....*

Das wäre durchaus eine Möglichkeit. Es steht mir hier aber nicht zu, darüber weiter zu reflektieren. Es ist in der Ethik nichts Ungewöhnliches, dass veränderte faktische Zustände ganz neue moralische Fragen mit sich bringen.

Herr Prof. Dr. Luther hatte mich gefragt, ob es nicht für Paare einen starken gesellschaftlichen Druck gibt, der sich unter anderem zum Beispiel auch darin äußert, dass es in unserer Gesellschaft ein starkes ökonomisches Interesse hin zur Entwicklung mancher Techniken, Fortpflanzungstechniken gibt; im genetischen Bereich ganz sicher massiver Druck von Konzernen, die sich der Erforschung des Genoms verpflichtet haben. Ich stimme Ihnen da ganz und gar zu, Herr Prof. Dr. Luther, man muss diesen gesellschaftlichen Druck auf jeden Fall im Auge behalten. Ich glaube, man muss auch Dinge unternehmen, um ihn zu konterkarieren, um den Menschen unserer Gesellschaft aber auch den Paaren einen großen individuellen Freiraum zu erhalten. Ich meine aber, dass das etwas ist, das hier nicht verhandelt wird. Ich finde nur, man sollte immer wieder darauf hinweisen, und deswegen nehme ich Ihre Frage auch dankend an. Ich möchte darauf hinzuweisen, wie wichtig Beratung ist, wie wichtig auch flankierende gesellschaftliche Maßnahmen wären, wie wichtig beispielsweise Maßnahmen zur Stärkung der Situation der Behinderten in unserer Gesellschaft wären. Zum Beispiel auch eine Verbesserung der Erstattungsmöglichkeiten Familien, die behinderte Kinder haben, damit sie nicht beim Sachbearbeiter der Krankenkasse um jeden Rollstuhl betteln müssen und fünfmal hinkommen müssen usw. Das können wir hier jetzt nicht diskutieren; aber solche flankierenden gesellschaftlichen Maßnahmen wären sehr wichtig.

Dann kam die Frage, was diese Ethik der Fürsorge, die ich hier vorgestellt habe konkret bedeutet. Kontrastiert sie nicht - so habe ich Sie verstanden - Tendenzen in der Medizin, Qualitätsstandards zu entwickeln, die zur Ausgrenzung von einzelnen Menschen, von Personen führen? Ich stimme Ihnen zu, dass die Ethik der Fürsorge uns auf dieses ganz wichtige Thema aufmerksam macht, und dass wir auch hier wiederum Maßnahmen ergreifen müssen, um diese Ausgrenzung, soweit es geht, zu verhindern. Ich glaube, dass wir in letzter Zeit eine sehr viel behindertenfreundlichere Gesellschaft geworden sind; dass das aber noch lange nicht ausreicht, und dass in diesem Bereich wichtige Dinge geschehen müssen, die es selbstverständlich erscheinen lassen, dass Paare Kinder mit Behinderungen aufziehen, und dass behinderte Menschen einen selbstverständlichen Platz in unserer Gesellschaft beanspruchen.

Zu Ihrer Frage, Herr Dr. Winter. Sie hatten darauf aufmerksam gemacht, dass Ethik auch in einem internationalen Kontext steht und mich gebeten, den internationalen Kontext in die Reflexion mit einzubeziehen. Zunächst noch einmal zur Abklärung: Auch Sie hatten gesagt, ich vertrete ein abgestuftes Schutzmodell des Embryos. Ich hoffe, klargemacht zu haben, dass ich das nicht möchte. Ich möchte vor allem auf England eingehen, das Sie hier in die Debatte gebracht haben, weil ich die Situation in England recht gut kenne. Ich glaube, dass wir einiges von der Art und Weise, wie die Problematik der Reproduktionsmedizin als solche, aber auch der In-vitro-Fertilisation, in England gelöst worden ist, lernen können. Leider glaube ich, dass ausgerechnet die Reflexionen über den Präembryo nicht besonders gut geeignet sind. Ich selber teile die Meinung nicht, dass es richtig ist, verschiedene Statuszustände des Embryos zu schaffen. Was ich aber in England außerordentlich bemerkenswert finde, ist, dass dort eine Institution geschaffen wurde, in der tatsächlich verschiedene gesellschaftliche Einflüsse zusammenfließen, und die einen ganz entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Reproduktionsmedizin in England ausübt. Das ist die HFEA, eine intermediäre Instanz oder Autorität, die aus allen gesellschaftlichen Schichten besetzt wird. Zum Teil aus Ärzten; aber zu einem großen Teil auch aus anderen Expertinnen und Experten. In dieser Institution werden wichtige gesellschaftliche Fragen der Reproduktionsmedizin diskutiert und es wird auch versucht, auf eine gesellschaftlich verträgliche Art und Weise Lösungen zu finden. Dieses Modell beispielsweise könnten wir sehr gut importieren. Ich glaube, dass England viele Probleme deswegen nicht hat, weil sie eine solche Instanz gefunden haben, in der sich gesellschaftliche Interessen äußern können und auch gegeneinander abgewogen werden können.

**Sachverständiger Finke:** Mir sind zwei Fragen gestellt worden. Die erste Frage, nämlich zur Präimplantationsdiagnostik, sollte man mit einem Satz beantworten: Ich bin konkret gegen die Präimplantationsdiagnostik, weil ich der Überzeugung bin, dass die Präimplantationsdiagnostik für behinderte Menschen eine Selektionsdiagnostik ist, die dazu führt, dass hier der standardisierte Mensch angestrebt wird, in dem behinderte Menschen keinen Platz mehr haben und in dem die Vielfalt des menschlichen Seins in Frage gestellt wird. Das muss ich als behinderter Mensch ablehnen; aber auch im Hinblick auf die Folgen für alle Menschen; die ein Eigeninteresses an der Vielfalt des Lebens haben. Reicht Ihnen das?

Zum zweiten Punkt: Die Belastung der Eltern. Hier denke ich, habe ich deutlich Stellung genommen. Ich habe mich gegen eine verantwortungsvolle Elternschaft ausgesprochen, weil, wenn man die Entscheidung in diesem Bereich auf die Eltern zurück verlagert - ein behindertes Kind ja oder nein - der Druck so stark werden kann, dass die Eltern kaum Gestaltungsräume haben. Von daher mein Plädoyer gegen die Präimplantationsdiagnostik und von daher habe ich auch Probleme mit der fürsorglichen Elternschaft, weil ich denke, dass, wenn der gesellschaftliche mainstream voll gegenläufig ist und entsprechende finanzielle Möglichkeiten fehlen, die Unterstützungsmöglichkeiten andere sind - es gibt dort keine nondirektive Beratung oder ähnliches mehr - dann kann sich die Familie kaum anders verhalten, als es der gesellschaftlichen Hauptlinie entspricht. Von daher plädiere ich deutlich dafür, dass

wir vom defizitorientierten Denken wegkommen hin zu einem differenzorientierten und vielfaltsorientierten Denken und deutlich machen, dass hier Platz für Behinderte wie Nichtbehinderte ist.

Die strukturelle Benachteiligung Behinderter ist angesprochen worden. Man kann sagen, dass, nach dem man zum Teil noch von verbaler und körperlicher Gewalt gesprochen hat, dies auch eine Form von struktureller Ausgrenzung ist. Die Gefahr droht, dass behinderte Menschen eingeteilt werden, in die einen, die gefördert werden, die Integrationsfähigen, in diejenigen, die dann eingliederungsfähig sind, und schließlich die anderen, die ausgegrenzt werden, die man mit Präimplantationsdiagnostik vielleicht auch früh erkennen kann. Von daher eine klare Orientierung: Keine Ausdifferenzierung, keine Abstufung, weil das auf das gesamte soziale Gefüge mittelfristig übertragen wird, und keine Ausdifferenzierung behinderter Menschen.

**Vorsitzender:** Ich habe hier einen Zettel, da steht drauf, ich möchte gerne einen Satz über den Begriff „gesundes Kind“ sagen.

**Sachverständige Dr. Wegener:** Da keine Fragen an mich gestellt worden sind, möchte ich die Gelegenheit ergreifen, noch eine sprachliche Bemerkung zu machen. Kinder mit Behinderung können Grippe kriegen und dann werden Sie krank. Wenn sie die Grippe dann überwunden haben, sind sie gesund. Der Begriff „gesundes Kind“ ist ganz schwierig. Es ist nicht leicht, einen besseren zu finden, um das auszudrücken, was damit gemeint ist, aber wir müssen danach suchen.

**Vorsitzender:** Jetzt bin ich in der schwierigen Situation noch sechs Wortmeldungen zu haben. Für jede Zurückziehung der Wortmeldung sind wir dankbar, weil wir jetzt schon eine halbe Stunde über der Zeit liegen, aber da habe ich nicht so viel Hoffnung.

**Abgeordnete Knoche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Frau Prof. Dr. Wiesemann, ich denke, Sie sind damit einverstanden, wenn ein paar Fragen von Ihnen in der nächsten Runde - Status des Embryo und solche Fragen - noch einmal aufkommen. Ich hätte noch viele Fragen an Sie gehabt, aber das passt ja zeitlich nicht. Ich möchte an Frau Dr. Berg und an Frau Dr. Haker noch eine Frage richten. Unsere Überschrift heißt ja „Ethische und gesellschaftliche Fragestellungen“. Für mich ist vollkommen normal, dass über Sexualität, Liebe und Gebärpotenz der Frau an dieser Stelle gar nicht mehr gesprochen wird, weil wir uns in einem Sachverhalt bewegen, wo mit technischen Mitteln eine Ersatzmethode da ist und es um die Leibgebundenheit der weiblichen Gebärfähigkeit überhaupt nicht mehr geht. Die Entleiblichung der weiblichen Gebärfähigkeit hat aber tiefgreifende Auswirkungen auf das Geschlechtsverständnis, auf die kulturelle und soziale Definition von Mutterschaft und auch darauf, was in einer Gesellschaft Autonomie prägt. Es werden eher kommunitaristische Denkweisen in diese eigenen Entscheidungen der Frau mit hineingenommen. Die Tatsache, dass es eine technische Beherrschung durch Enteignung der weiblichen Gebärfähigkeit gibt, das muss doch in der ethischen und gesellschaftlichen Fragestellung eine Riesendimension sein. Mich interessiert, wer diskutiert denn diesen Aspekt wie?

**Abgeordneter Dr. Seifert (PDS):** Frau Prof. Dr. Wiesemann, Sie haben hier auf die Sprachlosigkeit, die Sie selbst noch haben, hingewiesen. Ich fühle mich regelrecht in meinem eigentlichen Beruf herausgefordert - ich war einmal Germanist. Sie hatten gesagt, dass Sie momentan noch nicht in der Lage sind, diese Sprachlosigkeit zu überwinden; aber eine Frage habe ich doch. In Ihrem Eingangstatement sagten Sie - und haben das auch mehrfach wiederholt -, dass das Absterben von Embryonen im Reagenzglas sozusagen hingenommen werden könnte. Die Alternative wäre ja, dass sie nicht absterben, sondern dass man sie für die Forschung verwendet. Dazu haben Sie sich - solange ich hier im Raum war - nicht geäußert. Es würde mich schon interessieren, was Sie dazu für eine Meinung haben, wie das zu verstehen wäre bzw. wie man das unterbinden könnte, für den Fall, dass Sie, wie ich, der Meinung sind, dass das nicht sein soll.

Dann eine Frage an Herrn Finke. Die Frau Vorsitzende hatte auch schon kurz darauf hingewiesen und es ist auch von Frau Prof. Dr. Wiesemann gesagt worden, dass Menschen mit Behinderung zurzeit in der Gesellschaft eine verhältnismäßig gute Stellung hätten und dass es in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren eher besser geworden ist, dass es aber gleichzeitig gerade in Behindertenkreisen eine gewaltige Angst in Bezug auf Präimplantationsdiagnostik und Abwertung behinderten Lebens und entsprechend auch vor einer Ausgrenzung jener, die schon leben, gibt. Sind Ihnen aus Ihrer Arbeit als Behindertenbeauftragter schon praktische Beispiele bekannt, wo es tatsächlich einen erhöhten Druck gibt, der dem Trend einer immerhin verbesserten Situation schon zuwider läuft und der sich verstärken könnte? Oder ist das tatsächlich alles nur Angst und Vermutung?

**Sachverständiger Prof. Dr. Tanner:** Aufgrund der Zeit nur eine Frage an Frau Dr. Haker. Sie machen einen Unterschied zwischen zwei Typen von Güterabwägungen. Einmal bei der Pränataldiagnostik und einmal bei der Präimplantationsdiagnostik. Für den einen Fall sagen Sie, es sei praktisch legitim, für den anderen Fall, der Präimplantationsdiagnostik, formulieren Sie, dass nicht ein Konflikt die Ursache der Güterabwägung ist. Ich frage mich, woher Sie das so genau wissen? Das gilt vielleicht für einen Teil der Paare; aber alles, was wir aus der Beratungsarbeit wissen, bedeutet ja, dass hier massive Konflikte zugrunde liegen, die sich auch somatisch auswirken können. Sie betreiben an diesem Punkt eine Strategie der Nivellierung, um die eine Konfliktlage nicht als entscheidungsrelevant behaupten zu können. Das machen Sie dann auch mit dem Argument, dass Sie sagen, es gebe in einem Fall eine Beziehung zum Kind und im anderen nicht. Wenn man das rein somatisch nimmt, stimmt das. Aber dann bauen Sie einen Leib-Seele-Dualismus auf, wo man sagen muss, dass nur die leibhafte Beziehung zählt und alles andere nicht.

**Sachverständiger Beckmann:** Frau Prof. Dr. Wiesemann, Sie haben in der Antwort auf eine Frage gesagt, wir sollen keine Beteiligten aus der Diskussion ausklammern. Aber durch die bei Ihnen spürbare Sprachlosigkeit was den Embryo und seinen Status betrifft, wird meines Erachtens von vornherein jedenfalls dieser Beteiligte aus der Diskussion ausgeklammert, wenn man ihn schon nicht mehr benennt bzw. mit dieser Benennung auch keinen Status verbinden kann. Zweite Frage: Sie favorisieren eine Ethik der Verantwortlichkeit und Fürsorge. Dann frage ich mich: Wer sonst soll denn Verant-

wortung übernehmen für die Implantation eines extrakorporal befruchteten oder erzeugten Embryos, wenn nicht die leiblichen Eltern? Bei der natürlichen Zeugung ist es selbstverständlich, jeder weiß, wo die Verantwortlichkeiten liegen. Aber auch bei der künstlichen Befruchtung ist es doch so, dass dieser Zeugungsvorgang sehr bewusst von den Eltern herbeigeführt wurde und wer sonst, wenn nicht diese, die diesen Risikozustand für den Embryo veranlasst haben, sollte dann die Verantwortung für die Implantation und damit für das sich Weiterentwickeln dieses Embryos tragen.

**Abgeordnete Prof. Dr. Schuchardt (CDU/CSU):** Ja, es liegt schon sehr lange zurück, aber ich habe zwischendurch desto mehr Informationen gesammelt. Frau Prof. Dr. Wiesemann, Sie waren es, die mehrfach angesprochen wurde: Wie konkret ist denn Ihre Wahrheit eines Weges, den Sie suchen? Meine Kollege, Herr Prof. Dr. Reiter, hatte schon sehr deutlich gesagt, es habe den Anschein, dass auf dem Podium mit Ausnahme von Ihnen alle gegen die Präimplantationsdiagnostik sind, und Sie sich mit der Formel „Sowohl als Auch“ einen neuen erweiterten Weg suchen. Ich möchte jetzt nachfragen, ob ich Sie richtig verstanden habe, dass Sie Hans Jonas in seiner Verantwortungsethik folgen, der in seiner Ethik nicht mehr nach den Handlungen, sondern nach den Wirkungen dieser Handlungen fragt. Anders als Herr Beckmann, der eben sagte, der Embryo käme bei Ihnen nicht vor, habe ich aus Ihrem Papier etwas ganz anders gelesen. Sie sagen, es gibt eben Zwei - die Existenz der Mutter und die Koexistenz des Kindes und beide sind nicht zwei individuelle Existenzen. Aber wir müssen um ihr Sein wissen und dieses Sein muss in unserem Bewusstsein zu einem neuen Dritten erst in Sprache erfassbar werden. Man kann da auch mit de Saint-Exupéry sagen, wenn das Geheimnis jenes Dritten zu groß ist, muss man eben noch suchen oder wagt man nicht zu widerstehen. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, heißt dieser dritte Weg, den Sie suchen, dass das „Sowohl als Auch“ eben gerade nicht Unverbindlichkeit bedeutet, sondern im Grunde genommen einen Rückruf zur Verantwortung. Nicht das Verbot oder das Gebot sondern genau der Weg, der - in der Religion würden wir sagen: kontextuale Religion - immer im Kontext aller Beteiligten jeweils interdependent neu gesehen, reflektiert und gestaltet werden muss. Mir erscheint das darum so wichtig, weil gerade, wenn es denn die Verantwortungsethik von Hans Jonas ist, Sie .....

**Vorsitzender:** Kommen Sie jetzt bitte auf die Frage, sonst kommen wir zeitlich wirklich nicht mehr hin.

**Abgeordnete Prof. Dr. Schuchardt (CDU/CSU):** Ich weiß, was ich frage. Ich frage, ob Sie dieser Verantwortungsethik von Hans Jonas der, gerade weil er selbst ein Betroffener war, in seinem Gottesbegriff nach Auschwitz auf die Fragen: „Wie kann Gott Theresienstadt, Auschwitz, andere würden sagen Präimplantationsdiagnostik oder Ähnliches, zulassen?“ zu der Antwort kommt, dass Gott als Schöpfer die Freigelassenen der Schöpfung zur Selbstentscheidung im Rahmen der weitest gehenden Möglichkeiten befreit. Zu dem allen hier möchte ich sagen, dass es dieses Bekenntnis zum behinderten Kind sehr wohl gibt. Es war die Tytte Botfeldt in Dänemark, die 2.500 schwerstbehinderte Kinder zur Adoption vermittelt hat. Es geht hier nicht um Behinderung Ja oder Nein. Es geht hier um die eigene Entscheidung, das Ja oder das Nein voll verantwortlich tragen zu können. Habe ich Sie richtig verstanden: Ist es das, was Sie mit „Sowohl als Auch“ meinen?

**Abgeordnete Dr. Bergmann-Pohl (CDU/CSU):** Diagnostisches Handeln zieht oft auch therapeutisches Handeln nach sich. Heute ist mir das ein bisschen zu kurz gekommen. Es ist immer von der selektierenden Wirkung bei der Präimplantationsdiagnostik und auch bei der Pränataldiagnostik gesprochen worden. Aber zum Beispiel bei der Pränataldiagnostik haben wir einen enormen Fortschritt, wo wir auch therapeutisches Handeln einsetzen können. Jetzt habe ich ganz speziell an Frau Dr. Hacker und Frau Dr. Wegener die Frage: Hypothetisch, wenn Sie nach oder bei Präimplantationsdiagnostik auch therapeutisches Handeln einsetzen könnten, würden Sie dem zustimmen, würden Sie das gestatten und würden Sie dann auch der Präimplantationsdiagnostik zustimmen?

**Vorsitzender:** Das war es jetzt. An Frau Dr. Wegener wurde die letzte Frage gestellt.

**Sachverständige Dr. Wegener:** Zunächst zur Therapie und Pränataldiagnostik. Die genetischen Schädigungen, die durch Pränataldiagnostik erkannt werden, sind pränatal nicht therapierbar. Bei Präimplantationsdiagnostik sehe ich nicht, wie man eine therapeutische Technik, wie man Embryotherapie in der Petrischale vor dem Zurückpflanzen anwenden kann, damit man nur ja keine Embryonen verliert. Das ist nicht mein Problem. Ich will Präimplantationsdiagnostik grundsätzlich nicht zulassen, weil sie eine selektive Grundintention hat. Wenn im Einzelfall Therapie möglich wäre, müssten wir uns über den Sinn von präimplantiver Embryonentherapie unterhalten, und ich würde sie ablehnen, weil sie mehr Probleme schafft, als sie zu lösen vorgibt.

**Sachverständiger Finke:** Ja, Herr Dr. Seifert, es ist an mich die Frage gestellt worden, ob ich konkrete Beispiel habe für das, was hier zweimal unterstellt oder gesagt wurde, dass es für Behinderte momentan besser aussieht. Dies ist für einen Teil der Behinderten sicherlich richtig; so würde ich das auch einschätzen. Aber das gilt nicht für alle Behinderten, und das will ich auch an zwei Beispielen verdeutlichen. Zunächst die Diskussion in der Nachfolge zur Pflegeversicherung. Behinderte Menschen in Heimen leben entweder im Bereich Eingliederungshilfe oder im Bereich Hilfe zur Pflege. Es gab eine lange Diskussion in allen Bundesländern. Das Bemühen, Eingliederungshilfe zu sparen und in die Hilfe zur Pflege hereinzukommen, damit dann Mittel der Pflegeversicherung stärker beansprucht werden müssten, hat bei behinderten Menschen und Behindertenorganisationen breitesten Widerstand verursacht und wäre eine Abstufung Behinderter in diesem Bereich gewesen. Die andere Frage, inwieweit es im Rahmen von Präimplantationsdiagnostik geschehen wird, kann ich natürlich nicht beantworten. Das zweite Beispiel hat Herr Hüppe gerade auf einer gemeinsamen Veranstaltung in dieser Woche in Münster deutlich gemacht. Bei einer Frau, die ein behindertes Kind zur Welt gebracht hat, wurde im Anschluss von der Kasse versucht, den Versicherungsschutz zu versagen. Ein dritter Bereich wurde in meiner Broschüre „Deutschland und Herbst - zunehmende Gewalt gegen Behinderte“ deutlich, in dem ich exemplarisch sechzig oder sieben Beispiele aufgelistet habe, wo gesagt wurde, dass „so etwas doch heute nicht mehr nötig sei“ und gefragt wurde: „Können Sie da nicht aufpassen“. Wo auch Druck auf Eltern ausgeübt wird oder aus einem bestimmten anderen Spektrum gesagt wurde, „Sind erst einmal die Ausländer heraus, dann haben wir Euch Behinderte noch als nutzlose

Esser“. Alles Dinge, die durch die Medien gingen, die sich auch wiederholen und die auch Zeichen sind für einen Klimawechsel und sicherlich nicht für einen Wärmestrom - wenn ich das so deutlich sagen kann. Entschuldigung, Ironie ist vielleicht nicht ganz angezeigt. Ich habe davor gewarnt, dass wir eine Teilung im Behindertenbereich bekommen. Diejenigen, die integrationsfähig sind, auch gesellschaftlich einbezogen werden, die sich vielleicht auch ganz wohl fühlen und diejenigen, die vielleicht auf Erfolge irgendwie abschweben und nicht mehr entsprechend gefördert werden - davor müssen wir uns als Interessenvertreter Behinderter auch schützen. Man muss auch sagen, dass die finanziellen Möglichkeiten oder die Pflegesatzverhandlungen denjenigen, die Hallen- oder Einrichtungsbetreiber sind, erstens die Mitwirkung Behinderter nicht ernst nehmen. Das ist der eine Punkt. Aber zum anderen mussten sie in den letzten zehn Jahren auch mit deutlichen finanziellen Kürzungen rechnen, die sich sicherlich nicht positiv auf die Lebensqualität behinderter Menschen ausgewirkt haben. Ich denke, das sind drei Punkte, die das deutlich machen; die auch zeigen, dass man aufpassen muss, gerade in der Situation, dass soziale Veränderungen sicherlich erforderlich sind in vielen Bereichen. Die Sozialstruktur einer hochindustrialisierten Gesellschaft in den siebziger Jahren mit den entsprechenden sozialen Sicherungssystemen entspricht vielleicht nicht den Erfordernissen von heute. Aber parallel andere Dinge mit reinzubringen, heißt, Gefährdung reinzubringen, gegen die wir uns gemeinsam mit allen Anwesenden stellen müssen. Wir müssen da sehr wachsam sein, dass da nicht auf einmal in einem inhaltlichen Punkt zwei Dinge mitkommen, die wir alle nicht gewollt haben. Es ist meine Aufgabe, darauf hinzuweisen und gemeinsam mit Ihnen dagegen zu handeln.

**Sachverständige Prof. Dr. Wiesemann:** Herr Dr. Seifert, Sie hatten mich gefragt, ob man das Absterben im Reagenzglas denn hinnehmen sollte bzw. ob es nicht noch andere Möglichkeiten des Umgangs mit dem Embryo gibt, wenn er nicht implantiert werden soll. Ich stimme Ihnen zu: Natürlich muss eine solche Ethik diese Fragen aufwerfen und weiter diskutieren. Es ginge zu weit, in die Thematik Verwendung für die Forschung einzusteigen. Aber ganz sicher meine ich, dass eine Regelung, die es zulässt, dass Embryos im Reagenzglas verworfen werden, diese Embryonen im Prinzip auch zur Adoption freistellen muss. Da muss man einen unmittelbaren Zusammenhang herstellen, das ist meine persönliche Meinung.

Herr Beckmann, Sie haben mich noch einmal darauf aufmerksam gemacht, wie wichtig es ist, wenn man über dieses Thema redet, nicht tatsächlich auch einzelne Individuen auszuklammern, so dass sie in der moralischen Reflexion nicht mehr auftauchen. Ich möchte das vermeiden und ich hoffe, dass ich es vermieden habe. Ich möchte nochmals darauf hinweisen, dass das, worüber wir reden, möglichst angemessen und in seiner ganzen Fülle erfasst werden soll. Wenn wir über einen Tisch sprechen, dann müssen wir den Tisch als solchen auch begriffen haben. Was ist das, der hat eine bestimmte Anzahl von Beinen, da kann man etwas darauf ablegen usw. Das ist ein philosophisches Prinzip, die genaue Beschreibung dessen, worum es da geht. Ich persönlich bin der Meinung, dass wir zu der Vorstellung von einem Embryo die Vorstellung einer leiblichen und fürsorgenden Mutter benötigen. Dieses Doppeldenken, diese Doppelstrategie, die mache ich zur Grundlage meiner Ethik. Ich bin nicht wie Sie der Meinung, dass Verantwortung der Eltern beispielsweise automatisch eine Implantation

nach sich zieht. Ich meine, der Begriff Verantwortung kann nur sinnvoll gefüllt werden, wenn er einen Aspekt der freien Entscheidung beinhaltet. Das ist ethisch argumentiert; rein faktisch ist es einfach so, dass die Reproduktionsmedizin so, wie wir sie heute haben, uns ja genau diese Dissoziation vor Augen führt. Die Möglichkeiten, einen Embryo im Reagenzglas zu erzeugen, bringen uns dazu, eben nicht automatisch jeden Embryo zurück zu implantieren. Das ist übrigens auch jetzt schon im Rahmen der In-vitro-Fertilisation zulässig. Kein Paar und keine Frau kann gezwungen werden, sich einen Embryo, der einmal von einer Eizelle der Frau erzeugt worden ist, wieder implantieren zu lassen. Das sieht die Regelung der Bundesärztekammer zurzeit nicht vor und ich finde auch zu Recht; auch wenn solche Situationen natürlich extreme Situationen sind und auch sehr bedauerliche Situationen.

Frau Prof. Dr. Schuchardt hatte die Verantwortungsethik von Herrn Jonas zum Thema gemacht. Ich stütze mich hier mit meinen Ausführungen nicht speziell auf Jonas' Verantwortungsethik, obwohl viele seiner Elemente in der Theorie, die ich vorgestellt habe, enthalten sind. Diese Ethik der Verantwortung, der Fürsorge entspricht einer Entwicklung aus der amerikanischen Philosophie. Der englische Ausdruck dafür heißt *ethics of care* und ist mit dem deutschen Wort Fürsorge nicht ganz adäquat übersetzt. Die *ethics of care* ist vor allen Dingen von feministischen Philosophinnen in den USA entwickelt worden, die darauf aufmerksam gemacht haben, wie wichtig Beziehungen, Kontextualität in unserem Leben ist. Und darauf, dass eine gute Philosophie die Sozialität des Menschen berücksichtigen sollte, wenn sie gute Schlussfolgerungen ziehen will. Es war mir ein Anliegen, dies einmal deutlich zu machen.

**Sachverständige Dr. Haker:** Frau Knoche, Sie haben nach der Entleiblichung und dem Sexualitätsverständnis gefragt sowie nach dem Oberbegriff der Technisierung, unter den ich das fasse. In der Tat ist es so, dass ich meine, dass Frauen nicht nur wieder oder überhaupt erst zu Handlungssubjekten gemacht werden müssen, sondern in dieser ganzen Diskussion vor allem auch zu Sprachsubjekten. Die Reproduktionsmedizin oder der Diskurs über die Reproduktionsmedizin, die Humangenetik und die Kombination beider Bereiche gerade bei der Präimplantationsdiagnostik haben lange darunter gelitten, dass ein technisches und medizinisches Vokabular verwendet worden ist, gegen das Sie, Frau Prof. Dr. Wiesemann, wenn ich Sie richtig verstehe, auch mit Ihrer anderen Begrifflichkeit - mit der Begrifflichkeit der Beziehung, der Fürsorge, der Autonomie der Frau oder, in einem gehaltvollen Sinn, des Selbstbestimmungsrechts usw. - zu Felde ziehen. Da bin ich ganz mit Ihnen einig. Dies ist natürlich das Terrain der Sozialwissenschaften, der Geschichte, aber auch der Ethik. In der Ethik ist es vor allem die feministische Ethik, die in dieser Diskussion sicherlich in der zweiten oder dritten Reihe steht oder zumindest lange gestanden hat, wie man leider sagen muss, die aber doch in den letzten Jahren zunehmend das Diskursfeld mitbestimmt. Insofern glaube ich, dass wir in der ethischen Diskussion - nur für die kann ich jetzt sprechen -, doch ein bisschen in einer Umbruchsituation sind, bei der die Erfahrungsperspektive und die Perspektive der genauen Bestimmung dessen, was denn eigentlich Schwangerschaft, was das Verhältnis zum Fötus, zum Kind usw. bedeutet, noch einmal neu bestimmt wird. Trotzdem meine ich, dass es auch in dieser Diskussion - die ich gerne mit Frau Prof. Dr. Wiesemann weiterführen würde, was ich aber nicht tue -, die zwei Ethiken, die Ethik der Fürsorge

bzw. die care ethics mit der deontologischen Ethik zusammengehend geben muss. Ich verweise nur darauf, dass es in Tübingen im Ethikzentrum die letzten paar Jahre das europäische Netzwerk zur biomedizinischen Ethik gegeben hat. Innerhalb dieses Netzwerkes wurde diesen Ansätzen zur Sexualität und zur Technisierung bzw. der Rücknahme der Technisierung ein großer Raum gegeben.

Herr Prof. Dr. Tanner, ich glaube, wir haben uns überhaupt nicht verstanden. Ich habe nicht gesagt, dass Paare nicht unter ihrer Kinderlosigkeit bzw. unter der Situation, kein eigenes gesundes Kind auf natürlichem Weg zu bekommen, leiden können. Gemeint ist natürlich nicht, dass hier nicht ein subjektiver Konflikt vorliegen kann. Ich habe aber, wenn Sie das in meiner schriftlichen Vorlage noch einmal nachlesen, gesagt, dass die Präimplantationsdiagnostik oder die Situation, die dazu führen könnte, keinen Konfliktfall darstellt. Also keinen solchen Konfliktfall darstellt, in dem eine Güterabwägung moralisch vertretbar wäre oder moralisch vertretbar ist. Ich möchte, weil wir jetzt so weit in der Zeit fortgeschritten sind, dann eher noch einmal auf das Papier verweisen. Ich meine, dass ich das deutlich genug gemacht habe.

Noch ganz kurz, Frau Dr. Bergmann-Pohl, das finde ich wichtig, Diagnose und Therapie. Ja, ich meine schon, dass es in der Pränataldiagnostik inzwischen Therapiemöglichkeiten gibt. Ich nenne nur den möglichen Blutaustausch. Wenn man jetzt die Pränataldiagnostik etwas weiter fasst und den Ultraschall dazu nimmt, muss man das natürlich konzedieren. Zwar nur in geringem Umfang, aber es gibt therapeutische Ansätze; in der genetischen Diagnostik ist das allerdings nicht der Fall. Beides muss man sehen. Diese Situation kann man aber nicht auf die Präimplantationsdiagnostik übertragen. In der ethischen Literatur bzw. in der Literatur überhaupt wird dies natürlich am Beispiel des hypothetischen Falles der Keimbahntherapie diskutiert. Ich sehe auch, worauf Ihre Frage hinausläuft: Nämlich auf den politischen Trick, die Präimplantationsdiagnostik sozusagen als Vorbereitung einer Keimbahntherapie einzuführen. Diesen Trick sollten wir, glaube ich, nicht mit uns machen lassen. Ich beziehe mich auf die Humangenetikerin Frau Traute Schröder-Kurt aus Würzburg, die immer wieder gesagt hat, es gebe entweder Krankheiten oder Behinderungen, bei denen nicht betroffene Embryonen vorhanden sind. Dann aber ergibt sich nicht einmal der hypothetische Fall der Notwendigkeit der Therapie, denn man kann ja dann die nicht betroffenen Embryonen nehmen. Oder aber man hat die sehr seltenen Fälle der sogenannten autosomal-dominanten Erbkrankheiten, die faktisch und empirisch gesehen sehr selten sind, bei denen diese Selektionsmöglichkeit nicht gegeben wäre und bei denen man dann nur noch über eine Therapie weiterkommen könnte. Und sie ist der Meinung, dass dieser Fall vollkommen zu vernachlässigen ist. Ich würde sagen, dass hier dann wiederum meine ganze Kette von Argumenten, nämlich diese indirekten Argumenten, geltend gemacht werden müssen. Kann es denn sein, dass wegen dieser wahrscheinlich nicht einmal numerisch richtig zu erfassenden, statistischen Fälle eine ganze Diagnostik etabliert werden kann? Das fände ich absurd und würde wiederum auf meine Interpretation des vielleicht berechtigten Interesses nach einem Kind, das aber kein berechtigtes Interesse nach einem gesunden Kind sein kann, verweisen.

**Sachverständige Dr. Berg:** Zum Thema Gebärfähigkeit oder auch der Fruchtbarkeit, der ein umfassenderer Begriff dafür ist. Fruchtbarkeit wird aus sehr unterschiedlichen Perspektiven diskutiert - nicht

zuletzt muss man dabei auch die Interessen der Bevölkerungswissenschaft und weiterer Disziplinen sehen. Bezogen auf die Frau muss man in Hinblick auf die In-vitro-Fertilisation oder überhaupt die Reproduktionsmedizin sehen, dass eine erhebliche Reduzierung des gesamten Themas auf das, was man vielleicht „elementarste Biologie“ nennen könnte, passiert; und da auch noch eingegrenzt, nämlich auf das, was sich dann als Sterilität niederschlägt. Die Sterilität ist ja, wie wir wissen, definitionsabhängig und diese ist in keiner Weise konstant. Die Frage der Interaktion der Partner, also Sexualität und die Zeugung eines Kindes, hat, anders als man gemeinhin glaubt, eine relativ bescheidene Bedeutung. Wenn man sich Beispiele aus anderen Ländern ansieht, zum Beispiel aus Holland, wo eine Praxis eingeführt worden ist, der zufolge die Paare praktisch ein Jahr Karenzzeit haben, und wo man beobachten konnte, dass in dieser Zeit durch eine offensichtlich druckfreiere Situation gerade bei denen, die sich eigentlich schon als IVF-Kandidaten sahen, durchaus erhebliche Erfolge erzielt werden konnten. Man kann sagen, dass offensichtlich eine Tendenz da ist, sehr viel früher in die Behandlung zu gehen; zum Teil auch einfach, weil die Vorstellung da ist, dass es ein Angebot gibt. Sobald die Wahrnehmung auftritt, es könnte irgendwie eine Störung vorliegen, wird sozusagen auch gleich die Hilfe im medizinischen System in Anspruch genommen. Die Frage mit der Sexualität im Rahmen der Behandlung ist ein schwieriges Thema. Theoretisch wird das Thema immer abgefragt. Ich denke, es wird sehr formal behandelt, weil auch beide Parteien wissen - die Frage ist, ob man das überhaupt offen und ehrlich darstellen kann -, dass beide ein Interesse daran haben, dass die Behandlung stattfindet. Und störende Elemente - wer sollte sie denn da wirklich präsentieren? Von daher gibt es eine aus der Psychosomatik abgeleitete Theorie, die davon ausgeht, dass bei einem Teil der Paare Sexualität etwas ist, was gemeinsam von dem Paar und von den Ärzten verdrängt wird.

**Vorsitzender:** Ich bedanke mich bei den Teilnehmern des Podiums und bin jetzt in der schwierigen Situation Ihnen sagen zu müssen, dass wir fast eine Stunde überzogen haben. Deswegen schlage ich jetzt vor, dass wir 17.05 Uhr weitermachen; egal, ob dann alle da sind und ihren Kaffee haben. Das Risiko müssen wir eingehen, dass ab und zu die Tür klappt. Wir können es aber auch den Referenten nicht zumuten, noch viel länger zu bleiben, weil ansonsten Züge, Flugzeuge und anderes verpasst werden. Also bis gleich. Vielen Dank.

### Themenblock 3

#### Regulierungsvorschläge

**Vorsitzende:** Meine Damen und Herren, wir kommen jetzt zum letzten Themenblock. Herr Prof. Dr. Sewing, Sie haben das Wort.

**Sachverständiger Prof. Dr. Sewing:** Frau Vorsitzende, meine sehr verehrten Damen und Herren. Vielen Dank für die Einladung. Ich möchte Sie eigentlich gleich mit der Kernfrage, die sich uns stellt und den ganzen Tag gestellt hat, vertraut machen. Ich glaube, man kann sie nicht in einer schwachen, sondern in einer sehr präzisen Deutlichkeit stellen. Das ist die Frage nach dem rechtlichen und moralischen Status des Embryos und dessen Schutz. Wenn wir uns auf den Standpunkt stellen, der Embryo hat einen unbegrenzten Schutz, das heißt, er ist an keiner Stelle antastbar, dann können wir, glaube ich, die Diskussion hier beenden und nach Hause gehen, denn dann brauchten wir hier nicht weiter zu diskutieren. Aber die Tatsache, dass wir hier sitzen, signalisiert ja doch, dass der Schutz des Embryos offenbar ein relativer ist und wir uns die Frage stellen müssen, welches sind die Relationen, in denen die Güterabwägung des Schutzes des Embryos vorgenommen werden muss. In diese Konfliktsituation sind wir durch den Fortschritt der Wissenschaft geraten, denn die Präimplantationsdiagnostik ist eine diagnostische Möglichkeit, die uns die moderne Medizin, der moderne Stand der Technik und Wissenschaft gegeben hat. Erst durch diese Verfügbarkeit sind wir in diese Konfliktsituation gekommen, sie verfügbar zu haben und natürlich dann auch darüber sprechen zu müssen, ob sie eingesetzt werden soll oder eingesetzt werden muss.

Wenn wir uns auf den Standpunkt stellen, dass der Schutz des Embryos ein absoluter ist, dann dürfen wir der Frage nicht ausweichen, wann der Schutz beginnt und wann er endet. Und wenn wir uns diese Frage stellen, kommt unausweichlich die Frage: Müssen wir nicht auch, wenn wir über den Schutz des Embryos in dieser Phase sprechen, über den Schutz des Feten in einer späteren Phase der Schwangerschaft sprechen?

Ich glaube, dieses Junktim ist in der ganzen Diskussion unausweichlich. Ich weiß, dass manche Leute das anders sehen, aber ich glaube, dieser Diskussion dürfen wir nicht aus dem Wege gehen und diese Diskussion muss begonnen werden.

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat einen Diskussionsentwurf zur Präimplantationsdiagnostik gemacht, in dem sehr rigide und sehr strenge Richtlinien für den Umgang mit der PID vorgesehen sind. Ich möchte diese Dinge nicht einfach wiederholen, weil sie offenbar bekannt sind. Ich möchte aber einige der Gesichtspunkte doch noch in die Diskussion bringen. Es wird immer wieder die Frage aufgeworfen: Ist das nicht ein Dammbbruch, ein Deichbruch, ist das nicht ein Risiko, dass hier ein Weg eröffnet wird in eine weitergehende Diagnostik, die über die Diagnostik hinausgeht, die in dem Diskussionsentwurf der Bundesärztekammer vorgesehen ist? Dazu muss man sich natürlich vor Augen führen, dass wir die Anwendung eines Verfahrens nur im Hinblick auf einen möglichen Miss-

brauch oder im Hinblick auf eine mögliche Erweiterung der Indikation nicht verbieten dürfen und verbieten sollen. Das ist ein alter Rechtsgrundsatz.

Der Entwurf der Bundesärztekammer sieht im Zusammenhang mit einer Präimplantationsdiagnostik eine intensive Beratung der betroffenen Paare, insbesondere der Frau, vor. Da stellt sich natürlich die Frage, wie ist es mit der sogenannten paternalistischen Betrachtungsweise dieses Problems? Dem Selbstbestimmungsrecht der Frau kommt im Zusammenhang mit der Entscheidung über einen Transfer eines Embryos eine ganz entscheidende und wesentliche Bedeutung zu und ich glaube, diese entscheidende und wesentliche Bedeutung darf man bei der ganzen Diskussion nicht außer Acht lassen.

Die Frage eines moralischen Rechts auf den Wunsch nach einem gesunden Kind ist heute mehrfach angeklungen. Ich glaube, wer einmal an dem Geburtsbett einer Gebärenden gestanden hat, der weiß, welches die erste Frage der jungen Mutter bei einer Geburt ist. Die erste Frage lautet nämlich: „Ist es gesund, ist alles dran?“ Und das nicht erst, seitdem wir eine Präimplantationsdiagnostik haben, sondern das ist seit vielen Jahren, Jahrzehnten und Jahrhunderten immer wieder der Fall. Ich glaube, dieses Recht, diesen Wunsch zu äußern, darf man einer Frau unter gar keinen Umständen nehmen und erst recht nicht absprechen. Das heißt also, dieses Recht ist ein sehr genuines Recht, das vorhanden ist. Es ist immer wieder die Frage diskutiert worden, ist es eine eugenische Maßnahme oder ist es eher eine präventive Maßnahme.

Wenn man die Frage, ob es sich um eine eugenische Maßnahme handelt, daraufhin abklopft, inwieweit der Begriff Eugenik der richtige ist, dann sollte ich vielleicht noch einmal in Erinnerung zurückrufen, was unter dem Begriff einer Eugenik zu verstehen ist. Darunter verstehen wir die Veränderung des Erbgutes in einer gesamten Population. Ich glaube, wenn wir das als Definition akzeptieren, dann ist die Einzelfallentscheidung, unter der eine Präimplantationsdiagnostik vorgenommen werden soll - so sie denn kommt -, nicht identisch mit einer eugenischen Selektion; man würde sie eher unter dem Begriff einer präventiven Maßnahme einordnen.

Wenn ich den Versuch einer Zusammenfassung unternehmen soll, dann hält der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer die Präimplantationsdiagnostik auch unter dem Gesichtspunkt des derzeit gültigen Embryonenschutzgesetzes für legitim. Zugegebenermaßen ist das nicht identisch mit der Rechtsauffassung des Bundesgesundheitsministeriums und anderer. Es gibt namhafte Juristen, die gute Gründe für eine solche Betrachtungsweise artikuliert und niedergelegt haben. Die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz, die heute schon zitiert worden ist, ist zu einer gleichen Einschätzung gekommen: Sie hält die Präimplantationsdiagnostik im Prinzip für eine legitime Maßnahme, wobei sie natürlich gesagt hat, dass hier einzelne Rechtsvorschriften noch zu präzisieren sind. Ich glaube, mit einer solchen Einschätzung kann man leben. Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Danke sehr, auch für die Kondensation Ihrer Gedanken. Herr Prof. Dr. Mieth hat jetzt das Wort.

**Sachverständiger Prof. Dr. Mieth:** Meine Damen und Herren. Ich denke, dass ich auch eingeladen worden bin, um den Blick auf die Europäische Union zu lenken. Da ist im Hinblick auf die Präimplantationsdiagnostik zunächst einmal zu sagen, dass die Lage relativ bunt ist. Es gibt ja Länder, die noch gar keine Gesetze im Sinne unseres Embryonenschutzgesetzes oder des britischen Embryonenschutzgesetzes haben, etwa Belgien, Griechenland und Italien. Belgien und Italien sind unterwegs dahin. Es gibt Länder mit strengen Bestimmungen wie in Deutschland, das sind Irland, Österreich und bisher Portugal. Es gibt Länder, die in Bewegung sind, wo - wie in Frankreich - Gesetze zum Teil schon vorliegen, aber noch nicht ausgeführt sind. Es gibt Länder, die im Wesentlichen die britische Lösung vertreten, wie die Niederlande und die skandinavischen Länder.

Daraus entnehme ich, dass es ein europäischer Konflikt zwischen zwei verschiedenen Auffassungen ist. Die eine Auffassung sieht den Embryonenschutz substantiell, das wäre etwa die Auffassung, die unserem Embryonenschutz zugrunde liegt. Da kann ich vielleicht den Ausdruck „relativen Schutz“ aufgreifen. Das Problem besteht eben darin, wenn man Schutzlosigkeit plant, dann ist es auch kein relativer Schutz. Genau das ist eben bisher in Deutschland nicht gemacht worden.

Ich denke auch, dass es sehr wesentlich ist, dass Deutschland die Eingangstür - wie andere Länder auch - nicht beschränkt hat zu den Embryonenversuchen, die für die In-vitro-Fertilisation in anderen Ländern gemacht werden. Frankreich ist zum Beispiel in meinen Augen dadurch in Bewegung gekommen, dass es die In-vitro-Fertilisation mit entsprechenden Embryonenversuchen gestattet hat. Wo das der Fall ist, da entsteht eine gewisse Bewegung. Wenn man Versuche zulässt, um eine bestimmte Behandlungsmethode zu sichern, dann ist es ganz klar, dass man nur sehr schwer sagen kann, man verweigert sich der Präimplantationsdiagnostik. Das liegt in der Logik der Sache. In Großbritannien gibt es einen Embryonenschutz, der nicht relativ auf den einzelnen Embryo bezogen ist, sondern einfach auf den Embryo als Gattung. Die Embryonenversuche sollen möglichst wenige sein, bei den Embryonenversuchen sollte möglichst über Alternativen nachgedacht werden und sie werden auch sehr stark eingeschränkt.

Insofern meine ich, dass die Bundesärztekammer auf dem Wege zur britischen Lösung ist, weil man im Grunde die Menschenwürde nicht auf die Gattung verteilen kann. Man kann von Menschenwürde, auch wenn man sagt, die Menschenwürde ist bloß eine Überwölbung des Embryos und kommt ihm sozusagen nur im abgeleiteten Sinne zu, überhaupt nicht mehr reden, wenn der einzelne Embryo als solcher nur auf Probe gezeugt wird und die Möglichkeit besteht, dass er nicht eingepflanzt werden kann. Was das Slippery-slope-Argument anbetrifft, so meine ich doch darauf verweisen zu müssen, dass es ein Unterschied ist zwischen einem möglichen Missbrauch, den man ausschließen kann, und der Logik einer Anwendung, deren Folgen man nicht ausschließen kann. Wenn man einmal mit der Nichteinpflanzung anfängt, ergibt sich aus der Logik der Sache heraus, dass man sich schwer tut - jedenfalls heißt es so in einem jüngeren Dokument unserer Europäischen Beratergruppe -, spezifische Argumente zu finden, die andere Behandlungsformen ausschließen, bei denen der Embryo nicht überlebt.

Es scheint mir wichtig zu sein, in der EU-Diskussion auch darauf aufmerksam zu machen, dass es nicht *die* Briten gibt und nicht *die* Deutschen. So wie wir durchaus eine Diskussion haben, die typisch „britisch“ ist - sehen wir uns in meinen Augen etwa die Stellungnahme der Bundesärztekammer an -, so haben wir in Großbritannien gelegentlich Diskussionen, die typisch „deutsch“ sind, weil es dort nämlich auch die Argumente gibt, die hier vorgetragen werden. Das heißt mit anderen Worten, wir sollten nicht immer so denken, also in Blöcken denken, sondern wir sollten sehen, dass, wenn zum Beispiel eine restriktive Eigenposition in Deutschland erhalten bleibt, dass das durchaus auch in anderen Ländern begrüßt wird. Nämlich von denen, die sich vielleicht aufgrund dessen etwas besser durchsetzen können als vorher in der eigenen Debatte.

Vielleicht noch etwas zum Wertungswiderspruch. Der Wertungswiderspruch, das ist heute auch schon einige Male gezeigt worden, zwischen Präimplantationsdiagnostik und dem unzulänglichen Fötusschutz in der Pränataldiagnostik einerseits und dem Embryonenschutzgesetz entsteht nur, wenn man die Kontexte außer Acht lässt. Sobald die Kontexte entfaltet werden, das ist hier jetzt häufig schon geschehen, sieht man deutlich den Unterschied, der zwischen beiden besteht. Diejenigen, die den Wertungswiderspruch sehen, weil sie reduktiv nur auf den Fötus, der schon ausdifferenziert ist und auf den Embryo schauen, müssten sich natürlich überlegen, ob es nicht sinnvoller wäre, den Fötus zu schützen und auch überlegen, auf welche Weise das dann unter Umständen rechtlich besser geschehen könnte als es bisher geschehen ist. Bei dem Vergleich von Embryonenschutz und Embryonenschutz, wo auch gelegentlich auf Wertungswidersprüche aufmerksam gemacht wird, muss man sagen, dass es in der Tat so ist, dass der Embryo in Deutschland nicht total geschützt ist. Wir gehen nicht hinter dem Naturverlust des Embryos her, weil wir das nicht nachprüfen und auch nicht in den Griff bekommen können. Wir haben natürlich auch - wiederum schlecht nachprüfbar - Rückdrängungsmethoden, in denen es zum Embryonenverlust kommen kann, manchmal in gestaffelter Form. Wir haben, das darf man nicht vergessen, auch bei einem strikten Embryonenschutzgesetz einen Verlust von Embryonen in der In-vitro-Fertilisation. Diejenigen, die eingepflanzt werden, kommen ja nicht alle zur Geburt und wir rechnen auch nicht damit, weil wir sonst eine unerwünschte Drillingsbildung hätten. Ich gehe davon aus, dass wir in der Tat überhaupt nur einen relativen Schutz durchführen können, aber wenn wir eine geplante Situation herbeiführen, wie bei der Präimplantationsdiagnostik, dann handelt es sich eben nicht um die Frage eines relativen Schutzes, sondern um die Frage „schützen“ oder „nicht schützen“? Das ist eine Entweder-Oder-Frage und da gibt es kein Drittes. Tertium non datur.

**Vorsitzende:** Als Nächster redet Prof. Dr. Renzikowski!

**Sachverständiger Prof. Dr. Renzikowski:** Ich möchte jetzt doch noch einmal etwas zur strafrechtlichen Beurteilung der Präimplantationsdiagnostik sagen, die ja heute früh und auch jetzt schon wieder thematisiert wurde. Einigkeit herrscht ja darüber, dass die Untersuchung der pluripotenten Zelle für sich genommen kein Verbot des Embryonenschutzgesetzes verletzt und ebenso herrscht Einigkeit darüber, dass die Untersuchung der totipotenten Zelle schon für sich genommen gegen das Embryo-

nenschutzgesetz verstößt. Fraglich ist dann bei der Präimplantationsdiagnostik nur, ob die Erzeugung des Embryos in vitro gegen § 1 Abs. 1 Nr. 2 des ESchG verstößt, wenn der Embryo alsbald einer Präimplantationsdiagnostik unterzogen werden soll, und fraglich ist ebenfalls, ob die Gewinnung pluripotenter Zellen zur Präimplantationsdiagnostik das Verwendungsverbot des § 2 Abs. 1 ESchG verletzt.

§ 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG verbietet die In-vitro-Fertilisation zu einem anderen Zweck als zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Von den Befürwortern der Präimplantationsdiagnostik wird vorgetragen, auch die künstliche Befruchtung einer Eizelle in Verbindung mit einer genetischen Untersuchung bezwecke die Herbeiführung der Schwangerschaft. Daran ändere sich nichts durch die gleichzeitige Eröffnung einer Untersuchungs- oder Selektionsmöglichkeit, vielmehr sei die mögliche Verwerfung des genetisch defekten Embryos eine höchst unerwünschte Nebenfolge. Schließlich werde sogar das Verfassungsverbot strafschärfender Analogie verletzt, wenn man den Gesetzeswortlaut in dem Sinne auszulegen versucht, dass die Herbeiführung der Schwangerschaft der ausschließliche Zweck der künstlichen Befruchtung sein muss.

Diese Einwände sind falsch. Unter Absicht versteht man allgemein ein zielgerichtetes Wollen des Täters. In diesem Sinne kann man zwar auch von einer durch Präimplantationsdiagnostik unterstützten In-vitro-Fertilisation sagen, der Täter beabsichtige die Herbeiführung einer Schwangerschaft. Ebenso sicher aber handelt der Täter von Anfang an mit dem zielgerichteten Wollen, einen genetisch defekten Embryo nicht zu implantieren. Darin besteht ja der Witz der Präimplantationsdiagnostik. Von einer bloßen, unerwünschten Nebenfolge kann deshalb keine Rede sein. Eine Nebenfolge wäre zum Beispiel das Honorar, das dem behandelnden Humangenetiker sogar höchst erwünscht sein dürfte. Vielmehr widersprechen die Ziele Implantation und Verwerfung sich. Es steht lediglich noch nicht fest, ob die Bedingung eintritt, den Embryo zu verwerfen. Zu der Handlung unter der gegebenen Voraussetzung hat sich der Täter dagegen schon endgültig entschlossen.

§ 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG gebietet somit keinesfalls die ausschließliche Verfolgung nur eines einzigen Zwecks. Verboten ist jedoch die gleichzeitige Verfolgung von inkonsistenten Zwecken. Nach dem Embryonenschutzgesetz kommt es nämlich für die Schutzwürdigkeit der einzelnen Zygote gerade nicht auf ihre Gesundheit an.

Die Entnahme einer pluripotenten Zelle zum Zweck der Präimplantationsdiagnostik verletzt ferner das Verwendungsverbot des § 2 Abs. 1 ESchG. Zwar wird argumentiert, die Entnahme der Zelle beeinträchtige für sich genommen die Weiterentwicklung des Embryos nicht. Auch darüber kann man ja streiten. Deshalb sei sie als neutrale Handlung zu bewerten und zudem diene die Untersuchung ja gerade dazu festzustellen, dass keine Belastung vorliege. Folglich handle der Täter nicht mehr mit der für die Strafbarkeit erforderlichen Absicht. Aber auch hier gilt, beide Ziele - den Embryo zu implantieren oder ihn zu verwerfen - widersprechen sich, sind miteinander unvereinbar.

Deshalb kann nicht von einer neutralen Handlung gesprochen werden, weil eine mögliche Folge die Verwerfung des Embryos ist. Gerade im Hinblick auf dieses Ziel wird die zu untersuchende Zelle entnommen. Das ist durch das Embryonenschutzgesetz verboten.

Nun rührt die Attraktivität jeder Untersuchung der künstlich befruchteten Eizelle daher, der Mutter einen späteren Schwangerschaftsabbruch zu ersparen, nämlich dadurch, dass man den genetisch geschädigten Embryo gar nicht erst implantiert. Dann lässt sich in der Tat fragen, ob sich nicht der strikte Schutz des Embryos in vitro in einen Wertungswiderspruch zum Recht des Schwangerschaftsabbruchs stellt. Ich meine, dass diese Antwort auch entscheidend ist für die rechtliche Beurteilung der Präimplantationsdiagnostik.

Hält man nämlich den Schwangerschaftsabbruch für erlaubt, weil das Selbstbestimmungsrecht der Mutter dem Überlebensinteresse der Leibesfrucht vorgeht, dann muss das Verbot der Präimplantationsdiagnostik widersinnig erscheinen. Hält man dagegen den Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich für verboten und lediglich für straflos, dann besteht ein Widerspruch zwischen dem Schutz des Embryos in vitro und in vivo nicht. Ein solcher Wertungswiderspruch liegt allenfalls in den Fällen vor, in denen ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund der sogenannten embryopathischen Indikation rechtlich erlaubt ist. Das hat das Bundesverfassungsgericht ja ausdrücklich offen gelassen.

Meine Damen und Herren, Sie werden sich also der schwierigen Frage stellen müssen, welche Erbanlagen des Embryos seine Tötung rechtfertigen können und Sie werden sich dann auch damit auseinandersetzen müssen, ob nicht jede Form einer Begrenzung der Präimplantationsdiagnostik auf bestimmte Merkmale eine entsprechende Einschränkung der Pränataldiagnostik der Leibesfrucht im Mutterleib zwingend nach sich zieht. Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. Renzikowski, ich muss Ihnen sagen, dass mein Herz bei so viel scharfer Jurisprudenz lacht. Herr Prof. Dr. Hufen, bitte.

**Sachverständiger Prof. Dr. Hufen:** Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren. Ich freue mich und danke für die Einladung nicht nur als - wenn ich richtig sehe - einziger Verfassungsjurist unter den Anzuhörenden, sondern auch als Mitglied der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, die ja schon mehrmals zitiert worden ist und die ich natürlich, weil ich den Ergebnissen, das darf ich zugeben, nicht allzu fern stehe, auch hier ergänzend hinzuziehen darf. Ich habe hohe Achtung vor dem Gewicht der ethischen Bedenken, die hier heute vorgetragen worden sind, muss als Verfassungsjurist aber darauf bestehen, dass konkrete gesetzgeberische Entscheidungen im Verfassungsstaat an der konkreten normativen Öffnung des Grundgesetzes gemessen werden müssen. Der weltanschaulich neutrale Staat darf nicht eine ethische Position für alle verbindlich erklären. Auch im Fall der Präimplantationsdiagnostik gibt es unterschiedliche Positionen und konfligierende Grundrechte. Die muss das Verfassungsrecht in einen möglichst schonenden Ausgleich bringen. Verfassungsjuristen nennen das praktische Konkordanz; mögliche Grundrechte des werdenden Lebens einerseits, aber auch Grundrechte der Eltern und vor allem der Frau andererseits. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass die bisher in

der Öffentlichkeit vertretene Auffassung, die Präimplantationsdiagnostik insgesamt für verfassungswidrig zu erklären, durchweg nicht von Verfassungsjuristen stammten. Diese sind gemeinhin mit abschließenden Urteilen etwas vorsichtiger. Auch für ethisch gewichtige Konflikte hält das Verfassungsrecht aus gutem Grund eine Methodik bereit, die staatliche Maßnahmen jeder Art zunächst einmal danach fragt, ob die Maßnahme als solche in ein Grundrecht eingreift.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht lautet die Frage also nicht: Darf Präimplantationsdiagnostik erlaubt werden, sondern es ist genau umgekehrt. Ist ein Verbot verfassungsrechtlich gerechtfertigt oder sogar geboten?

Ich fange an mit den Grundrechten der Eltern. Wenn immer wieder zu lesen ist, der Verzicht auf Kinder sei bei bestimmten medizinischen Risiken zumutbar oder gar erforderlich, um es gar nicht zum Konflikt kommen zu lassen, ist doch darauf hinzuweisen, dass die Verwirklichung des Kinderwunsches ein elementares Grundrecht ist. Ob wir das aus Artikel 6 GG ableiten, wie ich das für richtig halte, oder aus dem Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit, ist dabei eher unwichtig. Vergessen darf man auch nicht das Recht auf Information zu den persönlichsten Daten und die Vorwirkung des elterlichen Sorgerechts, so dass jede Einschränkung dieses Rechts jedenfalls begründungsbedürftig ist. Begründungsbedürftig ist es also, den Eltern Kenntnis der wichtigsten Informationen überhaupt, die Frage der Lebensfähigkeit und der Gesundheit eines Embryos, vor der Implantation zu verweigern. Leben und Gesundheit der Mutter sind auch aus verfassungsrechtlicher Sicht so wichtig, dass ich besonderen Nachdruck auf die These 6 meiner schriftlichen Fassung legen möchte. Art. 2 Abs. 2 GG gebietet, die Frau im Rahmen des medizinisch und rechtlich Möglichen vor schwerwiegenden physischen und psychischen Konflikten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt zu schützen. Im Unterschied zur eingeschränkten Selbstbestimmung bei schon bestehender Schwangerschaft - so das Bundesverfassungsgericht - hat niemand anders als die Frau unmittelbar aus Art. 2 Abs. 1 und Art. 2 GG das Letztentscheidungsrecht darüber, ob ein in vitro erzeugter Embryo in ihren Körper eingepflanzt wird oder nicht.

Daraus folgt jedenfalls grundsätzlich auch, dass man der Frau nicht verwehren darf, rechtzeitige und vollständige Beratung und Information über die für diese Entscheidung wesentlichen Umstände - auch die für ihre eigene Gesundheit möglicherweise folgenschweren Eigenschaften des Embryos - zu erlangen. Verbietet der Gesetzgeber insofern gefahrvermindernde Diagnose- oder Therapieverfahren, so ist das jedenfalls ein begründungsbedürftiger Eingriff, nicht nur eine Verweigerung sozialstaatlicher Leistung. Wäre gar von einer Implantationspflicht die Rede, so käme auch die Menschenwürde der Frau in Betracht. Die Schutzpflicht für das werdende Leben ist bei diesem Problemlösungsansatz keineswegs vernachlässigt. Sie spielt vielmehr eine gewichtige Rolle als Schranke der genannten Grundrechte. So ist die Reihenfolge: erst der Schutzbereich der betroffenen Grundrechte, dann die Schranke. Ich überspringe den Abschnitt Eingriff, weil die Strafrechtler bereits zur Auslegung des Strafrechts einiges gesagt haben.

Ich möchte aber sagen, ob nach geltendem Recht die Präimplantationsdiagnostik insgesamt oder in bestimmten Fällen bereits verboten ist, ist relativ gleichgültig. Fest steht jedenfalls, dass das Verbot - ob bereits geltend oder geplant - einen Eingriff in die genannten Rechte der Eltern darstellen würde. Relativ gleichgültig ist das natürlich nur für die verfassungsrechtliche Fragestellung.

Solche Vorsicht zeigt bereits, dass ich die Frage nach dem Regelungsbedarf im Rahmen eines erweiterten Embryonenschutzgesetzes oder eines Fortpflanzungsmedizingesetzes - beide Titel finde ich übrigens überdenkungsbedürftig - bejahe. Grundrechtsrelevanz und Wesentlichkeitstheorie seien nur als Stichworte genannt. Damit zur Rechtfertigung des Verbots: Gerechtfertigt sein kann das Verbot der Präimplantationsdiagnostik vor allem durch entgegenstehende Rechte und Schutzpflichten zugunsten des Embryos. Der Gesetzgeber hat hier den Auftrag zum schonenden Ausgleich zwischen den betroffenen Rechtsgütern. In der ethischen Diskussion ist davon die Rede, dass der Wert des Lebens inkommensurabel sei. Das verleitet zu dem Missverständnis, dass Art. 2 GG auch aus verfassungsrechtlicher Sicht grundsätzlich nicht abwägungsfähig sei. Das ist jedenfalls so allgemein aber nicht richtig. Auch Art. 2 Abs. 2 GG steht vielmehr unter Gesetzesvorbehalt und dem Vorbehalt entgegenstehender Grundrechte. Auch das Bundesverfassungsgericht hat nur gesagt, dass eine Abwägung zwischen der Selbstbestimmung der Frau und dem Lebensrecht des Kindes nicht in Betracht komme. Wenn es aber auf beiden Seiten der Waage um Leben und Gesundheit geht, ist die Herstellung praktischer Konkordanz keinesfalls ausgeschlossen.

Unabwägbar ist für das Verfassungsrecht nur die Menschenwürde. Gerade in diesem Punkt ist das Bundesverfassungsgericht aber äußerst zurückhaltend. Das finden Sie in meiner These 13, ich will es hier nicht weiter ausführen. Ich habe überhaupt den Eindruck, dass die ethischen Menschenwürdebegriffe viel weiter sind als der enge Kern des verfassungsrechtlichen Menschenwürdebegriffs. Fällt das werdende Leben nicht erst ab Nidation, sondern bereits ab der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle unter den Schutz von Art. 2 GG, wie ich das auch prinzipiell für richtig halte, so heißt das noch nicht, dass jegliche Abwägung bereits von diesem Zeitpunkt an verfassungsrechtlich ausgeschlossen wäre. Bezogen auf unser Problem: Es ist sehr fraglich, ob es ein subjektives Recht des in vitro erzeugten Embryos gibt, geboren zu werden. Gegen wen sollte es sich auch richten? Doch wohl nicht gegen den Staat wie jedes Grundrecht? Gäbe es aber ein solches Recht, so steht dieses Recht jedenfalls bis zur Implantation unter dem Vorbehalt der Entscheidung der Eltern und insbesondere der Mutter zur Implantation.

Ich komme zum letzten Punkt: Verhältnismäßigkeit des Verbots im engeren Sinne - die eigentliche Abwägung, Verhältnismäßigkeit. Erste Frage: Gibt es ein milderes Mittel als das Verbot der Präimplantationsdiagnostik, um mit dieser verbundene Gefahren abzuwehren? Zweitens: Ist die Präimplantationsdiagnostik im Vergleich zur Pränataldiagnostik mit möglicher Abtreibung und einem späteren Stadium, das war ja die Frage des Wertungswiderspruchs, selbst das mildere Mittel? Beide Fragen möchte ich mit der gebotenen Vorsicht bejahen. Soweit sich die Argumente gegen die Präimplantationsdiagnostik aus befürchteten Dambrüchen und Missbrauchsgefahren speisen, gilt der alte Grundsatz der Gefahrenabwehr: Missbrauchskontrolle geht vor Totalverbot. So halte ich es durchaus für

möglich, die Präimplantationsdiagnostik mit gebotener Strenge zu begrenzen. Erstens, durch die Be-  
trauung weniger zertifizierter und öffentlich kontrollierter Institute und zweitens, durch die Begrenzung  
auf bestimmte, besonders schwerwiegende Risiken durch die Ärzte, drittens, durch die Einschaltung  
von Ethik-Kommissionen und viertens, durch ein Beratungskonzept, These 19.

Auch die Frage, ob die Präimplantationsdiagnostik das mildere und damit verhältnismäßigere Mittel im  
Vergleich zur Pränataldiagnostik und Spätabtreibung ist, ist meines Erachtens zu bejahen. Wer dage-  
gen einwendet, aus ethischer Sicht dürfe man nicht das eine Übel durch das Vermeiden des anderen  
Übels rechtfertigen, mag aus ethischer Sicht Recht haben. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist aber  
dagegen zu halten, dass der Schutz des Lebens und der Gesundheit der Mutter auch im späten  
Schwangerschaftsstadium in der Regel den Vorrang vor der dann sicherlich erheblich ausgeprägteren  
Schutzpflicht für das Leben des Fötus hat. Zwar kann es ein durchaus legitimes Ziel des Gesetzge-  
bers sein, den Schutz des Lebens in den späteren Phasen der Schwangerschaft zu verstärken; das  
darf er aber nicht durch eine Gefährdung der Frau tun, sondern immer nur durch eine mögliche Vor-  
verlagerung der Diagnosemöglichkeiten. Inkonsequent und unverhältnismäßig aber wäre es, die me-  
dizinischen oder zeitlichen Voraussetzungen der Notlagenindikation zu verschärfen und gleichzeitig  
die Präimplantationsdiagnostik auszuschließen.

Ich komme zum Schluss, den Sie auch in dem Papier schon vorfinden. Für den Gesetzgeber ergeben  
sich folgende Konsequenzen: Es ist gesetzlich zu regeln, in welchen Fällen die Präimplantationsdia-  
gnostik verboten oder erlaubt sein soll. Das Verbot der Erzeugung von Embryonen zum alleinigen  
Zweck der Präimplantationsdiagnostik ist gerechtfertigt, ebenso natürlich zur Geschlechtsfeststellung  
usw. Ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik - das ist der Kernsatz -, das auch solche Fälle erfasst,  
in denen bei einer Implantation eine Gefährdung des Lebens oder der physischen oder psychischen  
Gesundheit der Mutter droht, ist unverhältnismäßig. Will der Gesetzgeber Pränataldiagnostik und  
Spätabtreibung auch im Falle einer medizinischen Indikation zurückdrängen, dann darf er nicht gleich-  
zeitig Präimplantationsdiagnostik und medizinisch indizierte Nichtimplantation verbieten. Für die Fälle  
erlaubter Präimplantationsdiagnostik ist eine ausführliche Beratung der Eltern vorzusehen. Vielen  
Dank.

**Vorsitzende:** Jetzt haben wir noch eine Sachverständige, Frau Dr. Mildenberger.

**Sachverständige Dr. Mildenberger:** Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren. Für mich als Juri-  
stin und Strafrechtlerin lautet die Kernfrage im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik  
auch: Verbietet das Embryonenschutzgesetz diagnostische Maßnahmen an nicht mehr totipotenten  
Zellen? Die Frage ist, so denke ich, mit nein zu beantworten. Ich schließe mich dem Ergebnis von  
Herrn Prof. Dr. Renzikowski an, allerdings mit etwas anderer Begründung, die ich Ihnen jetzt ganz  
kurz vorstelle.

Hier liegt ein Verstoß gegen § 1 Abs. 1 Nr. 2 EschG vor. Danach wird bestraft, wer es unternimmt,  
eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten als eine Schwangerschaft der Frau her-

beizuführen. Der Wortlaut des Gesetzes schließt es nicht aus, dass mehrere Zwecke gleichzeitig verfolgt werden. Deswegen argumentieren auch einige Juristinnen und Juristen, die Absicht, eine Schwangerschaft herbeizuführen, werde nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Übertragung des Embryos davon abhängig gemacht werde, dass kein Krankheitsbild vorliege. Aber, wer so argumentiert, übersieht, was das Gesetz meint, wenn es den Begriff Absicht benutzt. Um die Vorschrift richtig auslegen zu können, müssen wir fragen, was meint das Gesetz? Denn ausschlaggebend für die Straflosigkeit ist eben die Absicht, eine Schwangerschaft herbeizuführen und hier meint das Gesetz zielgerichtetes Wollen. Das ist der „dolus directus“ ersten Grades, also die intensivste Form des Vorsatzes. Es reicht also nicht zu sagen, die gesamte Behandlung sei darauf ausgerichtet, eine Schwangerschaft herbeizuführen bzw. die Schwangerschaft sei ja das erklärte und einzige Endziel bzw. die Beteiligten handelten ja von Anfang mit dem Bewusstsein, eine Schwangerschaft herbeizuführen. Ein solches Bewusstsein ist keine Absicht im Sinne zielgerichteten Wollens. Warum reicht es nicht? Es reicht nicht, weil zielgerichtetes Handeln bedeutet, dass die Betroffenen den unbedingten Willen haben müssen, den Handlungserfolg - also die Schwangerschaft - zu erstreben. Sie können das in jedem Strafrechtskommentar nachlesen. Es muss, um eine Absicht zu bejahen, ein unbedingter Wille vorliegen. Wenn die Beteiligten den künstlich erzeugten Embryo von Beginn an nur unter der Bedingung übertragen wollen, dass die genetische Untersuchung keinen Krankheitsbefund ergibt, dann liegt kein unbedingter Wille und damit auch nicht die Absicht vor, die das Embryonenschutzgesetz hier verlangt. Das Ergebnis wird auch noch durch eine andere Überlegung gestützt. § 1 Abs. 1 Nr. 2 EschG spricht nur von Schwangerschaft. Das bedeutet, hier sind alle Schwangerschaftsformen, unabhängig von einer möglichen Erkrankung des Embryos, erfasst. Die Absicht muss sich also auch darauf beziehen, eine uneingeschränkte Schwangerschaft herbeizuführen. Genauer: Der Arzt oder die Ärztin muss die Absicht haben, gerade die Eizelle, die künstlich befruchtet wurde, ohne Wenn und Aber zu implantieren; eine Präimplantationsdiagnostik wäre ein solches Aber. Daher kann nur derjenige tatbestandslos handeln, wer von Anfang an mit dem unbedingten Willen handelt, den in vitro erzeugten Embryo, unabhängig von seiner Qualität, zu übertragen. Allein die hier dargestellte Wortlautinterpretation setzt sich auch mit dem Sinn und Zweck des Gesetzes auseinander, dem Einstieg in die Eugenik zu wehren. Die Frage nach dem ärztlichen Standesrecht ist damit beantwortet. Wenn das ärztliche Standesrecht vom Embryonenschutzgesetz abweicht, wären abweichende Bestimmungen rechtswidrig.

Die Frage, ob ich einen standesrechtlichen oder gesetzlichen Regelungsbedarf über das Embryonenschutzgesetz hinaus sehe, ist mit ja zu beantworten, denn die Rechtslage ist nicht eindeutig. Die Interpretation, die ich Ihnen hier vorgestellt habe, kann natürlich angegriffen werden. Das Embryonenschutzgesetz bietet allen Interpretationsspielraum, weil die Präimplantationsdiagnostik nicht eindeutig verboten ist. Deswegen meine ich, dass gesetzlicher Regelungsbedarf besteht, aber nur im Sinne einer gesetzlichen Klarstellung, dass die Präimplantationsdiagnostik auch an nicht mehr totipotenten Zellen verboten ist. Kurz zu der Frage, ob es einen Wertungswiderspruch gibt zwischen den Abtreibungsregeln und dem Embryonenschutzgesetz. Wenn wir die Prämisse setzen, dass das Embryonenschutzgesetz die Präimplantationsdiagnostik ausnahmslos verbietet mit der Konsequenz, keine

Selektion abweichender Embryonen, dann liegt ein Wertungswiderspruch zu § 218a Abs. 2 StGB vor; das ist die sozialmedizinische Indikation. Warum? Weil die Schwangere de facto bei ihrer Entscheidung für einen Abbruch allein die zu erwartende Behinderung der Leibesfrucht im Auge haben kann. Es heißt zwar „sozialmedizinische Indikation“, aber hier ist letztlich die embryopathische Indikation mit hineingepackt worden. Das bedeutet, die Präimplantationsdiagnostik in Verbindung mit der weit gefassten sozialmedizinischen Indikation ermöglicht die Selektion kranker Embryonen und das bedeutet auch, dass der Embryo in vitro stärker vor Selektionen geschützt ist als der Embryo in vivo. Das bedeutet aber nicht, dass der Embryo in vitro jetzt weniger geschützt werden sollte, sondern im Gegenteil. Vor Selektionsbestrebungen müssen beide gleich geschützt werden. Im Übrigen besteht kein Wertungswiderspruch zwischen dem Embryonenschutzgesetz und der Abtreibungsgesetzgebung, weil die Situation des ungewollt erzeugten Embryos in vivo mit der Situation eines bewusst und gewollt gezeugten Embryos in vitro nicht vergleichbar ist. Deshalb ist es konsequent, wenn das Embryonenschutzgesetz eine künstlich befruchtete Eizelle bereits vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an schützt, die §§ 218 ff. des Strafgesetzbuches hingegen in bestimmten Konfliktsituationen den Interessen einer ungewollt schwangeren Frau Vorrang einräumen. Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Jetzt haben wir eine Menge Wortmeldungen. Das fängt an mit Herrn Lensing!

**Abgeordneter Lensing (CDU/CSU):** Ich habe nur noch an zwei Referenten, und zwar an Prof. Dr. Hufen und an Frau Dr. Mildenberger, Verständnisfragen, so möchte ich sagen, nur aus dem, was Sie jetzt vorgetragen haben. Ich fange mit der Dame an. Sie haben ja gerade sehr deutlich abgehoben auf die uneingeschränkte und bedingungslose Schwangerschaft. Ich habe auch in Ihrem Text gelesen, dass von einer Frau bei einer In-vitro-Fertilisation die Absicht vorausgesetzt wird, „eine bedingungslose Schwangerschaft herbeizuführen“. Verstehe ich Sie richtig, wenn ich glaube, daraus ableiten zu können, zu sollen, zu müssen, dass eine Schwangerschaft unter Ausschluss jeglicher Bedingungen möglich sein muss und das dann auch automatisch zu einem Ausschluss der Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch führt? Wenn Sie nicht dieser Auffassung sind, dann frage ich Sie, ab wann darf man denn dann gegebenenfalls den Schwangerschaftsabbruch vornehmen und aus welchem Grunde gerade dann, was den Zeitfaktor angeht?

Herr Prof. Dr. Hufen, Sie haben an einer Stelle gesagt, dass die Frage der Implantation ausschließlich der Entscheidung der Frau zukommt. Ich möchte daran anschließend die Frage richten: Wollen Sie die Frage der Vornahme einer Präimplantationsdiagnostik auch der Alleinentscheidungsbefugnis der Frau unterstellen oder muss man das gegebenenfalls? Ist es eigentlich aus der juristischen Sicht realistisch, annehmen zu können, dass wir eine Ausweitung der Anwendung der Präimplantationsdiagnostik - wie bei der Pränataldiagnostik schon geschehen - vermeiden können oder, wirklich formal gesehen, präzise so eingrenzen können, dass diese Präimplantationsdiagnostik sich auf Einzelfälle bezieht? Sind Sie in dem Zusammenhang - es war auch eben bei Frau Dr. Mildenberger die Rede davon, Schutz eines Embryos in vivo und in vitro, Vergleichbarkeit ja oder nein - der Auffassung, dass

wir einen Schutzbereich für diese beiden sich im Körper oder in der Petrischale befindenden Embryos vornehmen müssen und dass eine stärkere Betonung notwendig ist?

**Sachverständige Prof. Dr. Neuer-Miebach:** Danke schön. Zwei Fragen an Herrn Prof. Dr. Sewing. Sie haben gesagt, dass nach Ihrer Auffassung die Präimplantationsdiagnostik im Rahmen des Embryonenschutzgesetzes zulässig sei. Konkrete Frage: Warum wird es denn in Deutschland nicht gemacht? Wo sehen Sie, wie Sie es in Ihrem Papier geschrieben haben, konkret die Rechtsunsicherheiten und die Regelungsnotwendigkeiten? Das ist die erste Frage, die zweite Frage: Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat ja die schwerwiegende gesundheitliche Gefährdung oder Beeinträchtigung der künftigen Schwangeren praktisch als Hauptindikation für Präimplantationsdiagnostik formuliert. Wenn ich mir ansehe, dass man immer wieder die Analogie zu § 218 StGB zieht und wie problematisch es ist, diese Kondition, die ja in ähnlicher Formulierung dort vorhanden ist, in der Praxis durchzusetzen, wenn es um eine wirklich enge Auslegung dieser Indikation bei dem Schwangerschaftsabbruch geht, dann frage ich: Wie sehen Sie die Möglichkeit, eine solche enge Indikation wirklich auch rechtlich abzusichern bei der Präimplantationsdiagnostik, weil ja immer wieder gesagt wird, wir wollen das nur für ganz, ganz wenige Fälle zulassen und die Missbrauchsmöglichkeiten ausschließen? Wie sehen Sie die Möglichkeit, das rechtlich zu regeln? Danke.

**Vorsitzende:** Frau Knoche!

**Abgeordnete Knoche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Zwei Fragen habe ich. Meinem Verständnis nach ist aufgrund des Embryonenschutzgesetzes der Schutzgehalt, der dem Embryo zuteil wird, nicht mit aufsteigender Zellteilung von abnehmender Qualität. Das ist eine Logik, die vorgetragen worden ist, die ich nicht verstehe. Je weiter der in vivo erzeugte Embryo sich entwickelt, in Zellen teilt und in die Pluripotenz kommt, desto eher darf er diagnostiziert werden. Ich beziehe mich hier auf die Argumentation, die vorgetragen wurde von Herrn Prof. Dr. Hufen. Herr Prof. Dr. Hufen, Sie wollte ich etwas anderes fragen: Sie haben sich ja auch zu dem Wertungswiderspruch geäußert - Präimplantationsdiagnostik und § 218 StGB. Können Sie mit mir die Auffassung teilen, dass der bestehende § 218 StGB innerhalb des Strafrechts der Frau an keiner Stelle eine Selbstbestimmung über ihre Schwangerschaft zugesteht? Dass wir eine Fristenregelung haben, unter der er sich unter bestimmten Bedingungen der Beratung straffrei, aber immer rechtswidrig verhält - ich argumentiere hier nicht für den § 218 StGB, sondern sage nur, was Rechtsrealität ist - und dass der Spätabbruch ausschließlich als medizinische Indikation erlaubt ist, wo die Entscheidung der Arzt trifft und nicht die Frau, und dass Sie aber in der Argumentation für Präimplantationsdiagnostik sagen, dass die Frau eine Selbstbestimmung darüber habe, ob sie diesen in vitro erzeugten Embryo implantiert haben möchte, und dass sie deshalb auch eine Entscheidung darüber hätte, welcher Qualität dieser sei? Im weiteren führen Sie in Ihrer Argumentation etwas aus, was ich aus der Lebensrealität insofern überhaupt nicht teilen kann, als es ja bei der Präimplantationsdiagnostik keine leibliche Schwangerschaft gibt. Wer ist also Rechtsperson, die dann entscheiden darf, was mit dem Embryo in vivo - welchen Status hat er, wem gehört er, gehört er sich? - gemacht wird?

**Vorsitzende:** Herr Dr. Winter!

**Sachverständiger Dr. Winter:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Hufen. Ich habe mit Genuss Ihrem Vortrag aus verfassungsrechtlicher Sicht zugehört und Begriffe wie konfligierende Konkordanz oder die Notwendigkeit der Herstellung einer praktischen Konkordanz vernommen und ebenso das Argument, dass immer, zu jedem Zeitpunkt, das Mutterrecht den Vorrang vor dem Fötus hat. Nun frage ich mich, ist es so, dass Sie eine Analogie darin sehen, ein grundsätzliches Verbot beispielsweise des Schwangerschaftsabbruchs, wie bei der Lösung in § 218 StGB oder beim Urteil des Verfassungsgerichts, nicht mit Strafe zu bewehren und dieses als Analogie vielleicht für den Bereich der Präimplantationsdiagnostik einzuführen, also diese Schutznorm einerseits aufrechtzuerhalten und andererseits aber von der Strafbewehrung abzusehen, was ja die Ärzteschaft dann auch wieder pönalisieren würde, aber wäre das ein Denkmodell, wie man vorgehen könnte? Danke schön.

**Vorsitzende:** Jetzt bin ich auch einmal auf der Rednerliste. Ich möchte gern eine Verständnisfrage und eine richtige Frage stellen. Die Verständnisfrage geht an den Strafrechtler, Herrn Prof. Dr. Renzikowski. Wenn ich das richtig verstanden habe, so sind Sie der Auffassung, dass im Ergebnis die Frage der Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnostik trotz Verbot der nicht zu einem Schwangerschaftszweck dienenden Befruchtung einer Eizelle zur Verhinderung eines rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruchs bejaht werden könnte. Nun ist ja keineswegs jeder Schwangerschaftsabbruch im Verfassungsgerichtsurteil für rechtswidrig erklärt worden, sondern für die ersten drei Monate gilt eine Vermutung, dass es so sei. Während gerade die embryopathische Indikation unter dem Gesichtspunkt der Unzumutbarkeit gesehen werden kann, die ja nicht nur den Tatbestand, sondern auch die Rechtswidrigkeit ausschließt. Das würde doch, wenn ich das richtig sehe, zur Konsequenz haben, dass der Gesetzgeber, wenn er sich mit dem Urteil des Verfassungsgerichts identifiziert, dass er dann förmlich verpflichtet wäre, Zumutbarkeits- oder Unzumutbarkeitsgesichtspunkte aufzuschreiben, die dann zur Rechtmäßigkeit der Präimplantationsdiagnostik führen müssten, denn nur dann ist sie ja gerechtfertigt, wenn es sich um - strafrechtlich natürlich, nicht im Sinne mancher Moral - einen gerechtfertigten Schwangerschaftsabbruch im Sinne des Verfassungsgerichts handelt. Sie nicken. Ich betrachte die Frage schon als beantwortet.

Eine Frage an Frau Dr. Mildenberger: Sie haben die Unzulässigkeit einer solchen Überlegung gefolgert, nicht zuletzt aus einer Haltung des Embryonenschutzgesetzes, die eugenikfeindlich sei, davon sind Sie ausgegangen. Ich kann das nicht sehen. Ich war zufällig dabei, als das Embryonenschutzgesetz gemacht wurde, und ich kann mich gut daran erinnern, mit welcher Selbstverständlichkeit - ich habe es in meinem Eingangsstatement gesagt - man die einzige Methode hineinschrieb, die man damals hatte, um schwere erbliche Schäden von Kindern auszuschließen: Obgleich man die Geschlechtswahl verboten hat, hat man sie ausdrücklich erlaubt bei schweren geschlechtsgebundenen Erbkrankheiten. Genannt wurde Muskeldystrophie Duchenne, aber es wurde auch gleichzeitig in einer

Generalklausel dazu gesagt, bei ähnlich schweren Erkrankungen. Im Embryonenschutzgesetz wurde die Geschlechtswahl prinzipiell verboten, aber ausdrücklich zugelassen in solchen Fällen.

..... Zwischenruf .....

Es gab damals keine andere Möglichkeit, wenn man so will, eine eugenische Indikation oder ein eugenisches Prüfverfahren durchzuführen. Eine Präimplantationsdiagnostik existierte damals nicht. Die Geschlechtswahl wurde - das konnte man damals nur beim Sperma machen - ausdrücklich verboten, aber ausdrücklich ausnahmsweise zugelassen in Fällen von geschlechtsgebundenen Erbkrankheiten. Deswegen sehe ich diese eugenikfeindliche Einstellung des Embryonenschutzgesetzes nicht, jedenfalls nicht für das damalige Gesetz. Ob wir eine brauchen, ist eine andere Frage. So, und jetzt ist Herr Dr. Seifert dran.

**Abgeordneter Dr. Seifert (PDS):** Eine Frage an Herrn Prof. Dr. Sewing: Wenn ich Sie richtig verstanden habe - ich sage das jetzt mal mit meinen Worten, ich bin kein Jurist und habe Schwierigkeiten mit Ihrer Sprache -, haben Sie gesagt, dass Eugenik eigentlich etwas ist, wenn sozusagen eine kollektive genetische Selektion stattfindet und insofern sehen Sie das ja überhaupt nicht als gegeben. Was ist aber, wenn beispielsweise kein Mensch mehr geboren wird, der das Mukoviszidose-Gen hat? Ist das nicht das Gleiche? Und eine Frage würde ich gern an alle Podiumsteilnehmer richten, weil ich nicht genau weiß, wer sie am besten beantworten kann, vielleicht Herr Prof. Dr. Renzikowski als Strafrechtler. Eine Frage, die heute Mittag schon einmal im Raum stand und die Herr Dr. Montgomery sehr strikt beantwortet hat, dass es nicht ginge. Sehen Sie denn irgendeinen Vorschlag für uns, wie wir Ärzte aus ihrem Dilemma entlassen können, dieses Haftungsrecht wahrnehmen zu können? Gibt es nach Ihrer Ansicht irgendeinen Vorschlag, den wir aufgreifen könnten, damit dieses Damoklesschwert irgendwie wekommt?

**Vorsitzende:** Jetzt haben wir die erste Fragerunde hinter uns und fangen wie gewohnt umgekehrt an. Dann hat Herr Prof. Dr. Hufen auch noch ausgiebig Zeit, darauf zu reagieren. Frau Dr. Mildenberger, dann wären Sie die Erste.

**Sachverständige Dr. Mildenberger:** Herr Lensing, Sie hatten gefragt, ab wann darf man den Schwangerschaftsabbruch vornehmen und unter welchen Bedingungen? Sie haben meine Auslegung des Embryonenschutzgesetzes kritisiert, dass ein unbedingter Wille auf Herbeiführung einer Schwangerschaft bestehen muss und dieser müsse ja, so sagen Sie, dann auch bei der Frau bestehen. Hierzu ist Folgendes zu sagen: Der § 1 ESchG bestraft nicht die Frau, sondern den Arzt. In Abs. 3 steht ausdrücklich drin, nicht bestraft wird in den Fällen des Abs. 1 Nr. 2 - das ist die Vorschrift, die hier in Rede steht - die Frau, von der die Eizelle oder der Embryo stammt. Das heißt, das Embryonenschutzgesetz befasst sich vorwiegend mit der Frage: Kann sich ein Arzt strafbar machen und unter welchen Bedingungen macht sich der Arzt bzw. die Ärztin strafbar? Meine Argumentation, dass eine unbe-

dingte Schwangerschaft gewollt sein muss, bezieht sich auf die Auslegung des Embryonenschutzgesetzes und ist nicht in Zusammenhang zu bringen mit der Abtreibungsgesetzgebung.

Meine Argumentation geht allein auf das, was das Embryonenschutzgesetz hier meinen könnte. Deswegen dürfen Sie das bitte nicht mit der Abtreibungsgesetzgebung verwechseln und auch die Argumentation nicht darauf übertragen. Der fundamentale Unterschied zwischen den Schwangerschaftsabbruchsregeln und dem Embryonenschutzgesetz besteht meiner Meinung nach darin, dass zum einen das Embryonenschutzgesetz regelt, was mit dem Embryo in vitro passiert, also mit einem künstlich erzeugten Embryo, einem sich entwickelnden menschlichen Leben, welches bewusst und gewollt gezeugt worden ist. Die Schwangerschaftsabbruchsregeln auf der anderen Seite beschäftigen sich primär mit der Frage, was passiert, wenn eine Schwangerschaft nicht gewollt ist, aber es dennoch „leider“ passiert ist. Die Frau wollte gar nicht schwanger werden. Diese Konfliktsituation regelt die Abtreibungsgesetzgebung und hier sind Regelungen getroffen worden, die anerkennen, dass zwischen der werdenden Mutter und dem Embryo eine symbiotische Beziehung besteht. Während der Embryo in vitro alleine extrakorporal existiert und dadurch nicht geschützt ist, ist der Embryo in vivo durch die Beziehung durch die werdende Mutter anders geschützt und es ist auch ein anderes Verhältnis. Wie gesagt, ab wann darf man einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, unter welchen Bedingungen? Die Bedingungen sind in § 218 ff. StGB meiner Ansicht nach gut geregelt. Das einzige Problem ist eben diese sozialmedizinische Indikation, die letztlich auch erlaubt, dass Embryonen, die einen Gendefekt oder irgendein Krankheitsbild aufweisen, abgetrieben werden dürfen.

Zu der Frage von Frau Knoche - ich bin mir jetzt nicht ganz sicher, ob Sie die Frage an mich gerichtet haben: Sie hatten gesagt, Sie haben das so verstanden, eine aufsteigende Zellteilung führe zu einem höheren Schutz? So habe ich es auch gemeint. Dem Embryo in vitro muss ein höherer Schutz zukommen als dem Embryo in vivo, weil wir hier eine andere Ausgangslage haben. Ich sehe insofern eine andere Ausgangslage darin, dass der Embryo in vitro einfach bewusst und gewollt erzeugt wird. Hier soll es zu einer Befruchtung einer Eizelle kommen, und, wenn eine bestimmte Bedingung nicht erfüllt ist, soll die befruchtete Eizelle wieder verworfen werden. Das halte ich für nicht richtig.

**Vorsitzende:** Wenn Sie glauben, da nicht verstanden worden zu sein, Frau Knoche, dann aber kurz.

**Abgeordnete Knoche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine Frage bezieht sich auf den außerkörperlich erzeugten Embryo und die Frage des Schutzgehaltes im Zustand der Totipotenz und im Zustand der Pluripotenz. Meine Frage war, wenn Unverfügbarkeit gilt im Zustand der Totipotenz, wie man dann argumentieren kann, dass bei aufsteigender Zellteilung - also weiterer Ausdifferenzierung dieses Embryos - ein minderes Schutzrecht gelten kann?

**Sachverständige Dr. Mildenberger:** Die Frage ist ja eher eine ethische Frage. Ich kann mich jetzt als Strafrechtlerin nur auf das beziehen, was im Embryonenschutzgesetz geregelt ist. Insofern denke ich, dass Sie die Frage vielleicht einer Ethikerin stellen müssten.

..... Zwischenruf .....

Zu Ihrer Frage, Frau Vorsitzende. Sie haben gesagt, dass die Haltung des Embryonenschutzgesetzes nicht eugenikfeindlich sei. In den Kommentaren zum Embryonenschutzgesetz können Sie nachlesen, dass es ein Teilziel des Embryonenschutzgesetzes sei, dem Einstieg in die Eugenik zu wehren. Eine Präimplantationsdiagnostik führt de facto zu vorgeburtlicher Selektion und Vernichtung kranker Embryonen und ist damit für mich letztlich nichts anderes als ein eugenisches Instrument. In § 3 ESchG steht: "Wer es unternimmt, eine menschliche Eizelle mit einer Samenzelle künstlich zu befruchten, die nach den in ihr enthaltenen Geschlechtschromosomen ausgewählt worden ist, wird bestraft." Es steht aber auch zusätzlich drin, dass dies nicht gilt, wenn die Auswahl der Samenzelle erfolgt ist. Das heißt, hier ist eben die Diagnostik einer Samenzelle nach dem Embryonenschutzgesetz erlaubt, und das ist etwas anderes als die Diagnostik an einer bereits befruchteten Eizelle, bei der menschliches Leben bereits entstanden ist. Das heißt, das Embryonenschutzgesetz erlaubt nicht die Diagnostik, auch nicht bei diesen schwerwiegenden Krankheiten, an einer bereits befruchteten Eizelle, sondern nur an der Samenzelle.

**Vorsitzende:** Als Nächster ist Herr Prof. Dr. Hufen dran!

**Sachverständiger Prof. Dr. Hufen:** Viele Fragen an mich. Herr Lensing und - ich fasse es ein bisschen nach Themenkomplexen zusammen - auch Frau Knoche haben an einer Stelle gefragt, wer entscheidet eigentlich über die Präimplantationsdiagnostik als solche, die Frau alleine oder wer sonst? Das war eine gemeinsame Frage. Da muss man wiederum unterscheiden. Ich hoffe, dass es klargestellt ist: Über die Implantation Ja oder Nein entscheidet alleine die Frau. Es ist ihr Körper, es ist ihre Würde, es ist ihre persönliche Integrität. Das ist der eine Punkt.

Wer entscheidet über die Diagnose, die zu dieser Entscheidung führt? Ohne dass ich bezweifle, dass der Embryo eine eigene Subjektstellung hat - er ist in der Tat ein eigenes Subjekt - halte ich es in dieser Phase im Hinblick auf die schwerwiegenden Auswirkungen und die Informationswirkung, die die in dieser Frage durch die Frau zu treffende alleinige Entscheidung hat, für gerechtfertigt, dass die Frau primär auch in diesem Fall befugt ist, über die Diagnose zu entscheiden, gegebenenfalls zusammen mit dem Partner und natürlich immer im Zusammenwirken mit dem Arzt.

Das Missverständnis, Frau Knoche: Ich habe nicht gesagt, dass die Zelle, je mehr sie sich ausdifferenziert, desto mehr geschützt ist, ich meine den Gesamtvorgang. Am Anfang ist die totipotente Zelle völlig geschützt, dann nimmt es sozusagen ab, weil ja dann keine Totipotenz mehr vorhanden ist, aber es war gerade meine Aussage: Je weiter sich der Embryo dann bis hin in die Spätphase der Schwangerschaft nach der Einpflanzung entwickelt, da sind wir uns doch wohl einig, nimmt das Schutzgut Leben in diesem Maße dann auch zu und im entsprechenden Ausmaß nimmt das Selbstbestimmungsrecht der Frau ab bzw. muss der Gesundheitsschutz der Frau dann abgewogen werden mit dem sich so weit fortentwickelnden Embryo. Das war die Aussage zu diesem Punkt. Selbstverständlich sind wir uns einig, dass das Bundesverfassungsgericht gesagt hat, bei einer in vivo bestehenden

Schwangerschaft hat die Frau kein alleiniges - sozusagen motivloses - Selbstbestimmungsrecht, selbstverständlich auch die ganze Schwangerschaft über, aber es geht bei all diesen Fällen, und das hoffe ich klargemacht zu haben, eben nicht um die soziale Indikation und die Fristenlösung und das Selbstbestimmungsrecht der Frau. Es geht um die Gesundheit und ihr Selbstbestimmungsrecht darüber, was sie ihrem Körper, ihrer Gesundheit zumuten will. Das ist der entscheidende Punkt.

Wir bewegen uns in der Tat, wenn wir es schon vergleichen, im Bereich von medizinischen Fragen, von medizinischen Indikationen und natürlich von völlig unterschiedlichen - da bin ich mir mit Frau Dr. Mildenberger einig - Fallkonstellationen, aber letztlich geht es um das Rechtsgut Gesundheit der Frau. Deshalb bin ich auch mit Herrn Dr. Winter nicht der Auffassung, dass man zu einer Lösung kommen könnte - Rechtswidrigkeit, aber es wird geduldet mit Beratungskonzept usw. Das ist oft spezifisch der Kompromiss für die soziale Notlage. Die medizinische Indikation, einschließlich aller bis jetzt bestehender sogenannter sozialmedizinischer Indikation, Gesundheitsgefährdung der Frau, frühere eugenische Indikation hat da völlig raus zu bleiben. Ich bin der festen Auffassung, wenn es darum geht, die Gesundheit und das Leben der Mutter zu schützen, können wir keine Rechtswidrigkeit feststellen.

Letzter Punkt, Herr Lensing, Frage der Eingrenzbarkeit. Darum haben wir in der Bioethik-Kommission lange gerungen. Die Frage: Kann man denn das sozusagen überhaupt eingrenzen? Es hat heute ja auch einige Expertenaussführungen dazu gegeben. Ich habe gelernt, dass das doch kein so ganz einfaches Verfahren ist, was sozusagen überall im Hinterzimmer vom Arzt durchgeführt werden kann. Ich habe Vertrauen darauf, dass man es örtlich und auch fallmäßig so eingrenzen kann, dass zunächst einmal jedenfalls der Missbrauch ausgeschlossen ist.

Zur Frage: Schutz in vivo und in vitro. Ich bin kategorisch der Auffassung, man darf den Schutz in vivo nicht auf Kosten der Frau weiter verstärken. Ich halte den Kompromiss, den das Bundesverfassungsgericht gefunden hat, für insgesamt tragfähig. Ich würde umgekehrt sagen, man darf den Schutz oder die Eingrenzung der Entscheidung und des Gesundheitsschutzes der Mutter im Vorstadium nicht sozusagen in Gegenrichtung weiter einschränken. Das war auch meine Aussage. Ich glaube, der Schutz der Mutter und auch der Schutz vor den schwerwiegenden psychischen Belastungen, die bei schon einem bestehenden - womöglich behindertem - Kind da sind, das sind Dinge, die können Sie in jedem Strafrechtskommentar nachlesen, dass auch das ein Gesundheitsschutz ist, auch ein Lebensschutz im umfassenden Sinne. Das ist natürlich die medizinische Frage und da halte ich es für wirklich nicht notwendig, die Rechte der Mutter weiter einzuschränken.

**Vorsitzende:** Jetzt ist Prof. Dr. Renzikowski an der Reihe!

**Sachverständiger Prof. Dr. Renzikowski:** Wenn Sie mich über den Schwangerschaftsabbruch befragen, ist das natürlich ein weites Feld, deswegen flüchte ich zuerst zur Arzthaftung. Die Frage, finde ich, ist ganz einfach zu beantworten, Herr Dr. Seifert. Wenn die Präimplantationsdiagnostik verboten ist, dann kann sich selbstverständlich die Unterlassung eines entsprechenden Hinweises nicht für irgendwelche Haftungen auswirken, denn das wäre ein Hinweis auf eine hier verbotene Methode,

dazu kann der Arzt nicht verpflichtet sein. Wenn die Präimplantationsdiagnostik bei uns erlaubt wird, dann wird die zivilrechtliche Rechtsprechung zum wrongful life, also „Kind als Schaden“, voll durchschlagen. Und da gibt es auch überhaupt nichts zu machen, außer der Gesetzgeber ändert das insofern, dass er im Zivilrecht bei § 823 BGB bei dieser Schadensersatznorm das Ganze rausnimmt.

**Vorsitzende:** Verzeihung, ich muss hier zusätzlich etwas fragen. Sie sagen, dann schlägt die Haftpflicht des Arztes völlig durch, wenn er nicht informiert?

**Sachverständiger Prof. Dr. Renzikowski:** Wenn er nicht informiert oder wenn er es selber falsch macht. Natürlich kann er nicht gezwungen werden, diese Maßnahme selber durchzuführen, insbesondere dann, wenn er nicht kompetent ist oder wenn er sagt, das ist mit meinem Gewissen nicht zu vereinbaren.

Jetzt zum Schwangerschaftsabbruch: Wenn ich mich zu sehr wiederhole - das ist natürlich ein Thema für einen Dogmatiker - dann entziehen Sie mir bitte das Wort. Ich glaube, man muss Folgendes sehen: Erstens, das Dilemma mit dem Schwangerschaftsabbruch ist, dass diese jetzige Regelung auf einem Kompromiss beruht, der eigentlich aus völlig widerstreitenden Bausteinen zusammengesetzt worden ist, so dass man sich da sehr schwer tut, ein widerspruchsfreies System hineinzubringen. Ich erkläre mir die jetzige Regelung folgendermaßen: Es hat insbesondere von der Seite des Strafrechts aus überhaupt keinen Sinn, mit den Mitteln des Strafrechts die Leibesfrucht gegen den Willen der Frau zu schützen. Deswegen ist der Rückzug des Strafrechts aus dieser Materie sinnvoll, vielleicht sogar verfassungsrechtlich geboten, weil der Grundsatz der Erforderlichkeit nicht greift. Das heißt aber nicht und das schwimmt immer so mit, dass das dann dazu führen würde, dass es erlaubt wäre. Vielmehr muss man zwischen zwei Kategorien unterscheiden: Wir haben eine Kategorie, in der der Schwangerschaftsabbruch - Kant würde sagen: nicht strafbar ist, weil es keinen Sinn hat.

So etwas Ähnliches haben wir im Strafgesetzbuch mit dem „entschuldigenden Notstand“. Beim entschuldigenden Notstand heißt es aber, wer diese Notlage, diese Konfliktlage wissentlich herbeiführt, der kann sich auf diese Notstandsentschuldigung nicht berufen. Jetzt könnte ich natürlich sagen, dann ist diese Schwangerschaftsstraflosigkeit auch nicht schlüssig. Sie ist es doch, weil der Gesetzgeber keine Möglichkeit hat, das Sexualverhalten der Leute zu kontrollieren, er kann nicht in jedes Schlafzimmer einen Polizisten stellen.

Bei der In-vitro-Fertilisation mit PID sieht es aber doch anders aus. Die In-vitro-Fertilisation ist zunächst einmal ein Instrument zur vorweggenommenen Auflösung dieses Schwangerschaftskonflikts. Das ist auch der Grund, warum wir hier darüber sprechen. Da stellt sich in der Tat die Frage, ob man diesen Konflikt nicht anders vermeiden kann, nämlich, indem man die betreffenden Paare darauf verweist, doch lieber auf ihren Kinderwunsch zu verzichten.

Ich denke, dieses Argument schlägt nur insoweit nicht durch, wie ich den Schwangerschaftsabbruch als Rechtfertigungsgrund ansehen kann. Diese Rechtfertigung beruht dann immer auf einer Abwä-

gung des Lebensrechts der Mutter mit dem Lebensrecht der Leibesfrucht, und da ich ja ausgeführt habe, dass das Schutzniveau sozusagen graduell ansteigt, wird man erhebliche Beeinträchtigungen in der Gesundheit der Mutter auch noch hinzunehmen müssen, die einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen können. Aber bitte - und jetzt kommt hier auch etwas, was mir nicht gefallen hat - doch nur durch die Geburt als solche, doch niemals durch die Belastung, die mit der Aufzucht und der Pflege für so ein Kind verbunden ist. Denn das ist ja nicht zwingend notwendig. Man kann das Kind zur Adoption freigeben, wenn man das so nicht aushält. Das hat auch alles seine Probleme, aber das sind jedenfalls keine Probleme, die man in den Rang eines Gesundheits- und Lebensschutzes stellen kann.

Dann kann ich mir natürlich schon vorstellen, dass man die Präimplantationsdiagnostik in einem eingeschränkten Rahmen zulässt, denn die Herbeiführung einer rechtfertigenden Notstandslage hat auch keine Konsequenzen für die Beurteilung dieser Abwägung. Das Problem ist, mir ist im Augenblick aus medizinischen Kreisen nichts bekannt, was man da wie untersuchen kann. Wenn man, was heute gesagt wird, bestimmte genetische Defekte feststellen kann, die dazu führen, dass das Kind definitiv schon die Schwangerschaft nicht überlebt, da würde ich sagen, jedenfalls aus Gründen des Schutzes des Interesses der Leibesfrucht und aus Gründen des Schutzes der Mutter, habe ich keine Einwände, in diesem Bereich die Präimplantationsdiagnostik zuzulassen. Herr Dr. Henn hat, wenn ich das recht entsinne, gesagt, das wäre für ihn aber eher ein Thema, was in den Bereich Behandlung von Unfruchtbarkeit gehört, also dafür will er die Präimplantationsdiagnostik nicht haben. Ich finde, insoweit kann ich abschotten, und vielleicht habe ich damit auch meine Position auf Ihre Frage angedeutet.

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. Mieth!

**Sachverständiger Prof. Dr. Mieth:** An mich ist ja keine Frage gestellt worden und da nutze ich die Gelegenheit, einige Fragen selber zu stellen und vor allen Dingen, mich mit Herrn Prof. Dr. Hufen etwas auseinander zu setzen, dessen vorgetragene Konzeption bei mir in der Rezeption der Logik auf Schwierigkeiten stieß.

Diese Konzeption hat ja eingesetzt mit der Frage der Verwirklichung des Kinderwunsches. Dass der Kinderwunsch als solcher hoch steht, das nachzuvollziehen, damit habe ich überhaupt keine Probleme.

Aber die Frage ist erstens, inwieweit ist der Kinderwunsch ein Anspruchsrecht und inwieweit ist er ein Abwehrrecht? Wenn ich davon spreche, dass das Verbot begründungsbedürftig ist, dann ist es ganz klar, dass ich natürlich nicht eingreifen kann, wenn jemand dabei ist, den Kinderwunsch zu verwirklichen. Es ist aber etwas anderes, wenn ich den Kinderwunsch nicht als Abwehrrecht sehe, sondern als Anspruchsrecht. Dann wird die Beweislastverteilung jedenfalls eine andere als hier dargestellt worden ist.

Zweitens: Ich kann mir nicht vorstellen, dass der Grundsatz der Verwirklichung eines selektiven Kinderwunsches den Vorrang hat vor anderen Abwägungsgesichtspunkten, die ja auch von Herrn Prof. Dr. Hufen zugestanden worden sind, nämlich die Schutzwürdigkeit der befruchteten Eizelle, des frühen Embryos, die ja als ein Abwägungsgrund zugestanden worden ist. Wenn man diesen Abwägungsgrund zugesteht, dann ist die Frage, ob man demgegenüber von einem überbietenden Recht im Sinne eines Anspruchrechts einer Verwirklichung des selektiven Kinderwunsches sprechen kann, denn es wird die Situation ja erst hergestellt, in der die Entscheidung ansteht.

Deswegen habe ich auch Probleme beispielsweise mit der Schlussthese 3 von Herrn Prof. Dr. Hufen, in der steht: „Ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik, das auch solche Fälle erfasst, in denen bei einer Implantation eine Gefährdung des Lebens oder der physischen oder psychischen Gesundheit der Mutter droht, ist unverhältnismäßig“. Diesen Satz kann ich überhaupt nicht verstehen, denn bei der Frage, die wir vor uns haben - Präimplantationsdiagnostik - geht es ja nicht darum, dass ein Kind in vitro vorliegt oder ein Embryo in vitro vorliegt, sondern ob es gemacht oder nicht gemacht wird. Das ist die Frage. Wenn es sozusagen schon selbstverständlich als ein gegebener Tatbestand vorausgesetzt wird, dass in vitro dieser Embryo vorliegt und dann gesagt wird, man kann die Implantation nicht zumuten, dann hat man im Grunde genommen die entscheidende Frage verpasst, die nämlich darin besteht, ob man die In-vitro-Fertilisation für die Selektion, die hier geplant ist, überhaupt zur Verfügung stellt. Das heißt, diese Antwort hat überhaupt die falsche Fragestellung als Hintergrund und ist nach meiner Meinung deswegen auch keine logische Antwort.

Oder die These 2: „Das Verbot der Erzeugung von Embryonen zum alleinigen Zweck der Präimplantationsdiagnostik („Test-IVF“) ist gerechtfertigt“. Wenn das gerechtfertigt ist, frage ich mich, was ist denn eine Präimplantationsdiagnostik anders als eine Erzeugung von Embryonen zum Test? Ich kann das überhaupt nicht anders sehen. Es ist ein Test, und wer den Test nicht besteht, wird nicht eingepflanzt. Und wenn da steht, gerechtfertigtes Verbot der Präimplantationsdiagnostik aus anderen Gründen als dem Schutz der physischen und psychischen Gesundheit der Mutter, da kann ich mich nur dem Herrn Prof. Dr. Renzikowski anschließen. Die Frage ist, inwieweit hier der Schutz der physischen und psychischen Gesundheit der Mutter als solche überhaupt bei der Planung ansteht, nämlich bei der Planung einer In-vitro-Fertilisation mit dem Zwecke einer Präimplantationsdiagnostik.

**Vorsitzende:** Ich möchte gern Herrn Prof. Dr. Hufen, der gleich weg muss, noch einmal Gelegenheit geben, darauf kurz zu antworten.

**Sachverständiger Prof. Dr. Hufen:** Schön, dass ich auf Herrn Prof. Dr. Mieth gleich antworten kann. Frage: Kinderwunsch, was umfasst er? Ich habe deutlich gesagt, der Kinderwunsch ist nicht ein Leistungsrecht an den Sozialstaat, es ist ein Abwehrrecht, wenn der Staat den Kinderwunsch verbietet - China zum Beispiel -, erste Stufe. Zweite Stufe, wenn der Staat verbietet, gegebene medizinische Verfahren zu nutzen, um den Kinderwunsch zu verwirklichen, ist das nicht Leistungsrecht, sondern Abwehrrecht. Hier geht es um ein Verbot, Status negativus, die ganze Zeit über, auch bei dem Verbot der Präimplantationsdiagnostik und auch bei der Verweigerung von Informationen. Diese Verweige-

rung von gesundheitsbezogenen Informationen ist der zweite Punkt. Der ist durch Artikel 6 GG geschützt im Hinblick darauf, dass die Eltern ein Recht darauf haben, Informationen zu ihrem Kind - auch dem zukünftigen Kind - zu bekommen. Wenn ich das jetzt einschränke, brauche ich dafür einen Grund. Dritte Stufe: Selektiver Kinderwunsch, das ist für mich juristisch nicht der zentrale Punkt. Es geht hier nicht um das Recht zur Selektion oder um ähnliches. Es geht um Informationen zu dem Kind einerseits und um das Wissen als Vorform der Entscheidung über die Implantation andererseits. Und damit beantwortet sich auch die letzte Frage: Ist nicht alles die Erzeugung zum Zwecke eines Tests? Nein, da bin ich mit meinen Strafrechts-Kollegen hier am Tisch nicht einer Meinung. Wenn ein Elternpaar - und das tut es ja nicht leichtfertig - nach langen Versuchen, nach langen Schwierigkeiten entscheidet: Wir versuchen jetzt über die In-vitro-Fertilisation ein Kind zu bekommen, um diesen so gezeugten Embryo dann, wenn das Leben der Mutter nicht in Gefahr ist, einzupflanzen. Dann ist das etwas ganz anderes, als wenn ein Elternpaar sagt, wir testen erst einmal, wir zeugen in vitro und versuchen, wenn da nichts passiert ist, es dann gegebenenfalls auf natürlichem Wege oder nehmen dann einen anderen, wenn der später besser ist. Die Erzeugung zum alleinigen Zweck der Präimplantationsdiagnostik, das ist der Punkt, da habe ich wirklich meine Bedenken, da halte ich dann auch ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik für gerechtfertigt.

Aber wenn es darum geht, einen von den beiden Eltern in ihrem Willen zum Kind und in ihrem Willen zur Schwangerschaft erzeugten Embryo sozusagen "mit Hilfe des Arztes" zu untersuchen und den Eltern dann die Entscheidung zu eröffnen, ob im Vorfeld eine Gefährdung der Mutter droht oder nicht, dann kann das nicht durch den Staat verboten werden. Das halte ich für unverhältnismäßig. Unverhältnismäßig ist es sicherlich auch, dem Strafrechtler gegenüber aus Strafrechtskommentaren zu zitieren. Ich darf es trotzdem tun, aber Herr Prof. Dr. Mieth als Ethiker hat mir ja auch die richtigen oder falschen verfassungsrechtlichen Fragestellungen nahegelegt, insofern ...

..... Zwischenruf .....

Das ist eine veraltete Auflage, aber der Grund ist immer der gleiche geblieben. Wenn die Belastung der Mutter so erheblich ist, dass die Pflege und Erziehung des kranken Kindes auch bei voller Anerkennung seines Lebensrechts eine zeitlich, kräftemäßig oder wirtschaftlich unzumutbare Überforderung der Schwangeren u. a. auch im Hinblick auf ein bereits vorhandenes Kind bedeuten würde, ....

..... Zwischenruf .....

Das ist ja nur der Vorgriff, das ist keine veraltete Auflage, das ist Bundesverfassungsgericht und in einem Strafrechtskommentar aufgenommen. Ich würde sagen, die Ersatzlösung, die wir gefunden haben, der Ersatz der embryopathischen Indikation, die jetzt alleine auf die Belastung der Mutter geht, umfasst auch die psychische Gesundheit und nicht allein die Belastung durch die Geburt. Was es bedeutet, ein schwerbehindertes Kind zu tragen und auszutragen, das wird man wohl den Frauen

dann gelegentlich doch selbst überlassen müssen, um das zu entscheiden - zusammen mit ihrem Arzt.

**Vorsitzende:** Das ist, glaube ich, nach der Verfassungsgerichtsentscheidung auch unstrittig, dass es nicht nur um die Geburt geht.

..... Zwischenruf .....

**Vorsitzende:** Jetzt ist Herr Prof. Dr. Sewing an der Reihe.

**Sachverständiger Prof. Dr. Sewing:** Ich versage mir eine Antwort auf die mir gestellten Fragen, da die Fragesteller sich offensichtlich nicht für meine Antwort interessieren, denn sie haben mittlerweile den Raum verlassen. Ich nutze aber die Gelegenheit, doch etwas zu der Frage zu sagen, dass ein Embryo in vitro einen höheren Schutzanspruch haben soll als in vivo, da dort angeblich eine andere Ausgangslage besteht. Ich glaube sagen zu müssen, entweder wir bekennen uns zu einem Embryonenschutzgesetz und zu einem Embryoschutz oder aber wir bekennen uns nicht dazu. Wenn wir uns aber dazu bekennen, dann dürfen wir nicht sagen, in vitro hat ein Embryo einen höheren Schutzanspruch als in vivo. Denn die normative Kraft ist faktisch, dass von diesem Schutzanspruch in vivo nur in einem ganz unzureichenden Maße Gebrauch gemacht wird. Ein solcher Wertungswiderspruch, der da entstanden ist, den kann man, glaube ich, nicht dadurch auflösen, dass man jetzt einen zweiten Widerspruch in die Diskussion bringt und sagt, wir belassen es bei der Regelung des derzeitigen § 218 StGB, verbieten aber gleichzeitig die Präimplantationsdiagnostik. Das ist eine Logik, der man nur außerordentlich schwer folgen kann. Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Es kommen die letzten Fragen und ich denke, dass mit Sicherheit auch auf diese kurze Debatte eingegangen wird. Herr Hüppe ist der Erste, dann Herr Prof. Dr. Schmidt-Jortzig.

**Abgeordneter Hüppe (CDU/CSU):** Ich freue mich, dass Herr Prof. Dr. Sewing einen Änderungsbedarf von § 218 StGB sieht und frage, da ja der Themenblock Regulierungsvorschläge heißt: Wie häufig soll nach Ihrer Meinung die Präimplantationsdiagnostik zugelassen werden, darf man auch ein erstes, zweites, drittes und viertes Kind über Präimplantationsdiagnostik erzeugen? Wie viele Embryonen dürfen erzeugt werden? Soll geändert werden, was hier steht, nämlich dass nur drei pro Zyklus erzeugt werden dürfen? Dürfen nach Ihrer Meinung weitere Ergebnisse, die bei der Untersuchung bekannt werden, mitgeteilt werden, zum Beispiel, wenn nicht jemand Träger, sondern lediglich Überträger ist?

Und eine Frage an Herrn Prof. Dr. Mieth, weil Sie ja internationales Recht beobachten: Wie sieht es in den anderen Ländern aus, in denen die Präimplantationsdiagnostik inzwischen schon praktiziert wird? Sind diese engen Indikationen in diesen Ländern wirklich so eng gefasst worden oder hat sich in den Ländern gezeigt, dass es erweitert worden ist oder ist das immer so eng geblieben, wie man es sich

am Anfang vorgestellt hat? Die letzte Frage: Gehen Sie davon aus, dass grundsätzlich die Behinderung eines Kindes - egal wie der Indikationskatalog aussieht - bei der jeweiligen Indikation wirklich pathologisch ist, das heißt, dass immer dann, wenn ein behindertes Kind in die Familie gerät, eine Gesundheitsgefährdung der Frau oder der Eltern insgesamt entsteht?

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. Schmidt-Jortzig!

**Abgeordneter Prof. Dr. Schmidt-Jortzig:** Ich finde es einigermaßen schade, dass mir ein Fragendressat durch eine Podiumsdiskussion abhanden gekommen ist. Deswegen stelle ich die öffentlich-rechtlichen Fragen auch dem „Halböffentlichrechtler“ - der Richtung und Thematik nach gehört das Strafrecht ja auch zum öffentlichen Recht. Ich hoffe jedenfalls, dass Sie sich nicht falsch angesprochen fühlen, wenn ich eine verfassungsrechtliche Frage an Sie stelle, die ich sonst Herrn Prof. Dr. Hufen gestellt hätte. Herr Prof. Dr. Renzikowski, Sie haben auch in Ihrem Statement unter II. davon gesprochen, dass der rechtliche Status des Embryos anhand seiner Entwicklung zu bestimmen ist. Bei Herrn Prof. Dr. Hufen ist es sehr deutlich auf den Schutz über Art. 1 Abs. 1 GG festgemacht. Er hat gesagt bei Art. 2 Abs. 2 GG, also Lebensschutz, ist das ab Verschmelzung von Ei- und Samenzelle voll vorhanden. Können Sie präzisieren, wie Sie sich jetzt wirklich juristisch-dogmatisch den unterschiedlichen Status vorstellen? Ist der Menschenwürdeschutz für eine totipotente Zelle anders als für einen Fötus, der sich im siebten Monat befindet?

Zweite Frage auch an Sie: Auf der anderen Seite müssen wir bei der Konfliktsituation, bei der ich Herrn Prof. Dr. Hufen völlig zustimme, verfassungsrechtlich abwägen, auch Sie haben davon gesprochen: Wunsch nach einem gesunden Kind unter III. Herr Prof. Dr. Hufen hat ausdrücklich gesagt, er holt das aus dem Artikel 6 GG, hat sich dann aber darauf zurückgezogen, dass das alles Abwehrrechte sind. Im Artikel 6 GG steht unter anderem auch: „... stehen unter dem besonderen Schutz“. Da sind also Anspruchselemente drin, selbst wenn man das vielleicht separieren und sagen könnte, das ist Institutsgarantie und das Grundrecht hat nur die Abwehrrechte. Was bedeutet denn der verfassungsrechtliche Schutz dieses Rechts? Bedeutet es wirklich nur - wie auch durch die Einlassung von Prof. Dr. Hufen jetzt präzisiert wurde - man darf die Verwirklichung dieses Wunsches nicht behindern? Oder ist es nicht doch auch ein bisschen mehr, irgendwie ein Anspruch oder eine Erwartung daraufhin, dass man mit diesem Wunsch auch akzeptiert wird und irgendetwas zur Verwirklichung vorgehalten bekommt?

Dritte Frage an Frau Dr. Mildenerger: Wieder bei der Geschichte mit dem Wertungswiderspruch, insbesondere zu § 218a Abs. 2 StGB gegenüber Embryonenschutz speziell § 1 Abs.1 Nr. 2. Sie haben sich, wie das auch heute Mittag stattgefunden hat, darauf zurückgezogen zu sagen, das ist beim Schwangerschaftsabbruch alles anders, denn dort gibt es die symbiotische Einheit von schwangerer Frau und Embryo, das ist bei der „In-vitro-Geschichte“ nicht vorhanden und deshalb gibt es keinen Wertungswiderspruch. Lässt sich das aufrechterhalten bei der - glaube ich - unwiderlegbaren These von Herrn Prof. Dr. Hufen, dass man keine Frau zwingen kann, sich den in vitro gezeugten Embryo, der nun belastet ist, weil man bei ihm erkannt hat, dass dort eine genetisch bedingte Krankheit vor-

liegt, wirklich implantieren zu lassen. Ist die Situation dann nicht in der Tat genauso symbiotisch wie bei der „In-vivo-Situation“? Die Vorstellung, dass der In-vitro-Embryo beziehungslos zur potentiellen Mutter bestünde ist doch, glaube ich, so nicht richtig. Ich wollte Sie zu diesem Wertungswiderspruch noch einmal gezielt ansprechen.

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. Schmidt-Jortzig, Ihnen ist zwar der Gesprächspartner abhanden gekommen, aber Sie haben dafür ausführlich Zeit gehabt, Ihre Fragen zu stellen, da Sie ja auch der Einzige sind, der jetzt von der F.D.P. anwesend ist. Herr Beckmann ist der Nächste.

**Sachverständiger Beckmann:** Da mir ebenfalls der eine Gesprächspartner abhanden gekommen ist, formuliere ich dann diese Frage als Aussage. Ich halte es für geradezu absurd, aus Art. 6 GG einen grundrechtlichen Leistungsanspruch gegen den Staat auf Herstellung einer Familie durch künstliche Befruchtung abzuleiten. Das steckt in diesem Artikel nicht drin. Auch aus verfassungshistorischer Sicht darauf einzugehen, bleibt hier sicherlich nicht die Zeit, aber dann stelle ich noch eine Frage an Herrn Prof. Dr. Renzikowski: Ihre These, die Sie aber nicht näher begründet haben, ist, dass es eine Zunahme des Schutzes im Verlaufe der Schwangerschaft aufgrund des wachsenden Lebens gibt. Da hätte ich gern eine Begründung dafür, denn wenn dieses Argument an und für sich berechtigt und logisch ist, dann müsste eben das Baby weniger Rechte haben als das Kind und das Kind weniger als der Erwachsene, und zwar nicht im allgemeinen bürgerlich-rechtlichen Sinne, sondern im Sinne des Lebensrechtes. Und das vermag ich nicht zu erkennen, auch nicht vor der Geburt.

**Vorsitzende:** Frau Dr. Wetzel hat jetzt das Wort.

**Abgeordnete Dr. Wetzel (SPD):** Frau Vorsitzende, zunächst die Frage, weil auch meine Frage sich an Herrn Prof. Dr. Hufen gerichtet hätte: Besteht die Möglichkeit für uns, weil wir unsere Arbeit in der Kommission ja auch ernst nehmen, ihm die Fragen irgendwie zukommen zu lassen, weil er nun leider schon weg ist? Bei mir ist es nicht mit einem Statement getan, sondern es ist wirklich eine Frage, und zwar zu seinen Ausführungen unter II. 8. Dort beschreibt er die Schutzpflicht für das werdende Leben so, dass er sagt, Konstellationen sind denkbar, in denen der Embryo vor seinem eigenen zukünftigen Leben geschützt werden muss. Diese Konstellation hätte ich gerne von ihm näher beschrieben bekommen. Der zweite Punkt, das ist in Verbindung damit zu sehen, ist bei ihm unter IV. 15, wo es um die Benachteiligung Behinderter geht und er sagt, das ist zwar wichtig, kann aber einen Verzicht auf die Verhinderung und Bekämpfung von Krankheiten, die zur Behinderung führen, nicht rechtfertigen.

Meine erste Frage an ihn wäre, ob er der Meinung ist, dass der Verzicht auf die Verhinderung und Bekämpfung von Krankheiten hier eigentlich diskutiert wird als Präimplantationsdiagnostik, das heißt also in dem Fall als Verwerfung von Embryonen, ob er damit übereinstimmt? Die zweite Frage, ob daraus, dass dieser Verzicht nicht gerechtfertigt wäre, dann möglicherweise irgendwann - zu welchem Zeitpunkt auch immer - bei genetisch vorbelasteten Eltern eine Pflicht zur Präimplantationsdiagnostik entstünde? Das wären die beiden Fragen, die ich einfach bitte, ihm noch zuzuleiten. Dann habe ich

noch zwei Fragen an Frau Dr. Mildenberger: Kann sich unsere Rechtslage verändern, wenn die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Präimplantationsdiagnostik den Status der Verbindlichkeit bekäme? Die zweite Frage: Warum besteht kein Wertungswiderspruch zwischen dem starken Schutz künstlich erzeugter Embryonen und dem § 218 Abs. 1 Satz 2 StGB, also die Straflosigkeit der nidationsverhütenden Maßnahmen?

**Vorsitzende:** Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Luther ist dann der Letzte im Bunde!

**Sachverständiger Prof. Dr. Luther:** Frau Vorsitzende, meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Renzikowski: Ist es möglich, dass ein Sachverständiger im Laufe eines ganzen Tages eventuell seine Argumentation noch einmal überdenkt? Sie haben für mich ganz überzeugend dargelegt, warum die Präimplantationsdiagnostik nicht gestattet werden sollte und dann sagen Sie in dem Regelungsbedarf doch, eine Einrichtung, ein Katalog wäre sinnvoll. Und nun haben wir heute so schwerwiegende Argumente gehört, das wird nichts mit einer Einrichtung, das wird nichts mit einem Katalog. Wären Sie eventuell geneigt, das noch einmal zu bedenken?

**Vorsitzende:** Ich werde jetzt zunächst diejenigen zu Wort kommen lassen, die gefragt worden sind. Das sind Herr Prof. Dr. Mieth, Herr Prof. Dr. Renzikowski und Frau Dr. Mildenberger. Danach gibt es noch ein Schlusswort von Herrn Prof. Dr. Sewing. Ich bitte auch die anderen, ihre Antwort jetzt als Schlusswort zu formulieren.

**Sachverständiger Prof. Dr. Mieth:** Ich möchte auf die Frage von Herrn Hüppe antworten, ich nehme nur das britische Beispiel. Dort gibt es ja eigens dazu ein „Advisory Body“, das heißt, das gesamte Gesetz wird in seiner Anwendung gleichzeitig überwacht und das schließt die Indikationsliste mit ein: Dass es da prozessual auch zu Änderungen der Indikationsliste kommen kann, ist klar vom Sinn dieser Gesetzgebung her vorgegeben. Es gibt aber ein spezifisches Problem. Das hängt auch mit dem zusammen, was Sie gefragt haben: „Wie sieht es mit der pathologischen Belastung der potenziellen Eltern aus?“ Da ist es so, dass es eine heftige Diskussion darüber gibt, ob beispielsweise eine Diagnostik für Chorea Huntington sinnvoll ist, weil diese Krankheit nicht auftritt in einem Bereich, in dem die Eltern als solche belastet sind, sondern erst in einem späteren Bereich. Damit haben wir Anschluss an die Frage, ob es auch Pathologien gibt bei den künftigen Kindern, bei denen jemand anders darüber entscheidet, ob sie das Leben als lebenswert erachtet hätten oder nicht. Ich halte das ethisch für völlig unmöglich, eine solche Szenerie aufzubauen. Ich kann mich auch erinnern, dass in unserem Projekt „Euroscreen“, das ist ein europäisches Projekt mit vielen Institutionen gewesen, über Gentests an Kindern gesprochen wurde. Da wurde im Grunde ausgeschlossen, Gentests an Kindern durchzuführen, für die die Eltern in ihrer Lebenszeit, also bei der Frage des Ausbruchs der Krankheit, keine Präventivmaßnahmen ergreifen können, also in keiner Weise darauf Einfluss nehmen können; da wurde festgestellt, dass solche Gentests ethisch äußerst problematisch seien.

Im Sinne eines Schlusswortes würde ich sagen, ich kann nicht sehen, inwieweit ein Verweigerungsrecht, eine Schwangerschaft auszutragen im Kontext des § 218 StGB - ich drücke mich bestimmt juristisch nicht präzise aus -; wieso dies umschlägt in ein Implantationsverweigerungsrecht. Weil es bei der Präimplantationsdiagnostik ja nicht darum geht, dass die In-vitro-Fertilisation bereits vorliegt und dann anhand eines Ergebnisses mit Informationspflicht ein Verweigerungsrecht eintritt, sondern es geht darum, ob man diese Konstruktion überhaupt einführen soll. Ich möchte das noch einmal betonen, dass man das nicht auseinander nehmen darf und nicht so tun darf, als sei die In-vitro-Fertilisation sozusagen eine gegebene Praxis, die man jedem, der sie haben will, zur Verfügung stellt, und wenn er sie dann hat, kann man ihm nicht verweigern, informiert zu werden und ein Implantationsverweigerungsrecht wahrzunehmen. Ich halte diese Konstruktion für völlig an der Sachlage vorbei, um die es geht, nämlich um die Einführung einer bestimmten Methode. Ich bin auch weiterhin der Meinung, dass man in der medizinischen Indikation den Fötus in Relation zur Mutter sieht und niemals anders, denn sonst würde die Abtreibung ja nicht erlaubt werden.

Wenn man den Fötus also in Relation zur Mutter sieht, dann, so meine ich, muss man auch den Embryo in Relation zur In-vitro-Fertilisation mit der Präimplantationsdiagnostik sehen. Man kann ihn sozusagen nicht einfach aus dieser Situation heraus isolieren. Wo man die Relation zwischen den Menschen sieht, muss man auch die Relation zur vorhandenen Technik sehen. Und wenn man dann eine Reduktion betreibt und einfach den Embryo und den Fötus sozusagen nackt und isoliert auf den Tisch legt, dann scheint mir das eine Irreführung zu sein. Danke schön.

**Vorsitzende:** Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Mieth und nun Herr Prof. Dr. Renzikowski!

**Sachverständiger Prof. Dr. Renzikowski:** Ich habe auf der Basis des Embryonenschutzgesetzes zunächst einmal argumentiert und zu zeigen versucht, dass die Präimplantationsdiagnostik bzw. die Erzeugung eines Embryos zum Zwecke, eine Präimplantationsdiagnostik durchzuführen, mit dem geltenden Recht nicht vereinbar ist. Das war heute früh mein Standpunkt und vorgestern und morgen wird es auch noch mein Standpunkt sein. Insofern hat Herr Prof. Dr. Hufen mir noch etwas mit auf den Weg gegeben. Das ist eine Andeutung in das, was Sie gefragt haben. Er meinte nämlich, meine strafrechtliche Auslegung wäre schön und gut, aber wenn es tatsächlich diesen Rechtszusammenhang gibt, den er aus dem Verfassungsrecht abgeleitet hat, dann müsste man sich fragen, ob man das Embryonenschutzgesetz nicht verfassungskonform auslegen muss, weil das Verbot der Präimplantationsdiagnostik gegen die Grundrechte der Mutter verstoßen würde und es dann eine teleologische Reduktion wäre.

..... Zwischenruf .....

Zum Katalog. Ich habe noch etwas hingeschrieben, was für den Fall, dass man darüber nachdenkt, man sollte die Präimplantationsdiagnostik doch machen, dann aus meiner Sicht völlig unverzichtbar ist. Wenn Sie meinen Katalog angucken, sind dort noch einmal ein paar Fragen, die völlig unaufgelöst

sind und eigentlich in einen Widerspruch münden. Ich habe mit einigen Humangenetikern gesprochen. Wenn die einem das Leid erzählen, wie in diesem Lübecker Fall, man möchte mitweinen.

..... Zwischenruf .....

Wenn ich das dann von einem anderen Standpunkt aus anschau, ist es völlig klar, dass es Präimplantationsdiagnostik nicht geben kann, also ich ringe da selber mit mir. Ein Ausdruck dieses Ringens ist es sicherlich auch, dass ich mit diesem unterschiedlichen Schutz argumentiert habe und da möchte ich mich sozusagen auch nicht darauf festnageln lassen. Die Sache ist so, wenn ich das geltende Recht anschau, denke ich, muss man - jedenfalls bis zur Geburt - schon von einem unterschiedlichen Schutz ausgehen. In vitro zum Beispiel, da haben wir zwar ein hohes Schutzniveau, aber nur vor Eingriffen von ärztlicher Seite, Eingriffe von Dritten habe ich ja nicht und Schwangerschaftsabbruch war niemals mit der Strafe bedroht, die ich für die Tötung eines geborenen Menschen habe.

Also könnte ich aus dem unterschiedlichen Strafniveau schließen, dass auch der Unrechtsgehalt unterschiedlich hoch ist. Das könnte ich immerhin machen, selbst wenn ich mich auf den Standpunkt stelle, den sich Herr Prof. Dr. Hufen in einer gewissen Hinsicht selbst zu eigen gemacht oder verfassungsrechtlich reformuliert hat, nämlich dass das Lebensrecht des Embryos in vitro von der Entscheidung der Mutter abhängt. Nehmen wir mal an, das wäre so richtig, dann hat der in vitro erzeugte Embryo ein Anwartschaftsrecht darauf.

Und auch meine Frage ist, kann man menschliche Wesen, Träger eines Anwartschaftsrechts, mit dem Vorbehalt erzeugen: Ach, das kommt nicht darauf an! Das ist ein ganz klarer Verstoß gegen das „venire contra factum proprium“, das ist rechtsmissbräuchlich, ein Verstoß gegen Treu und Glauben.

Weil ich das so sehe, vertiefe ich mich nicht in die Schwierigkeiten des Artikels 6 GG, sondern sage, man kann natürliche Rechtspositionen der Mutter zurechtschmieden, aber man darf die Rechtsposition des Embryos selbst auf einem Mindeststatus nicht außer Acht lassen. Den ganzen Knoten schlage ich erst dann durch, wenn ich den Embryo tatsächlich zu einer Art Sache erkläre, wenn ich im Sinne einer Beziehungsethik dann sage, na ja, ich kann mit der Sache irgendwie umgehen. Warum sprechen wir über eine Rechtsethik? Weil wir auf der anderen Seite jemanden haben, ein Objekt, dem wir Rechte zuschreiben und eben nicht reine Verfügungsmasse.

Mein Schlusswort am Ende dieser Diskussion ist so: Einerseits bin ich froh, dass ich nicht Ihre Entscheidungen treffen muss. Ich hatte jetzt auch schon einige schlaflose Nächte, das hat mir gereicht; aber ich finde, wenn wir zum Ergebnis kommen, dass wir die Präimplantationsdiagnostik nicht wollen, dass wir letztlich auch embryonenverbrauchende Forschung nicht wollen, dann sollten wir doch dazu stehen. Es gibt natürlich eine Globalisierung der Wirtschaft, der Forschung; warum gibt es nicht auch eine Globalisierung der Moral? Und wenn wir der Überzeugung sind, dass wir Recht haben, dann lassen Sie uns dafür kämpfen.

**Vorsitzende:** Ich glaube, Sie haben hier vielen aus dem Herzen gesprochen, anderen weniger. Aber das war jedenfalls ein klares Bekenntnis. Frau Dr. Mildenberger!

**Sachverständige Dr. Mildenberger:** Ja, Herr Prof. Dr. Schmidt-Jortzig. Zu Ihrer Frage nach dem Wertungswiderspruch von § 218 a Abs. 2 StGB und § 1 Abs. 1 Nr. 2 Embryonenschutzgesetz. Ich stehe auch hinter der These von Herrn Prof. Dr. Hufen, dass man keine Frau zwingen kann, sich den Embryo implantieren zu lassen, aber wir müssen bedenken, dass dieses Problem ja gerade erst durch die erweiterten Möglichkeiten der Technik entstanden ist. Es ist also ein selbstgemachtes Problem.

..... Zwischenruf .....

Worauf ich noch hinweisen möchte: Das zwangsweise Implantieren - auch eines behinderten Embryos - in den Mutterleib verstößt gegen die Würde der Frau. Es ist unzumutbar, aber es ist nicht deswegen unzumutbar, weil der Embryo möglicherweise behindert ist, sondern weil hier die körperliche Integrität der Frau verletzt würde, also quasi eine Körperverletzung vorläge. Das wäre ein Straftatbestand.

Jetzt zu dem Wertungswiderspruch. Ich habe hier differenziert. Ich habe gesagt, wir haben dann einen Wertungswiderspruch, wenn die Frau abtreiben möchte aufgrund der sozialmedizinischen Indikation, also alleine aus dem Grunde, dass die Frau die zu erwartende Behinderung des Kindes im Auge hat. Insofern besteht hier schon ein Wertungswiderspruch zum Embryonenschutzgesetz. Aber ansonsten ist ein Wertungswiderspruch für mich nicht zu sehen, weil es hier zwei unterschiedliche Situationen sind, die zu der Erzeugung des Embryos geführt haben.

Zu der Frage von Frau Dr. Wetzel. Würde sich die Rechtslage verändern, wenn die Richtlinie der Bundesärztekammer verbindlich würde? Wenn diese Richtlinie verbindlich würde, dann könnte dies aufgrund der bestehenden Rechtsunsicherheit, wie der § 1 EschG auszulegen ist, quasi zu einer Rechtsetzung durch einen Berufsverband führen. Ich denke, das kann nicht sein, weil wir uns hier in einem Bereich bewegen, der gesamtgesellschaftlich von Bedeutung ist. Diese Richtlinie der Bundesärztekammer geht explizit davon aus, dass Zellen nach Abschluss des 8-Zell-Stadiums nicht mehr totipotent seien. Das verstößt zwar nach meiner Interpretation gegen das geltende Embryonenschutzgesetz, da aber hier ein Interpretationsspielraum besteht, könnte es, wenn diese Richtlinie verbindlich würde, zur Folge haben, dass sie sogar als Auslegungshilfe herangezogen wird und dass dann die Regelungen des Embryonenschutzgesetzes in den Hintergrund treten. Es ist sicherlich rechtlich nicht zulässig, aber ich möchte nur auf die Gefahr hinweisen, die besteht, wenn eine solche Richtlinie verbindlich würde.

Und zu Ihrer Frage, ob ein Wertungswiderspruch zu § 218 Abs. 1 Satz 2 StGB besteht - danach macht sich die Frau ja dann nicht strafbar, wenn sie nidationsverhütende Maßnahmen ergreift. Auch hier gilt das Gleiche; es handelt sich einfach um unterschiedliche Sachverhalte. Wenn jemand Maßnahmen ergreift, um eine Nidation zu verhüten, dann ist ganz klar: Diese Schwangerschaft war nicht

gewollt, während der Schutz, den das Embryonenschutzgesetz gewährleistet, darauf abzielt, dass ein Embryo absichtlich gezeugt worden ist - genau hier liegt der Unterschied.

**Vorsitzende:** Jetzt hat Herr Prof. Dr. Sewing das abschließende Schlusswort!

**Sachverständiger Prof. Dr. Sewing:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Zunächst doch noch einmal ein Wort zu dem, was Frau Dr. Mildenberger gesagt hat. Diese Unterschiede zwischen „gewollt“ und „nicht gewollt“ existieren einfach nicht oder sind sehr artifizuell konstruiert worden. Ich glaube, daraus kann man keine unterschiedliche Betrachtungsweise herleiten. Ich möchte ein Wort zu Herrn Hüppe sagen, zu seiner Frage, wie oft soll eine Präimplantationsdiagnostik zugelassen werden - ich unterstelle mal, bei der selben Frau im selben Zusammenhang. Ich könnte mir vorstellen, dass dies ein selbstlimitierendes System ist, wenn sich tatsächlich herausstellt, dass beim ersten oder zweiten Mal ein Erfolg nicht erkennbar ist, dass dann von Seiten der Frau Abstand genommen wird.

..... Zwischenruf .....

Entschuldigung, dann habe ich Ihre Frage falsch verstanden. Ich sehe eigentlich keinen Grund, warum man ihr das versagen und verweigern sollte, denn das fällt aus meiner Sicht erneut in das Selbstbestimmungsrecht der Frau herein. Ich sehe keinen Grund, warum man da sagen sollte, nein.

Die zweite Frage, die Sie gestellt haben, wie viele Embryonen sollen erzeugt werden? Ich glaube, dass wir mit der derzeitigen Regelung, dass nicht mehr als drei Eizellen befruchtet werden sollen, durchaus leben können, und das dies eine vernünftige, zugegebenermaßen arbiträre, Regelung ist. Man könnte sich natürlich von der sachlichen Seite, von der medizinischen Seite her durchaus eine andere Regelung vorstellen, aber ich glaube mit der Regelung, dass es drei sind, sollte man leben können. Wie weit weitere Ergebnisse mitgeteilt werden sollen, dazu ist, glaube ich, zu sagen: Jeder Mensch hat das Recht auf Wissen, aber auch auf Nichtwissen. Es kommt entscheidend darauf an, von welchem dieser beiden Rechte er Gebrauch machen möchte, wenn verschiedene zusätzliche Erkenntnisse dabei gewonnen werden. Die Frage ist natürlich, ob weitere Erkenntnisse gewonnen werden können und gewonnen werden dürfen. Ich glaube, das muss im Vorfeld geklärt werden, was an Untersuchungen gemacht werden darf und gemacht werden soll, alles im Einvernehmen zwischen der Frau und dem Arzt.

Was das abschließende Statement angeht, meine ich, dass die Präimplantationsdiagnostik grundsätzlich aus verfassungsrechtlichen Gründen und aus guten Gründen, die das Selbstbestimmungsrecht der Frau betreffen, nicht verboten werden sollte. Es ist natürlich dort ein Regelungsbedarf vorhanden, wo Rahmenbedingungen festzulegen sind. Ich halte es für nötig, dass sie festgelegt werden, aber ich glaube, eine gesetzliche Regelung muss auch dazu beitragen, Wertungswidersprüche aufzuheben oder gar nicht erst aufkommen zu lassen. Nach wie vor, muss ich sagen, sehe ich einen gravierenden Wertungswiderspruch bei der Aufrechterhaltung der derzeitigen Regelung der §§ 218 ff. StGB in Relation zur Präimplantationsdiagnostik: Wenn man über ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik

spricht, muss man meines Erachtens auch eine erneute Diskussion zum Thema § 218 StGB führen. Was die Präimplantationsdiagnostik als Verfahren angeht, so sollten wir, glaube ich, doch festhalten, dass sie tatsächlich einen präventiven Charakter hat und nicht einen eugenischen Zweck verfolgen darf und verfolgen soll, und erst recht nicht den Zweck, Menschen mit Behinderungen zu diskriminieren und schon gar nicht, deren Lebensrecht in Frage zu stellen. Aus meiner Sicht noch einmal: Ich würde dafür plädieren, dass man die Präimplantationsdiagnostik in den vorgegebenen engen Rahmenbedingungen zulässt, wie sie auch in dem Diskussionsentwurf der Bundesärztekammer zum Ausdruck gekommen sind. Ich sehe auch keinen Grund, nicht dieses abgestufte Zulassungsverfahren - sprich örtliche Ethik-Kommission, zentrale Ethik-Kommission - bei der Durchführung vorzusehen. In anderen Gesetzesvorhaben - ich nenne das Transfusionsgesetz, das Transplantationsgesetz - ist der Bundesärztekammer als einer zentralen Einrichtung die Aufgabe zugefallen, den Stand der Wissenschaft und Technik festzustellen, und ich sehe keinen Grund, warum man hier nicht genauso verfahren soll. Vielen Dank, Frau Vorsitzende.

**Vorsitzende:** Vielen Dank, allen Sachverständigen, dass Sie mit uns zusammen so lange ausgeharrt haben. Sehr beeindruckt hat mich Herr Prof. Dr. Renzikowski. Dass Sie gesagt haben, Sie hätten schlaflose Nächte hinter sich gebracht, das kann ich von mir auch sagen, viele andere haben das auch. Ich habe einmal einen Aufsatz geschrieben über § 218 StGB, damals, als es heiß umstritten war, mit folgendem schönen Titel: „Die Paragraphen 218 ff. StGB - eine unvollkommene Antwort auf ein unlösbares Problem.“ Die Schwierigkeit ist, dass wir dieses Problem lösen müssen. Der Gesetzgeber wird es tun müssen, denn er kann weder Ärzte noch Patienten in einer Grauzone lassen, in der niemand weiß, was er darf und was er nicht darf. Und es ist in der Tat richtig, dass der Gesetzgeber dran ist und nicht irgendein anderes Organ. Das sind Wertungsfragen, die tief mit der gesellschaftlichen Wertung über das Lebensrecht von Menschen, das Lebensrecht von Behinderten, aber auch mit dem, was einer Frau, was einem Paar verboten oder erlaubt werden darf, zu tun haben, also Existenzfragen des Menschen. Ich sage Ihnen eines, was meine ethischen Maßstäbe angeht: Ich glaube, kein Prinzip, das mit der Begründung der Menschlichkeit daherkommt, ist besser als die Menschlichkeit, die es im Individualfall geben kann. Ein Prinzip, das grausam ist zum Einzelnen, kann nicht menschlich und nicht ethisch sein. Wir werden Wege finden müssen, wie wir sie bei § 218 StGB gefunden haben, um Menschen nicht auszugrenzen, die in Not sind, Behinderte nicht, Eltern von Behinderten nicht, Niemanden. Wir werden dafür sorgen müssen, dass, was auch immer geschieht, die Gesellschaft es lernt, mehr und mehr, wie sie es in den letzten Jahren meines Erachtens getan hat, Behinderte in ihre Mitte zu nehmen. Damit möchte ich Sie alle entlassen, denn der Tag ist vorbei und die Nacht ist hereingebrochen.